

# Orthophoniste

Référence : 2017-0152



**Employeur : Province Sud**

**Corps /Domaine :** Orthophoniste

**Direction provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale**

**Durée de résidence exigée  
pour le recrutement sur titre :**

**Lieu de travail :** Nouméa

**Poste à pourvoir :** 27 novembre 2017

**Date de dépôt de l'offre :** 12 juin 2017

**Date limite de candidature :** vendredi 14 juillet 2017

## Détails de l'offre :

Conformément au schéma directeur de la direction de l'action sanitaire et sociale de la province Sud (DPASS), les structures provinciales sont principalement orientées vers les bénéficiaires de l'aide médicale.

En matière d'orthophonie, le champ d'activité couvert concerne la rééducation des troubles du langage des enfants des écoles maternelles et primaires, à l'exclusion du handicap dont la prise en charge relève d'une autre institution. La volonté de promouvoir la réussite scolaire sous-tend cette orientation.

**Emploi RESPNC :** Orthophoniste

### Missions :

Au sein de l'unité provinciale d'action sanitaire et sociale du centre de santé de la famille (UPASS) et sous l'autorité du médecin responsable du centre médico-scolaire, l'agent retenu sera chargé :

- de la réalisation de bilans orthophoniques et de la rédaction des rapports qui en découlent ;
- du suivi orthophonique des enfants dépistés et adressés ;
- des conseils aux parents et aux enseignants ;
- de l'orientation des enfants dépistés et adressés et du travail en réseau avec les divers spécialistes.

L'activité se déroule sur différents sites de la province Sud, principalement sur Nouméa et le Grand Nouméa.

### Caractéristiques particulières de l'emploi :

#### Profil du candidat

#### Savoir / Connaissance/Diplôme exigé :

- Maîtrise complète de la discipline orthophonique
- Connaissance de la politique de santé publique de la province Sud
- Connaissance des outils et des pratiques de santé publique
- Connaissance en prévention et en promotion de la santé (charte d'Ottawa)

#### Savoir-faire :

- Mise en œuvre des protocoles du métier
- Travail en réseau avec les divers spécialistes

#### Comportement professionnel :

- Bonne organisation
- Disponibilité
- Mobilité
- Bon contact humain et sens de la communication (avec enfants, parents, enseignants, autres professionnels)

**Contact et informations complémentaires :**

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter M. Henri Cheringou – Médecin responsable de la médecine scolaire - Tél. : 46 11 15 / e-mail : [henri.cheringou@province-sud.nc](mailto:henri.cheringou@province-sud.nc).

Vous pouvez consulter l'ensemble des AVP sur le site de la DRHFPNC ([www.drhfpnc.gouv.nc](http://www.drhfpnc.gouv.nc)) ainsi que la réglementation et le répertoire des emplois (RESPNC). Le présent AVP est également consultable sur le site de la province Sud - ([www.province-sud.nc](http://www.province-sud.nc))

## POUR RÉPONDRE À CETTE OFFRE

---

Les candidatures (CV détaillé, lettre de motivation, photocopie des diplômes, fiche de renseignements et demande de changement de corps ou cadre d'emplois si nécessaire\*) précisant la référence de l'offre doivent parvenir à la direction des ressources humaines par :

- soit par internet : via [province-sud.nc](http://province-sud.nc) / démarches et services / les services en ligne / consulter les avis de vacances de poste
- mail : [drh.recrutement@province-sud.nc](mailto:drh.recrutement@province-sud.nc)
- voie postale : Bureau du recrutement – BP L1 – 98849 Nouméa cedex
- dépôt physique : Centre administratif de la province Sud - 6 route des artifices - Nouméa
- fax : 20.30.12

**\*La fiche de renseignements et la demande de changement de corps ou cadre d'emploi sont à télécharger directement sur la page de garde des avis de vacances de poste sur le site de la DRHFPNC. Toute candidature incomplète ne pourra être prise en considération.**

***Les candidatures de fonctionnaires doivent être transmises sous couvert de la voie hiérarchique***

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Poste : .....

Employeur public : .....

Direction : .....

Référence : 3135-15-\_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_

Clôture : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

M  Mme Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénoms : ..... Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à .....

