

Centre de Formation du CHU de Dijon d'Assistant(e) de Régulation Médicale

Document à renvoyer

Dossier d'inscription Sélection d'entrée en formation d'Assistant(e) de Régulation Médicale (ARM) Année 2024-2025

Inscriptions du 04/03/2024 au 14/06/2024

⇒ Le dossier est à envoyer à :

CFARM – CAMPUS PARAMÉDICAL- CHU DIJON BOURGOGNE
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny
BP 77908 - 21079 DIJON CEDEX

Par voie postale uniquement et en lettre recommandée avec A/R

⇒ **Aucun dossier ne sera accepté au-delà de la date limite d'inscription
(Cachet de la poste faisant foi)**

⇒ **Tout dossier non conforme ou incomplet ne sera pas étudié**

CFARM du CHU de Dijon 3 sites de formation

CFARM

Site d'Auxerre

2 boulevard de Verdun
89011 Auxerre Cedex



CFARM

Site de Dijon

Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny
BP 77908 - 21079 DIJON CEDEX

Tél : 03.80.29.37.70

cfarmbfc@chu-dijon.fr



CFARM

Site de Chalon-sur-Saône

4 rue du Capitaine Drillien
71321 Chalon-sur-Saône



Réservé au CFARM BFC

Date de réception du dossier :

LA PROFESSION D'ASSISTANT(E) DE REGULATION MEDICALE (ARM)

En application des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) :

« L'ARM participe à l'acte de régulation médicale sous la responsabilité d'un médecin régulateur. Un appel de régulation médicale est défini comme une communication par téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) entre un centre de régulation médicale et un patient ou un tiers, en réponse à une demande de soins ou de secours. Cet appel, qui peut intervenir 24 h/24, est réceptionné par l'ARM dont le rôle est d'assister le médecin régulateur. Le médecin régulateur est responsable des réponses apportées à tous les appels. Il peut ne pas prendre l'appelant personnellement en ligne, mais la décision mise en œuvre par l'ARM est soumise à la validation du médecin et donc, in fine, prise sous la responsabilité du médecin régulateur. »

L'ARM accueille, écoute et analyse chaque appel dans les plus brefs délais. Il doit savoir gérer son stress et celui des appelants. Il doit être accueillant au téléphone tout en gérant une situation d'urgence.

Il procède à la hiérarchisation des appels par un interrogatoire précis et dirigé, ce qui fait appel à des bases de vocabulaire médical. Il mobilise les moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision du médecin régulateur. Il vient en appui dans la gestion des moyens mis en œuvre en situation sanitaire exceptionnelle.

La régulation médicale est réalisée dans un environnement équipé de façon appropriée et sécurisée, ce qui conduit l'ARM à travailler, en équipe, dans un milieu clos et sonore nécessitant des capacités d'attention et de concentration.

Ce professionnel doit savoir saisir des informations en temps réel sur un logiciel informatique spécifique. Il maîtrise les outils informatiques et téléphoniques (téléphonie, informatique et radiocommunication) et assure la maintenance des matériels.

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

Les conditions d'accès à la formation sont définies dans l'arrêté du 19 juillet 2019 modifié par l'arrêté du 18 juillet 2023.

Le diplôme d'assistant de régulation médicale est obtenu par les voies suivantes :

- La formation initiale dont la formation par apprentissage,
- La formation professionnelle continue,
- La validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE)

La formation est ouverte aux candidats âgés de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation. A l'exception de la voie par l'apprentissage, aucune limite d'âge n'est prévue.

Peuvent être admis à effectuer la formation conduisant à la délivrance du diplôme d'ARM 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 4, ou justifiant de trois ans d'expérience professionnelle à temps plein.

La sélection des candidats (hors VAE) relevant de la formation initiale ou de la formation professionnelle continue s'effectue sur la base d'un dossier et d'un entretien **permettant d'apprécier la motivation et les aptitudes des candidats**.

☞ Merci de contacter le CFARM du CHU de Dijon Bourgogne pour toute demande d'informations concernant les voies d'accès à la formation et à la certification ARM par VAE et livret de positionnement.

POLES DE FORMATION DU CFARM DU CHU DE DIJON

Le CFARM DU CHU DE DIJON est agréé pour 3 sites de formation : le site coordonnateur situé au CHU de Dijon, auquel sont associés les sites du CH d'Auxerre et du CH de Chalon-sur-Saône.

