



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
COORDINATION DES INSTITUTS DE FORMATION
Institut de Formation des Cadres de Santé



D. BOURGEON, Coordonnateur Général des Instituts de Formation
Directeur IFCS

Dossier suivi par : Roselyne ROIRAND

☎ 05 49 44 44 21

Fax : 05 49 44 42 15

E-mail : roselyne.roirand@chu-poitiers.fr

FORMATION CADRE DE SANTE

DOSSIER D'INSCRIPTION

A LA SELECTION 2016

Juin 2015

DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION CADRE DE SANTE

L'Institut de Formation des Cadres de Santé est rattaché au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Il assure la formation de cadres de santé conformément à l'arrêté du 18 août 1995 modifié.

Peuvent concourir les candidats issus des trois filières paramédicales :

- **la filière infirmière** : les infirmiers,
- **la filière médico-technique** : les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière et les techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale.
- **la filière rééducation** : les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les diététiciens, les ergothérapeutes, les pédicures podologues, les psychomotriciens.

L'I.F.C.S. du CHU de Poitiers a établi un partenariat permettant la **validation d'une première année de master « Droit, économie et gestion » mention Management Spécialité Gestion des Services de santé (60 ects)** simultanément au diplôme cadre de santé. De plus, un certificat de spécialisation en gestion des pôles d'activité (équivalent CNAM à un diplôme universitaire) est délivré sous réserve de réussite . Ce dispositif répond à deux objectifs majeurs :

- 1) Offrir un cursus particulièrement adapté aux enjeux médico-économiques actuels
- 2) Insérer les professionnels de santé dans le système Licence – Master – Doctorat

I.- CONDITIONS D'ADMISSION

Pour être admis à suivre la formation sanctionnée par le diplôme de cadre de santé, les candidats doivent :

1° Etre titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer l'une des professions pré-citées;

2° Avoir exercé pendant **au moins quatre ans au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection**, l'une des professions mentionnées ci-dessus ;

3° Avoir subi avec succès les épreuves de sélection organisées par l'institut.

DEPOT DES DOSSIERS D'INSCRIPTION : entre le 2 janvier et le 15 février 2016 (arrêté du 14 août 2002).

La clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi) sera effective le 15 février 2016.

II.- SELECTION :

ECRIT : Samedi 12 MARS 2016 après-midi

ORAL : Mardi 26 et Jeudi 28 AVRIL 2016

AFFICHAGE ADMISSIBILITES : Vendredi 1^{er} AVRIL 2016

AFFICHAGE ADMISSIONS : Vendredi 29 AVRIL 2016

II.I.- DOSSIER

Pour se présenter aux épreuves de sélection, les candidats déposent un dossier d'inscription comprenant les pièces suivantes :

1° Une demande manuscrite du candidat, adressée à Monsieur le Directeur de l'I.F.C.S. du C.H.U. de POITIERS.

2° Les renseignements administratifs dûment complétés (document à remplir par le candidat pages 11, 12, 13).

3° Une photo d'identité (format 3,5 x 4,5 cm) avec les nom et prénom au verso ; photographie à coller à l'emplacement prévu sur la fiche « renseignements administratifs »

4° Une photocopie du ou des livrets de famille (candidats **vivant en couple ou chargés de famille** : photocopies de toutes les pages complétées) ou de la carte d'identité ou du passeport (en cours de validité) pour les **célibataires**.

5° Une copie des diplômes. Pour le diplôme professionnel initial (ex : diplôme d'état infirmier ou manipulateur en électroradiologie médicale...), envoyer une copie **recto et verso si le verso comporte le n° d'enregistrement**. Les professionnels ont l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à LA Délégation Territoriale de l'A.R.S. (Agence Régionale de Santé) de leur lieu d'exercice ; la feuille comportant le n° ADELI doit **obligatoirement** être jointe.

6° Un relevé des activités professionnelles (document à remplir par le candidat pages 14 et 15).

7° Une attestation du ou des employeurs justifiant des quatre années d'exercice équivalent temps plein (soit 100 % de travail effectif) **au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection (originaux obligatoires).**

Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral, un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur d'exercice **et** une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle ou à la cotisation foncière des entreprises pour la période correspondant à leur exercice, établie par les services fiscaux de leur lieu d'exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice **(originaux obligatoires).**

8° Un certificat médical émanant d'un **médecin agréé** attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation (document à remplir page 16) **et** un certificat médical, attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 3111-4 du code de la santé publique (ex article L 10) (document à remplir page 17).

Pour ces deux certificats, les originaux sont obligatoires.

La liste des médecins agréés n'est pas fournie par l'I.F.C.S. Elle est à demander auprès de la Délégation Territoriale de l'A.R.S. (Agence Régionale de Santé) du lieu d'exercice.

