

## DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

Années 2025 - 2026



## MODALITES D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE A L'IFCS D'AJACCIO

Le diplôme de cadre de santé et les épreuves de sélection sont régis par l'arrêté du 18 août 1995 modifié par l'arrêté du 16 août 1999, l'arrêté du 14 août 2002, l'arrêté du 20 août 2008 et l'arrêté du 15 Mars 2010.

La formation Cadre de Santé à l'IFCS d'Ajaccio se déroulera du **lundi 08 Septembre 2025** au **vendredi 26 Juin 2026**. La capacité d'accueil est de **14 étudiants**.

Pour être admis à passer les épreuves de sélection du concours d'entrée à l'IFCS d'Ajaccio, les candidats doivent :

- Être titulaire d'un diplôme permettant d'exercer l'une des professions pour laquelle l'institut est agréé :
  - Infirmier (10 places)
  - Manipulateur en Electro Radiologie Médicale (1 place)
  - Technicien de laboratoire (1 place)
  - Préparateur en pharmacie hospitalière (1 place)
  - Diététicienne (1 place)
- Avoir exercé pendant 4 ans au moins à temps plein (ou une durée de 4 ans d'équivalent temps plein) cette profession, au 31 Janvier de l'année des épreuves de sélection.
- Déposer un dossier complet d'inscription entre le **02 Janvier 2025** et le **15 Février 2025** pour une rentrée en **Septembre 2025**. Tout dossier incomplet ne sera pas pris en considération.

Le dossier d'inscription est à faire parvenir à l'IFMS au plus tard le

**Samedi 15 Février 2025 :**

- Soit par courrier avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi,
- Soit directement au secrétariat de l'IFCS du lundi au jeudi de 9h00 à 15h00

## MODALITES DES EPREUVES DE SELECTION

Les épreuves de sélection se dérouleront entre le **1<sup>er</sup> Mars 2025** et le **15 Juin 2025** à l'IFMS d'Ajaccio.

Les convocations seront adressées par mail aux candidats au moins 15 jours avant la date de chaque épreuve.

### - **1<sup>ère</sup> épreuve d'admissibilité :**

Selon l'arrêté du 18 Août 1995, « *c'est une épreuve écrite et anonyme, d'une durée de quatre heures, notée sur 20. Elle 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* ».

Cette épreuve sera évaluée selon les critères suivants :

- L'identification des idées principales du ou des textes commentés
- La capacité de synthèse des éléments clés
- L'argumentation en lien avec l'idée centrale
- Les liens avec les connaissances et l'expérience professionnelle
- Le positionnement du candidat en tant que futur cadre de santé
- Les qualités rédactionnelles (syntaxe, présentation, orthographe, vocabulaire professionnel, ponctuation)
- La gestion du temps (aucun brouillon ne sera accepté)

Les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10/20 seront déclarés admissibles et recevront leur convocation pour l'épreuve d'admission.

Les autres candidats recevront leur note.

## - 2<sup>ème</sup> épreuve d'admission :

C'est une épreuve notée sur 20 qui se déroule à partir d'un dossier écrit, rédigé par le candidat, qui devra être communiqué au secrétariat de l'IFCS en 3 exemplaires. La date limite de dépôt ou d'envoi de ce document sera communiquée à chaque candidat après le résultat de l'épreuve d'admissibilité.

Ce dossier de maximum 8 pages, comprend :

- Un curriculum vitae (maximum 2 pages)
- Un projet professionnel personnalisé (maximum 6 pages) ou le candidat expose sa projection de la fonction d'encadrement au travers de son parcours personnel et de sa participation à différents travaux, actions, études, formations ou groupes de réflexion. Ce projet devra mettre en évidence sa conception de la fonction de cadre de santé et ses perspectives professionnelles.

L'épreuve consiste en un exposé oral de ce projet professionnel devant un jury composé de 3 personnes (durée 10 min) suivi d'un entretien (durée 20 min).

Cette épreuve sera évaluée à partir des éléments suivants :

- Le support écrit
- L'exposé oral au cours duquel le candidat expose son dossier
- Les échanges lors de l'entretien

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 20/40, sans que la note d'admission ne soit inférieure à 10/20.

La liste principale et la liste complémentaire sont établies par ordre de mérite.