Les enseignements peuvent être dispensés sur les 3 sites sous réserve de leur ouverture dépendante du nombre d'inscriptions.

Ce partenariat clairement affiché entre les 3 établissements implique une réelle coordination et coopération, de la construction pédagogique à l'évaluation de la formation.

Les stages sont réalisés en Centre d'appels 15, ils peuvent par conséquent être réalisés dans toute la France ce qui implique d'être mobile au cours de l'année de formation.

Sites de formation	Coordonnées
CFARM Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne	12 Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny 21079 Dijon Cedex Tél : 03.80.29.37.70 Mail : cfarmbfc@chu-dijon.fr
CFARM - Site d'Auxerre	2 boulevard de Verdun - 89011 Auxerre Cedex Tél : 03.86.48.46.73 Mail : cfarmbfc@chu-dijon.fr
CFARM - Site de Chalon-sur-Saône	4 rue du Capitaine Drillien - 71321 Chalon-sur-Saône Tél : 03.85.91.00.87 Mail : cfarmbfc@chu-dijon.fr

LES TARIFS DE LA FORMATION

Les frais de sélection et de formation pour les élèves entrant en formation au CFARM se composent de la façon suivante :

- Droit d'inscription aux épreuves de sélection (pour tous les candidats) : **100 euros**.
 ↳ Aucun remboursement ne sera effectué après la date de clôture des inscriptions, y compris si les modalités de sélection évoluent (absence et/ou modification des épreuves)
 ↳ Apposez vos nom et prénom au dos du chèque.

En cas d'admission et de confirmation d'entrée en formation :

- Frais de scolarité formation initiale (pas d'interruption de scolarité > 12 mois) : **gratuit**
- Frais de scolarité demandeur d'emploi : **3000 euros**
- Frais de scolarité autres situations : **4000 euros**

PRECISIONS SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE

Tous les vaccins mentionnés sur le certificat (FICHE 5) sont obligatoires.

Nous attirons votre attention sur le délai concernant la vaccination contre l'hépatite B qui comporte 3 injections à un mois d'intervalle pour les 2 premières et 4 mois pour la 3^{ème}. **Cette vaccination doit être anticipée.**

Conseils : munissez-vous de votre carnet de santé et/ou carnet vaccinal lors de votre visite chez votre médecin ; ce dernier sera amené à consulter l'ensemble des informations sur les vaccinations et les maladies infantiles. Il pourra ainsi remettre à jour votre vaccination.

Les copies du carnet de santé ou du carnet de vaccinations ne sont pas recevables et ne remplacent pas le certificat médical de vaccinations.

En l'absence de l'ensemble de ces éléments, il vous sera impossible de réaliser les stages, conformément au référentiel de formation (la moitié de la formation d'ARM se déroule en stage).

La vaccination contre la COVID 19 est suspendue depuis le 14 mai 2023 conformément au Décret no 2023-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la covid-19 des professionnels et étudiants.

Les apprenants en formation au sein du CFARM DU CHU DE DIJON sont soumis aux dispositions applicables aux structures sanitaires et médico-sociales et à celles en vigueur au sein du CHU de Dijon, du CH d'Auxerre et du CH de Chalon-sur-Saône.

CALENDRIER PREVISIONNEL SELECTION ET RENTREE - INFORMATIONS

Le CFARM DU CHU DE DIJON organise une session de sélection par an.

☞ Le calendrier :

- **Inscriptions** : du 04/03/2024 au 14/06/2024
- **Dates du jury d'admission** : 01/07/2024
- **Affichage des résultats et diffusion sur internet** : 03/07/2024
- **Rentrée promotion 2024-2025** : 26 août 2024 (sous réserve de modification)

☞ Informations complémentaires :

- Aucun dossier ne sera accepté au-delà de la date limite d'inscription (cachet de la poste faisant foi).
- Une confirmation de prise en compte de votre inscription vous sera envoyée par courrier électronique.
- La sélection des candidats s'effectue sur la base d'un dossier et d'un entretien.
- La date de convocation à l'entretien vous sera transmise par courrier postal et adresse électronique (veillez à bien renseigner ces informations sur la fiche d'inscription) ; aucune modification de date ne sera possible.
- Les résultats de la sélection seront mis en ligne sur le site internet du Campus paramédical du CHU de Dijon et affichés à l'entrée du campus.
- Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

Document à renvoyer

SITE DE FORMATION DE VOTRE CHOIX

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Dans le cas où vous seriez admis(e) à entrer en formation, vous voudrez bien nous indiquer dans le tableau ci-dessous et **par ordre de priorité de 1 à 3**, le CFARM que vous souhaitez intégrer.

