



Formation 2019-2020

**Demande d'admission en formation
Assistant de Régulation Médicale*
au Centre de Formation d'Assistants de Régulation Médicale
du Groupement de Coopération Sanitaire G4
CHU Amiens Lille Caen Rouen**

Dossier à renvoyer avant le lundi 30 septembre 2019 à :

**CFARM du GCS G4
Secrétariat CFARM
Bâtiment SimUSanté
30 avenue de la Croix Jourdain
80 054 AMIENS CEDEX 1**

Tout dossier incomplet et/ou hors délai sera refusé

La composition et l'envoi de ce dossier ne préjuge pas de votre acceptation au CFARM GCS G4, mais il permettra de définir la liste des candidats retenus pour les entretiens.

Les entretiens se dérouleront à Amiens aux dates qui vous seront communiquées ultérieurement.

**Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale.*

CFARM du GCS G4 FICHE SIGNALÉTIQUE

PHOTO D'IDENTITE

Obligatoire

→ IDENTITE

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de Naissance :

Sexe F H

Lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

→ COORDONNEES

Adresse postale :

.....

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

→ DIPLOMES OU EXPERIENCES

Titre et date d'obtention du Baccalauréat** :

Ou Titre et date de diplôme équivalent au baccalauréat** :

Ou titre et date de diplôme de niveau 4 ** :

Ou justification de 3 années d'expérience professionnelle à temps plein** :

**Joindre photocopies

Pour les candidats ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autre que la France, une attestation de niveau de langue française C2 et une copie de leur diplôme ou titre le plus élevé traduit en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français.

→ MODALITES D'ENTREE DANS LA FORMATION

Etudiant(e) formation initiale :

Demandeur d'emploi :

Salarié :

Autre :

Formation 2019-2020
Demande d'admission en formation
au Centre de Formation d'Assistants de Régulation Médicale
du Groupement de Coopération Sanitaire G4
CHU Amiens Lille Caen Rouen

Pour faire acte de candidature :

1- En formation initiale et formation professionnelle continue :

- Etre âgé de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation
- Tout ressortissant des Etats membres de l'UE ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen, titulaire du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, ou d'un titre ou diplôme de niveau 4, ou justifiant de 3 ans d'expérience professionnelle à temps plein.

Dossier à constituer :

- 1° Renseigner la fiche signalétique fournie ;
- 2° Copie du diplôme du baccalauréat ou attestation d'équivalence ou autre diplôme ou titre de niveau 4 ;
- 3° Copie d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- 4° Lettre manuscrite relatant les motivations et le projet professionnel ;
- 5° Curriculum vitae ;
- 6° Extrait du casier judiciaire, bulletin n° 3 ;
- 7° Pour les candidats non titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, d'un diplôme ou titre de niveau 4, une attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de trois ans minimum à temps plein ;
- 8° Pour les candidats ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autre que la France, une attestation de niveau de langue française C2 et une copie de leur diplôme ou titre le plus élevé traduit en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français.
- Une enveloppe 22.11 à votre adresse affranchie au tarif 2019 d'un courrier en recommandé avec accusé de réception
- En formation continue : un dossier de prise en charge financière sera à constituer.
- Un chèque de 60 euros (frais de sélection) à l'ordre du Trésor Public.

Le candidat certifie sincères et véritables les renseignements fournis dans le dossier et avoir pris connaissance des instructions et modalités d'admission

A Le

Signature

L'admission définitive est subordonnée à la production, au plus tard le jour de la rentrée en formation, d'un certificat médical faisant état de non contre-indication aux stages et de vaccination DTCP à jour.

2-Par la voie de la Validation des Acquis de l'Expérience :

Les candidats à la validation des acquis de l'expérience adressent au CFARM G4 une demande de recevabilité conforme à la réglementation en vigueur (livret 1) accompagnée le cas échéant des attestations d'activités salariées ou bénévoles, dont un modèle figure en annexe VI de l'arrêté.

La demande de recevabilité sera **examinée**. Si le dossier est recevable, une réponse sera envoyée dans un **délai maximum de deux mois suivant la réception du dossier complet** (limite d'envoi du livret 1 : 30 septembre 2019).

Condition de recevabilité : 1 an d'expérience dans une activité de traitement d'appels d'urgence.

En cas de décision favorable, les candidats remettent au centre de formation le livret 2 de présentation de leurs acquis de l'expérience prévu en annexe VII de l'arrêté avec les éventuels justificatifs.

L'évaluation des compétences acquises et non acquises par le candidat est assurée par un jury organisé par le centre de formation, sur la base du dossier complet renseigné par le candidat et d'un entretien d'une durée d'une heure portant sur les activités réalisées lors de son parcours professionnel.

