
 <p><b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b> <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p>Procédure d'autorisation d'exercice des professionnels médicaux et paramédicaux déplacés d'Ukraine</p>	 <p>Agence Régionale de Santé Occitanie</p>
<p>Rédacteur : DEGLISE Gaëlle</p>		<p>Crée-le : 30/03/22 Modifié le : Validé le :</p>

Par courrier en date du 22 mars 2022, le Ministre des Solidarités et de la Santé mobilise les acteurs du système pour accompagner l'accueil et l'intégration des professionnels de santé déplacés d'Ukraine. Il formalise dans ce courrier leurs conditions d'exercice dérogatoire et temporaire au sein des établissements de santé français.

Les professionnels de santé médicaux déplacés d'Ukraine (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens) souhaitant déposer un dossier de demande d'autorisation d'exercice temporaire doivent bénéficier de la protection temporaire délivrée par les préfetures. Le dossier est à déposer auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de résidence. Les professionnels concernés doivent avoir une adresse de résidence en Occitanie. Il est possible de joindre au dossier une lettre d'engagement d'un établissement, toutefois au regard de la situation, le Directeur Général de l'ARS pourra proposer une affectation au sein d'un service d'accueil de son territoire.

1. Dépôt de dossier auprès de l'ARS de résidence : [ars-oc-dosa-rhs@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dosa-rhs@ars.sante.fr)
  - Le formulaire de demande d'autorisation temporaire d'exercice dûment complété et signé. Un modèle de ce formulaire figure en annexe I de l'arrêté du 14 décembre 2021 fixant la composition des dossiers de candidature à l'autorisation d'exercice mentionnés aux articles 6 et 13 du décret n° 2020-672 du 3 juin 2020 portant application de l'article 70 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
  - La copie lisible de la pièce d'identité, du passeport ou du titre de séjour, en cours de validité;
  - La copie du diplôme : doctorat, certificat ou autre titre de docteur en médecine, en pharmacie, en chirurgie dentaire ou du diplôme de sage-femme permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention;
  - Protection temporaire délivrée par les préfetures (directive 2001/55/CE activée le 4/03/22). Les bénéficiaires de la protection temporaire se voient remettre une autorisation provisoire de séjour d'une durée de 6 mois portant la mention « bénéficiaire de la protection temporaire ».
  - Le cas échéant, le formulaire d'engagement d'accueil dans un établissement. Un modèle de ce formulaire figure en annexe II du présent arrêté.

Toutes les pièces justificatives, accompagnant la demande de candidature, doivent être rédigées en langue française ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux.

2. L'ARS, après avoir vérifié la complétude du dossier, le communiquera au Directeur de la formation et à l'Ordre correspondants au métier du professionnel.
3. Après avis rendu par le Directeur de la formation et l'Ordre dans un délai d'une semaine, l'ARS délivre ou pas l'autorisation temporaire d'exercice.
4. Les professionnels doivent s'engager à participer aux prochaines Epreuves de Vérification des Compétences (EVC) s'ils continuent d'exercer en France lors de la première session organisée à partir de la date de délivrance de l'autorisation temporaire d'exercice.
5. Le Directeur Général de l'ARS propose, le cas échéant, des services d'accueil aux professionnels.

Les professionnels sont engagés en tant que praticien attaché associé jusqu'au 31/12/2022 dans les établissements publics. Dans les établissements privés, le recrutement pourra se faire selon les règles des conventions collectives qui régissent ces établissements.

6. Il revient au chef d'établissement de s'assurer de la validité du schéma vaccinal.
7. Tout le long de la période de protection temporaire, les établissements de santé et établissements médico-sociaux feront des remontées hebdomadaires, tous les vendredis, aux ARS qui remonteront aux ordres de leur profession d'origine, concernant les professionnels concernés, et leur service d'affectation.

Pour les professionnels de santé paramédicaux, le dossier se compose uniquement de la protection temporaire et du diplôme traduit. L'ARS établira un avis à l'intention du professionnel après vérification des diplômes. Ils ne peuvent être engagés qu'en tant que faisant fonction d'aides-soignants ou relevant de catégories auxiliaires (type brancardier). La contractualisation se fera par un CDD. La durée du contrat ne peut excéder la durée de la protection temporaire accordée. Il revient au chef d'établissement d'apprécier la maîtrise suffisante de la langue française et de la validité du schéma vaccinal.

ANNEXES

ANNEXE 1

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE TEMPORAIRE

Profession :

Spécialité :

*Etat civil*

M. Mme Mlle :

Nom de famille . Nom d'usage:

Prénoms :

Date de naissance :

Ville :

Pays :

Nationalité :

Coordonnées :

Adresse personnelle :

Ville:

Code postal :

Pays :

Téléphone :

Portable :

Mél :

*Diplôme de la profession considérée*

Intitulé du diplôme :

Spécialité :

Date d'obtention :

Pays d'obtention :

Délivré par :

Date de reconnaissance du diplôme dans un pays membre de l'Union européenne, s'il y a lieu :

, le cas échéant :

Pays	Intitulé	Date	Université

Diplômes de spécialisation  
Exercice professionnel : fonctions  
exercées dans le pays d'origine et à  
l'étranger

Texte 37 sur 203

Nature	Lieu et Pays	Période

---

Fait à .....

le .....

Signature du professionnel ..

ANNEXE 11

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT D'ACCUEIL

Je soussigné(e) M./Mme.

.....

En qualité de

.....

De l'établissement

.....

M'engage à accueillir M. mme.

.....

Né(e) le // a

.....

Au sein du service de

..... selon les dispositions des articles 6 et 13 du décret n° 2020-762 du 3 juin 2020 portant application de l'article 70 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et relatif à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité ou de diplôme normalement applicables et aux pharmacies à usage intérieur pour une durée de . en qualité de.....

Fait à

..... en qualité de .....

....., le .....

Signature :

Signature du professionnel ..