Institut de Formation des Professionnels de Santé
Hôpital de la Cavale Blanche – CHU de Brest
Boulevard Tanguy Prigent – 29609 Brest Cedex
www.ifps-brest.bzh – www.chu-brest.fr

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE
CHU BREST

DOSSIER D'INSCRIPTION
AUX EPREUVES DE SELECTION

Rentrée septembre 2024

ADMISSION EN FORMATION CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT DE CADRE DE SANTE

SOMMAIRE

- **Conditions d'accès à la formation..... p. 3**
- **Déroulement et modalités des épreuves de sélection.....p. 4 à 5**
- **Calendrier des épreuves..... p. 6**
- **Constitution du dossier d'inscription au concours..... p. 7**
- **Restitution du dossier d'inscription au concours..... p. 8**
- **Présentation de l'Institut de Formation des Cadres de Santé..... p. 9**
- **Résultats des épreuves de sélection..... p. 10**
- **Inscription définitive..... p. 10**
- **Validité des épreuves de sélection ..... p. 11**
- **Conditions matérielles..... p. 11**
- **Dossier de candidature à nous retourner.....p. 12 à 20**

  - Fiches 1, 2, 3, et 4 : Fiches d'inscription /épreuves de sélection 2024
  - Fiche 5 : Activité professionnelle par ordre chronologique
  - Fiche 6 : Attestation de prise en charge des frais de scolarité
  - Fiche 7 : Diffusion des résultats du concours sur internet
  - Fiche 8 : Paiement de droit d'inscription au concours d'entrée IFCS

NOTE A L'ATTENTION DU CANDIDAT

Vous venez de retirer un dossier d'inscription pour les épreuves de sélection à l'admission en formation conduisant au Diplôme d'Etat de Cadre de Santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Brest.

Lisez attentivement ce document qui vous permettra :

- De connaître les conditions d'admissions aux épreuves de sélection
- De constituer votre dossier d'inscription dans les meilleures conditions

Deux réunions d'informations sont prévues à l'IFCS de Brest :

- **Mardi 5 décembre 2023 de 17h à 18h30**
- **Jeudi 11 janvier 2024, de 15h à 16h30**

Ces réunions ont pour objectif de présenter le déroulement du concours, le projet pédagogique de l'IFCS et de répondre à vos questions. Pour y participer, merci de vous inscrire auprès du secrétariat *(ifcs@chu-brest.fr)*

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

Conformément aux prescriptions réglementaires, les candidats à la sélection devront remplir les conditions prévues à l'article 4 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié.

✦ **Être titulaire d'un Diplôme permettant d'exercer une des professions suivantes :**

- Audioprothésiste
- Diététicien(ne)
- Ergothérapeute
- Infirmier(e) et Infirmier(e) spécialisé(e)
- kinésithérapeute
- Manipulateur(trice) en électroradiologie médicale
- Opticien(ne) lunetier
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Pédicure podologue
- Préparateur(trice) en pharmacie
- Psychomotricien(ne)
- Technicien(ne) de laboratoire

✦ **Justifier de quatre années (au moins) d'exercice de la profession (en équivalence temps plein) dans la profession d'origine et ce au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection.**

✦ **Adresser un dossier d'inscription au concours.** Le dossier d'inscription complété accompagné de tous les documents demandés est à adresser à Alain TROADEC Directeur de l'IFCS (adresse indiquée à la page 7) **entre le 02 janvier et le 15 février 2024.**

✦ **Satisfaire aux épreuves d'admissibilité et d'admission**

DEROULEMENT ET MODALITES DES EPREUVES DE SELECTION IFCS BREST

Conformément à l'article 8 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé,

I. La sélection comporte :

➔ **Une épreuve d'admissibilité**, écrite et anonyme ; cette épreuve, d'une durée de quatre heures, notée sur 20, consiste en un commentaire d'un ou plusieurs documents relatifs à un sujet d'ordre sanitaire ou social. Elle a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit. L'ensemble des membres du jury est réparti par son président en trois groupes de deux personnes, de façon à assurer une double correction ; à l'issue de celle-ci, le président du jury dresse la liste des candidats admissibles. Ne peuvent être déclarés admissibles que les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20.

