

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE POLE FORMATION DU CHU DE GRENOBLE ALPES



Modalités d'inscription

au concours d'entrée 2019

Rhône-Alpes ^{Région}

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE ALPES

CS 10217 - 38043 Grenoble Cedex 09

I.F.C.S - ☎ 04.76.76.50.70 - Fax : 04.76.76.88.79 - Email : secretariatifs@chu-grenoble.fr

MODALITES D'INSCRIPTION

Conditions d'inscription

Pour être admis à suivre la formation sanctionnée par le Diplôme Cadre de Santé, les candidats doivent :

- ❶ Etre titulaire d'un des diplômes, certificats ou autres titres permettant d'exercer l'une des 13 professions paramédicales ouvrant l'accès au diplôme de cadre de santé (article 1 du Décret du 18 août 1995)
 - Filière Soins
 - Infirmier,
 - Filière Médico-Technique
 - Manipulateur d'électro-radiologie médicale, Technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale, Préparateur en pharmacie.
 - Filière rééducation-réadaptation
 - Audioprothésiste, Diététicien, Ergothérapeute, Masseur-Kinésithérapeute, Opticien-Lunetier, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure Podologue, Psychomotricien)
- ❷ Avoir exercé au 31 janvier de l'année du concours quatre ans dans l'une de ces professions, dans les secteurs public, privé ou libéral
- ❸ Déposer un dossier d'inscription avant le 15 février 2019
- ❹ Avoir passé avec succès les épreuves de sélection organisées par l'Institut de Formation des Cadres de Santé.

Dossier à constituer

- 1- Une lettre manuscrite de demande d'inscription aux épreuves de sélection,
- 2 - Un curriculum vitae . Renseignez SVP les trois feuillets de la fiche 1
- 3 - Une copie **recto-verso** des diplômes professionnels enregistrés à l'ARS et/ou une attestation d'inscription au répertoire ADELI
- 4 - Une attestation de l'employeur ou des employeurs justifiant des quatre années d'exercice requises.
 - Pour les professionnels du secteur libéral :*
 - Un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice.
 - Une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle 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.
- 5 - Un certificat médical émanant d'un médecin agréé* ou médecin du travail attestant l'aptitude physique et psychologique à suivre la formation.
 - Un certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues à l'article L.10 du Code de la Santé Publique.
- 6 - 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, ou, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat de régler les frais de scolarité.
- 7 - Un chèque d'inscription de **104 €** libellé à l'ordre du Régisseur de Recettes, représentant la participation aux frais de sélection
 - En cas de désistement ou de non acceptation du dossier cette somme ne sera pas restituée.
- 8 - 2 photos d'identité, portant le nom du candidat au verso.
- 9 - Quatre enveloppes portant l'adresse du candidat, **format 22 x 11cm** (nom jeune fille suivi du nom d'épouse pour les femmes mariées)
- 10 - Quatre timbres autocollants au tarif lettre en vigueur
- 11 - Une copie **recto-verso** de la carte d'identité (validité en cours)

- La liste des médecins agréés de votre département est disponible sur Internet sur le site de l'ARS

EPREUVES DU CONCOURS

Epreuve d'admissibilité

Nature de l'épreuve

Elle est définie par l'arrêté du 18 Août 1995 article 8 - 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 ».

La consigne de cette épreuve pour les Instituts de la Région Auvergne Rhône-Alpes est la suivante :

Il est demandé au candidat de réaliser une synthèse qui permette :

- de dégager l'idée centrale de l'ensemble des documents, d'articuler les points de vue des auteurs,
- d'argumenter son point de vue sur cette idée centrale en s'appuyant sur ses connaissances, son expérience de professionnel de santé, l'environnement, et l'actualité

Ces deux points doivent être également traités.

L'organisation du développement est laissée au choix du candidat.

CRITERES D'EVALUATION

Est-ce que l'idée centrale est bien identifiée dans sa complexité, sa cohérence ? Est-elle restituée dans le domaine sanitaire et/ou social ?

Est-ce que les différents points de vue des différents auteurs sont dégagés et articulés ?

L'argumentation présentée par le candidat est-elle en lien avec l'idée centrale et s'appuie-t-elle sur ses connaissances et son expérience professionnelle de la santé ?

Le candidat se situe-t-il en tant que professionnel de santé ?

L'évaluation prend en compte la qualité de la rédaction.

Critères de pénalité

- ✓ Orthographe,
- ✓ Ponctuation,
- ✓ Vocabulaire,
- ✓ Présentation,
- ✓ Syntaxe.

Durée de l'épreuve : 4h
Notation sur : 20

Admissibilité

Sont déclarés admissibles, les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10/20.

Ces candidats seront alors convoqués pour l'épreuve d'admission.

Les candidats non admissibles recevront leur note.

