

# FORMATION EXPERTE

TUTORAT : COMMENT ME POSITIONNER AVEC UN OU UNE ÉLÈVE ?

**EXPERTS INTERVENANTS:** 

Cadre de santé

Cadre de santé formateur

Expert membre du réseau Phosphoria



Paris 27 et 28 nov. 2025







### **TUTORAT: COMMENT ME POSITIONNER AVEC UN OU UNE ÉLÈVE?**



2 jours



Sur devis



Dans vos locaux



Disponible uniquement en INTRA

## (>) OBJECTIFS

- · Identifier ses responsabilités dans l'accompagnement des étudiants
- · Mobiliser des techniques de communication pour instaurer une relation pédagogique constructive
- · Créer un environnement d'apprentissage positif favorisant la progression, l'autonomie et l'engagement des étudiants
- · Mettre en œuvre des méthodes pédagogiques et des outils adaptés pour structurer les temps de tutorat
- · Développer une posture réflexive pour enrichir sa pratique tutorale et s'adapter à la diversité des profils étudiants

### PROGRAMME

### I. CLARIFIER LE ROLE DE TUTEUR DANS LA FORMATION EN SOINS

- · Distinguer le tutorat du mentorat et du coaching
- · Préciser les missions du tuteur en stage selon le référentiel infirmier
- · Lister les attentes des étudiants et les responsabilités associées au rôle
- · Identifier les qualités professionnelles et relationnelles attendues du tuteur

### II. FAVORISER UNE COMMUNICATION BIENVEILLANTE ET STRUCTURANTE

- · Utiliser des techniques de communication verbale et non-verbale adaptées
- · Adopter une posture d'écoute active et de feedback constructif
- · Gérer les situations relationnelles complexes et les conflits
- · Instaurer une relation basée sur la confiance, l'équité et le respect mutuel

### III. STRUCTURER ET ANIMER LE PARCOURS DE TUTORAT

- · Construire un plan de tutorat : objectifs, suivi, évaluation
- · Planifier les temps d'apprentissage et organiser les temps d'échanges
- Animer des situations pédagogiques variées : démonstrations, cas pratiques, simulations
- · Utiliser des outils adaptés : grilles, fiches, ressources numériques

### IV. ADOPTER UNE POSTURE PROFESSIONNELLE ET EVOLUTIVE

- · S'inscrire dans une dynamique de formation continue et de développement tutorale
- Adapter son accompagnement aux profils et besoins spécifiques des étudiants

### V. SYNTHESE ET CONCLUSION

### MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques: Explications détaillées des différentes responsabilités et des procédures associées
- Travail d'analyse et d'échanges : Comparaison des pratiques entre stagiaires et réflexion collective
- Etudes de cas pratiques: Résolution de cas pratiques en groupes pour illustrer les notions théoriques
- Séance de questions-réponses : Pour approfondir la compréhension et clarifier les doutes

## > PROFIL DES INTERVENANTS

- · Cadre de santé
- · Cadre de santé formateur
- · Expert membre du réseau Phosphoria

## (>) PUBLIC CONCERNÉ

- Professionnels de santé souhaitant devenir tuteurs pour les étudiants en soins infirmiers
- Personnel hospitalier impliqué dans la formation et l'encadrement des étudiants

### **LES + PHOSPHORIA**

- · Approche pratique et interactive pour une meilleure assimilation des concepts
- $\boldsymbol{\cdot}$  Méthodes pédagogiques variées et adaptées aux besoins des professionnels de santé
- · Suivi personnalisé et feedback continu pour maximiser l'efficacité du tutorat
- · Accès à des ressources supplémentaires et à des outils pratiques pour le tutorat