➔ **Une épreuve d'admission** à partir d'un dossier de **4 pages** (hors CV) rédigé par le candidat :

Le support de l'épreuve orale est un dossier (dossier différent du dossier de candidature) rédigé par le candidat et envoyé au **secrétariat de l'IFCS de Brest en version numérique (ifcs@chu-brest.fr) et en version papier (3 exemplaires)** et composé :

- D'un curriculum vitae, précisant le déroulement de carrière, les formations et diplômes **(2 pages maximum)**
- D'une présentation personnalisée (**4 pages maximum**) portant sur :

  i) Son expérience et ses perspectives professionnelles, sa participation à des travaux, études, publications, groupes de réflexion, actions de formation et, éventuellement, les responsabilités exercées dans des organismes ou associations ;

  ii) Ses conceptions et ses projections de la fonction de cadre.

Cette épreuve, notée sur 20, dont l'évaluation est assurée par trois membres du jury désignés par son président comporte, outre l'examen du dossier, un exposé oral de dix minutes, au cours duquel le candidat présente son dossier, et un entretien de vingt minutes.

L'évaluation de cette épreuve porte sur : ▸ le dossier ▸ l'exposé ▸ l'entretien.

II. La note finale est la somme de la note d'admissibilité et de la note d'admission.

Ne peuvent être déclarés admis que les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20 sur 40, sans que la note d'admission soit inférieure à 10 sur 20.

Le jury, réuni en formation plénière, dresse la liste des candidats admis, ainsi qu'une liste complémentaire destinée à pourvoir les places vacantes en cas de désistement.

➔ Les candidats aux épreuves d'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation.

CALENDRIER DES EPREUVES DE SELECTION

CALENDRIER 2024

DEPOT DES DOSSIERS D'INSCRIPTION

- **Entre le 02 janvier et le 15 février 2024** (cachet de la poste faisant foi)

ADMISSIBILITÉ

- Epreuve écrite → **Lundi 04 mars 2024 de 13h30 à 17h30**
- Jury d'admissibilité → **Mercredi 13 mars 2024**
- Publication des résultats → **Jeudi 14 mars 2024 à partir de 15h**

ADMISSION

- Dossier professionnel (Curriculum-vitae et projet professionnel, en 3 exemplaires) à remettre au Secrétariat de l'IFCS ou à envoyer par la poste, pour le **mercredi 20 mars 2024 (cachet de la poste faisant foi).**

- Epreuve orale → **du 02 au 03 avril 2024**
- Jury d'admission → **Vendredi 05 avril 2024**
- Publication des résultats → **Lundi 08 avril 2024 à partir de 15 h**

LES RESULTATS D'ADMISSIBILITE ET D'ADMISSION

Les résultats des épreuves d'admissibilité et d'admission seront :

- consultables sur le site internet : **www.ifps-brest.bzh**
- affichés à l'extérieur du bâtiment de l'institut IFCS.

Ces dates sont communiquées
sous réserve de modifications éventuelles.

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS

PIECES A FOURNIR POUR LA RECEVABILITE DU DOSSIER D'INSCRIPTION

1. **Une lettre manuscrite d'inscription** au concours adressée à Monsieur le Directeur de l'Institut de Formation des Cadres de Santé.
2. **La fiche d'inscription (4 volets)** remise par l'IFCS complétée avec **1 photo d'identité collée en haut à droite.** **Fiches 1, 2, 3, et 4**
3. **Une photocopie de vos diplômes** :
   - Baccalauréat
   - Diplôme de formation initiale et spécialisée (recto-verso) ainsi que l'attestation ADELI ou l'enregistrement des diplômes
   - Diplômes universitaires
4. Une photocopie recto-verso de votre **carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité**. Cette pièce d'identité sera exigée lors des épreuves écrites et orales. Elle doit donc être en cours de validité lors des épreuves.
5. **Une attestation de l'employeur**, ou des employeurs, justifiant des **4 années d'exercice** requis au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection, ou pour les candidats exerçant dans le secteur libéral, **un certificat d'identification** établi par la ou les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie du secteur de votre exercice et une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à votre exercice établie par les services fiscaux de votre lieu d'exercice et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice. **Fiche 5**
6. **Un certificat médical original** émanant d'un médecin **agréé**[1] attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation.
7. **Un certificat médical original attestant que vous êtes à jour des vaccinations obligatoires** prévues par l'article L. 10 du Code de la Santé Publique (hépatite B, diphtérie, tétanos, poliomyélite) et l'article L. 215 du Code de la Santé Publique (BCG).
8. **Une attestation de prise en charge** ou de demande de prise en charge des frais de scolarité par votre employeur ou l'organisme de financement concerné **Fiche 6**
9. **L'autorisation de diffusion sur internet des résultats au concours**. **Fiche 7**
10. **Un chèque** de cent quatre vingt euros, à l'ordre de Monsieur Le Trésorier Principal du CHU de BREST pour passer les épreuves du concours, pour couverture des frais d'inscription (non remboursables en cas de désistement) **Fiche 8**

