



PHOSPHORIA  
par L'Entreprise Médicale

# FORMATION **EXPERTE**

MOBILISER L'INTELLIGENCE COLLECTIVE AU SERVICE DE LA  
PERFORMANCE ET DE LA CRÉATIVITÉ DES ÉQUIPES

---

EXPERT INTERVENANT :

Marie LEGUYADER, coach en management



**Boulogne**  
11 et 12 mar. 2026



**Distanciel**  
22 et 23 sept. 2026

# MOBILISER L'INTELLIGENCE COLLECTIVE AU SERVICE DE LA PERFORMANCE ET DE LA CRÉATIVITÉ DES ÉQUIPES



2 jours



990 € TTC



11-12/03/2026 - Boulogne  
22-23/09/2026 - Distanciel



Disponible en intra

## OBJECTIFS

- Maîtriser les principes fondamentaux de l'intelligence collective
- Renforcer la capacité à mener des sessions collaboratives efficaces
- Appliquer des techniques de brainstorming et de créativité
- Concevoir des stratégies et des outils adaptés à l'environnement hospitalier

## PROGRAMME

### I. INTRODUCTION À L'INTELLIGENCE COLLECTIVE

- Importance de l'intelligence collective : avantages pour les individus et les organisations
- Rôles et responsabilités des membres de l'équipe
- Mise en contexte de l'application de l'intelligence collective dans les services de santé

### II. EXPLIQUER LES PRINCIPES ET LES FONDEMENTS DE L'INTELLIGENCE COLLECTIVE

- Principes fondamentaux de l'intelligence collective : Définition et valeurs
- Les compétences clés pour une équipe performante
- Les étapes clés d'un processus d'intelligence collective réussi
- Atelier 1 : Cartographie des compétences
- Atelier 2 : Techniques de brainstorming

### III. DÉFINIR ET METTRE EN PLACE UN PROCESSUS D'INTELLIGENCE COLLECTIVE

- Concevoir un processus d'intelligence collective : Stratégies et outils
- Sélection et formation des équipes
- Structurer les sessions de travail collectif : Méthodes et bonnes pratiques
- Atelier 3 : Création d'un cadre de travail collaboratif
- Atelier 4 : Simulation de sessions de travail collectif

### IV. SUIVI ET ÉVALUATION DU PROCESSUS D'INTELLIGENCE COLLECTIVE

- Suivi des progrès et évaluation des résultats
- Feedback et amélioration continue du processus
- Atelier 5 : Etudes de cas et retours d'expérience

## MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques : Concepts clés de l'intelligence collective.
- Travail d'analyse et d'échanges à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur.
- Ateliers pratiques : Exercices pour appliquer les concepts de manière concrète.
- Séance de questions-réponses : Interactions pour approfondir les connaissances.

## PROFIL DES INTERVENANTS

- Marie LEGUYADER, coach en management

## PUBLIC CONCERNÉ

- Cadres de santé, Faisant Fonction de Cadres de santé et Cadres apprenants
- Cadres Supérieurs de santé, Assistants de Pôle d'activités cliniques
- Infirmiers Coordonnateurs
- Directeurs des Soins

## LES + PHOSPHORIA

- Outils interactifs en ligne : Utilisation de Wooclap, Padlet, Klaxoon pour des interactions dynamiques
- Micro Learning : Modules Rapid Learning avec courtes vidéos
- Retours d'expérience : Partage de bonnes pratiques et innovations pour favoriser l'intelligence collective

# 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\_00505 : Mobiliser l'intelligence collective au service de la performance et de la créativité des Équipes**

Tarif individuel : 990 €

▼ 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%**

☐ 11-12/03/2026 - Boulogne

☐ 22-23/09/2026 - Distanciel

## 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

## 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)