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

									cionap	hosphoria-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												
	Référenc	e mod	lule : I	MOD_	_00431 : To	utorat : con	nment n	ne positi	onner a	vec un ou une élève ?		
Tarif individuel : 9	90€					otre session : urs - 14h de 9h0	00 à 17h00	)				
Notre offre												
pour 2 particip pour 3 particip					□ 27-28/11/2025 - Paris							
				RENS	EIGNEME	NTS CONCE	ERNANT	LE PART	ICIPANT	1		
► Civilité : ☐ M	me 🗆 Mr	□ Dr.	□ Pr.	► P	Prénom:			► I	Nom:			
► Fonction (Métic	er):											
▼ Adresse e-mail	(Obligatoire	e)			▼ Téléphone portable (Obligatoire)							
						GNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2  nom:  Nom:				2		
<ul> <li>▶ Civilité : ☐ M</li> <li>▶ Fonction (Métie</li> </ul>		□ Dr.	☐ Pr.	► P	Prénom :				wom:			
		e)						▼ Télénho	one portal	ole (Obligatoire)		
▼ Adresse e-mail (Obligatoire) ▼									▼ Téléphone portable (Obligatoire)			
				RENS	EIG <u>NEMEI</u>	NTS CONCE	RNANT I	LE PART	ICIPANT	3		
► Civilité : ☐ M	me 🗆 Mr	□ Dr.	□ Pr.	► P	rénom :			b	Nom:			
► Fonction (Métic	er):											
▼ Adresse e-mail	(Obligatoire	∍)						▼ Télépho	one portal	ole (Obligatoire)		
► Besoin d'assistance si situation de handicap : □ Non □ Oui, nom du participant concerné: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □												
			· · ·									
			RENS	EIGNE	EMENTS D	E LA PERSO	ONNE EN	N CHARC	E DU D	OSSIER		
										OSSIER la même personne		
► Civilité: ☐ M		□ Coche				e en charge du						
► Civilité: ☐ M ▼ Fonction (Métic	me	□ Coche	r cette		i la personne	e en charge du  ▼ Service ou	ı dossier et ı Pôle d'app	t le particip	Nom:			
	me	□ Coche	r cette		i la personne	e en charge du	u dossier et Pôle d'app des ressou	t le particip	Nom:			
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des  □ Dir/Resp de la	me	□ Coche □ Dr.  dicales	Pr.		i la personne	v Service ou □ Dir/Resp	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma	Nom:	la même personne		
▼ Fonction (Métic	me	□ Coche □ Dr.  dicales	Pr.		i la personne	Service ou     Dir/Resp     Response	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma	Nom:			
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des  □ Dir/Resp de la	me	□ Coche □ Dr.  dicales	Pr cette	case s	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons: □ Autre:	I dossier et I Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif	Nom: : ines	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des  □ Dir/Resp de la	me Mr er): affaires mé s soins formation o (Obligatoire	Coche	Pr.	case s.	i la personne ▶ Prénom :	Service ou     Dir/Resp     Response	I dossier et I Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif	Nom: : ines  éphone po	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des  □ Directeurs de  □ Dir/Resp de la  ▼ Adresse e-mail	me Mr  affaires mé s soins formation o  (Obligatoire	□ Coche □ Dr.  dicales	Pr.	case s.	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons: □ Autre:	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Téle L'ÉTABLI	Nom: : ines  SSEMEN	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des  □ Dir/Resp de la	me Mr  affaires mé s soins formation o  (Obligatoire	Coche	Pr.	case s.	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons: □ Autre:	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif	Nom: : ines  SSEMEN	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des  □ Directeurs de  □ Dir/Resp de la  ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale	me Mr er): affaires mé s soins formation o (Obligatoire	□ Coche □ □ Dr. □ dicales continue	Pr cette	case s.	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons: □ Autre:	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Téle L'ÉTABLI	Nom: : ines  SSEMEN	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des  □ Directeurs de  □ Dir/Resp de la  ▼ Adresse e-mail	me Mr er): affaires mé s soins formation o (Obligatoire	□ Coche □ □ Dr. □ dicales continue	Pr. Pr. Pr. Seemen	case s.	i la personne ▶ Prénom :	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons: □ Autre:	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Téle L'ÉTABLI	Nom: : ines  SSEMEN	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métie  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé	me Mr er): affaires mé s soins formation o (Obligatoire	□ Coche □ □ Dr. □ dicales continue	Pr. Pr. Pr. Seemen	RENSI	i la personne  ▶ Prénom :  EIGNEMEI	▼ Service ou     □ Dir/Resp     □ Response     □ Autre:	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Téla