Le choix numéro 1 doit correspondre au CFARM au sein duquel vous souhaitez suivre votre formation.

Rappel :

L'ouverture des antennes de Chalon sur Saône et Auxerre est dépendante du nombre de candidats inscrits.

Centre de formation	Choix de 1 à 3
<p>CFARM du Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne 12 Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny 21079 Dijon Cedex</p>	<p>Numéro de choix :</p>
<p>CFARM du CH d'Auxerre 2 boulevard de Verdun 89011 Auxerre Cedex</p>	<p>Numéro de choix :</p>
<p>CFARM du CH de Chalon-sur-Saône 4 rue du Capitaine Drillien 71321 Chalon-sur-Saône</p>	<p>Numéro de choix :</p>

A, le

Signature :

Fiche d'inscription année 2024-2025

Agrafez votre photo
d'identité
ICI

ETAT CIVIL

Madame / Monsieur

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____ Autre(s) prénom(s) : _____

Nationalité : Française Autre, précisez _____

Date et lieu de naissance : __/__/____ à _____

Adresse postale (n° - rue...) : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone Portable (obligatoire) : _____

E-mail personnel _____@_____

N° de Sécurité Sociale : |_|-|_|_|-|_|_|-|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|

En situation de Handicap : Oui / Non

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

TEL : _____ MAIL : _____

AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS SUR LE SITE INTERNET

Cochez la case correspondant à votre souhait : Accord Refus

En cas de non renseignement, nous considérons que vous donnez votre accord pour la diffusion sur le site internet.

Nom : _____ Prénom : _____

VOTRE PROFIL DE CANDIDATURE POUR L'ACCES A LA FORMATION

Cochez toutes les cases correspondantes à votre profil :

- Titulaire du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence ou d'un titre ou diplôme de niveau 4
- Titulaire du diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS)
- Titulaire du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP)
- Titulaire du diplôme d'Etat d'Ambulancier référentiel 2006 (DEA)
- Titulaire diplôme d'Etat Accompagnement Educatif et Social
- Titulaire diplôme d'Etat Aide médico-psychologique
- Titulaire diplôme d'Etat Auxiliaire de vie sociale

- Justifiant de 3 ans d'expérience professionnelle à temps plein
- A.R.M. en exercice
- P.A.R.M.

- Ressortissant d'un Etat membre de l'UE
- Ressortissant d'un Etat membre de l'Espace économique européen (hors France)

Nom : _____ Prénom : _____

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

Statut au 1^{er} jour d'entrée en formation (une seule case cochée) :

Poursuite d'études	<input type="checkbox"/>	
Inscrit au Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	Numéro identifiant :
Salarié	<input type="checkbox"/>	Nom Employeur + adresse:
Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le statut définit les droits et la prise en charge de la formation. Il est en lien avec la situation de l'apprenant à son entrée en formation. Il fait foi pour toute l'année de formation.

Les différents statuts :

1) En formation initiale (poursuite études) :

Pas de rupture de scolarité **ou** interruption inférieure à 1 année dans le parcours scolaire avant la formation.

2) Inscrit à Pôle Emploi :

Rupture de scolarité supérieure à 1 année.

L'apprenant a travaillé pendant plusieurs mois avant d'entrer en formation.

Il a acquis des droits en lien avec ses expériences antérieures.

Il est inscrit à Pôle Emploi dans le cadre d'un retour à l'emploi par la formation et **au moins 1 jour avant la rentrée.**

A joindre obligatoirement au dossier d'inscription : **une attestation Pôle Emploi confirmant la validation d'un projet de formation dans le cadre du processus « aide au retour à l'emploi » (accord Pôle emploi). Ce document doit également contenir le numéro d'identifiant, les coordonnées de l'agence et l'adresse électronique du conseiller.**

3) Formation professionnelle continue :

Rupture de scolarité supérieure à 1 année.

