

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 3 juillet 2012 fixant la composition du dossier à fournir dans le cadre de l'épreuve de vérification des connaissances prévue en application de la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne

NOR : AFSH1228054A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne ;

Vu le décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 portant application de la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les candidats à l'épreuve de vérification des connaissances, mentionnée à l'article 2 du décret du 4 mai 2012 susvisé, constituent un dossier relatif à leur parcours professionnel.

Le dossier, dont les modèles par profession figurent en annexe du présent arrêté, comporte deux parties :

1° Un rapport d'évaluation décrivant l'activité pendant la dernière période d'activité, rempli et signé par le chef de pôle ou le responsable de la structure d'exercice.

Pour les périodes d'activité antérieure, le même rapport peut être fourni ou, à défaut, toutes les pièces permettant d'évaluer l'activité. Le candidat décrit alors son activité pour chacune des périodes d'exercice ;

2° Les formations et enseignements suivis ainsi que tout autre élément particulier que le candidat souhaite porter à la connaissance du jury.

Les modèles de dossier par profession sont à disposition des candidats en version téléchargeable sur le site du Centre national de gestion.

Art. 2. – Les candidats remplissent en un seul exemplaire le dossier correspondant à leur profession mentionné à l'article 1^{er}, dans la version téléchargeable sur le site du Centre national de gestion.

Ils y adjoignent un *curriculum vitae* ainsi que toutes les pièces justificatives nécessaires.

Ce dossier est établi sous leur responsabilité.

Art. 3. – Le dossier est remis par les candidats contre émargement au Centre national de gestion, le jour de l'épreuve écrite, sous enveloppe fermée.

Art. 4. – Les pièces justificatives accompagnant le dossier, mentionnées à l'article 2, sont rédigées en langue française, ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, ou, pour les candidats résidant dans un Etat tiers, avoir fait l'objet d'une traduction certifiée par les autorités consulaires françaises.

Art. 5. – En cas d'absence de remise par le candidat d'un dossier, composé conformément aux articles 1^{er} et 2 et aux modèles figurant en annexe, la note attribuée à l'épreuve sur dossier est égale à zéro.

Art. 6. – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 3 juillet 2012.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de l'offre de soins,*

F.-X. SELLERET

ANNEXES

ANNEXE 1

PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE DES MÉDECINS

Spécialité d'inscription :*Rapport d'évaluation des fonctions hospitalières
exercées par le candidat*

(à remplir par période d'affectation)

Document 1

Nom et prénom du candidat :
 Etablissement et structure d'affectation :
 Date de recrutement par l'établissement et durée d'exercice dans la structure d'affectation :
 Statut d'exercice :

I. – Description de l'activité dans la structure

Activités d'hospitalisation :
 Activités de consultation ; précisez notamment le nombre moyen de consultations assurées par mois :
 Gardes, astreintes :
 Activité opératoire ou endoscopique ; remplir le tableau correspondant à la période d'exercice précisant le nombre, le type d'intervention et le rang d'opérateur :
 – pour les spécialités chirurgicales : tableau opératoire ;
 – pour la gastro-entérologie et hépatologie et la pneumologie : tableau d'activités endoscopiques.

Tableau relatif à l'activité opératoire ou endoscopique

TYPE D'ACTE	PÉRIODE	NOMBRE D'ACTES	POSITION PENDANT L'ACTE

Pour d'autres spécialités, préciser les actes médico-techniques :
 Activités non cliniques spécifiques à certaines spécialités (ex. : biologie médicale, santé publique...) :
 Eventuellement, éléments particuliers d'exercice (ex. : réseaux de soins, éducation thérapeutique...) :

II. – Evaluations des compétences médicales

Evaluer de A à D :

A : très bon.

B : bon.

C : moyen.

D : insuffisant.

1. Spécialités cliniques

	A	B	C	D
Connaissances théoriques				

	A	B	C	D
Aptitudes diagnostiques				
Aptitudes thérapeutiques				
Aptitudes à la prise en charge des urgences				
Maîtrise des gestes techniques de la spécialité				
Connaissance de la réglementation sanitaire				
Qualité de l'organisation du travail				
Présentation orale des dossiers médicaux				
Tenue des dossiers patients				

2. Spécialités non cliniques

	A	B	C	D
Connaissances théoriques				
Maîtrise des gestes techniques de la spécialité et des processus				
Connaissance de la réglementation sanitaire				
Qualité de l'organisation du travail				
Tenue des dossiers				

Appréciation sur les compétences :

Appréciation sur l'autonomie d'exercice :

III. – Intégration dans l'équipe médicale et paramédicale de la structure d'exercice et dans l'établissement

Evaluer de A à D :

A : très bon.

B : bon.

C : moyen.

D : insuffisant.

	A	B	C	D
Aptitude au travail en équipe				
Respect des protocoles de soins et d'hygiène (en fonction de la spécialité)				
Respect des règles d'organisation de la structure et de la permanence des soins				

	A	B	C	D
Tenue et comportement				
Assiduité et ponctualité				

Le candidat participe-t-il activement aux staffs ou revues de dossiers ?