Sur les photocopies, vous porterez la mention suivante :

« Je soussigné(e) (NOM et prénom) certifie cette copie conforme à l'original » + date et signature.

[1] Vous pouvez vous procurer la liste des médecins agréés, auprès de l'Agence Régionale de Santé – Direction Départementale de votre département

RESTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS

Le dossier est à adresser COMPLET, EN IMPRESSION RECTO

Entre le 02 janvier et le 15 février 2024 dernier délai ⚠

➔ en recommandé avec accusé de réception (cachet de la poste faisant foi) à :

Monsieur TROADEC Alain Directeur
Institut de formation des Cadres de Santé
Institut de Formation des Professionnels de Santé
CHU Cavale Blanche – Boulevard Tanguy Prigent
29609 BREST Cedex

OU

➔ à déposer directement auprès de la secrétaire de l'IFCS du CHU de Brest qui vous fera signer une liste d'émargement mentionnant la date de dépôt

⚠ Attention ⚠

- **Les dossiers parvenus après la date limite seront refusés**
- **Aucun dossier ne sera vérifié lors du dépôt au secrétariat**
- **Les dossiers incomplets ne seront pas examinés et seront renvoyés aux candidats**

PRESENTATION DE L'INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest agréé en 1998 a une capacité d'accueil de 35 étudiants de formation paramédicale.

Il propose une formation de 10 mois sur mode uniquement continu.

En plus du diplôme cadre de santé, les étudiants préparent un Master Mention Administration Economique et Social, Parcours Management et formation en santé - Cadre de santé, intégrant le DU « Formation aux méthodes pédagogiques innovantes » (CESIM Santé), dans le cadre d'un partenariat avec l'Université de Bretagne Occidentale.

RESULTATS DES EPREUVES DE SELECTION

L'admission est prononcée par le **jury réuni en formation plénière**.

La note finale est la somme de la note d'admissibilité et de la note d'admission.

Ne peuvent être déclarés admis que les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20 sur 40, sans que la note d'admission soit inférieure à 10 sur 20.

Le jury dresse la liste des candidats admis en fonction des quotas de l'Institut ainsi qu'une liste complémentaire destinée à pourvoir les places vacantes en cas de désistements ou de reports.

Le candidat reçoit ses résultats par écrit et doit **confirmer** son entrée à l'Institut par **mail ou par courrier.**

Les résultats sont consultables sur internet :

www.ifps-brest.bzh

INSCRIPTION DEFINITIVE

Suite aux résultats du jury d'admission, le candidat doit adresser un courrier stipulant son intégration, à Monsieur le Directeur de l'IFCS pour le **31 mai 2024**.

VALIDITE DES EPREUVES DE SELECTION

<u>Article 9</u> (Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé): *« Les résultats des épreuves d'admission ne sont valables que pour la rentrée en vue de laquelle les épreuves ont été organisées. Le Directeur de l'Institut accorde un report de droit d'une année en cas de départ au service national, de congé de maternité, de congé d'adoption ou de congé de garde d'un enfant de moins de quatre ans. Il accorde également un report de droit d'une année, renouvelable une fois, en cas de rejet de demande d'accès à la formation professionnelle ou à la promotion sociale, de rejet de demande de congé de formation ou de rejet de demande de mise en disponibilité.*

En outre, en cas de maladie, d'accident ou si le candidat apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report de scolarité d'une année peut être accordé par le Directeur de l'Institut, après avis du Conseil Technique ».

CONDITIONS MATERIELLES

- **Droit d'inscription au concours :** 180 €
- **Frais de scolarité :** 12 100 €

Ces frais seront à régler suite à une convention établie par le CHU de BREST et adressée à l'établissement d'origine ou au candidat si celui-ci finance sa formation.

