

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE CHU BREST

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION

Rentrée septembre 2025

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 2025

✎ 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 17 décembre 2024 de 17h à 18h30**
- ▶ **Jeudi 09 janvier 2025 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 8) **entre le 02 janvier et le 14 février 2025.**

◆ **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 de l'introduction à la conclusion, hors page de garde, sommaire)** 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.

Format :

Taille police souhaitée : 12 – Police : Times New Roman ou Arial
Interlignes : 1,5

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 2025

⇒ DEPOT DES DOSSIERS D'INSCRIPTION

- **Entre le 02 janvier et le 14 février 2025** (cachet de la poste faisant foi)

⇒ ADMISSIBILITÉ

- Epreuve écrite → **Lundi 03 mars 2025 de 13h30 à 17h30**
- Jury d'admissibilité → **Mercredi 12 mars 2025**
- Publication des résultats → **Jeudi 13 mars 2025 à partir de 15h**

⇒ ADMISSION

- Dossier professionnel (Curriculum-vitae et projet professionnel, en 3 exemplaires) à remettre au secrétariat de l'IFCS contre émargement ou à envoyer par la poste, pour le **mercredi 19 mars 2025 (cachet de la poste faisant foi)**.
- Epreuve orale → **du 07 au 08 avril 2025**
- Jury d'admission → **Jeudi 10 avril 2025**
- Publication des résultats → **Vendredi 11 avril 2025 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)
 - L'attestation RPPS (anciennement ADELI), ou l'enregistrement des diplômes
 - Diplômes universitaires
- 4. Une photocopie de votre **carte nationale d'identité ou passeport recto-verso et 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 (180 €), 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 14 février 2025 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 (cachet de la poste faisant foi)
- ✓ Aucun dossier ne sera vérifié lors du dépôt/réception au secrétariat
- ✓ La complétude du dossier est à votre charge et est un critère de sélection
- ✓ 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 2025**.

VALIDITE DES EPREUVES DE SELECTION

Article 9 (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 2025 ≦

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.

⚠ 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

Niveau d'enseignement général et supérieur

DIPLÔME(S) OBTENU(S)	Lieu d'obtention	Année
BEP, CAP, BEPC (niveau ou diplôme) ou fin 2 ^{nde} ou 1 ^{ère}		
Niveau fin terminale		
Baccalauréat : Série n°		
Equivalence Baccalauréat		
BTS		
DUT		
DEUG – DEUST		
Diplôme 2 ^{ème} cycle d'enseignement universitaire (à préciser)		
Diplôme 3 ^{ème} 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 ville de l'institut où a été obtenu le diplôme	Date d'obtention
Filière Infirmière			
Infirmier(e)			
Spécialisation : IADE, IBODE, PUER			
Filière de rééducation			
Ergothérapeute			
Masseur Kinésithérapeute			
Pédicure Podologue			
Psychomotricien			
Diététicien			
Orthoptiste			
Orthophoniste			
Filière médico-technique			
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.

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 :

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).....

**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 :

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITE DE
LA FORMATION DE CADRE DE SANTE 2025**
(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 2025,

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 :

➔ **En cas de non-prise en charge par l'employeur, partie à compléter par le candidat**

Participation financière avec CPF

Autofinancement

**DIFFUSION DES RESULTATS
DU CONCOURS 2025 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

**PAIEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION
AU CONCOURS D'ENTREE IFCS 2025**

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 :

① Une attestation de paiement des droits d'inscription vous sera remise
le jour de l'épreuve d'admissibilité.

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