



# GÉRER SON TEMPS ET SON ORGANISATION DE TRAVAIL EN TANT QUE CADRE DE SANTÉ



2 jours



990 € TTC



16-17/03/2026 - Paris  
14-15/09/2026 - Paris



Disponible en intra

## OBJECTIFS

- Analyser son emploi du temps pour identifier et éliminer les sources d'inefficacité, améliorant ainsi la gestion du temps et la productivité
- Optimiser son management organisationnel en adoptant des styles adaptés à un environnement VUCA (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity) pour une meilleure efficacité
- Disposer d'outils et de méthodes pour mieux gérer son temps, ce qui permet une planification et une priorisation efficaces

## PROGRAMME

### I. ANALYSER ET OPTIMISER SON EMPLOI DU TEMPS

- Analyser son emploi du temps : auto-diagnostic de sa relation au temps
- Repérer et éliminer ses « voleurs de temps »
- Observer la répartition de son temps pour améliorer l'efficacité

### II. ADOPTER UN MANAGEMENT ORGANISATIONNEL EFFICACE

- Repérer son style managérial dans un environnement VUCA
- Améliorer sa communication pour faire respecter ses missions et son temps
- Savoir déléguer et mobiliser les équipes

### III. UTILISER DES OUTILS ET MÉTHODES DE GESTION DU TEMPS

- Définir et mettre en place des outils de planification, de communication et de priorisation
- Adapter les outils de gestion du temps aux besoins spécifiques du contexte hospitalier

### IV. ÉVALUATION DE LA SESSION

## MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques : Concepts clés de la gestion du temps
- Travail d'analyse et d'échanges : Discussions basées sur les expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques : Exercices pour appliquer les concepts de manière concrète
- Séance de questions-réponses : Interactions pour approfondir les connaissances

## PROFIL DES INTERVENANTS

- Nathalie BOUTIER-THIERRY, coordinatrice générale des soins

## PUBLIC CONCERNÉ

- Cadres de santé
- Faisant Fonction de Cadres de santé et Cadres apprenants
- Cadres Supérieurs de santé
- Assistants de Pôle
- Cadres experts
- Infirmier(e)s
- Coordonnateur(trice)s
- Directeur(trice)s des Soins

## LES + PHOSPHORIA

- Outils interactifs en ligne : Utilisation de Wooclap® et autres outils numériques en ligne pour des interactions dynamiques
- Retours d'expérience : Partage de bonnes pratiques et innovations pour optimiser la gestion du temps dans un contexte hospitalier

# 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)

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) ODP n°1502

Référence module : MOD\_00421 : Gérer son temps et son organisation de travail en tant que cadre de santé

Tarif individuel : 990 €	▼ 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%	<input type="checkbox"/> 25-26/06/2025 - Paris <input type="checkbox"/> 15-16/12/2025 - Distanciel	<input type="checkbox"/> 16-17/03/2026 - Paris <input type="checkbox"/> 14-15/09/2026 - Paris

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1

► Civilité : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	► Prénom : .....	► Nom : .....
► Fonction (Métier) :	.....	
▼ Adresse e-mail (Obligatoire)	▼ Téléphone portable (Obligatoire)	
.....	.....	

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2

► Civilité : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	► Prénom : .....	► Nom : .....
► Fonction (Métier) :	.....	
▼ Adresse e-mail (Obligatoire)	▼ Téléphone portable (Obligatoire)	
.....	.....	

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 3

► Civilité : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	► Prénom : .....	► Nom : .....
► Fonction (Métier) :	.....	
▼ Adresse e-mail (Obligatoire)	▼ Téléphone portable (Obligatoire)	
.....	.....	
► Besoin d'assistance si situation de handicap :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, nom du participant concerné: .....

## 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 : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	► Prénom : .....	► Nom : .....
▼ Fonction (Métier) :	▼ Service ou Pôle d'appartenance :	
<input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales <input type="checkbox"/> Directeurs des soins <input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue	<input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines <input type="checkbox"/> Responsable administratif <input type="checkbox"/> Autre : .....	
▼ Adresse e-mail (Obligatoire)	▼ Téléphone portable (Obligatoire)	
.....	.....	

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

Établissement

Particulier

▼ Raison Sociale :	▼ Numéro de SIRET :	
.....	.....	
► Adresse (numéro, voie et complément) :	.....	
► Code Postal :	► Ville :	.....

## SERVICE FACTURATION

Cocher si identique à l'adresse du service formation

► Prénom :	► Nom :	► E-mail :
.....	.....	.....
► Facturation par :	<input type="checkbox"/> L'Établissement	<input type="checkbox"/> Chorus Pro
► N° d'engagement et code service :	.....	
► Adresse (numéro, voie et complément) :	.....	
► Code Postal :	► Ville :	► Téléphone :
.....	.....	.....

## SIGNATURES ET CACHETS (Incluant les Conditions Générales de Vente)

Fait à.....le .....	Fait à.....le .....
Le client	L'Entreprise Médicale

# POURQUOI CHOISIR PHOSPHORIA

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](mailto: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](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