9° Une attestation de prise en charge **ou** de demande de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou l'organisme de financement concerné, **ou**, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat de régler les frais de scolarité.

10° Quatre timbres **autocollants** au tarif normal en vigueur.

Ne pourront se présenter aux épreuves de sélection que les candidats dont le dossier sera parvenu complet à l'I.F.C.S. à la date de clôture des inscriptions.

Ce dossier ne sera pas examiné avant la date de clôture.

Ce dossier est à adresser à l'adresse suivante :

Institut de Formation des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire
2 rue de la Milétrie – CS 90577
86021 POITIERS CEDEX
☎ : 05 49 44 44 21 – Fax : 05 49 44 42 15
courriel : roselyne.roirand@chu-poitiers.fr

II.II.- EPREUVES DE SELECTION

Les épreuves de sélection sont les suivantes :

1° 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. Sont déclarés admissibles les candidats ayant obtenu une **note égale ou supérieure à 10 sur 20**.

2° Une épreuve d'admission à partir d'un dossier rédigé par le candidat (projet professionnel) ; ce dossier se compose :

a) d'un curriculum vitae ;

b) d'une présentation personnalisée portant sur :

- 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 ;

- ses conceptions de la fonction de cadre et son projet professionnel.

Cette épreuve, notée sur 20, porte sur :

- le dossier examiné par le jury ;
- l'exposé de **10 minutes**, au cours duquel le candidat présente le dossier ;
- l'entretien de **20 minutes**, avec les membres du jury.

Ce dossier - projet professionnel - (maximum 15 pages) sera remis à l'I.F.C.S. en **3 exemplaires** le **12 mars 2016** avant l'épreuve d'admissibilité. Ces dossiers devront **comporter, en haut à droite**, sur la page de garde les nom et prénom. Pour les femmes mariées, merci de **préciser le nom de famille (patronyme de naissance) suivi du nom d'usage et du prénom**.

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.**

II.II.- L'ADMISSION

Selon le classement, le candidat est admis sur liste principale ou liste complémentaire.

L'arrêté du 14 août 2002 permet aux candidats inscrits sur liste complémentaire de s'inscrire dans un autre institut de leur choix.

Lorsque les listes complémentaires sont incomplètes, les I.F.C.S. peuvent faire appel aux candidats inscrits par ordre pour compléter les listes dans un premier temps par filière puis par filières confondues si besoin, dans un deuxième temps.

«Lorsque, dans un institut de formation des cadres de santé, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves de sélection n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes aux professions visées par l'arrêté du préfet de région mentionné à l'article 5, le directeur de l'institut concerné peut faire appel, pour chaque profession concernée, à des candidats de cette profession, inscrits sur la liste complémentaire d'autres instituts de formation des cadres de santé et restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans ceux-ci. Ces candidats sont admis dans l'institut concerné dans l'ordre d'arrivée de leur demande d'inscription et dans la limite des places disponibles. Une priorité est toutefois accordée aux candidats de la profession en cause ayant passé le concours dans la région de l'institut concerné, dans le cas où il existe plusieurs instituts de formation des cadres de santé dans cette région. Cette procédure d'affectation des candidats dans les instituts de formation des cadres de santé ne peut être utilisée que pendant l'année au titre de laquelle les épreuves de sélection ont été organisées dans ceux-ci. »

Il est ajouté à l'article 8 de l'arrêté du 18 août 1995 susvisé un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque, dans un institut de formation des cadres de santé, la procédure définie à l'alinéa précédent n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places attribuées à une des professions visées par l'arrêté du préfet de région mentionné à l'article 5, les places laissées vacantes peuvent être offertes à des candidats des autres professions formées dans l'institut, classés sur la liste complémentaire du concours d'entrée dans l'institut concerné établie pour leur profession. Parmi ces candidats, la priorité est donnée à ceux ayant obtenu le plus grand nombre de points aux épreuves de sélection organisées dans cet institut. ».

(Art. 5 – Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé)

II.III.- POSSIBILITES DE REPORT DE SCOLARITE

Ceux-ci sont régis par l'article 9 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié:

"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 maternité, de congé d'adoption ou de congé pour 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 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."

III.- JOURNEE D'INFORMATION

L'I.F.C.S. organise une demi-journée d'information, ayant pour but d'apporter des renseignements sur les épreuves de sélection, le projet pédagogique et le contenu de la formation, le :

- mardi 12 janvier 2016 de 14 H à 16 H

Pour les personnes désirant y participer, un bulletin d'inscription, joint à la fin de ce document, est à nous retourner dûment complété **avant le 8 janvier 2016**.

