

**COMMISSION D'ÉQUIVALENCE POUR L'ACCÈS
AUX CONCOURS DES ADMINISTRATIONS PARISIENNES**

2, rue de Lobau
75196 PARIS Cedex 04

www.paris.fr

drh.ceacap@paris.fr

Nom :

Prénom :

Filière envisagée :

Administration organisatrice :

DOSSIER DE DEMANDE D'ÉQUIVALENCE

CADRE DE SANTÉ

Cadre réservé à la commission d'équivalence

Date d'arrivée :

N° de dossier :

PRÉAMBULE

Vous possédez l'un des diplômes listés par l'article 1^{er} du décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé (exemple : le diplôme d'infirmier, le diplôme de manipulateur d'électroradiologie médicale...), vous envisagez de vous inscrire à l'un des concours de cadre de santé organisés par une des administrations parisiennes **mais vous ne possédez pas le diplôme de cadre de santé** exigé pour l'inscription à ce concours.

La commission d'équivalence des diplômes requis pour l'accès aux concours des administrations parisiennes a été créée par le décret n°2007-196 modifié du 13 février 2007, complété par le décret n°2009-1313 du 27 octobre 2009 et l'arrêté du 19 novembre 2009.

Elle permet à un candidat de faire valoir un autre diplôme et/ou une expérience professionnelle en lieu et place du diplôme ou d'un des diplômes exigés pour accéder à certains concours.

Important : dans tous les cas, vous devez être titulaire du diplôme initial exigé pour exercer la profession (exemple : être titulaire du diplôme d'infirmier pour déposer une demande d'équivalence pour le concours de cadre de santé infirmier).

Attention : cette demande d'équivalence ne dispense ni de l'inscription au concours visé pendant les dates réglementaires, ni du passage des épreuves du concours.

Par conséquent, vous pouvez demander une équivalence si vous êtes dans l'un des cas suivants (cochez la case correspondante) :

- diplôme français autre que le diplôme requis** : rubriques 1 et 2 à renseigner.
- diplôme étranger** : rubriques 1 et 3 à renseigner.
- expérience professionnelle uniquement** : intégralité du dossier à renseigner, rubriques 2 et 3 exclues.
- diplôme français et expérience professionnelle** : intégralité du dossier à renseigner, rubrique 3 exclue.
- diplôme étranger et expérience professionnelle** : intégralité du dossier à renseigner, rubrique 2 exclue.

AVANT DE DEPOSER TOUTE DEMANDE, N'OUBLIEZ PAS DE CONSULTER LA NOTICE EXPLICATIVE, QUI REPREND EN DETAIL LES CAS D'EQUIVALENCE.

Rappel quant à l'expérience professionnelle requise, non complétée par un diplôme :

Il faut justifier d'une activité professionnelle salariée ou non salariée :

- **pendant une durée totale cumulée d'au moins 3 ans à temps plein**,
et
- dans l'exercice d'une profession **comparable par sa nature et son niveau** à celle de cadre de santé dans la filière envisagée.

SOMMAIRE :

1. Identification du candidat	page 3
2. Diplômes obtenus en France	page 4
3. Diplômes obtenus à l'étranger	page 5
4. Parcours professionnel	pages 6
5. Votre expérience concrète	pages 7 à 10
6. Liste des pièces à fournir	page 11

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Avvertissement : l'examen de votre dossier ne sera effectué qu'à partir des seuls éléments décrits dans le présent dossier et des pièces qui y seront jointes par le candidat.

M. Mme Mlle

Nom patronymique (nom de naissance) :

Nom usuel

Prénom(s):

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Courriel : @

Concours envisagé de **cadre de santé, filière envisagée** :

Organisateur du concours (commune ou département de Paris / CASVP / Préfecture de Police) :

Je soussigné (*prénom, NOM*) autorise le secrétariat de la commission à utiliser mon adresse courriel pour me communiquer ou solliciter toute information concernant la présente demande.

J'atteste que toutes les informations données dans le présent document et pièces qui l'accompagnent sont exactes et je reconnais être informé du fait que toute fausse déclaration de ma part entraînerait l'annulation de toute décision favorable prise à mon égard dans le cadre de la présente procédure.

J'atteste également être informé du fait que les réunions de la commission sont déconnectées des dates de concours, qu'elle se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude de mes déclarations auprès de mes employeurs et que je ne peux présenter une nouvelle demande d'équivalence dans le délai d'un an suivant la notification d'une décision négative de la commission.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique au présent dossier. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Fait à

le

Signature :

(signature du candidat précédée de la mention « lu et approuvé »)

2. DIPLÔMES OBTENUS EN FRANCE

NB : n'indiquez que les diplômes ou titres de formation relevant du domaine d'activité de la profession de cadre de santé.

