

ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE DOSSIER D'INSCRIPTION VAE 2021



CFARM - CHU ANGERS
4 rue Larrey 49933 Angers cedex 09
Secrétariat : 02.41.35.62.19
Email : CFARM@chu-angers.fr
Site internet : www.chu-angers.fr



CFARM - IFPM - CHR ORLEANS
89 Faubourg Saint-Jean 45000 ORLEANS
Secrétariat : 02.38.78.97.19
Fax : 02.38.78.00.01
Email : secretariat-general@ifpm45.fr
Site internet : www.ifpm-orleans.fr



CFARM - CHU RENNES
2 rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 09
Secrétariat : 02.99.28.93.07/Poste 89.307
Email : accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr
Site internet : www.chu-rennes.fr



Contenu du dossier :

A conserver (page 2,3 et 4)

- Préambule

Information Validation des acquis de l'expérience

- Calendrier et épreuves de sélection
- Contenu de la formation

A retourner au CFARM d'Orléans :

- Documents à fournir
- Fiche financement
- Fiche navette

Attestation d'activités salariées ou Attestation d'activités bénévoles
Le CERFA numéro 12818*02 est en pièce jointe

PREAMBULE

Le projet de formation des assistants de régulation médicale s'inscrit dans une dynamique interrégionale, qui permet d'assurer un accès à une formation de qualité pour les stagiaires issus des régions Bretagne, Pays de Loire, Centre Val de Loire, et au-delà. La collaboration entre les neuf établissements membres permet de proposer un dispositif pédagogique de grande qualité, qui s'appuie sur des compétences et ressources pédagogiques complémentaires (notamment en matière de simulation), et sur le réseau des services Urgences-SMUR de l'interrégion, étroitement associés au projet.

Ce faisant, HUGO propose une structuration à partir d'un centre coordonnateur (CHU d'Angers), socle, auquel seront adossés deux autres sites formateurs (CHU de Rennes et CHR d'Orléans) pour un maillage optimal du territoire.

En résumé, HUGO s'engage avec un dispositif original, pragmatique et efficient pour apporter sa contribution à la mise en place de ce nouveau dispositif de formation.

CALENDRIER :

Ouverture des inscriptions	4 octobre 2021
Date limite d'envoi du dossier N° 1	19 novembre 2021 à minuit (cachet de la poste faisant foi).
Date limite d'envoi du dossier n° 2	25 avril 2022 à minuit (cachet de la poste faisant foi)
Session (rentrée)	affichage le 29 juillet à 14h
Nombre d'élèves par session	20 élèves par centre de formation
Places ouvertes pour la rentrée de septembre 2021	- Formation initiale : 12 places par centre de formation - VAE : 3 places par centre de formation - Formation Professionnelle Continue : 5 places par centre de formation

Conditions d'inscriptions :

Téléchargement du dossier sur le site internet du CHU d'Angers ainsi que sur celui d'Orléans et de Rennes en fonction du CFARM dans lequel vous souhaitez effectuer votre formation.

Conditions d'accès à la formation :

La formation est ouverte aux candidats âgés de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation.

Article 4 : « Peuvent être admis à effectuer la formation conduisant à la délivrance du diplôme d'Assistant de Régulation Médicale les ressortissants des Etats membres de l'Union Européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen, titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, ou d'un titre ou diplôme de niveau IV, ou justifiant de trois ans d'expérience professionnelle à temps plein ».

Conditions d'accès à la procédure VAE :

Les candidats justifiant d'au moins un an d'expérience (en continue ou discontinue) dans une activité de traitement d'appels d'urgence.

