

**ISEFORM**  
SANTÉ

Institut Supérieur d'Expertise,  
de FOrmation et de Recherche  
des Métiers de la Santé

La coordination de programmes  
d'ETP : analyse des pratiques  
professionnelles

Cycle 2021-2022

*Dossier de candidature*

# DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION À LA COORDINATION DE PROGRAMMES D'ETP CYCLE 2021

Fournir  
1 photo  
d'identité  
obligatoirement

A retourner à l'adresse suivante :  
CERFEP - ISEFORM Santé  
Parc Eurasanté - 351 rue Ambroise Paré  
59120 Loos  
[formation@iseformsante.fr](mailto:formation@iseformsante.fr)  
Tél. 03 20 16 03 60

## Dates de formation

CYCLE 2020-2021	DATES
<b>Jour 1 : La « fonction » de coordination de programmes d'ETP</b>	19 Novembre 2021
<b>Jour 2 : La conception d'un programme d'ETP : une démarche projet</b>	26 Novembre 2021
<b>Jour 3 : La conception d'un programme d'ETP : aspects pédagogiques</b>	10 Décembre 2021
<b>Jour 4 : L'évaluation des programmes d'ETP</b>	07 Janvier 2022
<b>Jour 5 : La collaboration avec les patients et les autres acteurs de l'ETP</b>	21 Janvier 2022
<b>Jour 6 : La communication autour des programmes d'ETP</b>	04 Février 2022

*A joindre au dossier de candidature : une photocopie de votre attestation de formation « ETP Niveau 1 – 40 heures »*

# 1 - Renseignements administratifs<sup>1</sup>

NOM et prénom :

.....

NOM patronymique (de naissance) :

.....

Date de naissance :

.....

Fonction/Mode d'exercice :

.....

N° RPPS ou ADELI :

.....

## Profession :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique  | <input type="checkbox"/> Infirmier                                 | <input type="checkbox"/> Prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant              | <input type="checkbox"/> Manipulateur d'électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> Psychologue   |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier                | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute                  | <input type="checkbox"/> Psychomotricien   |
| <input type="checkbox"/> Animateur socioculturel    | <input type="checkbox"/> Médecin                                   | <input type="checkbox"/> Psychothérapeute  |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste           | <input type="checkbox"/> Opticien-lunetier                         | <input type="checkbox"/> Sage-femme  |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Orthophoniste                             | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical   |
| <input type="checkbox"/> Assistant social           | <input type="checkbox"/> Orthoptiste                               | <input type="checkbox"/> Autre.....  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste        | <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue                        |  |
| <input type="checkbox"/> Diététicien                | <input type="checkbox"/> Pharmacien                                |  |
| <input type="checkbox"/> Éducateur spécialisé       | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie                  | <input type="checkbox"/> Patient ou proche impliqué dans l'accompagnement des maladies chroniques  |
| <input type="checkbox"/> Éducateur sportif          |  |  |
| <input type="checkbox"/> Érgothérapeute             |  |  |
| <input type="checkbox"/> Étudiant                   |  |  |

Cocher les coordonnées que nous devons privilégier pour vous joindre :

**Adresse professionnelle** : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Établissement : .....

Service : ..... Responsable de service : .....

**Adresse personnelle** : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Email : .....

## 2 - Votre inscription à la formation

Vous vous inscrivez au titre :

- De la formation individuelle
- Du plan de développement des compétences de votre établissement :  
Coordonnées du service de formation continue ou de la personne référente.

▶ Téléphone : .....

▶ Email : .....

## 3 - Votre cursus de formation initiale et continue (ou joindre un CV et passer à la rubrique 5)

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Établissement	Année d'obtention

Avez-vous suivi une formation à la pratique de l'ETP :

- Oui, 40 heures et plus
- Oui, moins de 40 heures. Précisez.....
- Non

## 4 - Vos expériences professionnelles

Période	Établissement/Structure	Service*	Fonction et niveau de responsabilité*

\*Au sein d'un même établissement, vous avez pu changer de service ou de département, de statut, de fonction...

## 5 - Votre expérience en lien avec la formation

Participez-vous actuellement à un programme en Éducation du patient ?  Oui  Non

Si oui, à qui est-il destiné?

