



# DOSSIER DE CANDIDATURE

Formation à la coordination de programmes  
d'ETP - Cycle 2019





# DOSSIER DE CANDIDATURE

## FORMATION A LA COORDINATION DE PROGRAMMES D'ETP / CYCLE 2019

A retourner à l'adresse suivante :  
**CERFEP service de SANTÉLYS Formation**  
Parc Eurasanté  
351 rue Ambroise Paré  
59120 Loos

Fournir  
2 photos  
d'identité  
obligatoirement

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

Cocher les coordonnées que nous devons privilégier pour vous joindre :

Adresse professionnelle : .....  
Code postal .....  
Localité : .....  
Téléphone : ..... Email : .....  
Etablissement : .....  
Service : ..... Responsable de service : .....

Adresse personnelle : .....  
Code postal ..... Localité : .....  
Téléphone : ..... Email : .....

<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 Santélys, par mail : [dpo@santelys.fr](mailto:dpo@santelys.fr) ou par courrier : Santélys – 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 cliquant [ici](#).

## 2. VOTRE INSCRIPTION A LA FORMATION

Vous vous inscrivez au titre :

De la formation individuelle

Du plan de formation continue 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	Etablissement	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 EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Période	Etablissement/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 EXPERIENCE EN LIEN AVEC LA FORMATION

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

- Si oui, à qui est-il destiné? .....

- Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associés ? .....

Etes vous actuellement coordonnateur de programme d'ETP         Oui         Non

Si non, qui est-il et quelle est sa fonction ? .....

Si non, êtes-vous pressenti pour devenir coordinateur d'un programme ETP ?

Si oui, quelles sont vos principales activités au quotidien en tant que coordonnateur de programme ?.....

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

Combien sont-ils dans l'équipe d'ETP ?.....

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

## 6. VOTRE PROJET OU VOS PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES EN LIEN AVEC LA FORMATION

A court ou moyen terme, pensez-vous :

- Impulser un programme en Education 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 :

A 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) coordonnateur 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 ?

.....  
.....  
.....

Veillez exposer de façon précise votre conception personnelle de l'éducation thérapeutique du patient. Quelles seraient selon vous les pistes d'amélioration possibles dans votre contexte de travail pour le bénéfice du patient?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION**

Dates de la formation (susceptibles d'être modifiées) :

- Le jeudi 24 janvier 2019 : La « fonction » de coordination de programmes d'ETP
- Le jeudi 28 février 2019 : La conception d'un programme d'ETP : une démarche projet
- Le jeudi 28 mars 2019 : La conception d'un programme d'ETP : Aspects pédagogiques
- Le jeudi 25 avril 2019 : L'évaluation des programmes d'ETP
- Le jeudi 23 mai 2019 : La collaboration avec les patients et les autres acteurs de l'ETP
- Le jeudi 20 juin 2019 : La communication autour des programmes d'ETP

Le cycle complet sera facturé 720 euros, frais de repas compris.

Une attestation de présence sera délivrée par journée.

Une attestation de formation globale de 42 heures sera délivrée aux personnes ayant participé au cursus complet de formation.

## 8. 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 de coordonnateur? .....

.....  
.....  
.....

## 9. AUTRES INFORMATIONS

Si vous le souhaitez, indiquez ci-dessous d'autres éléments que vous n'auriez pu présenter précédemment, éléments concernant soit le projet, 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, SANTELYS Formation, Parc Eurasanté, 351 rue Ambroise Paré 59120 Loos.

Le  
A

*Signature*

## AUTORISATION D'UTILISER LES COORDONNEES FOURNIES<sup>2</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  
 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  
A

*Signature*

---

<sup>2</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@santelys.fr](mailto:dpo@santelys.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 cliquant ici.