

ASHQ – Agent de service

Dossier 1 de demande d’inscription en formation aide-soignante

Rentrée 26 Août 2024

Public visé sous conditions (cf. arrêté – article 11 – p.1)

- Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière
- Les agents de service

Merci de lire attentivement ce document dans son intégralité



SOMMAIRE :

Conditions d'accès à la formation (cadre législatif).....	1
Places disponibles.....	2
Dispenses et aménagements spécifiques.....	2
Report de formation.....	2
Coût pédagogique de la formation.....	3
Communication des résultats.....	3
Financement de la formation.....	3
Liste des pièces à fournir.....	3
Calendrier et restitution du dossier.....	4
Fiche d'inscription.....	
Annexe 1 : <i>Attestation à faire compléter</i>	
Annexe 2 : <i>Information sur la prise en charge financière à compléter</i>	
Annexe 3 : <i>Engagement de financement par l'employeur à faire compléter</i>	
Annexe 4 : <i>Engagement de financement personnel à compléter</i>	
Annexe 5 : <i>Equivalences de compétences et allègements de formation pour l'accès au D.E.A.S., à compléter.</i> ..	
Annexe 6 : <i>Certificat médical de non contre-indication à la profession d'aide-soignante à faire compléter</i>	
Annexe 6 bis : <i>Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à faire compléter</i>	

Nous restons disponibles à toutes questions spécifiques que pourraient avoir les candidats en situation de handicap
Contact : Mme GAUTIER
02.99.70.35.59

CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION

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

La formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant est réglementée **par l'arrêté du 07 avril 2020**, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture **modifié par l'arrêté du 12 avril 2021** portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant **et de l'arrêté du 10 juin 2021 modifié par l'arrêté du 09 juin 2023** relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

Art. 11 (créé par l'arrêté du 12/04/2021 – art. 2) : Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, **les agents des services hospitaliers qualifiés** de la fonction publique hospitalière et **les agents de service** :

1. Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes ;
2. Ou justifiant à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix 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 cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes. **Dans le cadre de la formation continue de 70 heures, celle-ci doit avoir été réalisé dans le cadre prévu par la circulaire dédiée, c'est-à-dire sur la période réglementaire de janvier 2021 à décembre 2022.**

Les personnels visés aux 1. et 2. sont directement admis en formation **sur décision du directeur de l'institut de formation** concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12.

Art. 08 ter (créé par l'arrêté du 12/04/2021 – art. 1): « L'admission définitive dans un institut de formation d'aides-soignants est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'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.

2° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues

- Vaccinations obligatoires (Article L.3111-4 du code de la santé publique) : **Hépatite B** - Diphtérie - Tétanos – DTpolio,
- Vaccinations recommandées par le Haut Comité de Santé Publique : coqueluche - rougeole - grippe saisonnière - rubéole – varicelle, covid 19 (3 doses)

Les 2 certificats à compléter vous sont transmis dans ce dossier d'inscription, afin de vous organiser dès maintenant

**N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin
Traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.**

PLACES DISPONIBLES

<u>Rentrée du 26 Août 2024</u>	<u>ASHQ de la fonction publique hospitalière</u>	<u>ASH ayant suivi la formation renfort AS 70h00</u>
	7	3

DISPENSES ET AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES DE LA SCOLARITÉ

Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé par les arrêtés du 12 avril et 10 juin 2021, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

- 1° Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;
- 2° Le diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- 3° Le diplôme d'Etat d'ambulancier ;
- 4° Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;
- 5° Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;
- 6° Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D. 451-88 et D. 451-92 du code de l'action sociale et des familles :
 - *diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social,*
 - *diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou la mention complémentaire aide à domicile,*
 - *diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique;*
- 7° Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;
- 8° Le titre professionnel d'agent de service médico-social.

Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté. Leur parcours de formation et les modalités d'évaluation des blocs de compétences ou des compétences manquantes en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant sont définies dans ladite annexe.

REPORT DE FORMATION

Par dérogation à l'article 13 (modifié par l'arrêté du 12/04/2021), 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 :

1. 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, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
2. 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.

COÛT PÉDAGOGIQUE DE LA FORMATION

Formation initiale complète : 7 140€ Parcours allégés : Nous consulter

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

La liste des candidats retenus en formation est affichée au siège de l'institut de formation et publiés sur internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

Chaque candidat est informé personnellement par mail et par courrier. Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Financement employeur, promotion professionnelle, Transitions pro, ANFH, OPCO, ...

- Financement Compte Personnel de Formation (CPF),

- Financement personnel, ...