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associées ?

.....

.....

.....

.....

.....

Etes-vous actuellement coordinateur de programme d'ETP ?  Oui  Non

**Si non,**

A qui est-il et quelle est sa fonction ?

.....

.....

Etes-vous pressenti pour devenir coordinateur d'un programme d'ETP ?

.....

.....

**Si oui,**

Quelles sont vos principales activités au quotidien en tant que coordinateur de programme ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelle proportion de votre temps accordez-vous à la coordination du (des) programme(s) ?

.....

.....

.....

.....

.....

Combien sont-ils dans l'équipe ETP ?

.....

.....

.....

Avez-vous participé à l'élaboration du programme ?  Oui  Non

## 6 - Votre projet ou vos perspectives professionnelles en lien avec la formation

À court ou moyen terme, pensez-vous :

- **Impulser** un programme en Éducation du patient ?  Oui  Non
- **Vous associer** à un programme existant, déjà ou en cours d'élaboration ?  Oui  Non

**Si oui**, veuillez, en quelques lignes, présenter ce programme ou cet avant-programme :

À qui est-il destiné ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont (ou quels seront) les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les statut(s) et fonction(s) du (des) coordinateur(s) du programme d'ETP ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les principales activités envisagées ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont (ou quels seraient) les obstacles ou les difficultés à lever pour mettre en place ce programme ?

.....

.....

.....

.....

.....

## 7 - Vos besoins, vos attentes

Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien dans la coordination de programme, d'équipe ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels aspects théoriques et pratiques souhaiteriez-vous aborder/ approfondir pendant la formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir/développer pour améliorer vos pratiques ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 8 - Autres informations

Si vous le souhaitez, indiquez ci-dessous d'autres éléments que vous n'auriez pu présenter précédemment, éléments concernant soit votre projet professionnel, soit votre établissement et/ou service, soit l'exercice d'autres responsabilités...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





## Autorisation d'utiliser les photographies fournies

J'autorise le Cerfep à utiliser les photographies fournies dans le présent dossier pour :

- **Stocker** ces images sur le serveur informatique du Cerfep à des fins de gestion administrative.
  - Oui  Non
- Réaliser un **trombinoscope** sous format papier ou électronique à destination de(s) :
  - L'équipe interne du Cerfep
    - Oui  Non
  - Participants, intervenants et membres des comités pédagogiques des formations du Cerfep
    - Oui  Non
  - Sites Internet du Cerfep
    - Oui  Non

Cette autorisation est accordée pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment en adressant un courrier au responsable du Cerfep, ISEFORM Santé, Parc Eurasanté, 351 rue Ambroise Paré, 59120 Loos.

Le..... *Signature*

À.....

## Autorisation d'utiliser les coordonnées fournies<sup>1</sup>

J'autorise le Cerfep à utiliser les coordonnées fournies dans le présent dossier pour :

- M'envoyer des **informations** concernant des produits et services développés par le Cerfep et l'ISEFORM Santé
  - Oui  Non
- Constituer un **listing** (ou trombinoscope, si vous avez donné votre accord) à destination des participants, intervenants et membres des comités pédagogiques, des formations du Cerfep, qui pourra contenir, en plus de vos noms et prénoms :
  - Vos coordonnées personnelles
    - Oui  Non
  - Vos coordonnées professionnelles
    - Oui  Non

Le..... *Signature*

À.....

<sup>1</sup> Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles et à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous bénéficiez - pour motifs légitimes et sauf obligation légale - d'un droit d'information, d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, à la limitation, à la portabilité des données vous concernant. A ce titre, vous pouvez vous rapprocher du délégué à la protection des données de Santélyls, par mail : dpo@santelyls.fr ou par courrier : Santélyls – A l'attention du DPO - Parc Eurasanté – 351 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS.

