

FORMATION EXPERTE

EXERCER LA FONCTION DE MÉDECIN CHEF DE SERVICE

EXPERTS INTERVENANTS:

Pr Aiham GHAZALI : chef de pôle et membre du directoire CHU Amiens Expert membre du réseau Phosphoria



Boulogne-Billancourt (92) 30 et 31 mars 2026



Boulogne-Billancourt (92) 23 et 24 sept. 2026



EXERCER LA FONCTION DE MÉDECIN CHEF DE SERVICE



2 jours



1 290 € TTC



30-31/03/2026 - Boulogne-Billancourt (92) 23-24/09/2026 - Boulogne-Billancourt (92)



Disponible en intra

(>) OBJECTIFS

- · Clarifier le positionnement du chef de service
- · Identifier les rôles spécifiques et les responsabilités du chef de service au sein de l'institution et du pôle pour une gestion efficace
- Optimiser l'exercice des missions du chef de service : découvrir les outils et techniques pour améliorer la prise en charge clinique et l'organisation du service

> PROGRAMME

CLARIFIER LES ENJEUX ET LE POSITIONNEMENT DU CHEF DE SERVICE

- · Contexte et enjeux : comprendre les défis actuels
- · Positionnement du chef de service : rôles et responsabilités au sein de l'institution et du pôle

II. OPTIMISER LA DIMENSION RELATIONNELLE

- · Relations avec les professionnels du service
- · Relations avec les autres chefs de service/responsables d'unités fonctionnelles du pôle
- · Relations avec les services et pôles médico-techniques
- · Relations avec les instances de l'établissement et du GHT
- · Relations avec les partenaires extérieurs à l'établissement
- · Atelier pratique "leviers d'action relationnels"

III. MAÎTRISER LA DIMENSION MANAGÉRIALE

- · Manager les équipes et développer son propre leadership
- · Optimiser la conduite des entretiens professionnels
- · Savoir gérer les situations conflictuelles
- · Promouvoir le bien-être au travail
- · Atelier pratique "tests de personnalité"

IV. CONCILIER L'ACTIVITÉ CLINIQUE AVEC LES ASPECTS ORGANISATIONNELS

- · Assurer la prise en charge et le suivi médical des patients au sein du service
- · Optimiser l'organisation et la coordination du service
- · Piloter l'activité du service/pôle
- · Atelier pratique "leviers d'action cliniques et organisationnels"

V. GESTION OPÉRATIONNELLE

- · Planification et gestion des ressources humaines
- · Conduite des entretiens d'évaluation

VI. ÉVALUATION DE LA SESSION

- · Synthèse des apprentissages et retours d'expérience
- · Questionnaires de satisfaction et discussions ouvertes sur les attentes futures

MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

- · Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques : leviers d'actions opérationnels, auto-test
- · Séance de questions-réponses

> PROFIL DES INTERVENANTS

- Pr Aiham GHAZALI : chef de pôle et membre du directoire CHU Amiens
- · Expert membre du réseau Phosphoria

> PUBLIC CONCERNÉ

- · Médecins Chefs de Service
- Responsables d'Unité Fonctionnelle et futurs Médecins Chefs de Service

LES + PHOSPHORIA

- Approche interactive et personnalisée : utilisation de méthodes pédagogiques variées pour un apprentissage dynamique et adapté aux besoins des participants
- · Expérience des Intervenants : Expertise des intervenants en gestion hospitalière et en management médical
- Focus sur le leadership et le bien-être : Développement des compétences de leadership et promotion du bien-être au travail
- Savoir-être en binôme : Renforcement des compétences relationnelles et collaboration en binôme pour une gestion optimale des services

BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à formation@phosphoria-formation.fr