Le Conseil Régional de Bretagne ne prend pas en charge la formation des élèves admis par le biais de la sélection de l'article 11.

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- Fiche d'inscription dûment complétée,
- Copie d'une pièce d'identité, carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité,
- Lettre de motivation manuscrite,
- Un **document manuscrit** relatant une expérience professionnelle vécue, afin de se projeter dans la formation. Ce document n'excède pas deux pages,
- Curriculum vitae,
- Copie(s) de(s) diplôme(s) et/ou titre(s) obtenu(s) traduit(s) en français,
- Attestation CPAM,
- Attestation de la responsabilité civile,
- 2 enveloppes affranchies au tarif en vigueur, à vos nom prénom et adresse postale,
- Pour les ressortissants étrangers, une attestation du niveau de langue française requis **B2** lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites dans le dossier, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral,
- Avis du supérieur hiérarchique, contenu du dossier individuel comportant les appréciations littérales et notations **des 3 dernières années**,
- Formations suivies en cours d'emploi, notamment celles préparant aux fonctions d'aide-soignant,
- Attestation de **formation 70h00 des ASH** pour les candidats concernés, (Pour pouvoir bénéficier d'une dispense de sélection, les candidats se présentant dans le cadre de la formation « ASH 70H » doivent avoir réalisé celle-ci dans le cadre prévu par la circulaire dédiée c'est-à-dire sur la période réglementaire de janvier 2021 à décembre 2022.)
- Annexe 1** : Attestation à faire compléter.....
- Annexe 2** : Information sur la prise en charge financière à compléter.....
- Annexe 3** : Engagement de financement par l'employeur à faire compléter.....
- Annexe 4** : Engagement de financement personnel à compléter.....
- Annexe 5** : Equivalences de compétences et allègements de formation pour l'accès au D.E.A.S., à compléter.....
- Annexe 6** : Certificat médical de non contre-indication à la profession d'aide-soignante à faire compléter.....
- Annexe 6 bis** : Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à faire compléter.....

CALENDRIER ET RESTITUTION DU DOSSIER COMPLET

<u>Début des inscriptions</u>	Vendredi 16 Février 2024
<u>Clôture des inscriptions</u>	Lundi 10 Juin 2024 (minuit, cachet de la poste faisant foi)
<u>Affichage de l'admission</u>	Vendredi 05 Juillet 2024

- par voie postale en Recommandé avec Accusé de Réception ou dépôt en boîte aux lettres de l'institut :

I.F.A.S. du CHIRC
Sélection 2023-2024
7 rue Saint Conwoïon CS 90262
35603 REDON CEDEX

Date limite de dépôt du dossier :

Le 10 juin 2024
(Cachet de la poste faisant foi)

NB : Au stade de la sélection, vous n'avez pas à nous fournir les pièces relatives à vos vaccinations.

Fiche inscription – 2024/2025 – Rentrée 26 Août 2024
ASHQ de la fonction publique hospitalière et Agents de service

Renseignements administratifs :

Civilité : Mme M.

Non de naissance :

Nom marital :

Prénoms :

Age :.....Date de naissance :.....

Lieu de naissance :.....Dpt :.....

Pays d'origine :.....

Nationalité :.....

Statut du candidat : Titulaire de la fonction publique hospitalière..... Agent de service.....

Tél. fixe :.....

Portable :.....

Mail :.....

Adresse du candidat :

Adresse :.....

.....

Code postal :.....Ville :.....

NOM, lien de parenté et téléphone de la personne à contacter en cas de nécessité :.....

.....Tél. :.....

MOYEN DE LOCOMOTION : PERMIS EN COURS VÉHICULE PERSONNEL

J'autorise l'Institut à publier mon identité sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats Oui Non

Situation actuelle

Salarié(e) précisez l'établissement :.....

Inscrit au Pôle emploi Indemnisé Non indemnisé

Autre :.....

Avez-vous besoin d'un aménagement spécifique pour réaliser votre formation ? :

OUI NON

Engagement du candidat :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date de réception :.....N° dossier

Signature :

Fait à :.....Le :.....

Signature du candidat :

Fiche inscription – 2024/2025

ANNEXE 1

ATTESTATION

Je soussigné(e),

Directeur de l'établissement de santé :

Nom de l'établissement :

Adresse :

CP.....VILLE.....

Atteste que M. ou Mme :

Cochez la case correspondante

- est ou a été salarié(e) de l'établissement en tant que **ASHQ** ou **Agent de service** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 1 an équivalent temps plein** effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médicaux sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période du :au.....

