



# FORMATION **EXPERTE**

EXERCER LA FONCTION DE CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE  
À L'HÔPITAL PUBLIC

---

EXPERTS INTERVENANTS :

Dr. Bertrand GARNIER : psychiatre, chef de service

Jean-Luc STANISLAS : expert en management hospitalier et fondateur  
de Manager Santé

Expert membre du réseau Phosphoria



Boulogne  
2 et 3 juin 2026



Boulogne  
16 et 17 nov. 2026

# EXERCER LA FONCTION DE CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE À L'HÔPITAL PUBLIC



2 jours



Sur devis



02-03/06/2026 - Boulogne  
16-17/11/2026 - Boulogne



Disponible en intra

## OBJECTIFS

- Clarifier le positionnement du chef de service de psychiatrie au sein de l'institution, du pôle et du service
- Identifier les différents leviers permettant d'optimiser l'exercice des missions de chef de service de psychiatrie

## PROGRAMME

- CLARIFIER LES ENJEUX ET LE POSITIONNEMENT DU CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE AU SEIN DE L'INSTITUTION ET DU PÔLE**
  - Contexte et enjeux
  - Positionnement du chef de service de psychiatrie au sein de l'institution et du pôle
- CONCILIER L'ACTIVITÉ CLINIQUE AVEC LES ASPECTS ORGANISATIONNELS**
  - Assurer la prise en charge et le suivi médical des patients au sein du service de psychiatrie
  - Optimiser l'organisation et la coordination du service de psychiatrie
  - Piloter l'activité du service de psychiatrie
- MAÎTRISER LA DIMENSION RELATIONNELLE**
  - Relations avec les professionnels du service de psychiatrie
  - Relations avec le chef de pôle de psychiatrie
  - Relations avec les autres chefs de service et autres chefs de pôle d'activité clinique
  - Relations avec les services et pôles médico-techniques
  - Relations avec les instances de l'établissement
  - Relations avec les partenaires extérieurs à l'établissement
- MAÎTRISER LA DIMENSION MANAGÉRIALE**
  - Manager l'équipe médicale et l'équipe soignante de psychiatrie et développer son propre leadership
  - Atelier pratique "leviers d'action relationnels"
  - Savoir gérer les situations conflictuelles
  - Promouvoir le bien-être au travail
- 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

- Dr. Bertrand GARNIER : psychiatre, chef de service
- Jean-Luc STANISLAS : expert en management hospitalier et fondateur de Manager Santé
- Expert membre du réseau Phosphoria

## PUBLIC CONCERNÉ

- Psychiatres chef de service avec prise de fonctions récente
- Psychiatres futurs chefs de service

## LES + PHOSPHORIA

- Approche pragmatique et opérationnelle permettant une mise en pratique immédiate des concepts abordés
- Interventions d'experts ayant une expérience significative en management de services de psychiatrie
- 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\_00561 : Exercer la fonction de chef de service de psychiatrie à l'hôpital public**

Tarif individuel : 1170 €

▼ 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%**

☐ 02-03/06/2026 - Boulogne

☐ 16-17/11/2026 - Boulogne

## 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 .....

Le client

Fait à ..... le .....

L'Entreprise Médicale

# POURQUOI CHOISIR

PHOSPHORIA  
par L'Entreprise Médicale

## 30 ans d'expertise & plus de 200 formations dédiées aux professionnels de santé

Phosphoria renouvelle chaque année son offre de plus de 200 modules dédiés à la transformation du secteur santé. Un savoir-faire construit aux côtés des établissements de santé, structures médico-sociales et collectivités locales.

## Une expérience de formation éprouvée et mesurée

Avec 3 500 apprenants formés par an et un taux de satisfaction supérieur à 90 %, Phosphoria s'inscrit durablement comme un partenaire fiable et reconnu.

## Des formations animées par des experts reconnus du terrain

Nos formations sont dispensées par plus de 180 formateurs actifs, professionnels médicaux et non médicaux (coach en management, experts en stratégie...), garantissant une expertise rigoureuse et immédiatement opérationnelle.

## Une offre flexible pensée et adaptée aux contraintes des professionnels de santé

Nous proposons des formats inter et intra-établissement, sur-mesure et au catalogue, distanciel et présentiel, tous adaptés aux impératifs d'organisation et de continuité de service des établissements publics et privés.

## Un ancrage renforcé par le groupe Eduform'Action

En intégrant un groupe accompagnant plus de 60 000 apprenants par an et fort de 5 domaines d'expertise en France métropolitaine et dans les territoires ultra-marins, Phosphoria bénéficie de ressources élargies et d'une solidité renforcée.

### 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)