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					
Référence module : MOD_00581 : Exercer la fonction de médecin chef de service					
		Choisir votre session : Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00			
Notre offre exclusive à la commande : pour 2 participants à la même formation -10% pour 3 participants à la même formation -25%		-31/03/2026 - Boulogne-Billa	ancourt (92)	☐ 23-24/09/2026 - Boulogne-Billancourt (92)	
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1					
- Civilité:		ENTS CONCERNANT I	► Nom:		
Fonction (Métier) :	P Pienom.		- Nom:		
Adresse e-mail (Obligatoire)		▼ Téléphone portable (Obligatoire)			
Adiesse e man (obligatorie)			relephone portable (obligatorie)		
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2					
• Civilité: □ Mme □ Mr □ Dr. □ Pr.		ENTS CONCERNANT L	► Nom:		
	F Prenom.		F NOTE.		
Fonction (Métier) :			- Tálánhana	ortable (Obligatoire)	
Adresse e-mail (Obligatoire)			· relephone po	ortable (Obligatoire)	
	DENGELONEME	INTE CONCEDNANT I	E DA DEIGIDA	NT 7	
		ENTS CONCERNANT L		INT 3	
Civilité: Mme Mr Dr. Pr.	► Prénom :		▶ Nom:		
Fonction (Métier) :					
Adresse e-mail (Obligatoire)			Téléphone po	ortable (Obligatoire)	
 Besoin d'assistance si situation de handicap : 	n [🗆 Oui, nom du participant d	concerné:		
RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER					
DENS	FIGNEMENTS	DE LA DEDSONNE EN	I CHAPGE DI	LDOSSIER	
☐ Cocher cette	case si la personr	ne en charge du dossier et	le participant s	ont la même personne	
☐ Cocher cette Civilité: ☐ Mme ☐ Mr ☐ Dr. ☐ Pr.		ne en charge du dossier et	le participant se	ont la même personne	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier):	case si la personr	e en charge du dossier et Service ou Pôle d'app	le participant se	ont la même personne	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins	case si la personr	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini	le participant so No No partenance: rces humaines istratif	ont la même personne m :	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue	case si la personr	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour	le participant so ► No Partenance: rces humaines istratif	ont la même personne m :	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins	case si la personr	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini	le participant so ► No Partenance: rces humaines istratif	ont la même personne m :	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue	case si la personr	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini	le participant so ► No Partenance: rces humaines istratif	ont la même personne m :	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire)	case si la personr ▶ Prénom	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini	P Note that the participant of	e portable (Obligatoire)	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemer	case si la personn ▶ Prénom RENSEIGNEME	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini Autre: ENTS CONCERNANT L	Position No partenance : rces humaines istratif ▼ Téléphon	e portable (Obligatoire) Description:	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire)	case si la personn ▶ Prénom RENSEIGNEME	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini Autre: ENTS CONCERNANT L	P Note that the participant of	e portable (Obligatoire) Description:	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale:	case si la personn ▶ Prénom RENSEIGNEME	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini Autre: ENTS CONCERNANT L	Position No partenance : rces humaines istratif ▼ Téléphon	e portable (Obligatoire) Description:	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale:	Prénom ► Prénom RENSEIGNEME	Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini Autre: ENTS CONCERNANT L	Position No partenance : rces humaines istratif ▼ Téléphon	e portable (Obligatoire) Description:	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale:	Prénom Prénom RENSEIGNEME at //ille:	re en charge du dossier et : V Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini Autre: ENTS CONCERNANT L V N	le participant se No No Partenance: rces humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Juméro de SIRET	e portable (Obligatoire) Description:	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale:	Prénom Prénom RENSEIGNEME ot //ille:	SERVICE FACTURATIO	le participant se No No Partenance : rces humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Juméro de SIRET	e portable (Obligatoire) TENT Particulier :	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal:	Prénom Prénom Prénom RENSEIGNEME It Cocher si	re en charge du dossier et : V Service ou Pôle d'app Dir/Resp des ressour Responsable admini Autre: ENTS CONCERNANT L V N	Participant so Partenance: roces humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Juméro de SIRET ON Pervice formation	e portable (Obligatoire) IENT Description:	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal:	RENSEIGNEME ot Cocher si	SERVICE FACTURATIO	le participant se No No Partenance: rees humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Juméro de SIRET ON Pervice formation ► E-ma	e portable (Obligatoire) TENT Particulier :	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal:	Prénom Prénom Prénom RENSEIGNEME It Cocher si	SERVICE FACTURATIO	le participant se No No Partenance: rees humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Juméro de SIRET ON Pervice formation ► E-ma	e portable (Obligatoire) IENT Description:	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Etablissemen Raison Sociale: Code Postal: Prénom:	RENSEIGNEME ot Cocher si	SERVICE FACTURATIO	le participant se No No Partenance: rees humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Juméro de SIRET ON Pervice formation ► E-ma	e portable (Obligatoire) TENT Particulier :	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal: Prénom: Facturation par: N° d'engagement et code service: Adresse (numéro, voie et complément):	Prénom Prénom Prénom RENSEIGNEME ot //ille : Cocher si	SERVICE FACTURATIO	Position of the participant of t	e portable (Obligatoire) AENT Particulier Chorus Pro	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Établissemen Raison Sociale: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal: Prénom: Facturation par: N° d'engagement et code service: Adresse (numéro, voie et complément):	RENSEIGNEME ot Cocher si	SERVICE FACTURATIO	le participant se No No Partenance: rees humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Juméro de SIRET ON Pervice formation ► E-ma	e portable (Obligatoire) AENT Particulier Chorus Pro	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Etablissemen Raison Sociale: Code Postal: Prénom: Facturation par: N° d'engagement et code service: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal:	RENSEIGNEME //ille: Cocher si Nom: L'Établissen	SERVICE FACTURATIO	le participant se No Partenance: rces humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN JUMÉTO de SIRET ON Pervice formation E-ma □ Téléphon □ Téléphon	e portable (Obligatoire) Particulier Chorus Pro	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Etablissemen Raison Sociale: Code Postal: Prénom: Facturation par: N° d'engagement et code service: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal:	RENSEIGNEME //ille: Cocher si Nom: L'Établissen	SERVICE FACTURATION SERVICE FACTURATION Identique à l'adresse du service du	le participant se No Partenance: rces humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN JUMÉTO de SIRET ON Pervice formation E-ma □ Téléphon □ Téléphon	e portable (Obligatoire) IENT Particulier Chorus Pro hone: ales de Vente)	
Cocher cette Civilité: Mme Mr Dr. Pr. Fonction (Métier): Directeur des affaires médicales Directeurs des soins Dir/Resp de la formation continue Adresse e-mail (Obligatoire) Etablissemen Raison Sociale: Code Postal: Prénom: Facturation par: Adresse (numéro, voie et complément): Code Postal: SIGNATUE SIGNATUE SIGNATUE	RENSEIGNEME //ille: Cocher si Nom: L'Établissen	SERVICE FACTURATION SERVICE FACTURATION Identique à l'adresse du service du	le participant se No No Partenance: res humaines istratif ▼ Téléphon L'ÉTABLISSEN Luméro de SIRET ON Pervice formation ► E-ma □ ■ Télép Litions Génér	e portable (Obligatoire) IENT Particulier Chorus Pro hone: ales de Vente)	