La procédure de validation des Acquis et de l'Expérience

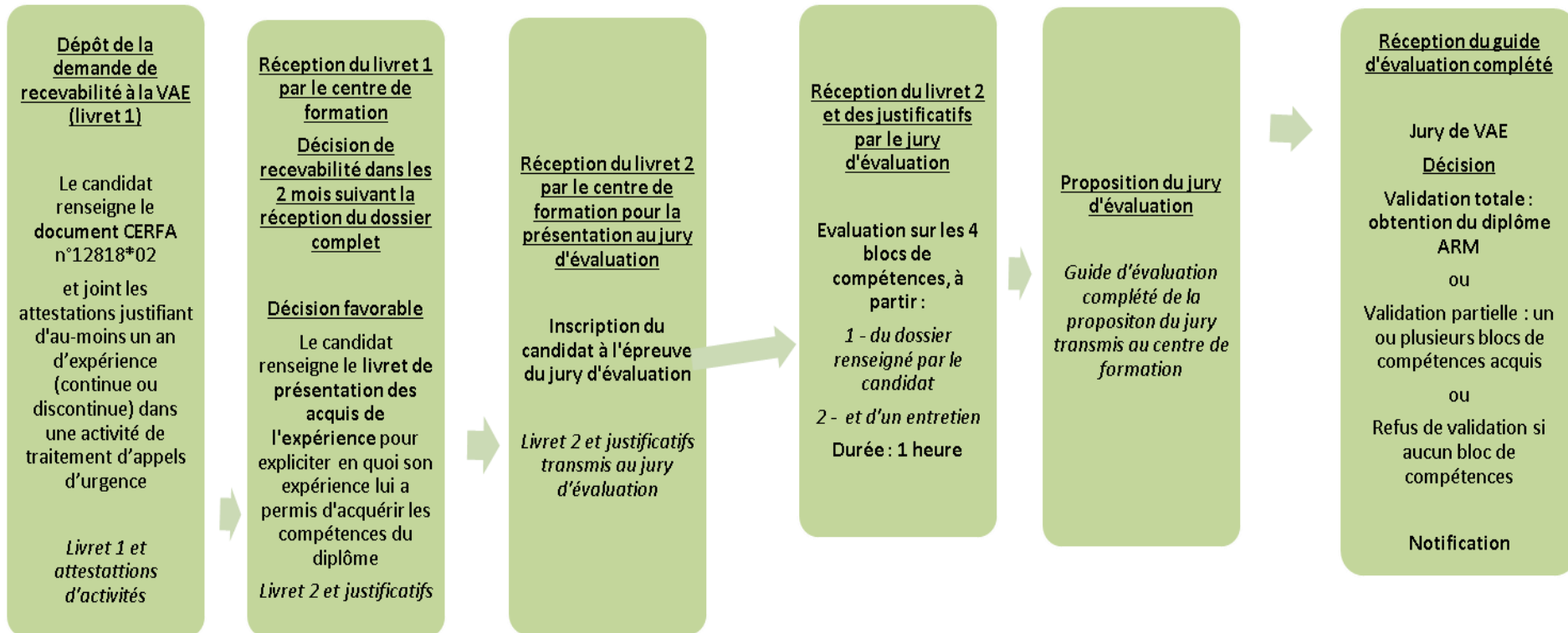
- ✓ Dépôt de demande de recevabilité à la VAE livret 1 : document CERFA n° 12818*02 et attestations
- ✓ Décision de recevabilité par le CFARM dans les 2 mois suivant la réception du dossier complet
- ✓ Si décision favorable : envoi du livret 2
- ✓ Réception du livret 2 complété avec justificatifs
- ✓ Convocation au jury d'évaluation.
- ✓ Décision du jury de certification.

Les résultats des épreuves de sélection sont affichés dans les Centres de formation d'Angers, d'Orléans ou de Rennes ainsi que sur leur site Internet. Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats. Les résultats des épreuves ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.

En fonction du jury de certification, si la validation du diplôme est partielle :

- Vous pouvez suivre les modules ou blocs non validés dans le CFARM de votre choix.
- Vous pouvez poursuivre votre expérience professionnelle avant une nouvelle demande de validation des acquis de l'expérience.

PARCOURS VALIDATION des ACQUIS de l'EXPERIENCE - VAE



Quelques informations sur la formation ARM

CONTENU DE LA FORMATION :

« Décret n° 2019-747 DU 19 JUILLET 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale ».

« En application des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute autorité de santé, l'Assistant de Régulation Médicale assure la réception des appels reçus par les SAMU - Centre 15, contribue sur décision médicale au traitement optimal des demandes et participe à la gestion des moyens, au suivi des appels et des interventions, au quotidien, en situation dégradées et en situation sanitaire exceptionnelle ».