Cette évaluation porte sur l'ensemble des compétences requises pour l'obtention du diplôme d'assistant de régulation médicale. A l'issue de l'évaluation, le jury propose la validation partielle ou totale des blocs de compétences.

Dossier à constituer :

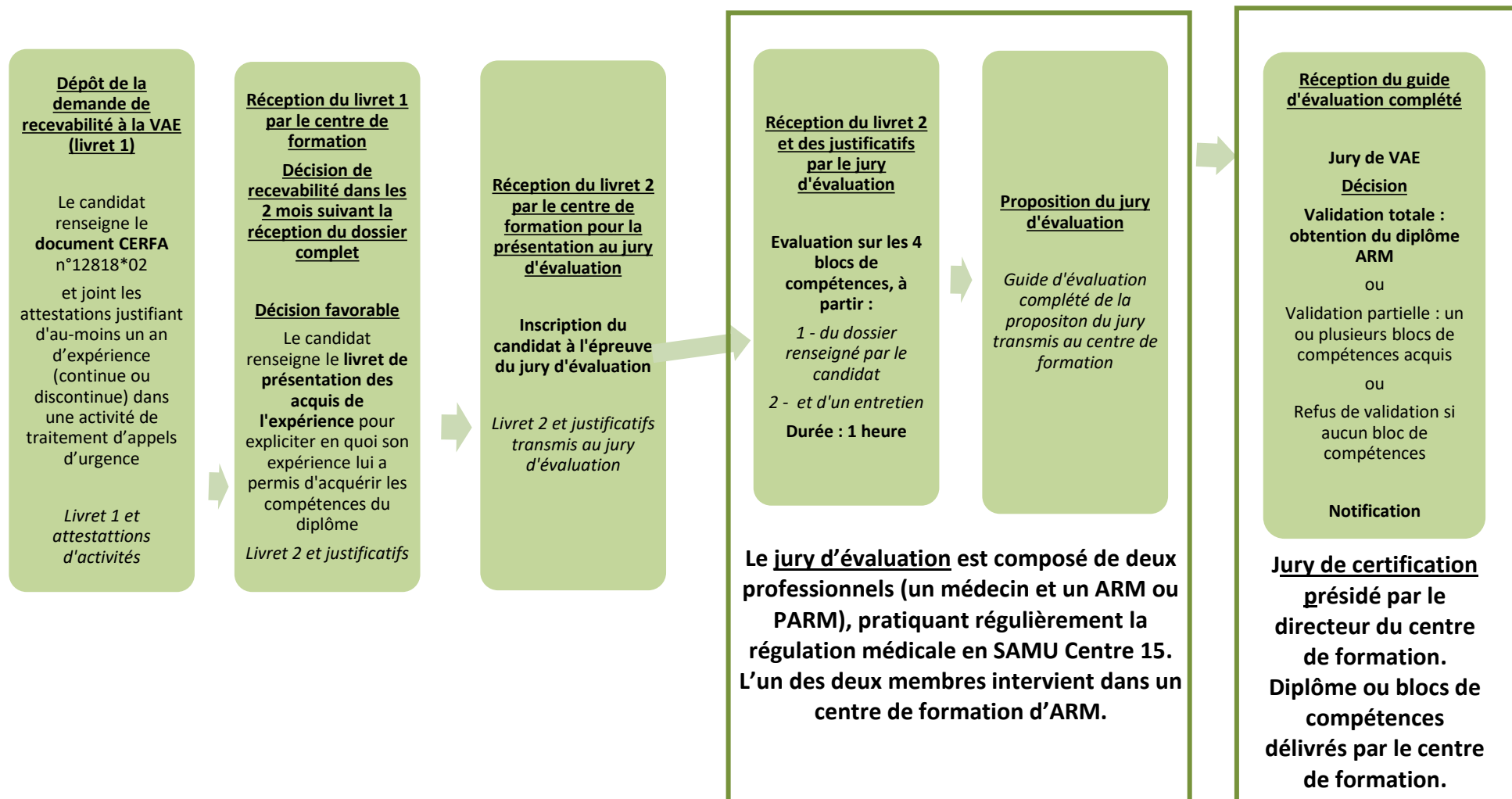
- Livret 1 (CERFA 12818*02 + attestation d'activités)
- Fiche signalétique
- Attestation d'activités
- Chèque de 60 euros (frais de sélection) à l'ordre du Trésor Public
- Après l'admission, un dossier de prise en charge sera à constituer

A Le

Signature

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L'admission définitive est subordonnée à la production, au plus tard le jour de la rentrée en formation, d'un certificat médical faisant état de non contre-indication aux stages et de vaccination DTCP à jour. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PARCOURS VALIDATION des ACQUIS de l'EXPERIENCE - VAE