La prise en charge financière de la formation peut être assurée soit par :

- L' employeur
- Le CPF de transition professionnelle
- L'ANFH
- Autres

Vous avez la possibilité de solliciter auprès de votre établissement employeur un congé individuel de formation.

Photo à coller, impérativement ici

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

Dossier de candidature
Année 2024

NOM de famille (naissance) : .....

NOM d'usage : .....

Prénom : .....

Dossier à retourner, **EN IMPRESSION RECTO**, à :

Alain TROADEC - Directeur IFCS
Institut de Formation des Professionnels de Santé
Centre Hospitalier Universitaire - Hôpital de la Cavale Blanche
Boulevard Tanguy Prigent
29609 BREST Cedex

Pour tout renseignement sur le concours, contacter :

Nadège TIFON, Secrétaire pédagogique de l'IFCS BREST
02.30.33.77.34
ifcs@chu-brest.fr

Les informations mentionnées dans ces documents font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont indispensables à la prise en compte de votre candidature. Elles pourront être transmises à toute personne ou organisme participant au déroulement des épreuves de sélection. Conformément à l'article 27 de la loi du 7 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès et de rectification au dossier informatique le concernant. Par ailleurs, vos noms et prénoms pourront être diffusés sur Internet. Vous pouvez vous y opposer à tout moment.

CHU-iFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 1** **FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2024**

⚠ Toutes les fiches du dossier sont à retourner dûment complétées.

Nom d'usage : .....

Nom de naissance :.....

Prénoms : .....

Age : .....

Adresse de résidence du candidat : .....

.....

CP : ..... **Ville** ..... **Département :** .....

Date de naissance :..... **LIEU** : .....

Département de naissance : .....

N° immatriculation sécurité sociale : .....

Téléphone : Personnel .....

Professionnel .....

Portable .....

Email : Personnel .....

Professionnel .....

CHU-iFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE – Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 2** **FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2024**

Niveau d'enseignement général et supérieur		
DIPLOME(S) OBTENU(S)	**Lieu d'obtention**	**Année**
BEP, CAP, BEPC (niveau ou diplôme) ou fin 2nde ou 1ère		
Niveau fin terminale		
Baccalauréat : Série …….. n°		
Equivalence Baccalauréat		
BTS		
DUT		
DEUG – DEUST		
Diplôme 2ème cycle d'enseignement universitaire (à préciser)		
Diplôme 3ème cycle d'enseignement universitaire (à préciser)		
Etudes Médicales, dentaires ou pharmaceutiques antérieures		

ANGLAIS	Lu	Ecrit	Parlé	Compris
Débutant				
Initié (préciser le niveau scolaire)				
Confirmé				
Maîtrise				

INFORMATIQUE	WORD	EXCEL	POWERPOINT	LOGICIELS Type Linux
Débutant				
Initié				
Confirmé				
Expert				

DIPLÔME(S) PROFESSIONNEL(S)			
Diplôme	**Cocher la ou les cases**	**Nom et adresse de l'institut où a été obtenu le diplôme**	**Date d'obtention**
<u>Filière Infirmière</u> Infirmier(e)			
Spécialisation : IADE, IBODE, PUER			
<u>Filière de rééducation</u> Ergothérapeute			
Masseur Kinésithérapeute			
Pédicure Podologue			
Psychomotricien			
Diététicien			
Orthoptiste			
Orthophoniste			
<u>Filière médico-technique</u> Manipulateur en électroradiologie médicale			
Préparateur en pharmacie			
Technicien de laboratoire			
Audioprothésiste			
Opticien lunetier			

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette page.

CHU-iFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE — Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 3** **FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2024**

Nom d'usage : .....

Nom de naissance :.....

Prénoms : .....

Situation administrative actuelle

► **Position administrative :**

☐ Activité ☐ Congé parental ☐ Autre (laquelle) : .....

Grade : .....

Statut (titulaire, stagiaire) : .....

Nom, adresse, statut de l'employeur : .....

.....

.....

.....

.....

Nom du service d'affectation : .....

.....

N° de téléphone :.....

➔ **Avez-vous posé votre candidature dans d'autres instituts ?**

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

.....

