

## INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS IFPS - Centre Hospitalier Agen-Nérac

# DOSSIER D'INSCRIPTION SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN IFAS – **SITE BARBASTE** DES AGENTS DE SERVICE HOSPITALIER QUALIFIÉS

Début des inscriptions : **Lundi 14 février 2022**

Clôture des inscriptions : **Samedi 11 juin 2022**

Tout dossier est à transmettre uniquement par voie postale  
Tout dossier incomplet, non conforme (illisible...) ou adressé après la  
date de clôture, ne sera pas traité  
(Cachet de la poste faisant foi)

Téléchargement du dossier d'inscription sur le site

<http://www.ifps-agen.com/>

Contact :  
**Institut de Formation des Professionnels de Santé**  
IFAS CH AGEN-NERAC  
**Adresse postale : Route de Villeneuve - 47923 AGEN Cedex 9**

Email : [secretariat.ifps@ch-agen-nerac.fr](mailto:secretariat.ifps@ch-agen-nerac.fr)

Site internet : <http://www.ifps-agen.com/>

Accueil public : 43 rue Corps Franc Pommiès – 47000 AGEN

**ATTENTION :**

**Inscription uniquement pour le site de BARBASTE**

# CALENDRIER

Vous êtes Agent de Service Hospitalier Qualifié (ASHQ) et avez le projet de devenir aide-soignant.

L'accès à la formation est règlementé par l'Arrêté du 12 avril 2021 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

	<b>IFAS</b>
Mise en ligne des dossiers d'inscription	<b>Dossier en ligne</b> <a href="http://www.ifps-agen.com">www.ifps-agen.com</a>
Ouverture des inscriptions	<b>Lundi 14 février 2022</b> 14h00
Clôture des inscriptions	<b>Samedi 11 juin 2022</b> Minuit
<b>ADMISSION RESULTATS</b>	<b>Mercredi 06 juillet 2022</b> 14h00
<b>CONFIRMATION DES CANDIDATS</b>	<b>Mardi 12 juillet 2022</b> Minuit

# INSCRIPTION

## Modalités inscriptions

1. **TELECHARGER EN LIGNE**, le dossier d'inscription *version papier*
2. **ENVOI DU DOSSIER COMPLÉTÉ et COMPLET UNIQUEMENT**  
par voie postale à



## Institut des Professionnels de Santé

Secrétariat IFAS  
Centre Hospitalier Agen-Nérac  
Route de Villeneuve  
47923 AGEN CEDEX 9

**Date de pré-rentree :** Jeudi 25 aout 2022 - SITE AGEN – 9H30 - 12H30

**Date de rentrée :** Lundi 29 aout 2022 - SITE BARBASTE – 9H00

## CHOIX DU LIEU D'INSCRIPTION EN 47

Nombre de places ouvertes aux ASHQ pour l'IFAS d'Agen = au moins 20% du quota autorisé par le Conseil régional Nouvelle Aquitaine (30 parcours 20% = au moins 6 places).

## DISPOSITION GENERALE / ARRETE 2008 ET ARRETE DU 10 JUIN 2021 - ART 11 ET ART 12

### **Arrêté du 22 juillet 2008 relatif à la sélection professionnelle permettant aux agents des services hospitaliers qualifiés d'accéder aux études d'aide-soignant**

Article 1 : En vue de procéder à la sélection professionnelle prévue à l'article 7 (2°) du décret du 3 août 2007 susvisé, l'autorité investie du pouvoir de nomination fait appel, dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, aux candidatures des agents des services hospitaliers qualifiés de l'établissement, réunissant au moins trois ans de fonctions en cette qualité. Ces candidatures lui sont transmises, accompagnées d'une lettre de motivation de l'agent et de l'avis du supérieur hiérarchique et des éléments d'appréciation suivants :

- contenu du dossier individuel de l'agent, comportant, notamment, les appréciations littérales et notations des trois dernières années ;
- formations suivies en cours d'emploi, notamment celles préparant aux fonctions d'aide-soignant.

