

# FORMATION EXPERTE

MANAGER AU QUOTIDIEN LES ÉQUIPES DE PSYCHIATRIE

## **EXPERTS INTERVENANTS:**

Jean-Luc STANISLAS : expert en management hospitalier et fondateur de Manager Santé

Expert membre du réseau Phosphoria



Paris 20 et 21 nov. 2025



Paris 11 et 12 juin 2026







# MANAGER AU QUOTIDIEN LES ÉQUIPES DE PSYCHIATRIE



2 jours



1 170 € TTC



11-12/06/2026 - Paris



Disponible en intra

## **OBJECTIFS**

- Optimiser son management en conditions "normales" ou dégradées, afin d'assurer un pilotage efficace de l'activité du service/pôle de psychiatrie
- Maîtriser sa communication pour donner du sens à son action managériale et résoudre les conflits interpersonnels au sein de ses équipes
- · Mieux gérer ses propres émotions pour préserver son bien-être au travail et celui de ses équipes

# > PROGRAMME

## I. SAVOIR SE POSITIONNER COMME PERSONNE ENCADRANTE

- · Appréhender les enjeux stratégiques de la fonction d'encadrement médical et soignant des équipes de psychiatrie
- · S'approprier les nouveaux enjeux et défis managériaux

# II. S'APPUYER SUR UN MANAGEMENT EFFICACE POUR PILOTER L'ACTIVITÉ DU SERVICE/PÔLE DE PSYCHIATRIE

- · Manager l'activité du service/pôle
- · Préparer et piloter efficacement ses réunions d'équipe
- · Construire des outils de pilotage au service du management

# III. BIEN COMMUNIQUER POUR DONNER DU SENS À L'ACTION MANAGÉRIALE EN PSYCHIATRIE

- S'appuyer sur des outils pratiques pour faciliter la communication avec son équipe
- · Optimiser la conduite des entretiens individuels
- · Prévenir et gérer les situations conflictuelles au sein de son équipe

# IV. DÉVELOPPER SON LEADERSHIP POUR MIEUX MOBILISER SON ÉOUIPE

- · Mieux se connaître et identifier son propre style managérial
- · Connaître son équipe et savoir la mobiliser
- Promouvoir la reconnaissance professionnelle et la dynamisation des personnels

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

- · Évaluer la qualité de vie au travail (QVT) au sein de son équipe
- · Prévenir les facteurs de stress et/ou la souffrance au travail
- · Gérer son propre stress

### VI. ÉVALUATION DE LA SESSION

# > MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

- · Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques et interactifs : études de cas, analyses de document, auto-test
- · Séance de questions-réponses
- · Evaluation pré-post formation

# > PROFIL DES INTERVENANTS

- Jean-Luc STANISLAS: expert en management hospitalier et fondateur de Manager Santé
- · Expert membre du réseau Phosphoria

# **DESTRUCTION DE LA CONCERNÉ**

- · Psychiatres (chefs de pôle, chefs de service, responsables de CMP)
- Cadres de santé et faisant fonction de cadre de santé (ou cadres apprenants)
- · Cadres supérieurs de santé, assistant(e)s de pôle
- · Cadres experts
- · Infirmier(e)s coordonnateur(trice)s
- · Directeur(trice)s des soins

## **LES + PHOSPHORIA**

- · Approche pragmatique et opérationnelle permettant une mise en pratique immédiate des concepts abordés
- · Interventions d'experts ayant une expérience significative en management et leadership en psychiatrie
- · Ateliers interactifs favorisant l'échange d'expériences et l'appropriation des meilleures pratiques
- · Suivi personnalisé et évaluation continue pour assurer la progression et l'atteinte des objectifs pédagogiques