➔ **Avez-vous suivi une préparation au concours ?**

☐ Oui ☐ Non

Si oui, en quelle année ?.....

avec quel organisme ? .....

Validez ce document (date et signature)

Fait à **le**

Signature :

CHU-iFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE – Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 4** **FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2024**

Nom d'usage : .....

Nom de naissance :.....

Prénoms : .....

Situation professionnelle actuelle

☐ **Audioprothésiste**
☐ **Diététicien(ne)**
☐ **Ergothérapeute**
☐ **Infirmier(e)**
☐ **Infirmier(e) spécialisé(e)**
☐ **Kinésithérapeute**
☐ **Manipulateur(trice) en électroradiologie médicale**
☐ **Opticien(ne) lunetier**
☐ **Orthophoniste**
☐ **Orthoptiste**
☐ **Pédicure podologue**
☐ **Préparateur(trice) en pharmacie**
☐ **Psychomotricien(ne)**
☐ **Technicien(ne) de laboratoire**

➔ **Faisant fonction de cadre :**

☐ en service de soins
☐ en école ou institut
☐ autre (lequel).....

CHU-iFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE — Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 5** **ACTIVITE PROFESSIONNELLE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN**

Etablissement (s) employeur (s)			Emploi et type de contrat (2)	Dates		Durées Temps		Total temps de travail
NOM	ADRESSE	Secteurs d'activité (1)		Début	Fin	Plein	Partiel	
						TOTAL TEMPS DE TRAVAIL		soit…… ans

(1) Préciser : Hôpital public, Etablis. Privé, EHPAD, Médico-social, Educatif, Autre. : ……

(2) Exemple : C.D.D., C.D.I….. Joindre obligatoirement les certificats de travail certifiés avec indication du pourcentage du temps

Fait à : …… Le : …… Signature :

CHU-iFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 6** **ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITE DE LA FORMATION DE CADRE DE SANTE 2024** **(article 6, alinéa 4 de l'arrêté du 18 Août 1995 modifié)**

A compléter par l'employeur

Je, soussigné(e) .....

.....

ETABLISSEMENT .....

.....

Atteste que, sous réserve de son admission à la formation Cadre de Santé en septembre 2024,

Madame / Monsieur .....

Grade .....

☐ sera pris en charge par l'établissement pour le coût de la scolarité afférent à cette formation.

☐ sera en mesure de produire une attestation de demande de prise en charge du coût de la scolarité afférent à cette formation : 12 100 €

Date .....

Qualité .....

Signature et cachet de l'établissement :

CHU-IFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 7** **DIFFUSION DES RESULTATS DU CONCOURS 2024 SUR INTERNET**

Madame, Monsieur,

Nous diffusons sur notre site internet : **www.ifps-brest.bzh** des informations vous concernant dans le cadre de la publication des résultats aux épreuves de sélection écrite et orale.

Ces informations sont les suivantes :

Nom de naissance
et/ou nom d'usage
Prénom

Nous ne pouvons vous garantir que ces informations ne seront pas captées par un tiers et dans ce cas nous ne pouvons en contrôler l'utilisation.

Vous avez la possibilité de vous opposer à une telle diffusion, si vous ne complétez pas cette fiche, votre accord sera réputé acquis. Vous pourrez, toutefois, nous faire part à tout moment de votre souhait que la diffusion de données vous concernant sur internet cesse.

Vous avez conformément à l'article 34 de la loi « information et libertés du 6 janvier 1978, un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression vous concernant.

Pour exercer ce droit, adressez-vous à l'IFCS du CHU de BREST pour les informations diffusées sur notre site.

Nom d'usage : .....

Nom de naissance :.....

Prénoms : .....

Date et signature dans la case choisie

ACCORD	REFUS

CHU-iFPS BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE – Institut de Formation des Professionnels de Santé	**FICHE 8** **PAIEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE IFCS 2024**

CHU DE BREST
N° identification : 53 29 P 01 56 29
N° Siret : 290001200010

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Date de naissance :.....

Adresse :.....

.....

Date du chèque :.....

Identification du payeur :.....

Le chèque et ce document sont à nous adresser avec le dossier d'inscription.

Fait à ..... , **le**..... **Signature :**

Une attestation de paiement des droits d'inscription vous sera adressée sur demande.

J'attire votre attention sur le fait que sans réception du chèque d'inscription le dossier est considéré comme incomplet.