Dispositions spécifiques pour les ASHQ réunissant au moins huit ans de fonctions dans ce grade (arrêté du 12 février 2008) : Les candidatures sont transmises à l'établissement, accompagnées d'une lettre de motivation de l'agent et de l'avis du supérieur hiérarchique et des éléments d'appréciations portant, en particulier, sur (...) les capacités de rédaction et de mémorisation vérifiées par un organisme déclaré chargé de la formation professionnelle continue qui a connaissance du contenu de la formation conduisant au DEAS.

### **Arrêté du 12 avril 2021 relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au DEAS (..).**

Art 11 : « **Sont dispensés de l'épreuve de sélection, les ASHQ de la FPH et les agents de service :**

- 1° Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs publics et privés ou dans des services d'accompagnement et d'aide à domicile des personnes »,
- 2° **Ou** justifiant à la fois du suivi de la formation continue de 70 heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulées d'au moins 6 mois en équivalent temps plein, effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs publics et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

## CONSTITUTION DU DOSSIER



**Vous devez vous inscrire UNIQUEMENT dans un seul des trois I.F.A.S du Lot et Garonne : AGEN, MARMANDE ou VILLENEUVE SUR LOT.**

- Fiche d'inscription, dûment remplie et signée par l'employeur et par l'agent en lettres capitales (ne pas plier).
- La rubrique diffusion des résultats sur Internet **non renseignée** vaut accord de diffusion ;*
- Photocopie d'une pièce d'identité recto et verso en cours de validité : Carte d'Identité ou Passeport. Le permis de conduire n'est pas recevable.
- Photocopie des diplômes détenus si nécessaires.
- Une attestation de suivi « Formation modulaire à destination des AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS pour participer aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée de 70 h.
- Lettre de motivation **manuscrite**.
- Un courrier de l'employeur précisant :
  - L'ancienneté de l'agent dans ses fonctions d'ASHQ = attestation
  - Le parcours professionnels réalisé, l'état de service
  - L'intégration de l'expérience acquise dans ses fonctions d'ASHQ
  - Les formations suivies en cours d'emploi
- Les évaluations des trois dernières années
- Le cas échéant, la décision de la CAP ayant statué sur l'aptitude de l'agent à suivre la formation
- Le cas échéant, le résultat du test de positionnement réalisé pour identifier les capacités de rédaction et de mémorisation de l'agent réalisé par un organisme de formation agréé
- 2 enveloppes auto-adhésives** format 11X22 cm à FENÊTRE transparente, **timbrées au tarif prioritaire** (timbre rouge avec mention « lettre prioritaire » ou timbre avec « mention lettre prioritaire »).  
Les timbres verts ou timbres mention « lettre verte » ne seront pas retenus.
- Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B)
- 1 enveloppe pré-timbrée en Accusé de réception : pour valider la bonne réception de votre dossier à vos noms et adresse.**

**Une vigilance doit être apportée par les candidats dans la constitution de leur dossier :**

- **pièces justificatives**
- **document manuscrit**

## RESULTAT ET CONFIRMATION DE L'ENTREE EN FORMATION

L'établissement dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider l'inscription de l'agent en Institut de formation. Au-delà de ce délai, l'établissement est présumé avoir renoncé à l'admission de son agent.

L'inscription est valable pour la rentrée au titre de laquelle elle a été organisée.

Le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation:

- Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéficiaire de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans.
- Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée. **Le report n'est valable que pour l'Institut dans lequel le candidat avait été précédemment admis.**

## PRISE EN CHARGE FINANCIERE

**Frais annuels de formation : non remboursables**

ASHQ	
<b>Droits d'inscription</b>	<b>100,00 €</b>  <b>Frais à acquitter à la confirmation d'inscription</b>
<b>Frais de formation</b>	7 000 € nets de taxes ou * devis si parcours partiel
<b>Frais annexes</b>	Facultatifs

\* **Coût des modules de formation sur devis et en fonction du/des diplôme(s) obtenu(s).**