Nationalité française :  Oui  Non

Mail : .....@..... Gsm : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Je suis actuellement :

### Fonctionnaire ou lauréat de concours de la Nouvelle-Calédonie ou des communes

- Fonctionnaire de Nouvelle-Calédonie :
  - titulaire  stagiaire
- Fonctionnaire communal :  titulaire  stagiaire
- Lauréat de concours en attente de nomination :  
Année : \_\_\_\_\_ Type : .....

### Non fonctionnaire de la Nouvelle-Calédonie ou des communes

- Fonctionnaire de (préciser : .....) )
- Contractuel dans la fonction publique (précisez l'employeur) : .....
- Autre : .....

## J'appartiens :

### Filière/cadre :

- Administration générale  Technique  OPT
- Santé/social  Enseignement
- Culture/jeunesse-sport / affaires coutumières
- Incendie  Sécurité

### Catégorie :

- A  B  C

### Situation actuelle :

- Détachement (date de fin) : \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- Disponibilité (date de fin) : \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- Pour ces positions, mon dernier employeur public était : .....

## Je suis :

- Citoyen calédonien
- Résident en Nouvelle-Calédonie depuis :
  - moins de 3 ans  de 3 à 5 ans
  - de 5 à 10 ans  plus de 10 ans
- Non résident

Diplôme en adéquation avec le poste : .....

- Souhaitez-vous faire connaître une situation de handicap ?

## J'exerce pour un employeur public, je suis :

- En activité, mon employeur public est : .....
- Autre : .....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent imprimé

Signature du candidat



## Formulaire de saisine Commission Administrative Paritaire

### DEMANDE DE CHANGEMENT DE CORPS / CADRE D'EMPLOIS

**Références statutaires :**

- article 13 de la délibération n° 81 du 24 juillet 1990 portant droits et obligations des fonctionnaires territoriaux ;
- article 13 de la délibération n° 486 du 10 août 1994 portant création du statut général des fonctionnaires des communes de Nouvelle-Calédonie.

#### 1- DEFINITION ET CONDITIONS STATUTAIRE

Le changement de corps / cadre d'emplois est une procédure permettant de garantir la mobilité au sein et entre les fonctions publiques de Nouvelle-Calédonie.

Elle consiste à pourvoir les emplois que les fonctionnaires territoriaux ou communaux ont vocation à occuper en vertu du statut particulier de leur corps par la nomination directe et précaire de fonctionnaires d'un autre corps ou cadre d'emplois réputé équivalent, après avis de la commission administrative paritaire du corps d'accueil.

Conditions à remplir pour bénéficier de ce dispositif :

- être fonctionnaire titulaire ;
- appartenir à un corps ou cadre d'emploi réputé équivalent (même niveau de recrutement initial) ou supérieur ;
- occuper ou souhaitant occuper un emploi relevant du corps d'accueil.

#### 2- DEMANDE DE L'AGENT (à remplir par l'agent)

Je soussigné(e) Nom / Prénom : .....

Titulaire dans la fonction publique :  de la Nouvelle-Calédonie  des communes de Nouvelle-Calédonie

Employeur : .....

Corps – Cadre	Grade - Classe	Echelon	IB	Catégorie		
				A	B	C

Sollicite, dans le cadre de :

- mon affectation actuelle sur le poste de.....auprès de (employeur).....

- ma candidature sur le poste de .....auprès de (employeur).....

ouvert par l'AVP n° ..... du ..... mon changement de corps / cadre d'emplois au sein :

- du corps / cadre d'emploi : .....

- du statut particulier : .....

- de la fonction publique de la Nouvelle-Calédonie / des communes de Nouvelle-Calédonie (rayer la mention inutile).

Date :

Signature :

#### PIECES A FOURNIR PAR L'AGENT

Copie de l'avis de vacance du poste occupé ou sur lequel vous avez postulé (dans le cas d'une demande de changement de corps suite à un changement d'affectation)

Fiche de poste (dans le cas d'une demande de changement de corps sans changement d'affectation)

Fiche de renseignement remplie

#### 3- AVIS DE L'EMPLOYEUR

Favorable

Défavorable

Observations éventuelles : .....

.....

.....

Date :

Signature :

# Formulaire de saisine Commission Administrative Paritaire

## 4- AVIS DE LA CAP (à remplir par la DRHFPNC)

Date de la CAP :

Favorable

Défavorable

Avis réputé rendu

Signature :