## PIECES A FOURNIR POUR VOTRE INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE A L'IFCS D'AJACCIO

- Le dossier d'inscription ci-joint dûment complété,
- 1 photo d'identité, avec nom et prénom inscrits au dos,
- 1 photocopie de la **carte nationale d'identité** en cours de validité ou une photocopie du **passport** en cours de validité ou du **titre de séjour** en cours de validité,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (**à jour**),
- 1 attestation de l'employeur ou des employeurs justifiant des quatre années d'exercice professionnel (au 31 Janvier de l'année des épreuves de sélection), précisant les périodes d'interruption (congés de maternité, de maladie, de formation...),
- Ou**, pour le secteur libéral, un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice et tout autre document permettant de justifier de ces modes d'exercice,
- Le **reçu** du règlement des frais d'inscription au concours, à régler **à la caisse du Centre Hospitalier d'Ajaccio avant le 15 Février 2025**. Le montant est de **200,00 €**,
- 1 photocopie des diplômes obtenus à partir du baccalauréat,
- Le tableau de vaccinations et le certificat médical d'aptitude complétés (annexes 2 et 3) par un médecin agréé (annexe 1),
- Si prise en charge de la formation**, une attestation de l'employeur (annexe 4), à défaut, une attestation de demande de prise en charge,
- Si non prise en charge de la formation, une attestation sur l'honneur du candidat s'engageant à régler les frais de scolarité en cas de non prise en charge par l'employeur (annexe 5),
- L'autorisation du droit à l'image (annexe 6),
- L'attestation d'inscription à l'ordre des Infirmiers pour les candidats de la filière IDE,
- 1 attestation indiquant votre n° RPPS (sauf pour les préparateurs en pharmacie hospitalière),
- Pour les Personnes en Situation de Handicap et si nécessité d'aménagement des épreuves** : un certificat de l'un des médecins désignés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

## ETAT CIVIL

ÉCRIRE LES NOMS EN LETTRES MAJUSCULES

NOM PATRONYMIQUE : ..... PRENOMS : .....

NOM MARITAL : .....

SEXE :  FEMININ  MASCULIN NATIONALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... LIEU : ..... DEPARTEMENT : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : .....

TELEPHONE PORTABLE : .....

ADRESSE E-MAIL PERSONNELLE (OBLIGATOIRE) : .....

## SITUATION PROFESSIONNELLE

PROFESSION : .....

SPECIALITES POUR LES IDE :  IPDE  IADE  IBODE  IPA

FONCTION (PRECISEZ SI VOUS FAITES FONCTION DE CADRE DE SANTE) : .....

.....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE :  OUI  NON

SI OUI :  PAR LE CHA  PAR L'EMPLOYEUR  PAR MOI-MEME  AUTRES PRISES EN CHARGE

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR SI PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION : .....

.....

.....

## SITUATION FAMILIALE

CELIBATAIRE  MARIE(E)  CONCUBIN(E)  PACSE(E)  DIVORCE(E)  VEUF(VE)

NOMBRE D'ENFANTS : .....

NOM DE FAMILLE DES ENFANTS SI DIFFERENT DU VOTRE : .....

## SITUATION SOCIALE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

ADRESSE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE : .....

## PRINCIPAUX DIPLOMES OBTENUS

PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE A PARTIR DU BACCALAUREAT

DIPLÔMES	ANNEE D'OBTENTION

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) .....

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier et l'authenticité des documents fournis.

Je reconnais avoir été informé(e) que ce dossier ne recevrait pas de suite, s'il n'était pas complété avec soin et accompagné des pièces demandées.

Date :

Signature :

Les informations recueillies dans le présent dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique de l'étudiant. Ces informations ne font pas l'objet d'un traitement commercial.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courriel à la direction de l'établissement via l'adresse [sec.ifas@ch-ajaccio.fr](mailto:sec.ifas@ch-ajaccio.fr)

## IMPORTANT A LIRE ATTENTIVEMENT !

### CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS D'ENTREE EN IFCS

#### TEXTES DE REFERENCE :

- Circulaire du 16 avril 2007 DGS/SD5C/2007/164 fixant les conditions d'immunisation des élèves, étudiants et professionnels de la santé,
- Arrêté du 06 mars 2007 visant à protéger les professionnels de santé contre l'Hépatite B,
- Recommandations du Haut Conseil de Santé Publique d'avril 2012.

#### ATTENTION, L'ADMISSION AU CONCOURS D'ENTREE EN IFCS EST SUBORDONNEE :

- **A la production d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé**, attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et/ou psychologique à l'exercice de la profession de Cadre de santé,
- **A la production d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France**. Ce certificat doit également préciser que le candidat a subi un test tuberculique.