IV.- PRE-FORMATION

L'I.F.C.S. organise :

- une préparation à la formation cadre et à son concours d'entrée d'une durée de 17,5 jours pour la sélection 2016. Une journée supplémentaire de préparation à l'oral est prévue pour les personnes admissibles entre les 2 épreuves.
- un soutien méthodologique d'une durée de 3 jours pour les candidats non admis aux concours précédents et ayant suivi la préparation au concours d'entrée à l'I.F.C.S. de Poitiers.
- une action de formation « Evoluer vers une fonction d'encadrement » d'une durée de 3 jours pour tout professionnel souhaitant se diriger vers le métier cadre de santé.

Pour tous renseignements pédagogiques, s'adresser à :

Institut de Formation des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire
2 rue de la Milétrie – CS 90577
86021 POITIERS CEDEX
☎ : 05 49 44 44 21 ou poste 44421 (secrétariat)

Pour tous renseignements administratifs, s'adresser à :

Cellule de Formation Continue
Centre Hospitalier Universitaire
2 rue de la Milétrie - CS 90577
86021 POITIERS CEDEX
☎ : 05 49 44 45 13 ou poste 44513

V.- CONDITIONS MATERIELLES

Droits d'inscription à la sélection à envoyer dès la réception de votre convocation ⁽¹⁾:

Ecrit	101,00 € (tarif 2015)
Oral	44,50 € (tarif 2015)

Droits d'inscription à la formation cadre :

256,00 € ⁽²⁾ (tarif 2014/2015)

Frais de scolarité pour la formation cadre ⁽³⁾ :

13 068,00 € (tarif 2015) si prise en charge par l'employeur ou organisme de financement

8 200,00 € (tarif 2015) si l'étudiant ne perçoit aucune rémunération

Ces tarifs comprennent le coût du master, celui du certificat de spécialisation en gestion des pôles d'activité et l'inscription annuelle au cursus.

L'employeur ou d'autres organismes peuvent financer la réalisation du projet formation cadre.

¹ Tarifs susceptibles d'être modifiés par le Directeur Général du C.H.U. Poitiers.

² Tarifs modifiés par arrêté ministériel chaque année.

³ Tarifs susceptibles d'être modifiés par le Directeur Général du C.H.U. Poitiers.

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTE 2016
I.F.C.S. - C.H.U. POITIERS

Photo.
Format
35 x 45 mm

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM DE FAMILLE

NOM D'USAGE

PRENOMS

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

NATIONALITE

SITUATION FAMILIALE.....

NOMBRE D'ENFANTS, NOMS ET PRENOMS, AGE.....

.....

.....

.....

ADRESSE PERSONNELLE

.....

e-mail..... ☎..... 📱

NIVEAU D'ETUDES (préciser primaires, secondaires ou supérieures) :

.....

DERNIER DIPLOME OBTENU ET DATE ⁽⁴⁾

DIPLOME PROFESSIONNEL INITIAL (DE infirmier, DE Manipulateur en

⁴ Par exemple, BEP(en spécifiant la spécialité), Baccalauréat (en spécifiant la série), DEUG, Licence, etc...

électroradiologie médicale, etc...)... et dates

.....

AUTRES DIPLOMES PROFESSIONNELS (spécialités)

.....

.....

.....

FONCTION

LIEU DE TRAVAIL

ADRESSE PROFESSIONNELLE

.....

.....e-mail.....

PRATIQUE DE L'INFORMATIQUE :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez votre niveau et le type de logiciels utilisés :

.....

.....

Date :

Signature obligatoire :

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTE 2016
I.F.C.S. - C.H.U. POITIERS

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES PUBLICATION RESULTATS

J'ai pris connaissance de la loi informatique et libertés et j'autorise l'I.F.C.S. de POITIERS à mémoriser les données administratives me concernant dans le strict cadre de la gestion de la sélection et éventuellement du cursus de la formation cadre.

☐ **J'autorise l'IFCS à publier mon nom sur le site internet www.chu-poitiers.fr lors des résultats ⁽⁵⁾**

☐ **Je n'autorise pas l'IFCS à publier mon nom sur le site internet www.chu-poitiers.fr lors des résultats ⁽⁶⁾**

Date :

Signature obligatoire :

⁵ Merci de cocher la case correspondante à votre choix.

⁶ Merci de cocher la case correspondante à votre choix.

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTE 2016
I.F.C.S. - C.H.U. POITIERS

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

RELEVÉ DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Feuillet N°1

DATES	DUREE (EQUIVALENT TEMPS PLEIN soit 100 % de travail effectif)	ETABLISSEMENT	DISCIPLINES
	<u>TOTAL</u> =		

FEUILLE A RETOURNER A L'I.F.C.S.

.....

