

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 2022

Dossier de candidature

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION À LA COORDINATION DE PROGRAMMES D'ETP CYCLE 2022

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
Tél. 03 20 16 03 60

Dates de formation

CYCLE 2020-2021	DATES
Jour 1 : La « fonction » de coordination de programmes d'ETP	25 Février 2022
Jour 2 : La conception d'un programme d'ETP : une démarche projet	25 Mars 2022
Jour 3 : La conception d'un programme d'ETP : aspects pédagogiques	08 Avril 2022
Jour 4 : L'évaluation des programmes d'ETP	29 Avril 2022
Jour 5 : La collaboration avec les patients et les autres acteurs de l'ETP	20 Mai 2022
Jour 6 : La communication autour des programmes d'ETP	17 Juin 2022

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

1 - Renseignements administratifs¹

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...

Ruled area for text entry.

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 fournies¹

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.....

¹ 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

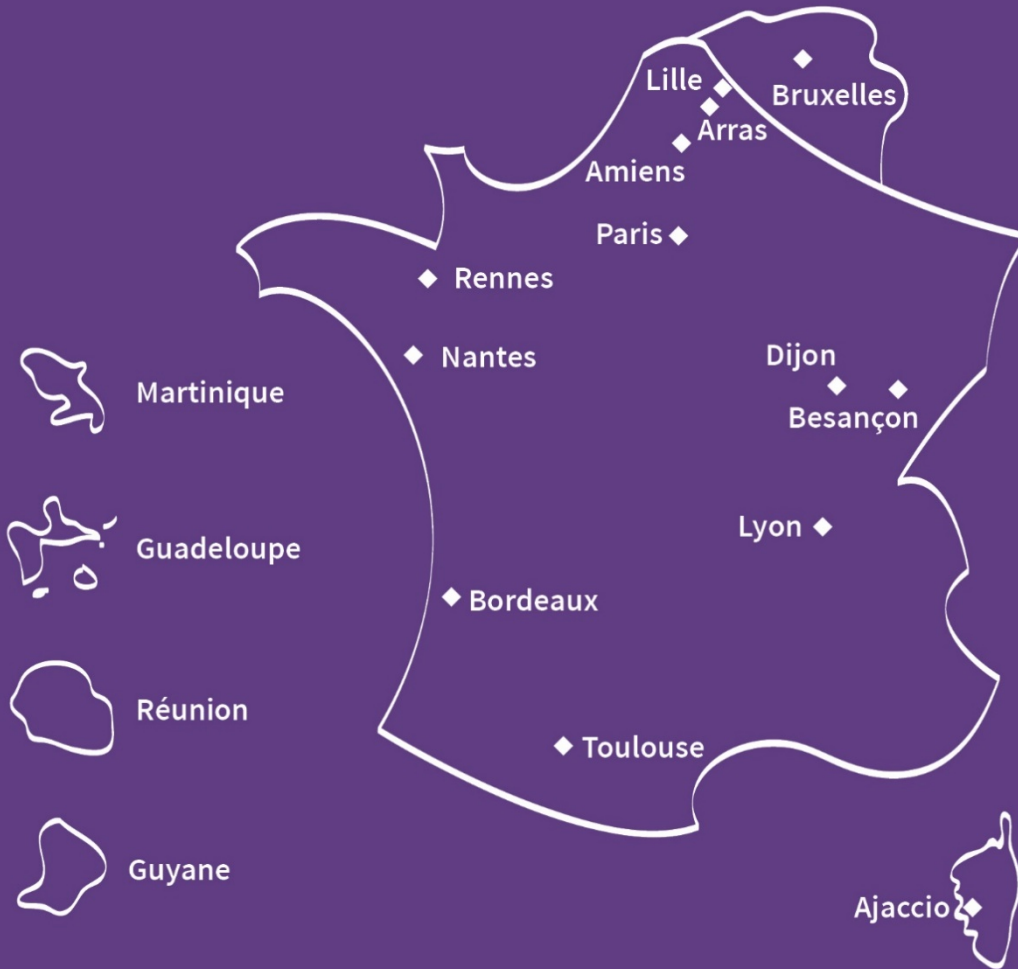
351 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

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