# BULLETIN D'INSCRIPTION VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

								•		Hation	CI	· ·	
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													
		Réféi	rence	modu	ıle : M	IOD_0055	66 : Manage	er au c	quotidie	n les é	quipes	de psychiatrie	
						▼ 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%						□ 20-21/11/2025 - F			Paris			□ 11-12/06/2026 - Paris	
	•					FIGNEME	NTS CONCE	EDNAN	JT I E DA	DTICID	ANT 1		
Civilité :	□Mme	□Mr	□ Dr.	□ Pr.		rénom :	NIS CONCL	-KIVAI	VI EE FA	► Nom			
Fonction													
▼ Adresse e-mail (Obligatoire)						▼ Téléphone				portable (Obligatoire)			
										,			
				F	RENSE	EIGNEMEI	NTS CONCE	ERNAN	IT LE PA	RTICIP	ANT 2		
Civilité :	□Mme	□Mr	□ Dr.	□ Pr.	▶ P	rénom :				► Nom	:		
Fonction	(Métier) :												
Adresse e	-mail (Ob	ligatoire)	)				▼ Téléphone ;			phone p	portable (Obligatoire)		
				F	RENSI	EIGNEMEI	NTS CONCE	ERNAN	IT LE PA	RTICIP.	ANT 3		
Civilité:	□Mme	□Mr	□ Dr.	☐ Pr.	► P	rénom :				► Nom	:		
Fonction	(Métier) :												
Adresse e	-mail (Ob	ligatoire)	)						▼ Télé	phone p	ortable	(Obligatoire)	
Besoin d'a handicap	n		l Oui, nom du p	participa	ant conceri	né:							
				RENSI	EIGNE	MENTS D	E LA PERS	ONNE	EN CHA	RGE D	U DOS	SIER	
												SIER nême personne	
Civilité :	□Mme	□ Mr		r cette						ticipant :			
Civilité:			☐ Coche	r cette		la personne		u dossie	r et le part	ticipant :	sont la n		
▼ Fonction	<b>(Métier) :</b> ur des affa	□ Mr	□ Coche	r cette		la personne	▼ Service ou	u dossie u Pôle d'	appartena	ricipant : ► N	sont la n		
Fonction	<b>(Métier) :</b> ur des affa urs des soi	☐ Mr	□ Coche □ Dr. licales	r cette		la personne	e en charge du  ▼ Service ou	u dossie u Pôle d'	appartena	ricipant : ► N	sont la n		
Fonction	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr	□ Mr lires méd ns mation co	Coche Dr.	r cette		la personne	▼ Service ou □ Dir/Resp □ Respons	u dossie u Pôle d'	appartena sources hu	nce:	sont la n		
Fonction Directeu Directeu Dir/Resp	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr	□ Mr lires méd ns mation co	Coche Dr.	r cette		la personne	▼ Service ou □ Dir/Resp □ Respons	u dossie u Pôle d'	appartena sources hu	nce:	sont la n	nême personne	
Fonction Directeu Directeu Dir/Resp	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr	□ Mr lires méd ns mation co	Coche	Pr.	case si	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou □ Dir/Resp □ Respons	u dossie u Pôle d' o des res able adı	appartena sources hu ministratif	ricipant :  Noce :  maines  Télépho	sont la n	nême personne	
Fonction Directeu Directeu Dir/Resp	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr	ires médins mation co	Coche	Pr.	case si	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:	u dossie u Pôle d' o des res able adı	appartena sources hu ministratif	ricipant :  Noce :  maines  Télépho	ne porta	nême personne	
Fonction Directeu Directeu Dir/Resp	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr mail (Ob	ires médins mation co	Coche	Pr.	case si	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:	u dossie u Pôle d' o des res able adı	appartena sources hu ministratif	ricipant :  Nonce :  maines  Télépho	ne porta	nême personne	
□ Directeu □ Directeu □ Dir/Resp  ▼ Adresse e	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr mail (Ob	ires médins mation co	Coche	Pr.	case si	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:	u dossie u Pôle d' o des res able adı	appartena sources hu ministratif	ricipant :  Nonce :  maines  Télépho	ne porta	nême personne	
Fonction Directed Directed Dir/Resp Adresse e	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr -mail (Ob	ires méd ins mation co ligatoire	Coche	Pr. Pr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. F	RENSE	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:	u dossie u Pôle d' o des res able adı	appartena sources hu ministratif	ricipant :  Nonce :  maines  Télépho	ne porta	nême personne	
□ Directeu □ Directeu □ Dir/Resp  ▼ Adresse e	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr -mail (Ob	ires méd ins mation co ligatoire	Coche	Pr. Pr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. F	case si	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:	u dossie u Pôle d' o des res able adı	appartena sources hu ministratif	ricipant :  Nonce :  maines  Télépho	ne porta	nême personne	
Fonction Directed Directed Dir/Resp Adresse e	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr -mail (Ob	ires méd ins mation co ligatoire	Coche	Pr. Pr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. Fr. F	RENSE t	Prénom:  □ Prénom:	▼ Service ou □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:	u dossie  I Pôle d' I des res. I pable adu	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAE  Numéro	icipant :	ne porta  MENT	nême personne	
Fonction Directed Directed Dir/Resp Adresse e	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr -mail (Ob	ires méd ins mation co ligatoire	Coche	Pr.  Pr.  Fasement	RENSE t	Prénom:  □ Prénom:	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:	u dossie  I Pôle d' I des res. I pable adu	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAE  Numéro	icipant :  Nonce :  maines  Télépho  de SIRE	me porta  MENT  FT:	nême personne	
Fonction  Directed Directed Directed Dir/Resp  Adresse e  Adresse e  Code Post	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr -mail (Ob  ociale :  numéro, v tal :	ires méd ins mation co ligatoire	Coche	Pr.  Pr.  Fasement	RENSE t	Prénom:  □ Prénom:  □ Cocher si i	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:  NTS CONCE	u dossie  I Pôle d' I des res. I pable adu	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAE  Numéro	icipant :	me porta  MENT  F.T:	nême personne  Description de la company de	
Facturation    Directeu     Directeu     Directeu     Dir/Resp  Adresse e	(Métier) : ur des affa urs des soi o de la forr -mail (Ob -ciale : -numéro, v tal :	ires méd ns nation co ligatoire	Coche Coche	Pr.  Pr.  Fasement	RENSE t	Prénom:  □ Prénom:	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:  NTS CONCE	u dossie  I Pôle d' I des res. I pable adu	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAE  Numéro	icipant :  Nonce :  maines  Télépho  de SIRE	me porta  MENT  FT:	nême personne  Description de la company de	
▼ Fonction  □ Directeu □ Directeu □ Dir/Resp ▼ Adresse e  ▼ Raison So  ► Adresse (r ► Code Post ► Prénom : ► Facturatic ► N° d'enga	(Métier):  ur des affa urs des soi o de la forr  -mail (Ob  ciale:  numéro, v  tal:	ires méd ns mation co ligatoire	Coche Coche Coche	Pr.  Pr.  Fasement:  PV	RENSE t	Prénom:  □ Prénom:  □ Cocher si i	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:  NTS CONCE	u dossie  I Pôle d' I des res. I pable adu	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAE  Numéro	icipant :  Nonce :  maines  Télépho  de SIRE	me porta  MENT  F.T:	nême personne  Description de la company de	
Facturation    Directeu     Directeu     Directeu     Dir/Resp  Adresse e	(Métier):  ur des affa urs des soi o de la forr  -mail (Ob  ociale:  numéro, v tal:	ires méd ns mation co ligatoire	Coche Coche Coche	Pr.  Fr.  Seemen  ent):  N  ent):	RENSE t	Prénom:  □ Prénom:  □ Cocher si i	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:  NTS CONCE	u dossie  I Pôle d' I des res. I pable adu	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAE  Numéro	icipant :  Nonce :  maines  Télépho  BLISSE  de SIRE	me porta  MENT  F.  T:	nême personne  Description de la company de	
Facturation  Prenction  Directeu  Directeu  Directeu  Dir/Resp  Adresse e  Adresse e  Prénom:  Facturatio  Adresse (r	(Métier):  ur des affa urs des soi o de la forr  -mail (Ob  ociale:  numéro, v tal:	ires méd ns mation co ligatoire	Coche Coche Coche	FF seemen  ent):  PN  N  ent):	RENSE t	Prénom:  Prénom:  SCOcher si i	v Service ou Dir/Resp Respons Autre: NTS CONCE	u dossie  I Pôle d' I des res I able adu  ERNAN  CTURA  dresse o	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAB  Numéro  ATION du service	ticipant :  Nonce :  maines  Télépho  BLISSE  de SIRE  formatic  Fe-maines	me porta  MENT	nême personne  ble (Obligatoire)  Particulier  us Pro	
Facturation  Prenction  Directeu  Directeu  Directeu  Dir/Resp  Adresse e  Adresse e  Prénom:  Facturatio  Adresse (r	(Métier):  ur des affa urs des soi o de la forr  -mail (Ob  ociale:  numéro, v tal:	ires méd ns mation co ligatoire	Coche Coche Coche	FF seemen  ent):  PN  N  ent):	RENSE t	Prénom:  Prénom:  SCOcher si i	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons □ Autre:  NTS CONCE	u dossie  I Pôle d' I des res I able adu  ERNAN  CTURA  dresse o	appartena sources hu ministratif  T L'ÉTAB  Numéro  ATION du service	ticipant :  Nonce :  maines  Télépho  BLISSE  de SIRE  formatic  Fe-maines	me porta  MENT	nême personne  ble (Obligatoire)  Particulier  us Pro	
Facturation  Prenction  Directeu  Directeu  Directeu  Dir/Resp  Adresse e  Adresse e  Prénom:  Facturatio  Adresse (r	(Métier):  ur des affa urs des soi o de la forr  -mail (Ob  ociale:  numéro, v tal:	ires méd ns mation co ligatoire	Coche Coche Coche	FF seemen  ent):  PN  N  ent):	RENSE t	Prénom:  Prénom:  SCOcher si i	v Service ou Dir/Resp Respons Autre: NTS CONCE	u dossie  I Pôle d' I des res I able adu  ERNAN  CTURA  dresse o	appartena sources hu ministratif  IT L'ÉTAE  Numéro  ATION du service	ticipant :  Nonce :  maines  Télépho  BLISSE  de SIRE  formatic  Fe-maines	me porta  MENT	nême personne  ble (Obligatoire)  Particulier  us Pro	

L'Entreprise Médicale

Le client

# POURQUOI CHOISIR

# PHOSPHORI. par L'Entreprise Médicale

Un savoir-faire pédagogique éprouvé depuis 27 ans

+3000 professionnels de santé formés chaque année et plus de 200 formateurs experts santé

**150 formations** en management, organisation de soins, droits et responsabilités, qualité et gestion des risques, stratégie et performance

Membre du Groupe MNH, une priorité donnée à la santé physique et psychologique des soignants

### **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
- · 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