DIPLÔME PRÉPARÉ	SPÉCIALITÉ ÉVENTUELLE	NIVEAU DE CERTIFICATION DU DIPLÔME *	AUTORITÉ OU ORGANISME AYANT DELIVRÉ LE DIPLOME OU DISPENSÉ LA FORMATION	OBTENU (OUI/NON)	ANNÉE D'OBTENTION

* Exemples :
niveau V : BEP, CAP, diplôme national du Brevet
niveau IV : Baccalauréat, Brevet de Technicien
niveau III : BTS, DUT
niveau II : Licence, Maîtrise, Master 1
niveau I : DESS, Master 2, Doctorat.

3. DIPLÔMES OBTENUS A L'ÉTRANGER

Mentionnez ci-dessous, par ordre chronologique, de la plus récente à la plus ancienne, les différentes formations diplômantes que vous avez suivies.
Les noms de diplômes et d'établissements devront être écrits en alphabet latin, en respectant l'intitulé de la langue d'origine.

NB : n'indiquez que les diplômes ou titres de formation relevant du domaine d'activité de la profession de cadre de santé.

DATES DE FORMATION (début et fin)	ÉTABLISSEMENT	NOM DU DIPLÔME PRÉPARÉ	DATE D'OBTENTION	PAYS DE DÉLIVRANCE

4. PARCOURS PROFESSIONNEL

NB : n'indiquez que l'expérience professionnelle comparable dans sa nature et son niveau à la profession de cadre de santé.

ATTENTION : les périodes de formation initiale ou continue, les stages et périodes de formation en milieu professionnel accomplis pour la préparation d'un diplôme ou d'un titre ne peuvent pris en compte dans le calcul de la durée d'expérience.

Période d'emploi (du au)	Poste occupé	Temps plein ou temps partiel (nbre d'heures / semaine)	Nom et adresse de l'employeur	Indiquez si vous êtes / étiez: salarié, travailleur indépendant, profession libérale. Si « autre », précisez	Activité principale de l'établissement
	n° 1 :				
	n° 2 :				
	n° 3 :				
	n° 4 :				

Vous pouvez photocopier le tableau si nécessaire, en numérotant les ajouts.

5. VOTRE EXPÉRIENCE CONCRÈTE

Rappel : seule est prise en compte l'expérience professionnelle comparable dans sa nature et son niveau aux fonctions de cadre de santé.

Les périodes de stages ou de formation ne peuvent être prises en compte au titre de l'expérience professionnelle.

Pour chacun des postes occupés, répondez aux questions des pages 7 à 10.

Vous pouvez photocopier les pages pour compléter le tableau, ou bien répondre sur papier libre en respectant la même présentation.

POSTE OCCUPÉ N° :								
Période d'exercice : Nbre d'heures / semaine :	Employeur:							
<ul style="list-style-type: none"> • Dans quel type d'établissement travailliez-vous ? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Hôpital</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Cabinet ou laboratoire privé</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Clinique</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Crèche</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> </table> • Quelle était votre position hiérarchique et fonctionnelle au sein de la structure? (fournir l'organigramme d'établissement et du service) 			<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Cabinet ou laboratoire privé	<input type="checkbox"/> Clinique	<input type="checkbox"/> Crèche	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Cabinet ou laboratoire privé							
<input type="checkbox"/> Clinique	<input type="checkbox"/> Crèche							
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :								
MISSIONS (principales activités, responsabilités confiées, réalisations, publics visés)	% du temps passé	Description des différentes tâches						

• Commentaires éventuels :

POSTE OCCUPÉ N° (suite):

• **GESTION DES PRESTATIONS DE SOINS ET DE SERVICES**

Décrivez succinctement les prestations de soins et/ou de services assurés :

Avez-vous participé à la programmation et coordination de ces prestations ? OUI NON
Si oui, précisez votre rôle et les activités mises en place :

Avez-vous participé au contrôle et/ ou à l'évaluation de ces prestations ? OUI NON
Si oui, précisez votre rôle, les outils de gestion et de contrôle mis en place :

Avez-vous participé à l'élaboration et/ou au contrôle des règles d'hygiène et de sécurité ?
 OUI NON
Si oui, précisez votre rôle dans les procédures mises en place :

POSTE OCCUPÉ N° (suite):

• **MANAGEMENT ET ANIMATION D'UNE ÉQUIPE**

Avez-vous dirigé une équipe ? OUI NON

Si oui, précisez votre positionnement hiérarchique et fonctionnel, le nombre de personnes encadrées, leurs fonctions et qualifications professionnelles...