Vous disposez également d'un droit d'effectuer une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés en écrivant à cette adresse : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes/>

**AMIENS**

73 avenue d'Italie  
Z.A.C. Vallée des Vignes  
80000 AMIENS

**ARRAS**

5 rue Gay Lussac  
62000 DAINVILLE

**BESANÇON**

4 rue Edouard Branly  
25000 BESANÇON

**BRUXELLES**

Rue de la Consolation 83  
B-1030 BRUXELLES

**DIJON**

4 rue de la Brot  
21850 SAINT-APOLLINAIRE

**LILLE**

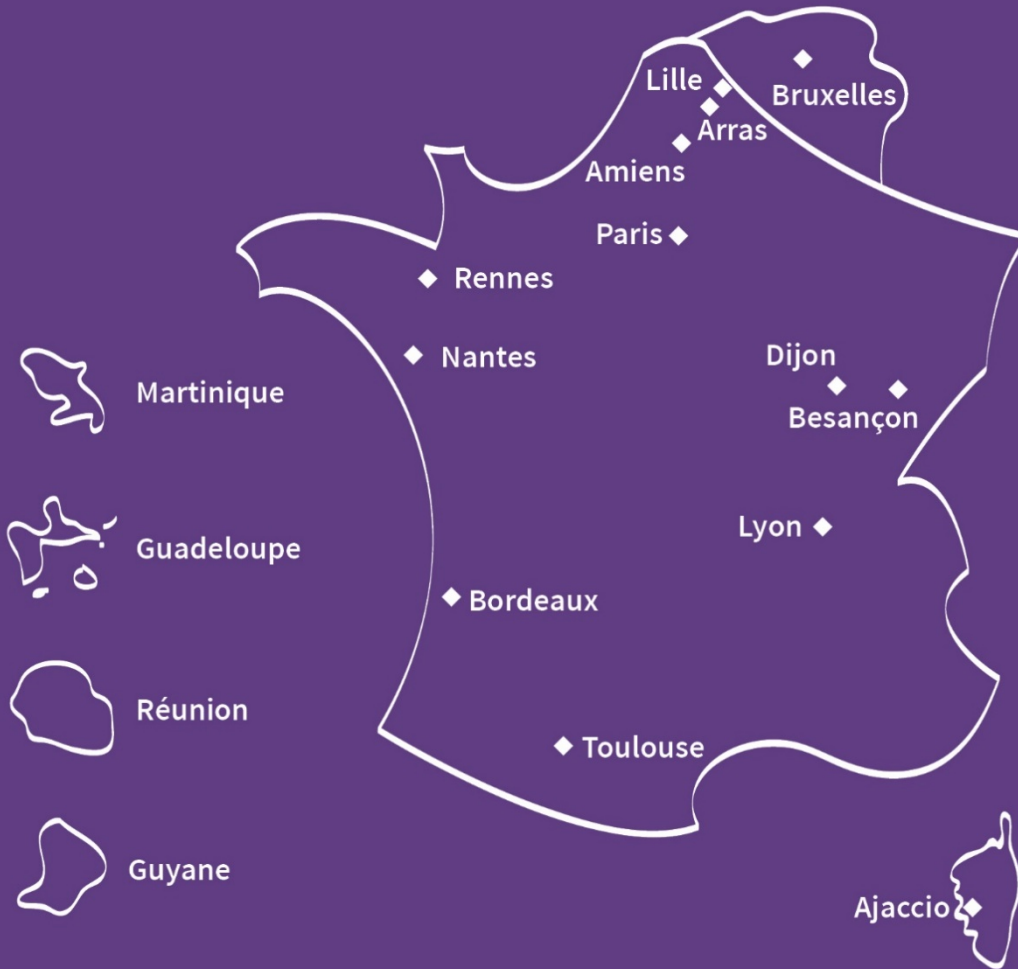
351 rue Ambroise Paré  
59120 LOOS

**LYON**

Bâtiment Brotteaux  
132 rue Bossuet  
69006 LYON

**PARIS**

101 rue de Tolbiac  
75654 PARIS Cedex 13



**03 20 16 03 60**  
contact@iseformsante.fr

L'ISEFORM SANTÉ a été créé à l'initiative de SantélyS

**ISEFORM**  
SANTÉ / Institut Supérieur d'Expertise,  
de Formation et de Recherche  
des Métiers de la Santé

351 rue Ambroise Paré - 59120 LOOS - Tél. 03 20 16 03 60 - www.iseformsante.fr

Le CERFEP est une marque de l'ISEFORM SANTÉ

**CERFEP**  
Éducation du Patient