

# PHOSPHORIA

par L'Entreprise Médicale



## FORMATION **EXPERTE**

MANAGER LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES DANS MON ÉTABLISSEMENT

EXPERTS INTERVENANTS :

Directrice qualité – gestion des risques

Expert membre du réseau Phosphoria



Paris  
5 et 6 juin 2025



Distanciel  
4 et 5 déc. 2025



Paris  
18 et 19 mai 2026



Paris  
9 et 10 nov. 2026

# MANAGER LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES DANS MON ÉTABLISSEMENT



2 jours



1 170 € TTC



18-19/05/2026 - Paris  
09-10/11/2026 - Paris



Disponible en intra

## > OBJECTIFS

- Expliquer les principes, les concepts fondamentaux et les exigences réglementaires liés à la qualité et à la gestion des risques
- Utiliser les outils de gestion des risques : réaliser une cartographie, identifier et analyser les risques, traiter les événements indésirables
- Construire un plan d'amélioration continue en définissant, suivant et évaluant les actions mises en place
- Mobiliser les équipes autour d'une culture qualité/sécurité par des stratégies d'implication et de communication adaptées

## > PROGRAMME

### I. ANALYSER LES ENJEUX DU MANAGEMENT QUALITE / RISQUES

- Définir les concepts clés : qualité, gestion des risques, sécurité des soins
- Identifier les textes réglementaires et les attendus de la HAS
- Situer les enjeux stratégiques pour les établissements

### II. STRUCTURER UNE POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES

- Formuler une politique qualité-risques cohérente avec les référentiels
- Aligner la stratégie sur les exigences réglementaires et les priorités institutionnelles

### III. METTRE EN ŒUVRE LES OUTILS DE GESTION DES RISQUES

- Construire une cartographie des risques (approche a priori)
- Analyser les risques a posteriori (événements indésirables, REX, CREX)
- Prioriser les actions à partir des analyses

### IV. UN PLAN D'AMÉLIORATION QUALITE/SECURITE

- Formaliser des actions correctives et préventives
- Mettre en œuvre un suivi et une évaluation des actions
- Intégrer la gestion des risques dans les démarches qualité transversales

### V. IMPLIQUER LES ÉQUIPES ET PROMOUVOIR UNE CULTURE QUALITE

- Déployer des leviers d'adhésion et d'engagement des professionnels
- Communiquer autour des enjeux qualité / sécurité avec des outils adaptés
- Sensibiliser les équipes à la déclaration et au traitement des événements indésirables

### 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
- Séance de questions-réponses
- Evaluation pré-post formation

## > PROFIL DES INTERVENANTS

- Directrice qualité – gestion des risques
- Expert membre du réseau Phosphoria

## > PUBLIC CONCERNÉ

- Directeurs d'établissement
- Responsables qualité
- Gestionnaire de risques
- Cadres de santé
- Médecins

## LES + PHOSPHORIA

- Formation contextualisée en fonction des besoins spécifiques des établissements
- Approche pratique et participative permettant une application directe des connaissances acquises
- Intervenants experts reconnus dans le domaine de la gestion de la qualité et de l'animation des équipes
- Supports pédagogiques actualisés et adaptés aux évolutions récentes des pratiques de gestion de la qualité dans les établissements de santé

# 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\_00446 : Manager la qualité et la gestion des risques dans mon établissement**

|                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Tarif individuel : 1170 €                                                                                                                                  | <b>▼ Choisir votre session :</b><br>Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00 |                                                |
| <b>Notre offre exclusive à la commande :</b><br><b>pour 2 participants à la même formation -10%</b><br><b>pour 3 participants à la même formation -25%</b> | <input type="checkbox"/> 05-06/06/2025 - Paris                            | <input type="checkbox"/> 18-19/05/2026 - Paris |
|                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 04-05/12/2025 - Distanciel                       | <input type="checkbox"/> 09-10/11/2026 - 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) :<br><input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales<br><input type="checkbox"/> Directeurs des soins<br><input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue |                  | ▼ Service ou Pôle d'appartenance :<br><input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines<br><input type="checkbox"/> Responsable administratif<br><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 :<br><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)