L'apprenant est salarié.

Il est en promotion professionnelle en accord avec son employeur ou les organismes payeurs (FONGECIF, ANFH).

4) Autofinancement :

Rupture de scolarité supérieure à 1 année.

Sans employeur qui finance la formation **ou** sans inscription à Pôle Emploi.

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE

La liste des médecins agréés par département est disponible sur le site de l'ARS de votre région.

*(Conforme à la réglementation en vigueur selon l'arrêté du 21 avril 2007 et du 20 avril 2012
relatifs aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des paramédicaux)*

Je, soussigné(e) Docteur :

Certifie que : Madame / Monsieur

Nom :

Prénom :

Né(e) le

Candidat(e) à l'inscription en formation d'assistant de régulation médicale (2022-2023), ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'assistant de régulation médicale.

Date :

Signature et cachet du médecin agréé :

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS A RENSEIGNER PAR UN MEDECIN

(Conforme à la réglementation en vigueur selon l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des paramédicaux)

Je, soussigné(e) Docteur :

Certifie que : Madame / Monsieur

Nom :

Prénom :

Né(e) le

Candidat(e) à l'inscription en formation d'assistant de régulation médicale (2024-2025),

→ est à jour de :

- La vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite,
- La vaccination contre l'hépatite B (**3 doses**),
- La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole,

→ est immunisé(e) contre l'Hépatite B (**sérologie dosage anticorps anti-HBS réalisée**).

Remarques :
.....

Date :

Signature et cachet du médecin :



ATTESTATION SUR L'HONNEUR ET ACCEPTATION

Après avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le dossier d'inscription à la sélection (pour la rentrée 2024), je soussigné(e) :

- Nom :
- Prénom :

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur les documents fournis et avoir pris conscience que le chèque fourni ne peut être restitué en cas de désistement après la clôture des inscriptions à la sélection d'entrée au CFARM DU CHU DE DIJON (site de Dijon ou d'Auxerre ou de Chalon-sur-Saône).

A, le

Signature :

Nom : _____ Prénom : _____

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

POUR TOUS LES CANDIDATS

Partie réservée
Au centre de formation

<input type="checkbox"/>	Fiche « Centre de formation de votre choix » (Fiche 1).		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fiche d'inscription année 2024-2025 (Fiche 2). Vos nom et prénom doivent figurer sur toutes les pages.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie du diplôme du Baccalauréat ou attestation d'équivalence ou autre diplôme ou titre de niveau 4 Si vous êtes actuellement au lycée : Vous devrez fournir une copie de votre diplôme du BAC dès que vous l'aurez en votre possession		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie des diplômes : aide-soignant, Auxiliaire de puériculture, Ambulancier, Assistant de régulation médicale, Accompagnement éducatif et social, Auxiliaire de vie sociale, Aide médico-psychologique.		
<input type="checkbox"/>	Copie recto-verso de la carte nationale d'identité (ou titre de séjour) en cours de validité		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lettre de motivation <u>manuscrite</u> permettant d'apprécier les motivations et les aptitudes du candidat au suivi de la formation au CFARM et au métier d'ARM (2 pages maximum)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 curriculum vitae détaillé et à jour		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Extrait du casier judiciaire (Bulletin n°3)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pour les candidats non titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, d'un diplôme ou titre de niveau 4	Une attestation d'employeur justifiant l'exercice d'une activité professionnelle d'une durée <u>de trois ans minimum à temps plein.</u>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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	Attestation de niveau de langue française C2 + copie du diplôme ou du titre le plus élevé traduit en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Certificat médical établi par un médecin agréé (Fiche 3)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Certificat médical de vaccinations établi par un médecin ou le médecin agréé (Fiche 4)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestation sur l'honneur et acceptation (Fiche 5)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestation de sécurité sociale en cours de validité (pas de photocopie de la carte vitale)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestation de responsabilité civile individuelle couvrant la période de la formation		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Justificatif au regard de l'Emploi : attestation de droits à Pôle Emploi, dernier bulletin de salaire pour les CDI		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Chèque signé d'un montant de 100 euros à l'ordre de la « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or » portant vos noms et prénom au dos du chèque		<input type="checkbox"/>