OU

- ASH, a suivi la **formation continue de soixante-dix heures** relative à la « Participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée »

Et

est ou a été salarié(e) de l'établissement en tant que **ASH** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 6 mois en équivalent temps plein** effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période du :au.....

Fait à :

Le :

Cachet et signature

Signature :

Fiche inscription – 2024/2025

ANNEXE 2

Information sur la prise en charge financière

NOM : PRENOM :

NOM MARITAL : Date de naissance : ! ____ ! ____ ! ____ ! Age : ! ____ !

FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION :

EMPLOYEUR :

Nom de la structure :

Adresse :

Numéro de téléphone : ! ____ ! ____ ! ____ ! ____ ! ____ !

Nom de l'interlocuteur :

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation (cf. annexe 3)

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

TRANSITIONS PRO

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

ANFH

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation (cf. annexe 3)

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

OPCO (Unifaf, Uniformation...)

Indiquez le nom de l'OPCO.....

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (joindre justificatif) Montant €

et/ou

FINANCEMENT PERSONNEL : OUI (cf. annexe 4) NON

Une convention de formation vous sera adressée

Fiche inscription – 2024/2025

ANNEXE 3

Engagement de financement par l'employeur

Je soussigné(e),

Directeur de l'établissement :

Nom de l'établissement :

Adresse :

CP.....VILLE.....

Atteste que M. ou Mme.....,

salarié(e) de l'établissement,

bénéficiera d'une prise en charge financière pour le coût de la scolarité de la formation aide-soignante
2024-2025 établi par l'I.F.A.S.

Fait à :

Le :

Cachet et signature

Signature :

Fiche inscription – 2024/2025

ANNEXE 4

Engagement de financement personnel

Je soussigné(e),

Nom et prénom.....

Adresse :.....

CP.....VILLE.....

confirme prendre en charge le coût de la scolarité de la formation aide-soignante 2024-2025 établi par l'I.F.A.S.

Fait à :.....

Le :.....

Signature :

Fiche inscription – 2024/2025

ANNEXE 5

Equivalences de compétences et allègements de formation pour l'accès au D.E.A.S.

NOM : PRENOM :

NOM MARITAL : Date de naissance : ! ____ ! ____ ! ____ ! Age : ! ____ !

Je déclare posséder (cochez la case correspondante) :

	Diplômes / titres ¹		Date d'obtention
<input type="checkbox"/>	DEAP	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture	.....
<input type="checkbox"/>	ARM	Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale	.....
<input type="checkbox"/>	DEA	Diplôme d'État d'Ambulancier	.....
<input type="checkbox"/>	ASSP	Baccalauréat professionnel ASSP	.....
<input type="checkbox"/>	SAPAT	Baccalauréat professionnel SAPAT	.....
<input type="checkbox"/>	DEAES	Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social	.....
<input type="checkbox"/>	DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou la mention complémentaire aide à domicile	.....
<input type="checkbox"/>	DEAMP	Diplôme d'État d'Aide Médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique	.....
<input type="checkbox"/>	TPAVF	Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles	.....
<input type="checkbox"/>	TPASMS	Titre Professionnel d'Agent de Service Médico-Social	.....

Fait à :

Le :

Signature :

Synthèse des volumes horaires de formation à réaliser pour l'accès au DE AS en fonction la certification déjà obtenue par le candidat

DEAS 2021	DEAS 2021 (formation complète)	DEAP 2006 (niveau3)	DEAP 2021 (niveau4)	BAC PRO ASSP 2011 (niveau 4)	BAC PRO SAPAT 2011 (niveau 4)	Titre professionnel ADVF (niveau 3)	Titre professionnel ASMS (niveau 3)	DEAES 2021 (niveau3)	DEAES 2016 Spécialités (niveau 3)	ARM 2019 (niveau 4)	Ambulancier 2006 (niveau 3)
Accompagnement individuel	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
BLOC 1	168	98	77			98	112	112	112	147	168
BLOC 2	294	98	70	294	294	259	294	224	273	217	203
BLOC 3	91	21				21	56	21	21	42	42
BLOC 4	35				35	35		21	35	35	21
BLOC 5	105	35			105	77	63		35	35	63
Formation clinique	770	245	245	350	490	595	595	420	420	595	595
Total formation théorique	770	329	224	371	511	567	602	455	553	553	574
Total cursus (théorie et clinique)	1540	574	469	721	1001	1162	1197	875	973	1148	1169

Le détail par bloc de compétences est décrit dans les tableaux d'équivalence.