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 : %

Notice à l'attention de l'employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment 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 45 000€ 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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Ouverture de dossiers informatisés et recueil d’informations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Saisie via outil informatique et codage des informations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Transmission et demande de validation au supérieur hiérarchique responsable de la décision | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Hiérarchisation des appels et orientation vers la ou les personne(s) concernée(s) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Transmission des informations à la ou les personne(s) concernée(s) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Guidage par téléphone de gestes d’urgence à réaliser | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Echange par moyens radiophonique et informatique avec différents interlocuteurs | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Mobilisation de moyens opérationnels | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Réception des informations / transmission à la ou les personne(s) concernée(s) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Suivi de l’intervention et de l’orientation de la personne | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Vérification de l’opérationnalité des matériels liés à son activité | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Veille sur les différentes informations susceptibles d’impacter son activité | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Application des règles de bonnes pratiques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Réalisation de déclarations d’événements indésirables | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Contribution aux déclarations d’évènements indésirables | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Participation à des réunions de travail (type RETEX) liées à la démarche qualité | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Notice à l’attention de l’employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment 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 45 000€ 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.

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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Activation d’une cellule de crise | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Recueil et tri des informations spécifiques à ces situations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Transmission des informations aux différents interlocuteurs | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Appui logistique et technique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Suivi de la traçabilité des informations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

A : Le :

Signature et cachet de l'employeur :

Notice à l'attention de l'employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment 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 45 000€ 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.

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

Notice à l’attention de l’employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment 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 45 000€ 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.

Annexe VI – Demande de VAE diplôme d’assistant de régulation médicale – Ministère chargé de la santé – Livret 1

Certifions que : M Mme

Nom :

Prénom :

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

Demeurant à :

.....
.....

Code postal : Ville :

A occupé la fonction de bénévole de.....

Est ou a été bénévole depuis le / / jusqu’au / /

A temps plein A temps partiel : %

Notice à l’attention de l’employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment 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 45 000€ 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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Ouverture de dossiers informatisés et recueil d’informations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Saisie via outil informatique et codage des informations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Transmission et demande de validation au supérieur hiérarchique responsable de la décision | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Hiérarchisation des appels et orientation vers la ou les personne(s) concernée(s) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Transmission des informations à la (ou les) personne(s) concernée(s) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Guidage par téléphone de gestes d’urgence à réaliser | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Echange par moyens radiophonique et informatique avec différents interlocuteurs | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Mobilisation de moyens opérationnels | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Réception des informations / transmission à la ou les personne(s) concernée(s) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Suivi de l’intervention et de l’orientation de la personne | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Vérification de l’opérationnalité des matériels liés à son activité | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Activités liées à la gestion administrative, la qualité, la sécurité et la vie de la structure (association ...)

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

Notice à l’attention de l’employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment 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 45 000€ 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.

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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Activation d’une cellule de crise | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Recueil et tri des informations spécifiques à ces situations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Transmission des informations aux différents interlocuteurs | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Appui logistique et technique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Suivi de la traçabilité des informations | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Pour chacun des deux responsables de l’organisme gestionnaire ou de la structure d’accueil :

| | | |
|-------------|--------|-----------|
| A : | Cachet | A : |
| Le : | | Le : |
| Signature : | | Signature |

Notice à l’attention de l’employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment 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 45 000€ 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.

3-Dispositions transitoires : accès à la certification pour les ARM en poste

Les personnes occupant un emploi de permanencier auxiliaire de régulation médicale, ou d'assistant de régulation médicale, ou faisant fonction d'assistant de régulation médicale, en juillet 2019 date de publication de l'arrêté, dans un centre de réception et de régulation des appels d'un service d'aide médicale urgente, réalisent un entretien de positionnement de leurs compétences au sein de leur établissement de santé, en vue de l'obtention du diplôme d'assistant de régulation médicale dans les conditions définies à l'article 29 de l'arrêté du 19/07/2019.

Un parcours individualisé de formation est défini si nécessaire pour l'acquisition des compétences à développer.

Le départ en formation des personnes visées est organisé, en accord avec la direction de l'établissement de santé dont elles relèvent, avant le 31 décembre 2026, en tenant compte de la continuité de service de la structure d'emploi, et chaque année à compter du 1er janvier 2020 pour au moins vingt pour cent de l'effectif susvisé, en activité et non titulaire du diplôme d'assistant de régulation médicale.

Dossier à constituer :

- Fiche signalétique
- Solliciter un livret de positionnement auprès du CFARM
- Après l'admission, un dossier de prise en charge sera à constituer

ACCES A LA CERTIFICATION POUR LES ARM EN POSTE (OU FAISANT FONCTION)