Oui Non

Participe-t-il à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ou revues de mortalité et de morbidité (RMM) ?

Oui Non

Sans objet

Le candidat est-il membre d'instances ou de comités au sein de l'établissement ? Oui Non

Si oui, lesquels :

IV. – Capacités relationnelles

Evaluer de A à D :

A : très bon.

B : bon.

C : moyen.

D : insuffisant.

	A	B	C	D	SANS OBJET
Avec les patients					
Avec les familles					
Avec les confrères					
Avec les membres de l'équipe non médicale					

*
* *

Appréciation d'ensemble du chef de pôle ou du responsable de la structure sur l'exercice professionnel (détaillée) :

Date :

Qualité du signataire :

Signature

Document 2

Formations et enseignements suivis

Remplir dans la grille les éléments vous concernant.

1. Formation initiale en chirurgie dentaire suivie en France ou à l'étranger

Joindre les pièces justificatives.

INTITULÉ DE LA FORMATION	PAYS	UNIVERSITÉ	ANNÉE D'OBTENTION

*2. Formation complémentaire en lien
avec la spécialité d'inscription*

Joindre les pièces justificatives.

Tout diplôme ayant un lien avec la spécialité d'inscription :

Formations obtenues en France :

- internat à titre étranger ;
- DIS, AFS, AFSA, master 1 et 2, capacité... ;
- diplôme interuniversitaire (DIU) ou diplôme universitaire (DU).

Autres formations obtenues à l'étranger :

INTITULÉ DE LA FORMATION	PAYS	UNIVERSITÉ	ANNÉE D'OBTENTION

3. Formation continue

Joindre les pièces justificatives.

A. – Stages ou séminaires :

INTITULÉ	SOCIÉTÉ ORGANISATRICE	ANNÉE

B. – Divers, dont participation à des actions d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles, à la certification de l'hôpital...

Autres informations

Joindre les attestations correspondantes.

Par exemple :

- mémoires présentés dans le cadre d'une formation ;
- publications ;
- communications ;
- cours effectués (IFSI...);
- affiliation à une société savante...

A N N E X E 2

PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Spécialité d'inscription :

*Rapport d'évaluation des fonctions hospitalières
exercées par le candidat*

(à remplir par période d'affectation)

Document 1

Nom et prénom du candidat :
 Etablissement et structure d'affectation :
 Date de recrutement par l'établissement et durée d'exercice dans la structure d'affectation :
 Statut d'exercice :

I. – Description de l'activité dans la structure

Activités d'hospitalisation :
 Activités de consultation ; précisez notamment le nombre moyen de consultations assurées par mois :
 Gardes, astreintes :
 Activité opératoire ; fournir un tableau correspondant à la période d'exercice précisant le nombre, le type d'intervention et le rang d'opérateur :

Tableau relatif à l'activité opératoire

TYPE D'ACTE	PÉRIODE	NOMBRE D'ACTES	POSITION PENDANT L'ACTE

Eventuellement, éléments particuliers d'exercice (ex. : réseaux de soins, actions de prévention...) :

II. – Evaluations des compétences

Evaluer de A à D :

- A : très bon.
- B : bon.
- C : moyen.
- D : insuffisant.

	A	B	C	D
Connaissances théoriques				
Connaissances pratiques				
Aptitudes diagnostiques				
Aptitudes thérapeutiques				
Maîtrise des gestes techniques de la spécialité				
Connaissance de la réglementation sanitaire				

Appréciation sur les compétences :

Appréciation sur l'autonomie d'exercice :

III. – Intégration dans l'équipe médicale et paramédicale de la structure d'exercice et dans l'établissement

Evaluer de A à D :

- A : très bon.
- B : bon.

C : moyen.
D : insuffisant.

	A	B	C	D
Aptitude au travail en équipe				
Respect des protocoles de soins et d'hygiène (en fonction de la spécialité)				
Respect des règles d'organisation de la structure et de la permanence des soins				
Tenue et comportement				
Assiduité et ponctualité				

Le candidat participe-t-il activement aux staffs ou revues de dossiers ?

Oui Non

.....
Participe-t-il à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ou revues de mortalité et de morbidité (RMM) ?

Oui Non

Sans objet

.....
Le candidat est-il membre d'instances ou de comités au sein de l'établissement ? Oui Non

Si oui, lesquels :

IV. – Capacités relationnelles

Evaluer de A à D :

A : très bon.

B : bon.

C : moyen.

D : insuffisant.

	A	B	C	D	SANS OBJET
Avec les patients					
Avec les familles					
Avec les confrères					
Avec les membres de l'équipe non médicale					

*
* *

Appréciation d'ensemble du chef de pôle ou du responsable de la structure sur l'exercice professionnel (détaillée)

Date :

Qualité du signataire :

Signature

Document 2

Formations et enseignements suivis

Remplir dans la grille les éléments vous concernant.

1. *Formation initiale en chirurgie suivie en France
ou à l'étranger*

Joindre les pièces justificatives.

INTITULÉ DE LA FORMATION	PAYS	UNIVERSITÉ	ANNÉE D'OBTENTION

2. *Formation complémentaire en lien
avec la spécialité d'inscription*

Joindre les pièces justificatives.

