

PHOSPHORIA
par L'Entreprise Médicale

FORMATION **EXPERTE**

OPTIMISER LA GESTION DU DÉCÈS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

EXPERTS INTERVENANTS :

Idriss FAROTA-ROMEJKO : cadre de santé en oncologie et soins palliatifs

Audrey LESIEUR : psychologue clinicienne

Expert membre du réseau Phosphoria



Paris
27 et 28 nov. 2025



N° 1502

Qualopi
processus certifié
REPUBLIQUE FRANÇAISE

MNH
Mutuelle Nationale des Hospitaliers

La certification qualité a été délivrée
en 2019 au 81 rue de la Chapelle 75009 PARIS
ACCREDITÉ DE COCOURT 2018

www.phosphoria-formation.fr

OPTIMISER LA GESTION DU DÉCÈS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU HOSPITALIER



2 jours



Sur devis



Dans vos locaux



Disponible uniquement en INTRA

OBJECTIFS

- Améliorer la prise en charge du décès et la phase agonique en milieu hospitalier
- Gérer efficacement les symptômes cliniques et les souffrances psychiques du patient et de ses proches
- Délimiter le cadre réglementaire et les bonnes pratiques pour annoncer les décès et effectuer les soins post-mortem
- Expliquer la notion de deuil et ses mécanismes pour mieux accompagner les proches et les soignants
- Intégrer les particularités culturelles et religieuses dans la prise en charge des décès

PROGRAMME

I. ACCOMPAGNER L'ANNONCE ET LE DEUIL

- Analyser les réactions à l'annonce du décès et les mécanismes du deuil
- Saisir les enjeux de la prise en charge du deuil des familles et des professionnels
- Prévenir, soutenir et orienter les proches dans les meilleures conditions après le décès
- Faire appel aux ressources personnelles et institutionnelles pour accompagner le deuil des soignants
- Comment faire une toilette mortuaire
- Gestion de l'après décès pour les soignants : que faire ? que dire ? où le faire ? pourquoi le faire ?

II. 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
- Séance de questions-réponses
- Evaluation pré-post formation

PROFIL DES INTERVENANTS

- Idriss FAROTA-ROMEJKO : cadre de santé en oncologie et soins palliatifs
- Audrey LESIEUR : psychologue clinicienne
- Expert membre du réseau Phosphoria

PUBLIC CONCERNÉ

- Tout soignant concerné par la survenue de décès à l'hôpital (IDE, AS, médecin, psychologue, assistant de service social, etc)

LES + PHOSPHORIA

- Approche pragmatique et opérationnelle permettant une mise en pratique immédiate des concepts abordés
- Interventions d'experts ayant une expérience significative en gestion des décès à l'hôpital
- 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

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) ODP n°1502

Référence module : MOD_00540 : Optimiser la gestion du décès et l'accompagnement en milieu hospitalier

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Tarif individuel : 1 170 € | ▼ 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"/> 27-28/11/2025 - 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

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