**Attention veillez à ce que votre certificat de vaccinations soit correctement complété par votre médecin. Dans le cas contraire, votre inscription au concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé sera rejetée.**

- **Au règlement des frais d'inscription**. Ces frais sont à régler **directement** à la caisse du Centre Hospitalier d'Ajaccio ;

#### CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

*Service Régie/Caisse*

Site du Stiletto

1180 Route A Madunuccia

20090 AJACCIO

☎ : 04.95.29.89.70

Le schéma de vaccination doit être complet au **plus tard le jour de la rentrée en IFCS.**

## ANNEXE 1

✓ Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site ; [www.ch-ajaccio.fr/ifcs](http://www.ch-ajaccio.fr/ifcs)

✓ Lieu de vaccination possible : **(se munir de son carnet de santé.)**

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) et Hépatite B

### CENTRE DEPARTEMENTAL DE VACCINATION

Hôpital Eugénie 1<sup>er</sup> étage

24 bd Pascal Rossini

20000 AJACCIO

☎ 04 95 29 67 00

Sur rendez-vous - Consultation gratuite.

✓ Lieu de test tuberculique :

- TUBERTEST

### CENTRE ANTITUBERCULEUX

Hôpital Eugénie 3<sup>eme</sup> étage

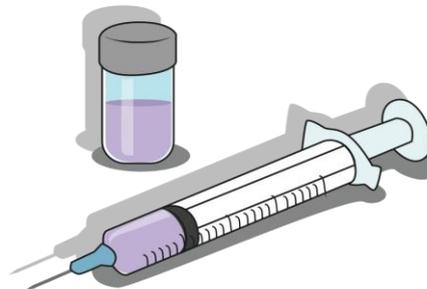
24 bd Pascal Rossini

20000 AJACCIO

☎ 04 95 29 94 32

✉ [clat2a@ch-ajaccio.fr](mailto:clat2a@ch-ajaccio.fr)

Sur rendez-vous - Consultation gratuite.



## ANNEXE 2 - CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

*A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF*

Je soussigné(e) Docteur : ..... atteste que le candidat  
inscrit au concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, Mme, Mr :

.....

Né(e) le ..... ne présente pas de contre-indication physique et/ou psychologique à  
l'exercice de la profession de Cadre de Santé.

**Date :**

**Signature et cachet du Médecin :**

## ANNEXE 3 - ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

*A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF APRES VISITE CHEZ LE MEDECIN AGREE*

Je soussigné(e) Docteur ..... atteste que, le candidat au concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, Mme, Mr :

..... né( e ) le : .....

A été vacciné (remplir le tableau ci-dessous) selon la réglementation en vigueur :

- CONTRE LA DIPHTERIE - TETANOS-POLIO - COQUELUCHE :

DERNIER RAPPEL EFFECTUE		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- CONTRE L'HEPATITE B : **⚠ le candidat doit être immunisé avant l'entrée en formation**

Nom du vaccin	Date	N° lot
1 <sup>e</sup> dose :		
2 <sup>e</sup> dose :		
3 <sup>e</sup> dose :		
4 <sup>e</sup> dose :		
Date sérologie de contrôle :		
Immunisé :		
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Taux d'anticorps : .....

- PAR LE BCG :