DUREE ET CARACTERISTIQUES DE LA FORMATION :

La formation au diplôme d'Assistant de Régulation Médicale est définie par l'arrêté du 19 juillet 2019.

L'ensemble de la formation comprend 42 semaines, soit 1.470 heures d'enseignement :

- ✓ Enseignement en Institut de Formation : 735 heures
- ✓ Enseignement en stage : 735 heures

Le diplôme d'Assistant de Régulation Médicale s'obtient par l'acquisition des quatre « blocs de compétences » définis à l'article 2.

Chaque bloc de compétences s'obtient par la validation :

- ✓ De la totalité des modules de formation en relation avec ce bloc de compétences.
 - ✓ De l'ensemble des éléments de compétences évalué lors de la formation pratique.
- Durant la formation, les élèves peuvent bénéficier d'une période de congés de 4 semaines.

La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire.

L'enseignement en Institut de Formation ainsi que les stages sont organisés sur la base de 35 heures par semaine.

DISPENSES (ARTICLE 13) :

Sous réserve d'être admis à suivre la formation, des dispenses de suivi et de validation de certains enseignements théoriques pourront être accordées aux candidats. **Les textes réglementaires sont actuellement en attente.**

BLOCS DE FORMATION :

Le référentiel de formation comprend 4 blocs de compétence :

- ✓ BLOC 1 ⇒ Traitement d'un appel dans le cadre du SAMU C15.
- ✓ BLOC 2 ⇒ Mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision médicale.
- ✓ BLOC 3 ⇒ Traitement des informations liées à la régulation, la qualité, la sécurité et à la vie du service.
- ✓ BLOC 4 ⇒ Appui à la gestion des moyens en situations dégradées exceptionnelles, et lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours.

FINANCEMENT :

Sous réserve de la non publication de nouvelles directives nationales (DGOS).

Financement par Blocs et modules

Le coût de la formation est calculé en fonctions des blocs et modules à réaliser. Un devis nominatif, détaillé, vous sera adressé.

- Employeur
- CPF
- Transition -pro

Frais d'inscription et de validation:

230 €

N'hésitez pas à nous contacter pour obtenir un devis et le montage de votre dossier de financement

Attestation d'activités salariées

Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)

A remplir par l'employeur

Je soussigné(e) : M Mme

Nom:.....

Prénom:.....

Agissant en qualité de (fonction):

.....

Nom de l'entreprise ou de l'employeur :

.....

.....

Adresse de l'entreprise ou de l'employeur :

.....

.....

Code postal : Ville :

Cachet

Certifie que : M Mme

Nom :

.....

.....

Prénom :

.....

.

Né(e) le : / / à (département de naissance)

.....

Demeurant à :

.....

.....

Code postal : Ville :

.....

A occupé la fonction ou l'emploi

de.....

Est ou a été employé(e) depuis le / / jusqu'au / /

A temps plein A temps partiel : %



Informations :

Notice à l'attention de l'employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et prénom du candidat. Pensez aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation.

Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000€ d'amende.

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (Code pénal, art.441-1)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge en cas de besoin.

Durant cette période, (NOM, prénom) a exercé les activités suivantes liées au traitement d'appels en urgence :

Réception et traitement d'appels d'urgence

- Réception d'appels provenant de différents canaux de communication OUI NON
- Ouverture de dossiers informatisés et recueil d'informations OUI NON
- Saisie via outil informatique et codage des informations OUI NON
- Transmission et demande de validation au supérieur hiérarchique responsable de la décision OUI NON
- Hierarchisation des appels et orientation vers la ou les personne(s) concernée(s) OUI NON
- Transmission des informations à la ou les personne(s) concernée(s) OUI NON
- Guidage par téléphone de gestes d'urgence à réaliser OUI NON
- Echange par moyens radiophonique et informatique avec différents interlocuteurs OUI NON

Mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande

- Recherche et suivi des informations utiles sur la disponibilité des moyens opérationnels OUI NON
- Mobilisation de moyens opérationnels OUI NON
- Réception des informations / transmission à la ou les personne(s) concernée(s) OUI NON
- Suivi de l'intervention et de l'orientation de la personne OUI NON
- Vérification de l'opérationnalité des matériels liés à son activité OUI NON