Avez-vous participé à l'organisation, à l'animation et/ou à la coordination du travail d'équipe ? OUI NON

Si oui, précisez votre participation, détaillez les missions exercées, les outils de gestion et de contrôle mis en place...

Avez-vous participé à l'évaluation et/ ou à la formation des personnels ? OUI NON

Si oui, précisez votre participation, détaillez les missions exercées, les outils de gestion et de contrôle mis en place...

Donnez un exemple de difficulté managériale rencontrée et comment vous l'avez gérée :

POSTE OCCUPÉ N° (suite):

• **GESTION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DU SERVICE**

Avez-vous géré un budget et des moyens ? OUI NON

Si oui, précisez le montant, l'utilisation, les moyens mis en œuvre :

Avez-vous participé à la gestion de la logistique ? OUI NON

Si oui, précisez (approvisionnement, maintenance...) :

• **PROJETS DE SANTÉ PUBLIQUE**

Avez-vous initié et/ou conduit un projet de santé publique ? OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous initié et/ou conduit des études ou des recherches paramédicales ? OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous participé à des partenariats internes et/ou externes ? OUI NON

Si oui, précisez :

• **GESTION DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION**

Par quels moyens assurez-vous la mise à jour de vos connaissances et l'évolution de vos pratiques professionnelles ? (formations, sources d'informations...)

Avez-vous rédigé des articles professionnels ? OUI NON

Si oui, précisez :

7. LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT DANS TOUS LES CAS :

- Copie de la pièce d'identité.
- Curriculum vitae à jour, partant de l'emploi le plus récent vers le plus ancien. Pour les titulaires de diplômes de l'enseignement supérieur, indiquer tous les diplômes à partir du baccalauréat.

① Vous demandez la reconnaissance de diplômes obtenus en France :

- Copie des diplômes avec le contenu des programmes suivis et indications des choix si options, et copie des notes.
- Liste des travaux de recherche, d'études, publication, communications que vous avez effectués (le cas échéant).
- Attestations des stages effectués pour l'obtention du diplôme (le cas échéant).

② Vous demandez la reconnaissance de diplômes obtenus à l'étranger :

- Le cas échéant, attestation de comparabilité délivrée par l'ENIC- NARIC (Centre français d'informations sur la reconnaissance académique et professionnelle des diplômes obtenus à l'étranger - www.ciep.fr/enic-naricfr/ - Tél. : 01.45.07.63.21)
- Le cas échéant, attestation de niveau d'études délivrée par le rectorat de votre domicile (procédure valable jusqu'au 01/01/2008).
- Photocopie de l'ensemble des diplômes présentés.
- Photocopie de la traduction officielle du ou des diplômes, effectuée par un traducteur assermenté ou par les autorités officielles du pays d'origine.
- Photocopie des justificatifs de la durée officielle des études délivrée par l'établissement (relevés de notes, certificats de scolarité, plaquette de présentation du cursus ...).
- Photocopie de la traduction de ces justificatifs effectuée par un traducteur assermenté ou par les autorités officielles du pays d'origine.

③ Vous demandez uniquement la reconnaissance de votre expérience professionnelle :

- Certificats de travail en votre possession ou copie des contrats de travail / ou état des services publics accomplis établi par l'employeur.
- État horaire annuel de travail (récapitulatif annuel du nombre d'heures travaillées signé par l'employeur) pour les emplois effectués à temps partiel ou de manière non continue (CDD, missions d'intérim).
- Fiche de poste détaillée, nominative et établie par l'employeur précisant la nature des fonctions exercées.
- Organigramme de votre structure / société / service.
- Tout justificatif concernant une activité complémentaire en lien avec la spécialité envisagée (le cas échéant).

④ Vous demandez la reconnaissance de diplômes obtenus en France et la reconnaissance de votre expérience professionnelle :

- Tous les justificatifs indiqués en ① et en ③.

⑤ Vous demandez la reconnaissance de diplômes obtenus à l'étranger et la reconnaissance de votre expérience professionnelle :

- Tous les justificatifs indiqués en ② et en ③.

NB : dans tous les cas, vous pouvez joindre toutes autres pièces qui vous semblent utiles pour appuyer votre demande.