L'ÉTABLI  Numéro de	Nom: : ines  SSEMEN	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métie  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé	me Mr er): affaires mé s soins formation o (Obligatoire	□ Coche □ □ Dr. □ dicales continue	Pr. Pr. Pr. Seemen	RENSI	i la personne  ▶ Prénom :  EIGNEMEI	▼ Service ou  □ Dir/Resp □ Respons: □ Autre:	Pôle d'app des ressou able admin	partenance partenance press huma nistratif  Téle  L'ÉTABLI  Numéro de	Nom: : ines  SSEMEN SIRET:	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métie  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé	me Mr er): affaires mé s soins formation o (Obligatoire	□ Coche □ □ Dr. □ dicales continue	er cette  Pr.  Pr.  ent):	RENSI	i la personne  ▶ Prénom :  EIGNEMEI	SERVICE FAC	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Télu  L'ÉTABLI  Numéro de	Nom: : ines  SSEMEN SIRET:	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé ► Code Postal :	me  Mr	□ Coche □ □ Dr. □ dicales continue	er cette  Pr.  Pr.  ent):	RENSI ville:	i la personne  ▶ Prénom :  EIGNEMEI	SERVICE FACTORIO	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Télu  L'ÉTABLI  Numéro de	SSEMEN SIRET:  mation E-mail:	ortable (Obligatoire)		
▼ Fonction (Métie  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé ► Code Postal :	me   Mr	Coche Coche Continue Continue Continue Continue Continue Continue	er cette  Pr.  Pr.  ent):	RENSI ville:	Prénom:  □ Prénom:  □ Prénom:  □ Cocher si i	SERVICE FACTORIO	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Télu  L'ÉTABLI  Numéro de	SSEMEN SIRET:  mation E-mail:	ortable (Obligatoire)  IT  Particulier		
▼ Fonction (Métie  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé ► Code Postal :  ► Prénom : ► Facturation pai	me   Mr  affaires mé s soins formation o  (Obligatoire  ro, voie et c	Coche Coche Continue	er cette  Pr.  seemen	RENSI ville:	Prénom:  □ Prénom:  □ Prénom:  □ Cocher si i	SERVICE FACTORIO	Pôle d'app des ressou able admin	partenance partenance proces huma nistratif  Téle  L'ÉTABLI  Numéro de	SSEMEN SIRET:  mation E-mail:	ortable (Obligatoire)  IT  Particulier  norus Pro		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé ► Code Postal :  ► Prénom : ► Facturation pai ► N° d'engageme	me   Mr  affaires mé s soins formation o  (Obligatoire  ro, voie et c	Coche Coche Continue	ent):	RENSI ville:	Prénom:  □ Prénom:  □ Prénom:  □ Cocher si i	SERVICE FACTORIO	Pôle d'app des ressou able admin	partenance partenance proces huma nistratif  Téle  L'ÉTABLI  Numéro de	SSEMEN SIRET:  mation E-mail:	ortable (Obligatoire)  IT  Particulier  norus Pro		
▼ Fonction (Métie  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé ► Code Postal :  ► Prénom : ► Facturation pai ► N° d'engageme ► Adresse (numé	me   Mr  affaires mé s soins formation o  (Obligatoire  ro, voie et c	Coche Coche Coche Continue Con	ent):	RENSI //ille:	i la personne  ▶ Prénom :  EIGNEMEI  Cocher si i	SERVICE FACTOR OF THE PROPERTY	Pôle d'app des ressou able admin	partenance urces huma nistratif  Téle  L'ÉTABLI  Numéro de	SSEMEN SIRET:  mation E-mail:  Téléphon	ortable (Obligatoire)  IT  Particulier  norus Pro		
▼ Fonction (Métie  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé ► Code Postal :  ► Prénom : ► Facturation pai ► N° d'engageme ► Adresse (numé	me   Mr  affaires mé s soins formation o  (Obligatoire  ro, voie et c	Coche Coche Coche Continue Con	ent):	RENSI //ille:	i la personne  ▶ Prénom :  EIGNEMEI  Cocher si i	SERVICE FACTOR OF THE PROPERTY	Pôle d'app des ressou able admin  RNANT I  CTURATI dresse du s	partenance urces huma nistratif  Téle  L'ÉTABLI  Numéro de	SSEMEN SIRET:  mation E-mail:  Téléphon énérale	ortable (Obligatoire)  IT  Particulier  orus Pro  e:		
▼ Fonction (Métic  □ Directeur des □ Directeurs de □ Dir/Resp de la ▼ Adresse e-mail  ▼ Raison Sociale  ► Adresse (numé ► Code Postal :  ► Prénom : ► Facturation pai ► Adresse (numé ► Code Postal :	me   Mr  affaires mé s soins formation o  (Obligatoire  ro, voie et c	Coche Coche Coche Continue Con	ent):	RENSI //ille:	i la personne  ▶ Prénom :  EIGNEMEI  Cocher si i	SERVICE FACTOR OF THE PROPERTY	Pôle d'app des ressou able admin  RNANT I  CTURATI dresse du s	partenance urces huma nistratif  Téle  L'ÉTABLI  Numéro de	SSEMEN SIRET:  mation E-mail:  Téléphon énérale	ortable (Obligatoire)  IT  Particulier  orus Pro  e:		

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,

 $merci \ de \ contacter \ l'\'equipe \ Administration \ des \ ventes: formation @phosphoria-formation. fraccion \ des \ ventes: formation \ des \ des$ 