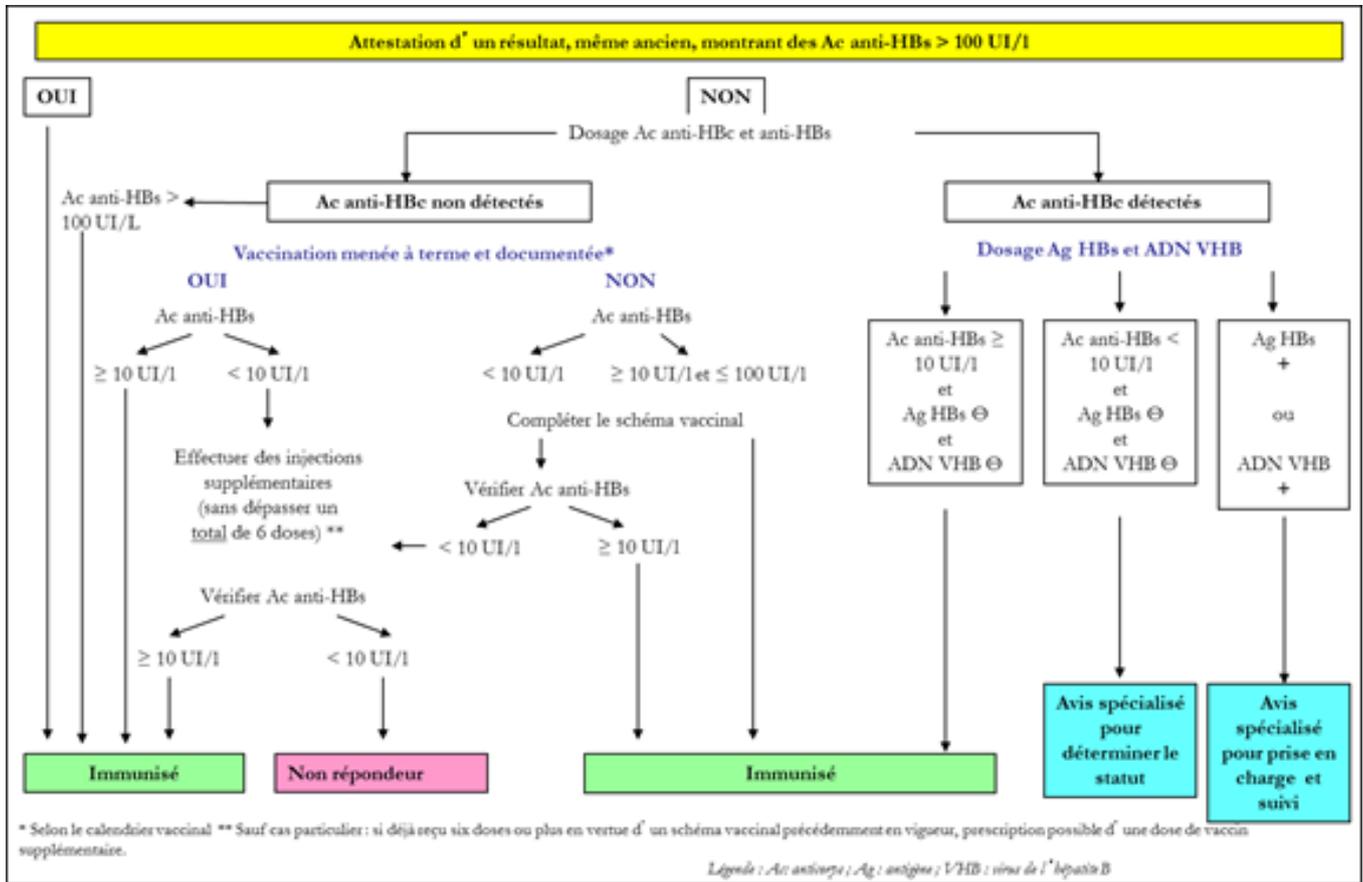
Vaccin intradermique ou Monovax ®	Date du dernier vaccin	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Date :

Signature et cachet du Médecin :

NB : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rubéole, la rougeole, la varicelle, la grippe saisonnière et la COVID-19.

## ANNEXE 3 BIS - ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNELS DE SANTE



### Texte de référence :

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

## ANNEXE 4 – PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

*A FAIRE REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF*

Je soussigné(e) Mme, Mr : ..... m'engage sur l'honneur à régler les frais de formation à l'Institut des Cadres de Santé de Mme, Mr :..... pour l'année 2025-2026, soit la somme de **12 000 €** (douze mille euros)\*, payable en 2 versements.

Fait à .....Le .....

**Signature et cachet :**

*\*Sous réserve de modification*

## ANNEXE 5 – PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

Je soussigné(e) Mme, Mr : ..... m'engage sur l'honneur à régler les frais de formation à l'Institut des Cadres de Santé en cas de non prise en charge par mon employeur pour l'année 2025-2026, soit la somme de **10 000 €** (dix mille euros)\* payable en 2 versements.

Fait à ..... Le .....

Signature :

*\*Sous réserve de modification*

## ANNEXE 6 - AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) .....

autorise

n'autorise pas

à titre gratuit et perpétuel, l'utilisation et la reproduction, par l'IFMS, de mon nom, mon image, sur tout support existant ou à venir, à des fins de communication et de promotion de l'Institut.

La présente autorisation est valable, sans limite de territoire et sans limitation de durée.

**Fait pour valoir ce que de droit.**

Ajaccio, le

**Signature :**

*Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »*