

# BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)  
Nous vous remercions de remplir ce document en MAJUSCULES.



## L'ENTREPRISE MÉDICALE

1, rue Augustine Variot - 92240 Malakoff  
mail : [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr) - tél : 01 47 24 07 99

Organisme de formation spécialisé du secteur sanitaire et médico-social  
Déclaration d'activité n° 1192 08550 92 (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État)  
ODPC n°1502

## FAISANT FONCTION DE CADRES DE SANTÉ : MANAGER LES ÉQUIPES SOIGNANTES AU QUOTIDIEN

Référence module : MOD\_00049

Tarif individuel : 1065 €

Durée (horaires) : 2 jours (14h) (de 9h00 à 17h00)

▼ Choisir votre session (date et lieu) :

26-27/11/2024 - Rennes

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

▼ Civilité :  Mme  Mr  
▼ Prénom : .....  
▼ Nom : .....  
▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :  Oui  Non

▼ Fonction (Métier) :  Assistant médico-administratif  
 Assistant social  
 Cadre de santé/CSS  
 Infirmier (IDE)  
 Médecin (Préciser) : .....  
 Autre : .....  
▼ Niveau hiérarchique (Rôle dans l'entreprise) :  Cadre de santé  
 Chef de pôle  
 Chef de service  
 Directeur administratif  
 Directeur des soins  
 Encadrant  
 Personnel  
 PH ou PUPH  
 Autre : .....  
▼ Service ou Pôle d'appartenance :  Chirurgie  
 Gériatrie  
 Oncologie  
 Psychiatrie  
 SMR  
 Autre : .....

▼  N°ADELI ou  N°RPPS  
▼ Courriel (Obligatoire) : .....  
▼ Téléphone (Obligatoire) : .....

## RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Cocher cette case si la personne en charge du dossier et le participant sont la même personne

▼ Civilité :  Mme  Mr  
▼ Prénom : .....  
▼ Nom : .....

▼ Fonction (Métier)\* :  Directeur des affaires médicales  
 Directeurs des soins  
 Dir/Resp de la formation continue  
 Dir/Resp des ressources humaines  
 Responsable administratif  
 Autre : .....  
▼ Service ou Pôle d'appartenance :  Direction des Affaires Médicales  
 Direction Générale  
 Direction des Ressources Humaines  
 Direction des Soins  
 Autre : .....

▼ Courriel (Obligatoire) : .....  
▼ Téléphone (Obligatoire) : .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

Établissement  Personne Physique

▼ Raison Sociale : .....  
▼ Numéro de FINESS (si applicable) : .....  
▼ Numéro de SIRET : .....  
▼ Code Service (Si Applicable) : .....

▼ Type d'Établissement (cocher la case)

ARS  CH  EHPAD  ESSMS (hors EHPAD)  Privé non lucratif (hors CLCC)  
 CHU - CHRU  CLCC  EPSM - CHS  Privé lucratif  Autre : .....

▼ Nbre de salariés rattachés au SIRET :  0 à 9  10 à 49  50 à 99  100 à 249  250 à 499  500 à 999  1000 à 4999  > 5000

▼ Adresse (numéro, voie et complément) : .....

▼ Code Postal : .....  
▼ Ville : .....  
▼ Courriel : .....

## SERVICE FACTURATION

Cocher si identique à l'adresse du service formation

▼ Frais d'inscription pris en charge par :

Budget Formation de l'Établissement  ANFH  ANDPC  
 Participant  Autre OPCO  Autre (préciser) : .....

▼ Raison Sociale : .....  
▼ Facturation sur Chorus Pro :  Oui  Non  
▼ Organisme Financier Tiers :  Oui  Non

▼ Adresse (numéro, voie et complément) : .....

▼ Code Postal : .....  
▼ Ville : .....  
▼ Courriel : .....

## RÈGLEMENT (AU CHOIX)

Ci-joint un chèque de .....€ à l'ordre de l'Entreprise Médicale  
 Virement bancaire (Préciser le numéro de la facture)  
 Règlement déjà pris en charge (Cf. plus haut dans « Adresse de Facturation »).  
 Je déclare avoir lu les objectifs pédagogiques présents dans le programme ci-joint

Je déclare avoir lu et accepte sans réserve les conditions générales de vente imprimées au verso du présent bulletin d'inscription valant convention. Conformément à l'article L.6353-2 du code du travail, ce bulletin d'inscription, accompagné des conditions générales de vente, paraphées par vos soins, se substitue à la convention de formation.

## SIGNATURES ET CACHETS

Fait à ..... le .....

Fait à ..... le .....

Le client

L'Entreprise Médicale

## ➤ OBJECTIFS DE LA FORMATION

- Optimiser, sur la base d'outils et de méthodes opérationnels, son management en conditions "normales" ou dégradées afin d'assurer un pilotage efficace de l'activité et des performances du service
- Maîtriser sa communication pour donner du sens à l'action managériale et résoudre les conflits interpersonnels au sein de l'équipe
- Mieux gérer ses propres émotions pour préserver son bien-être au travail et celui de ses équipes

Les ateliers pratiques proposés au cours de ce stage permettront aux participants d'identifier leur profil managérial sur la base d'un autodiagnostic et de dégager un **plan de progrès personnalisé de développement du leadership**.

## ➤ PROGRAMME DE LA FORMATION

### I. CLARIFIER LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CADRE DE SANTÉ

- Appréhender les enjeux stratégiques de la fonction de Cadre de santé
- Comprendre ce que l'établissement attend de ses Cadres de santé

### II. S'APPUYER SUR UN MANAGEMENT EFFICACE POUR PILOTER LA PERFORMANCE

- Piloter l'activité médico-économique au service de la qualité, de la performance et de la sécurité des soins
- Piloter le Capital Humain et animer ses équipes

### III. DÉVELOPPER SON LEADERSHIP POUR MIEUX MOBILISER LES ÉQUIPES

- Mieux se connaître et repérer son style managérial
- Atelier pratique "Grille DEFI" : Autodiagnostic du profil managérial
- Connaître ses équipes et savoir les mobiliser
- Manager la diversité et l'intergénérationnalité

### IV. BIEN COMMUNIQUER POUR DONNER DU SENS À L'ACTION MANAGÉRIALE

- S'appuyer sur des outils pratiques pour faciliter la communication avec les équipes
- Optimiser la conduite des entretiens individuels
- Prévenir et gérer les situations conflictuelles

### V. PRÉSERVER SON PROPRE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL ET CELUI DE SES ÉQUIPES

- Le bien-être au travail, de quoi parle-t-on ?
- Atelier pratique "World Café" :
  - Partage d'expériences
  - Échanges entre pairs
  - Co-construction d'une définition de la QVT
  - Évaluer la qualité de vie au travail (QVT) au sein de son équipe
  - Prévenir les facteurs de stress et/ou la souffrance au travail des équipes soignantes
  - Gérer son propre stress

### VI. ÉVALUATION DE LA SESSION

## ➤ MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

### Méthodes mobilisées

- Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques
- Séance de questions-réponses

### Évaluation et suivi

- Test d'auto-positionnement en amont de la formation et recueil des attentes des participants
- Test d'évaluation et questionnaire de satisfaction de la formation à chaud

# Conditions Générales de Vente

## LIEU ET HORAIRES DE LA FORMATION

 Si besoin d'une assistance en rapport avec une situation de handicap contactez-nous :

- par téléphone : 01 47 24 07 99
- par mail : formation@phosphoria-formation.fr

**Accueil** : 8 h 30

**Stage** : 9 h 00 à 17 h 00 (2 jours - 14h00)

**Renseignements** : Phosphoria formation

**Tél.** : 01 47 24 07 99

**E-mail** : formation@phosphoria-formation.fr

## PARTICIPATION

**Pour une personne : 1065€**

Ce prix non soumis à TVA comprend :

la participation à la session de formation pendant 2 journées (en présentiel ou à distance), rafraîchissements, boissons chaudes et viennoiseries (présentiel), les déjeuners sont à la charge des stagiaires, les documents remis aux apprenants, les frais techniques liés aux autorisations d'accès en distanciel

## INSCRIPTION (un bulletin par participant)

Dès réception de votre bulletin d'inscription valant convention simplifiée de la formation continue (accompagné de votre règlement par chèque sauf si le paiement se fait par mandat administratif), une convocation et un plan d'accès vous seront adressées.

À titre exceptionnel et sous réserve des disponibilités d'accueil, les inscriptions tardives pourront être acceptées jusqu'à la veille de la formation.

## PAIEMENT

Le règlement du prix de la formation se fait à la commande ou au plus tard à réception de la facture. Le règlement doit stipuler le numéro de facture, le nom de l'entreprise ou le cas échéant le nom du participant. Le règlement comptant et sans escompte, est effectué soit :

- par chèque à l'ordre de l'Entreprise Médicale ou
- par virement direct à l'ordre de : Société Générale, compte l'Entreprise Médicale – IBAN : FR76 3000 3033 9100 0200 2557 831 – BIC : SOGEFRPP

*Toute formation commencée est due.*

*Tout paiement postérieur aux dates d'échéance prévues engendrera des pénalités de retard égales à 1,5 fois le taux d'intérêt légal en vigueur.*

## CONDITIONS D'ANNULATION ET DE REPORT

La signature du bulletin d'inscription vaut bon de commande et signifie acceptation sans réserve des conditions de participation mentionnées ci-dessous.

**Pour toute annulation intervenant entre 4 et 3 semaines avant le premier jour de formation : 25%** du coût total de la formation

**Pour toute annulation intervenant entre 3 et 2 semaines avant le premier jour de formation : 50%** du coût total de la formation

**Pour toute annulation intervenant entre 2 et 1 semaine avant le premier jour de formation : 75%** du coût total de la formation

**Pour toute annulation intervenant 1 semaine avant le premier jour de formation : 100%** du coût total de la formation

**Report des formations** : Toute demande de report doit être formulée par écrit et reçue 4 semaines avant le 1<sup>er</sup> jour de la formation.

Les reports d'inscription sur une autre session du même programme de formation jusqu'à la fin de l'année calendaire sont admis moyennant des frais supplémentaires forfaitaires de 95 €, sous réserve du règlement de la facture concernée.

**Annulation des organisateurs** : les organisateurs se réservent la possibilité d'annuler cette formation à tout moment et pour quelque raison que ce soit, notamment lorsqu'il s'avère impossible de remplacer un intervenant dans l'incapacité d'assurer sa prestation. Dans la mesure du possible, les stagiaires inscrits sont avertis par écrit. Seuls les frais d'inscription sont remboursés conformément à l'article L 6354-1 du Code du travail, y compris dans l'hypothèse d'une annulation due à un cas de force majeure survenu notamment le jour-même de la formation. (inchangé).

## QUESTIONS ÉCRITES PRÉALABLES

Si vous souhaitez poser certaines questions aux experts intervenants préalablement à la formation présentielle, merci de les adresser à : formation@phosphoria-formation.fr en précisant le titre et la date de la formation présentielle. Les réponses aux questions, transmises sous anonymat aux experts intervenants, seront apportées par ces derniers lors de la formation présentielle.

## INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les présentes conditions définissent le cadre de collecte et de traitement des données personnelles par L'Entreprise Médicale lors de l'inscription aux formations. Les données requises sont essentielles à la gestion de l'inscription et à la communication relative aux formations.

L'utilisation des données se limite à ces fins, excluant toute cession à des tiers.

L'Entreprise Médicale garantit la confidentialité et la sécurité des données conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1976. Les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, exerçable par demande écrite.