Activités liées à la gestion administrative, la qualité, la sécurité et la vie du service

- Utilisation des logiciels métiers et mise à jour des données OUI NON
- Veille sur les différentes informations susceptibles d'impacter son activité OUI NON
- Application des règles de bonnes pratiques OUI NON
- Réalisation de déclarations d'événements indésirables OUI NON
- Contribution aux déclarations d'évènements indésirables OUI NON
- Participation à des réunions de travail (type RETEX) liées à la démarche qualité OUI NON

Appui à la gestion des moyens lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours, en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle

- Déclenchement et application des procédures relatives à ces situations OUI NON
- Activation d'une cellule de crise OUI NON
- Recueil et tri des informations spécifiques à ces situations OUI NON
- Transmission des informations aux différents interlocuteurs OUI NON
- Appui logistique et technique OUI NON
- Suivi de la traçabilité des informations OUI NON

A : Le :

Attestation d'activités bénévoles :

Attestation d'activités bénévoles

Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)

A remplir par deux personnes responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil

M Mme

Nous soussigné(e)s

M Mme

.....

Nom

.....

.....

Prénom

.....

.....

Agissant en qualité de
(fonction)

.....

Identification de l'organisme gestionnaire

Dénomination :

.....

Adresse :

.....

.....

Code postal : Ville :

.....

Pour une association, date de création / /

Lieu.....

Cachet

Identification de la structure d'accueil (si différent)

Dénomination :

.....

Adresse :

.....

.....

Code postal : Ville :

.....

Pour une association, date de création / /

Lieu.....

Cachet

FINANCEMENT

(Ce document est facultatif et en aucun cas, les renseignements demandés ne rentrent dans les critères de sélection).

1) Avez-vous fait des démarches concernant une demande de financement de la formation ?

OUI NON

2) Modalités de financement envisagées :

EMPLOYEUR

OPCO :

Si oui lequel :

PERSONNEL



Attention dans le cas d'un financement personnel : un engagement de paiement sera exigé à votre entrée en formation.

3) Situations particulières :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

FICHE DE CHOIX

Vous venez de compléter un dossier d'inscription pour l'inscription à la formation d'Assistant de Régulation Médicale. Afin que votre inscription soit valide, il convient de nous retourner le dossier dûment complété accompagné des documents demandés.

Vous devez également vous positionner sur une liste en fonction des 3 établissements du Grand Ouest proposant cette formation.

Nous vous informons que toute personne ne remplissant qu'un seul choix perdra le bénéfice de la sélection si aucun désistement de la liste principale ne donne lieu à son intégration à la formation au sein du centre choisi.

Nom : Nom d'usage :

Prénoms :
.....

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Numérotez votre choix de 1 à 3 en fonction de votre préférence dans un des CFARM du groupe HUGO



- Votre choix n° 1 correspond au CFARM ou vous souhaitez suivre votre formation.
- Il convient de déposer votre dossier dans ce CFARM (choix 1 - valable pour les trois instituts).
- L'affectation dépendra de votre classement sur la liste d'admission et donc le choix 2 ou 3 pourra vous être proposé.



CFARM du CHU d'Angers
4 rue Larrey
49933 Angers cedex 9

Numéro de choix



CFARM du CHR
D'Orléans
89 Faubourg Saint-Jean
45000 Orléans

Numéro de choix



CFARM du CHU de
rennes
2 rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes cedex 09

Numéro de choix

Date :

Signature du candidat :

A retourner avec le dossier :

CFARM DU CHU D'ANGERS
4 rue Larrey
49933 ANGERS CEDEX 09

A compléter par vos soins :

Nom/Prénom :

Adresse :

.....
.....

Fiche navette

Nous vous rappelons que les documents demandés correspondent à votre situation (annexe : documents à fournir situation 1, 2, 3 ou 4).

Votre dossier est incomplet pour les raisons suivantes :

- Dossier recevabilité : livret 1 avec attestations : **Attestation d'activités salariées et/ou Attestation d'activités bénévoles et le CERFA numéro 12818*02**
- Fiche navette
- Fiche de choix
- Copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport
- Annexe financement complétée
- chèque de 230 €

Observations :

.....
.....
.....
.....

Votre dossier est complet et enregistré le :
.....