

## ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE DOSSIER D'INSCRIPTION VAE



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](http://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](mailto:secretariat-general@ifpm45.fr)  
Site internet : [www.ifpm-orleans.fr](http://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](mailto:accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr)  
Site internet : [www.ifchurennes.fr](http://www.ifchurennes.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 :

- 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.*

#### **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 ET Conditions d'accès à la procédure VAE :**

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* ».

#### **ET**

Les candidats justifiant d'au moins un an d'expérience (en continue ou discontinuée) dans une activité de traitement d'appels d'urgence (SOS médecins, centre d'appels des pompiers, Mondial Assistance, SAMU).

#### **La procédure de validation des Acquis et de l'Expérience**

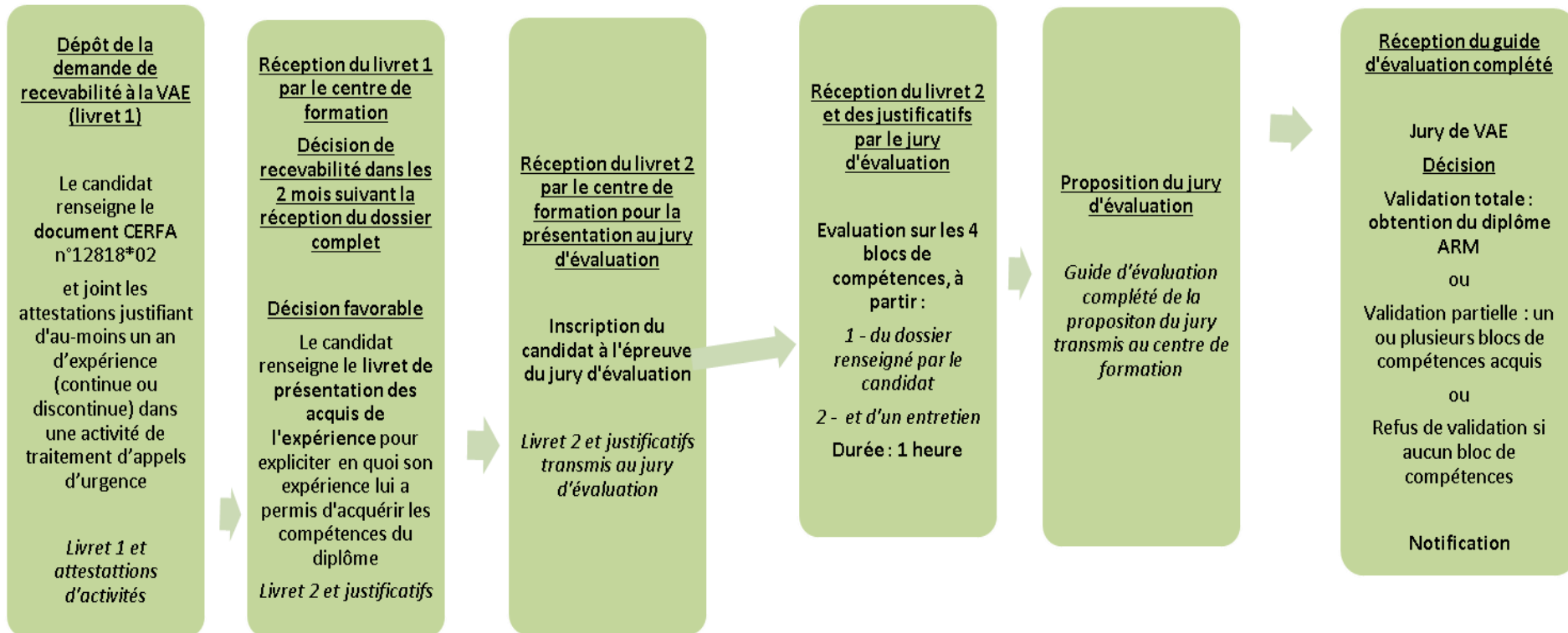
- ✓ Dépôt de demande de recevabilité à la VAE livret 1 : document CERFA n° 12818\*02 et attestations
- ✓ Décision de recevabilité par le CFARM dans les 2 mois suivant la réception du dossier complet
- ✓ Si décision favorable : envoi du livret 2
- ✓ Réception du livret 2 complété avec justificatifs
- ✓ 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                         | <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 |
| Hierarchisation 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

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 D'INSCRIPTION A LA VAE DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
 Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : ..... Fixe : .....  
 Portable : ..... Email : .....

**CONDITIONS ACCES A LA FORMATION VAE ARM**

- BAC :Série .....Date .....
  - Attestation équivalence BAC : Titre et date .....
  - Autre diplôme niveau IV : Titre et date .....
  - Attestation justifiant au moins 1 an d'exercice dans une activité de traitement d'appels d'urgence (SOS médecins, centre d'appels des pompiers, SAMU, Mondial Assistance)  
 Nom établissement et depuis quelle date : .....
- Etes-vous toujours salarié de cet établissement ? :      oui       non

**OU**

- Attestations justifiant une expérience professionnelle de 3 ans à temps plein avec au moins 1 an dans un centre d'appel d'urgence  
 Nom établissement et depuis quelle date : .....
- Etes-vous toujours salarié de cet établissement ? :      oui       non

**Autre situation professionnelle actuelle :**

- Demandeur d'emploi     Intérimaire     Congé parental     Autre : .....

A retourner avec le dossier :

CFARM CHU RENNES  
Pôle de formation des professionnels de santé  
CHU RENNES

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 justifiant d'au moins un an d'expérience (en continue ou discontinue) dans une activité de traitement d'appels d'urgence (SOS médecins, centre d'appels des pompiers, Mondial Assistance, SAMU) et le CERFA numéro 12818\*02**
- BAC ou Titre niveau IV ou attestations de travail justifiant 3 ans à temps plein et dont au moins 1 an dans un centre d'appel d'urgence.
- Fiche navette
- Fiche d'inscription
- 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 :  
.....