Fiches parcours : les contenus de formation théorique et clinique ainsi que les modalités d'évaluation sont consultables sur le site du ministère chargé de la santé.

¹ Copie du diplôme à joindre au dossier

Fiche inscription – 2024/2025

ANNEXE 6²

Certificat médical d'aptitude

(À faire compléter **par un médecin agréé³** par l'ARS du département
Selon l'article 8 ter (créé par l'arrêté du 12/04/2021)

Je soussigné(e), Docteur Médecin agréé ARS,

Atteste que : M./Mme.....

Né(é) le : ! ___ ! ___ ! ___ !

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique
à l'exercice de la profession aide-soignante

est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)⁴

Fait à :, le

Tampon :

Signature

2

³ Liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

4

ANNEXE 6 bis - ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur,
Certifie que : Nom de naissance :..... Nom d'usage :.....
Prénom :..... Né(e) le...../...../.....
En formation de,

Est immunisé(e) :
Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme :

(rayer les mentions

inutiles)

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses)	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

- Par le BCG OUI NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax	Date du vaccin	N° lot

- (un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG)

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

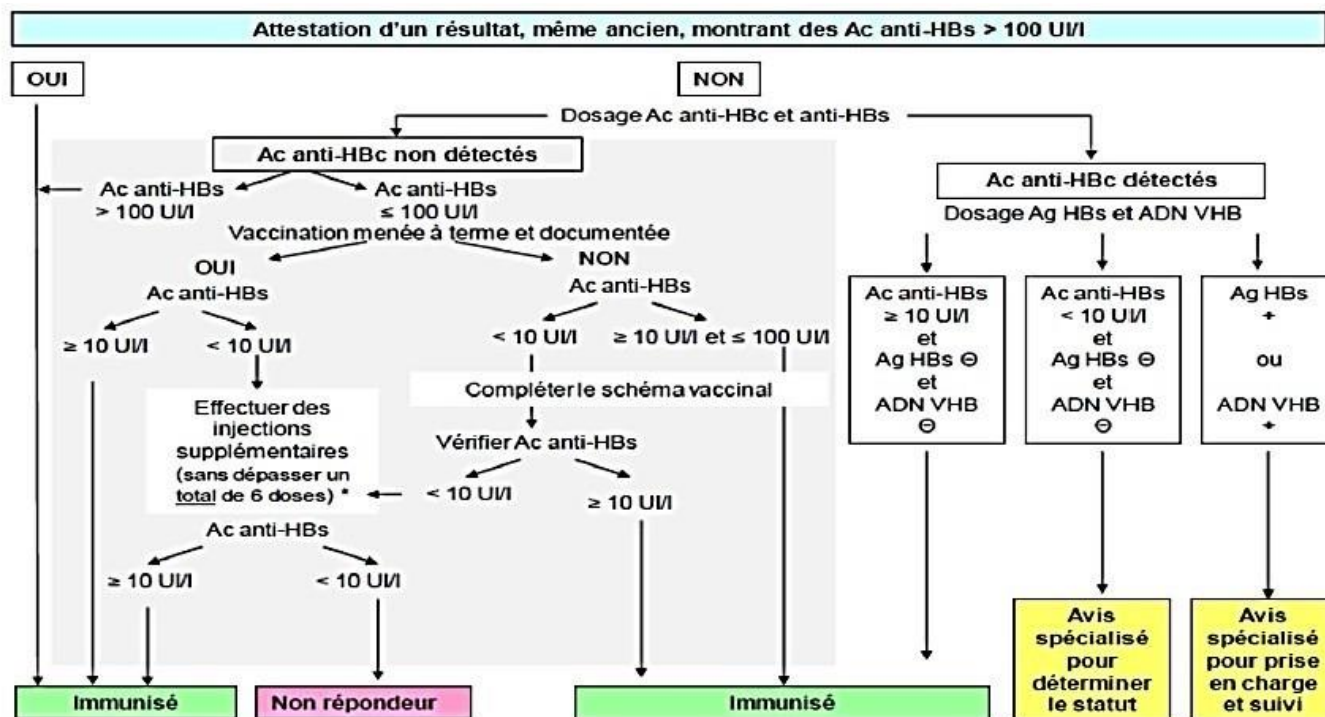
*L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculinqes.

➤ **SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :**

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

⁵ Art. 11 de l'arrêté du 07/04/2020 : L'admission définitive est subordonnée : A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical attestant que l'élève 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

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4* de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes 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.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3^{ème} dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. www.vaccination-info-service.fr)