Tout diplôme ayant un lien avec la spécialité d'inscription :

Formations obtenues en France :

- internat à titre étranger ;
- DIS, AFS, AFSA, master 1 et 2, capacité... ;
- diplôme interuniversitaire (DIU) ou diplôme universitaire (DU).

Autres formations obtenues à l'étranger :

INTITULÉ DE LA FORMATION	PAYS	UNIVERSITÉ	ANNÉE D'OBTENTION

3. *Formation continue*

Joindre les pièces justificatives.

A. – Stages ou séminaires :

INTITULÉ	SOCIÉTÉ ORGANISATRICE	ANNÉE

B. – Divers, dont participation à des actions d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles, à la certification de l'hôpital...

Autres informations

Joindre les attestations correspondantes.

Par exemple :

- mémoires présentés dans le cadre d'une formation ;
- publications ;
- communications ;
- cours effectués (IFSI...);
- Affiliation à une société savante...

A N N E X E 3

PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE
DES PHARMACIENS

Spécialité d'inscription :

*Rapport d'évaluation des fonctions hospitalières
exercées par le candidat*

(à remplir par période d'affectation)

Document 1

Nom et prénom du candidat :
 Etablissement et structure d'affectation :
 Date de recrutement par l'établissement et durée d'exercice dans la structure d'affectation :
 Statut d'exercice :

I. – Description de l'activité dans la structure

Activités pharmaceutiques ou biologiques :
 Gardes, astreintes :
 Eventuellement, éléments particuliers d'exercice (ex. : réseaux de soins, éducation, thérapeutique...) :

II. – Evaluations des compétences

Evaluer de A à D :

A : très bon.

B : bon.

C : moyen.

D : insuffisant.

1. Pharmacie polyvalente

	A	B	C	D
Aptitudes pharmaceutiques : - stérilisation des dispositifs médicaux ; - préparations (nutrition parentérale, cytostatiques) ; - vente aux patients ambulatoires ; - radiopharmacie ; - toxicologie.				
Connaissances théoriques				
Connaissances de la réglementation sanitaire				
Qualité de l'organisation du travail				
Tenue des dossiers pharmaceutiques				

2. Biologie médicale

	A	B	C	D
Connaissances théoriques				
Aptitude à l'exercice de la biologie médicale : - phase préanalytique ; - phase analytique ; - interprétation de résultats.				
Connaissance de la réglementation sanitaire				

	A	B	C	D
Qualité de l'organisation du travail				
Tenue des dossiers				

Appréciation sur les compétences :

Appréciation sur l'autonomie d'exercice :

III. – Intégration dans l'équipe médicale et paramédicale de la structure d'exercice et dans l'établissement

Evaluer de A à D :

A : très bon.

B : bon.

C : moyen.

D : insuffisant.

	A	B	C	D
Aptitude au travail en équipe				
Respect des protocoles de soins et d'hygiène (en fonction de la spécialité)				
Respect des règles d'organisation de la structure et de la permanence des soins				
Tenue et comportement				
Assiduité et ponctualité				

Le candidat participe-t-il activement aux staffs ou revues de dossiers ?

Oui Non

Le candidat est-il membre d'instances ou de comités au sein de l'établissement ? Oui Non

Si oui, lesquels :

IV. – Capacités relationnelles

Evaluer de A à D :

A : très bon.

B : bon.

C : moyen.

D : insuffisant.

	A	B	C	D	SANS OBJET
Avec les confrères					
Avec les membres de l'équipe médicale et non médicale des pôles cliniques de l'établissement					

*
* *

Appréciation d'ensemble du chef de pôle ou du responsable de la structure sur l'exercice professionnel (détaillée)

Date :

Qualité du signataire :

Signature

Document 2

Formations et enseignements suivis

Remplir dans la grille les éléments vous concernant.

1. *Formation médicale initiale suivie en France
ou à l'étranger*

Joindre les pièces justificatives.

INTITULÉ DE LA FORMATION	PAYS	UNIVERSITÉ	ANNÉE D'OBTENTION

2. *Formation complémentaire en lien
avec la spécialité d'inscription*

Joindre les pièces justificatives.

Tout diplôme ayant un lien avec la spécialité d'inscription :

Formations obtenues en France :

- internat à titre étranger ;
- DIS, AFS, AFSA, Master 1 et 2, capacité... ;
- diplôme interuniversitaire (DIU) ou diplôme universitaire (DU).

Autres formations obtenues à l'étranger :

INTITULÉ DE LA FORMATION	PAYS	UNIVERSITÉ	ANNÉE D'OBTENTION

3. *Formation continue*

Joindre les pièces justificatives.

A. – Stages ou séminaires :

INTITULÉ	SOCIÉTÉ ORGANISATRICE	ANNÉE

B. – Divers, dont participation à des actions d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles, à la certification de l'hôpital...

Autres informations

Joindre les attestations correspondantes.

Par exemple :

- mémoires présentés dans le cadre d'une formation ;
- publications ;
- communications ;
- cours effectués (IFSI...);
- affiliation à une société savante...