Epreuve d'Admission

Nature de l'épreuve

Elle est définie par l'Arrêté du 18 Août 1995 article 8 -2°

Elle comporte :

- ① Un **dossier rédigé** par le candidat composé de :
 - a) un *curriculum vitae* précisant :
 - le déroulement de carrière
 - les formations
 - les diplômes obtenus
 - b) une *présentation personnalisée* du candidat 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 des associations.
 - ses conceptions de la fonction cadre et ses projets.
- ② Un **exposé oral**
Présentation de son dossier par le candidat, devant un Jury composé de 3 personnes. (*Durée 10 mn*)
- ③ Un **entretien**
Il suit la présentation du dossier par le candidat. (*Durée 20 mn*)

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

Durée de l'épreuve : 30 mn
Notation sur : 20

Admission

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

Sont déclarés admis les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20/40 sans que la note à l'épreuve d'admission soit inférieure à 10/20, dans la limite du quota d'étudiants de l'Institut.

Après classement, le jury dresse la liste principale et la liste complémentaire des candidats admis, par profession.

CRITERES DE SÉLECTION

Dans la perspective des fonctions des cadres de santé et de son projet pédagogique, l'IFCS a défini les critères retenus dans l'ensemble du processus de sélection.

Le niveau Bac +3 est celui qui fait référence dans les travaux écrits de culture générale, expression écrite et orale ; l'expérience professionnelle de quatre années obligatoires est un seuil minimum.

L'évaluation des acquis dans les domaines professionnels et personnels est réalisée par les jurys de sélection, sur ces bases.

Les capacités suivantes sont attendues des candidats :

Expression écrite, orale

- Capacité à exprimer avec clarté sa pensée, à dégager du sens
- Capacité à distinguer, à analyser, à synthétiser les éléments dans différents domaines du monde de la santé et de la formation.
- Capacité à repérer l'argumentation des autres, leurs points de vue, et à situer sa propre pensée.
- Capacité à construire sa communication écrite ou orale avec rigueur, nuance et ouverture.
- Capacité à intéresser les lecteurs, les interlocuteurs

Expérience professionnelle

- Capacité à faire part de sa connaissance du milieu professionnel : enjeux, contrainte, interactions, etc...
- Capacité à passer de sa propre expérience à une généralisation pertinente ou à un questionnement.
- Capacité à repérer ses conceptions, ses valeurs, ses responsabilités, celles de son groupe professionnel.
- Capacité à collaborer dans une équipe de travail, au sein d'une organisation ou d'une institution.
- Capacité à expliciter ses motivations pour devenir cadre et à présenter son projet professionnel.
- Capacité à repérer son rapport à l'autorité, au pouvoir, à la hiérarchie.
- Capacité d'ouverture et de créativité.
- Capacité relationnelle,
- Capacité à évoluer.

Anticipation de la fonction cadre et de la formation

- Capacité à anticiper, à se projeter
- Capacité à entrer dans une démarche de recherche.
- Capacité à définir ses acquis, ses lacunes, ses facilités, ses difficultés, les ressources de sa personnalité.
- Capacité d'adaptation aux situations
- Capacité à être acteur de sa formation

Ces capacités sont attendues aux deux niveaux d'épreuves de la sélection tant pour l'admissibilité que pour l'admission.

COMPOSITION DU JURY DE SÉLECTION

(Le jury est fixé par l'article 7 - Arrêté du 18 Août 1995)

- le Directeur de l'Institut ou son représentant, Président du jury
- un Professionnel de la filière du candidat
- un Directeur d'hôpital
- un Médecin hospitalier
- un Enseignant relevant du Ministère chargé de l'enseignement supérieur.

Cette composition est démultipliée selon le nombre de candidats.

LES REPORTS

- ❖ Sont acceptés pour un an, par le Directeur de l'Institut, dans les cas suivants :
 - Congé de maternité,
 - Congé d'adoption,
 - Congé de garde d'un enfant de moins de 4 anspour un an, renouvelable un an, en cas de :
 - Rejet de demande d'accès à la formation professionnelle ou à la promotion sociale,
 - Rejet de demande de congé formation,
 - Rejet de demande de mise en disponibilité.
- ❖ Sont acceptés pour un an, après avis du Conseil Technique, en cas de :
 - Maladie
 - Accident
 - Événement grave interdisant d'entreprendre les études dans l'année en cours

CALENDRIER DE LA SÉLECTION

Les inscriptions sont reçues entre le 2 janvier et le 15 février 2019

Clôture du dépôt du dossier d'inscription →

15 février 2019

Le cachet de la poste faisant foi

Adressé à :

Madame Sylvestre Carole
Directrice pédagogique
Institut de Formation des Cadres de Santé
CHU de Grenoble Alpes
CS 10217
38043 Grenoble cedex 09

Epreuve d'Admissibilité

→ 7 mars 2019

Epreuve d'Admission

→ 1^{er} avril au 05 avril 2019

Résultats d'Admission

→ date commune pour tous les IFCS de la région
Auvergne-Rhône-Alpes (15 mai 2019)

CURRICULUM VITAE

Nom de naissance (en majuscules) :

Nom d'usage (en majuscules) :

Prénoms :

Date de Naissance lieu
Département

Enfants - Age :

.....