L'Entreprise Médicale

Le client

POURQUOI CHOISIR

PHOSPHORI. par L'Entreprise Médicale

30 ans d'expertise & plus de 200 formations dédiées aux professionnels de santé

Phosphoria renouvelle chaque année son offre de plus de 200 modules dédiés à la transformation du secteur santé. Un savoir-faire construit aux côtés des établissements de santé, structures médico-sociales et collectivités locales.

Une **expérience de formation** éprouvée et mesurée

Avec 3 500 apprenants formés par an et un taux de satisfaction supérieur à 90 %, Phosphoria s'inscrit durablement comme un partenaire fiable et reconnu.

Des formations animées par des experts reconnus du terrain

Nos formations sont dispensées par plus de 180 formateurs actifs, professionnels médicaux et non médicaux (coach en management, experts en stratégie...), garantissant une expertise rigoureuse et immédiatement opérationnelle.

Une offre flexible pensée et adaptée aux contraintes des professionnels de santé

Nous proposons des formats inter et intra-établissement, sur-mesure et au catalogue, distanciel et présentiel, tous adaptés aux impératifs d'organisation et de continuité de service des établissements publics et privés.

Un ancrage renforcé par le groupe Eduform'Action

En intégrant un groupe accompagnant plus de 60 000 apprenants par an et fort de de 5 domaines d'expertise en France métropolitaine et dans les territoires ultra-marins, Phosphoria bénéficie de ressources élargies et d'une solidité renforcée.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE

CONTACT

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

PARTICIPATION

Les prix hors taxe par participant sont indiqués sur le programme de chaque formation inter-entreprise. Les formations intra-entreprise font l'objet d'un devis. Ce prix non soumis à TVA comprend :

la participation à la session de formation, rafraîchissements, boissons chaudes et viennoiseries (présentiel). Les déjeuners sont à la charge des stagiaires.

INSCRIPTION

Dès réception du bulletin d'inscription pour un ou plusieurs participants valant convention simplifiée de la formation continue, une confirmation vous sera adressée. Une convocation et un plan d'accès vous seront adressés ultérieurement.

Notre offre exclusive à la commande :

pour 2 participants à la même formation -10%

pour 3 participants à la même formation -25%

MODALITÉS DE PAIEMENT

Le règlement du prix de la formation a lieu à réception de facture. Celui-ci, en précisant toujours le numéro de facture, comptant et sans escompte, est effectué :

- 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

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. Toute annulation doit être notifiée par écrit. Les frais suivants s'appliquent :

- Annulation entre 20 et 8 jours ouvrables avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 50 % du prix total.
- Annulation moins de 8 jours ouvrable avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 100 % du prix total.

Les frais d'annulation ne sont pas remboursables par les organismes financeurs.

Report par le client : Les demandes de report doivent être reçues au moins 4 semaines avant le début de la Formation. La nouvelle date doit être fixée dans l'année en cours, en accord avec L'ENTREPRISE MEDICALE.

Report par L'ENTREPRISE MEDICALE : En cas de force majeure, maladie ou indisponibilité d'un formateur, L'ENTREPRISE MEDICALE se réserve le droit de reporter la Formation et en informera le Client dès que possible.

Abandon ou absence : Tout abandon ou absence, même justifié, ne donne lieu à aucun remboursement ni réduction du coût de la Formation.

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.

Pour toutes questions relatives à votre inscription.

merci de contacter l'équipe Administration des ventes : formation@phosphoria-formation.fr