## PROFILS PARTIELS

Titre / Diplôme antérieur	Durée Ecole		Durée Stage	
Aucun -> Coursus complet	22 semaines	770 h	22 semaines	770 h
Bac Professionnel Accompagnement Soins Services à la Personne	10,6 semaines	371 h	10 semaines	350 h
Bac Professionnel Services aux Personnes et Aux Territoires	14,6 semaines	511 h	14 semaines	490 h
Titre professionnel d'assistant de vie aux familles	10,80 semaines	375 h	17 semaines	595 h
Titre professionnel d'agent de service médico-social	17,2 semaines	602 h	17 semaines	595 h
Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social <small>Les titulaires du Diplôme d'Etat d'aide médico psychologue ou auxiliaire de vie scolaire sont titulaires de droit du DEAS 2016</small>	15,8 semaines	533 h	12 semaines	420 h
Diplôme d'Etat Ambulancier	16,4 semaines	574 h	17 semaines	595 h
Diplôme d'Etat d'Assistant de Régulation Médicale	15,8 semaines	329 h	7 semaines	245 h
Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2006	9,2 semaines	329 h	7 semaines	245 h
Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2021	6,4 semaines	224 h	7 semaines	245 h

## INFORMATION IMPORTANTE - ADMISSION DEFINITIVE -

### **L'admission définitive est subordonnée à des vaccinations obligatoires :**

Ainsi, le candidat devra produire :

- ❑ Au plus tard le jour de la rentrée, un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine
  
- ❑ Au plus tard le jour de la rentrée, **un certificat médical attestant qu'il remplit les obligations d'immunisation et de vaccination** prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

Confère Annexe ci-dessous : liste des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf. article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié).

**Ne pourront être admis au 1<sup>er</sup> stage, que les élèves pouvant justifier des deux premières doses relatives à la vaccination contre l'hépatite B, sachant qu'il faut 1 mois entre chaque injection.**

**Pour toutes les vaccinations, en plus de la fiche médicale, des justificatifs ou photocopies du carnet de santé devront être fournis.**

N'attendez pas les résultats de la sélection, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois et compromettre la mise en stage.

N'hésitez pas à établir le carnet de santé électronique : permet de vous informer par mail de vos rappels. De plus partageable avec tout professionnel de santé – mes vaccins.net : <https://www.mesvaccins.net/>



## ANNEXE



Réalisation : département communication  
ARS Nouvelle-Aquitaine (2022)

## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : ..... **NOM** : ..... **NOM de naissance** : .....

Médecine **Prénom** : ..... **Date de naissance** : .. / .. / ....

Odontologie **Tél.** : ..... **Email** : .....

Pharmacie **ou Institut de formation** : ..... **Département de naissance** : ..... **Code postal lieu de résidence** : .....

Sage-femme **Année d'admission** : ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger** : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage   
Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphthérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphthérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : ..... Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Hépatite B\*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\*

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ao anti-HBs > 100 UIA (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ao anti-HBs ≥ 10 UIA et Ao anti-HBe négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B évasé à 30 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Covid-19\*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / .... Première dose => Date : .. / .. / .... Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Rappel => Date : .. / .. / ....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ....
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Varicelle

- Antécédent de maladie  
 Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
Joindre le résultat\*\*

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

**BCG**  
=> Date : .. / .. / ....

**Test tuberculinique (IDR)** quelle que soit la date de réalisation  
(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

## FICHE INSCRIPTION

### ETABLISSEMENT

Nom de l'Etablissement : .....

Nom et Prénom du directeur : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Personne en charge administrative du dossier (Nom et Prénom) :

Téléphone : .../.../.../... Courriel : .....@.....

### AGENT

Nom de naissance : ..... Nom Marital : .....

Prénom : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ... / ... / ..... Lieu de Naissance : ..... (Dept :....)

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Personne en charge administrative du dossier (Nom et Prénom) :

Téléphone : .../.../.../... Courriel : .....@.....

Souhaitez-vous signaler une en situation de handicap ?  Oui (Si oui nous fournir une copie de votre reconnaissance MDPH)

Fait à : ..... Le : ..... ;

<b>Signature du directeur de l'Établissement</b>	<b>Signature de l'agent</b>
--	-----------------------------