Adresse Personnelle

Rue

Code postal Ville

Téléphone domicile

Téléphone Portable

E/Mail

Adresse Professionnelle

Etablissement

Rue

Code postal Ville

Service

Téléphone établissement

Téléphone service

E/Mail

FORMATIONS

Niveau d'études : | BEPC Année :
 | Bac Section : Année :
 | Autres Année :

Diplôme professionnel

Filière Soins :

▪ Infirmier Année :

Filière Médico-Technique

▪ Manipulateur d'électroradiologie médicale Année :
 ▪ Technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale Année :
 ▪ Préparateur en pharmacie Année :

Filière rééducation-réadaptation

▪ Audioprothésiste Année
 ▪ Diététicien Année :
 ▪ Ergothérapeute Année :
 ▪ Masseur-Kinésithérapeute Année :
 ▪ Opticien-Lunetier Année :
 ▪ Orthophoniste Année :
 ▪ Orthoptiste Année :
 ▪ Pédicure podologue Année :
 ▪ Psychomotricien Année :

Diplôme de spécialité :Année :

Formation Universitaire :Année :
Année :
 Année

Formation préparatoire au concours d'entrée en IFCS oui non

Organisme.....Année

Autres :

EXERCICE PROFESSIONNEL

Après le Diplôme professionnel initial

Inscrivez « les établissements » ou « secteurs » où vous avez travaillé depuis l'obtention de votre diplôme de base (précisez les dates et nombre total d'années ou de mois effectués).

Nom et adresse de l'Etablissement	Fonction exercée	Période	Nombre	
			Temps complet Temps Partiel	
		Du : Au :	Année	Mois

INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTE

CHU DE GRENOBLE ALPES
CS 10217 -38043 Grenoble cedex 09

☎ 04.76.76.50.70 Fax 04.76.76.88.79
email : secretariatfcs@chu-grenoble.fr

**ATTESTATION DE PRISE EN
CHARGE**

FORMATION CADRE DE SANTÉ

Par le STAGIAIRE

F O R M A T I O N C A D R E D E S A N T E

Je soussigné(e), **Nom de naissance -Prénom**

Nom d'usage

Adresse personnelle

Code postal..... Ville

Téléphone personnel.....

E/Mail.....

Employeur

Adresse employeur.....

Code postal..... Ville

Téléphone.....

m'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la Formation Cadre de Santé, à régler moi-même les frais pédagogiques afférents à cette formation : **Tarif Année 2018-2019 : 6630 € (tarif 2019-2020 non connu à ce jour)**

A.....

Le.....

Signature

INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTE

CHU DE GRENOBLE ALPES
CS 10217 –38043 Grenoble cedex 09

☎ 04.76.76.50.70 Fax 04.76.76.88.79
email : secretariatfcs@chu-grenoble.fr

ATTESTATION DE PRISE EN
CHARGE

FORMATION CADRE DE SANTÉ

Par l'ETABLISSEMENT

STAGIAIRE

Nom de naissance – Prénom
Nom d'usage
Adresse
Code postal Ville
Téléphone personnel.....
E/mail personnel.....
Téléphone professionnel.....
E/mail professionnel

EMPLOYEUR

Etablissement.....
Adresse
Code postal Ville
TéléphoneTélécopie.....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Prise en charge par l'Etablissement : Coût Pédagogique **Année 2018-2019 : 9823 € (tarif 2019-2020 non connu à ce jour)**

- La prise en charge financière sera assurée par l'employeur
 Oui
 Non
- La prise en charge financière a fait l'objet d'une demande (sans décision actuelle)
 Oui
 Non

Signature de l'intéressé(e)

Date
Signature et cachet du Directeur
D'Etablissement

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr-----

Médecin agréé ou médecin du travail

Atteste que Madame, Monsieur né(e) le...../...../.....

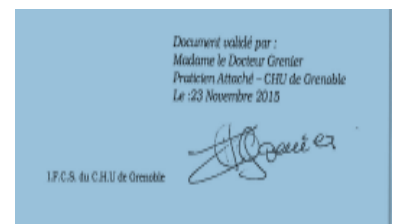
- Est apte physiquement et psychologiquement a suivre la formation
- a bénéficié des vaccinations et contrôles conformes à la réglementation en vigueur pour les professionnels de santé (*calendrier vaccinal en vigueur*)

DTPolio	Date dernier rappel :	<u>rappel</u> <u>recommandé</u> : vaccin quadivalent dTcaPolio
---------	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

<i>Hépatite B</i>	<i>Dates :</i> <i>1^{ière} injection</i> <i>2^{ième} injection</i> <i>3^{ième} injection</i>	<i>Rappels éventuels</i>
Dosage d'ac HBs	<i>Date :</i>	<i>Résultat :.....UI/l</i>

Tubertest (moins de 5 ans)	<i>Date :</i>	<i>Résultat :.....mm</i>
-------------------------------	---------------	--------------------------

Fait à le...../...../.....



Signature et cachet obligatoire