



FORMATION EXPERTE

PILOTAGE DE PROJETS ET COOPÉRATIONS HOSPITALIÈRES

EXPERTS INTERVENANTS :

Audrey GARCIA VIANA : directrice adjointe d'hôpital

Expert membre du réseau Phosphoria

PILOTAGE DE PROJETS ET COOPÉRATIONS HOSPITALIÈRES



2 jours



Sur devis



Dans vos locaux



Disponible uniquement en INTRA

➤ OBJECTIFS

- Appliquer les principes de la gestion de projet dans un contexte hospitalier pour optimiser les ressources et les processus
- Utiliser les outils de la coopération hospitalière pour améliorer la coordination et l'efficacité entre établissements
- Mobiliser des compétences en management de projet et en leadership pour mener des projets complexes et stratégiques avec succès

➤ PROGRAMME

I. LES FONDAMENTAUX DE LA GESTION DE PROJET À PARTIR D'UNE ÉTUDE DE CAS HOSPITALIER

- Définir et planifier un projet hospitalier
- Distinguer les spécificités d'un projet médico-soignant
- Mettre en œuvre une gouvernance adaptée et allouer les ressources
- Construire des indicateurs de suivi et d'évaluation

II. CONCEVOIR ET PILOTER DES PROJETS STRATÉGIQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- Utiliser des outils pour élaborer une feuille de route stratégique
- Analyser son environnement à partir de la planification de l'offre de soins et d'une analyse territoriale

III. NOUVELLES STRATÉGIES : MAÎTRISER LES OUTILS DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE

- Justifier la mise en œuvre d'une coopération
- Identifier et expliquer les dispositifs de coopération (GHT, GCS, coopérations ville/hôpital)
- Évaluer les impacts sur les organisations et les métiers

IV. RENFORCER SES COMPÉTENCES EN MANAGEMENT DE PROJET ET EN LEADERSHIP

- Collaborer efficacement avec les parties prenantes
- Négocier dans le cadre d'un projet
- Gérer les conflits et résoudre les problèmes

V. ÉVALUATION DE LA SESSION

LES + PHOSPHORIA

- Approche pratique et interactive : études de cas réels basées sur les pratiques professionnelles
- Formation dispensée par une experte reconnue : Audrey Garcia-Viana, avec une solide expérience en gestion de projets hospitaliers et développement de partenariats publics/privés
- Focus sur la coopération hospitalière : compréhension approfondie des dispositifs et de leurs impacts sur les organisations

➤ 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

- Audrey GARCIA VIANA : directrice adjointe d'hôpital
- Expert membre du réseau Phosphoria

➤ PUBLIC CONCERNÉ

- Cadres de santé
- Cadres supérieurs de pôle
- Chefs de services
- Chefs de pôle
- Responsables de projet
- Directions

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'Etat) ODPC n°1502

Référence module : MOD_00470 : Pilotage de projets et coopérations hospitalières

Tarif individuel : 1290 €

▼ 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%

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"/> Dir/Resp des ressources humaines
<input type="checkbox"/> Directeurs des soins	<input type="checkbox"/> Responsable administratif
<input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue	<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 Le client	Fait à le L'Entreprise Médicale
--	--

