



**PHOSPHORIA**  
par L'Entreprise Médicale

# FORMATION **EXPERTE**

STRUCTURER ET DÉVELOPPER UNE UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (UCC) EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

---

EXPERTS INTERVENANTS :

Gériatre ou Cadre supérieur de santé

Expert membre du réseau Phosphoria

# STRUCTURER ET DÉVELOPPER UNE UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (UCC) EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



2 jours



Sur devis



Dans vos locaux



Disponible uniquement en INTRA

## OBJECTIFS

- Préciser la place des UCC dans la filière gériatrique à la lumière des nouveaux enjeux
- Maîtriser les conditions de développement d'une UCC au sein d'un établissement de santé
- Optimiser l'organisation et le fonctionnement de l'UCC au bénéfice de la qualité de la prise en charge des patients
- Assurer un pilotage efficient de l'UCC

## PROGRAMME

- NOUVEAUX ENJEUX ET PLACE DES UNITÉS COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (UCC)**
  - Contexte, cadre juridique et perspectives
  - Bénéfices attendus d'une organisation optimisée d'une UCC
- MAÎTRISER LES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT DES UNITÉS COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (UCC)**
  - Définir le périmètre de l'activité de l'UCC
  - Savoir répondre à un appel à projet d'une ouverture d'une UCC en établissement de santé
  - Mise au point sur les travaux et enquêtes du groupe de travail "UCC" de la SFGG (résultats des enquêtes nationales DGOS-SFGG)
- OPTIMISER L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (UCC)**
  - Clarifier et formaliser l'organisation de l'UCC
  - Organiser l'activité de l'UCC
  - Structurer la prise en charge des patients au sein de l'UCC
  - S'appuyer sur des outils adaptés
- PILOTER L'ACTIVITÉ D'UNE UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (UCC)**
  - Indicateurs de référence et tableaux de bord
  - Illustrations pratiques et retour d'expérience
- 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

- Gériatre ou Cadre supérieur de santé
- Expert membre du réseau Phosphoria

## PUBLIC CONCERNÉ

- Médecins
- Cadres supérieurs et cadres de santé
- Infirmières et autres personnels paramédicaux (assistants de soins en gériatrie, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens...)
- Neuropsychologues et psychologues
- Assistantes sociales
- Personnels administratifs chargés de l'accueil de l'UCC

## 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 Unités Cognitivo-Comportementales
- 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\_00499 : Structurer et développer une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) en établissement de santé**

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%**

## 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 .....

Fait à .....le .....

Le client

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)