Feuillet N°2

DATES	DUREE (EQUIVALENT TEMPS PLEIN soit 100 % de travail effectif)	ETABLISSEMENT	DISCIPLINES
	<u>TOTAL</u> =		

FEUILLE A RETOURNER A L'I.F.C.S.



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
COORDINATION DES INSTITUTS DE FORMATION
Institut de Formation des Cadres de Santé



DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTE 2016

CERTIFICAT MEDICAL **(certificat médical émanant d'un médecin agréé)**

Je soussigné(e), Docteur, Médecin Agréé ⁽⁷⁾,
certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur, Madame ⁽⁸⁾

Né(e) le à

Domicilié(e)

.....

.....

☐ **atteste de son aptitude physique et de l'absence de contre-indication au suivi de la formation cadre de santé**

Fait à

le

CACHET DU MEDECIN AGREE,

SIGNATURE DU MEDECIN AGREE

⁷ La liste des médecins agréés est disponible auprès de la délégation territoriale de chaque département auprès de l'ARS de votre région

⁸ Merci de rayer la mention inutile



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
COORDINATION DES INSTITUTS DE FORMATION
Institut de Formation des Cadres de Santé



DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTE 2016

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS (9)

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que :

Monsieur, Madame (10)

Né(e) le à

Domicilié(e)

.....

.....

Satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique et est à jour des vaccinations conformément au calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 311-1 du code de la santé publique.

Fait à

le

CACHET DU MEDECIN,

SIGNATURE DU MEDECIN

⁹ Ce certificat peut être rempli par votre médecin traitant ou un médecin du travail de votre établissement

¹⁰ Merci de rayer la mention inutile

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTE 2016
I.F.C.S. - C.H.U. POITIERS

**BULLETIN D'INSCRIPTION A LA
 DEMI-JOURNEE D'INFORMATION
 DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE
 AVANT LE 8 JANVIER 2016**

NOM

PRENOM

ADRESSE PERSONNELLE

e-mail.....  

FONCTION

LIEU DE TRAVAIL

ADRESSE PROFESSIONNELLE

.....e-mail..... 

Je m'inscris à la demi-journée ⁽¹¹⁾ organisée dans les locaux de
 l'I.F.C.S.(6ème étage de l'Institut Régional de Formation des Professions de Santé),
 le :

Mardi 12 janvier 2016 de 14 H à 16 H

Date :

Signature :

¹¹ **Vous ne recevrez pas de confirmation de votre inscription.** Une attestation
 de présence vous sera délivrée lors de cette demi-journée.

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTE 2016
I.F.C.S. - C.H.U. POITIERS

**POUR LES CANDIDATS
 DES DEPARTEMENTS D'OUTRE-MER
 ou COLLECTIVITES D'OUTRE-MER
 DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE
 AVANT LE 15 FEVRIER 2016**

NOM

PRENOM

Souhaite passer l'épreuve écrite de la sélection le **samedi 12 mars 2016** à :

L'I.F.C.S. de POITIERS

☐ (¹²)

Dans le DOM ou la COM d'origine

☐

Nom du DOM ou de la COM concerné(e).....

L'organisation de l'épreuve écrite sur le DOM ou la COM d'origine ne sera possible que si l'ARS concernée valide cette disposition.

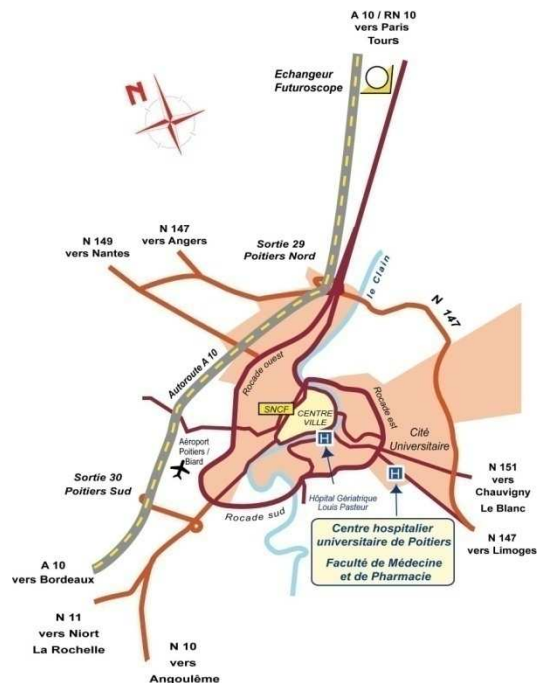
Date :

Signature :

¹² Cochez la case choisie.

PLAN ET ACCES A L'INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE DU CHU POITIERS

ACCES GENERAL



Pour les accès par bus, consulter :

<http://www.vitalis-poitiers.fr>



I.F.C.S.