

# PHOSPHORIA

par L'Entreprise Médicale



## FORMATION **EXPERTE**

DÉVELOPPER ET STRUCTURER LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

EXPERT INTERVENANT :

Médecin et/ou Infirmière exerçant en Equipe Mobile de Gériatrie



Distanciel  
6 et 7 nov. 2025

# DÉVELOPPER ET STRUCTURER LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE



2 jours



Sur devis



Dans vos locaux



Disponible uniquement en INTRA

## > OBJECTIFS

- Préciser la place des Equipes Mobiles Gériatriques dans la filière gériatrique
- Maîtriser les conditions de développement d'une EMG au sein d'un établissement de santé
- Optimiser l'organisation des interventions de l'EMG et le pilotage de son activité
- Identifier, à partir de retours d'expériences, les clés de réussite et les freins potentiels au développement et à la structuration des EMG au sein des établissements de santé

## > PROGRAMME

- PRENDRE LA MESURE DES NOUVEAUX ENJEUX POUR LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE ET PRÉCISER LA PLACE DES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE**
  - Contexte, état des lieux et cadre juridique
  - Perspectives : vers le renforcement de la place des EMG dans la filière gériatrique
  - Bénéfices attendus du développement des EMG
- MAÎTRISER LES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT D'UNE ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**
  - Définir le périmètre de l'activité de l'EMG
  - Conduire une démarche de développement d'une EMG au sein d'un établissement de santé
- PILOTER L'ACTIVITÉ DE L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE**
  - Indicateurs et tableaux de bord
  - Illustrations pratiques et retours d'expériences
- FORMALISER L'ORGANISATION ET OPTIMISER LES INTERVENTIONS DE L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE INTRA ET/OU EXTRA-HOSPITALIÈRE**
  - Clarifier et formaliser l'organisation de l'EMG
  - Organiser l'activité de l'EMG en intra et en extra-hospitalier
  - Développer des processus de gestion efficaces
  - Formaliser les relations avec les différents services/établissements bénéficiant des interventions de l'EMG
  - S'appuyer sur des outils adaptés
- ÉVALUATION DE LA SESSION**
  - Analyse des retours des participants
  - Validation des acquis et perspectives d'amélioration

## > 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

- Médecin et/ou Infirmière exerçant en Equipe Mobile de Gériatrie

## > PUBLIC CONCERNÉ

- Gériatres
- Cadres Supérieurs et Cadres de santé de Gériatrie
- Infirmières et autres professionnels paramédicaux de gériatrie
- Présidents de CME
- Directeurs des Soins
- Personnels de direction et cadres administratifs
- Personnels des ARS en charge du développement des Équipes Mobiles de Gériatrie

## LES + PHOSPHORIA

- Approche pragmatique et opérationnelle permettant une mise en pratique immédiate des concepts abordés
- Interventions d'experts ayant une expérience significative en développement des équipes mobiles de gériatrie
- Ateliers interactifs favorisant l'échange d'expériences et l'appropriation des meilleures pratiques

# 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\_00497 : Développer et structurer les équipes mobiles de gériatrie**

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%**

☐ 06-07/11/2025 - 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<br><input type="checkbox"/> Directeurs des soins<br><input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue |                              |                             |                              | <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 :                      |  | <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

# 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)

