



## CADRE APPRENANT

## FICHE 1

**Public visé :** Professionnels paramédicaux en position de faisant-fonction de cadre de santé dans l'année

**Pré-requis :** - Projet professionnel cadre de santé validé par la direction des soins de l'établissement

### OBJECTIFS

- Se situer dans son environnement de travail
- Identifier les différents types de management
- Repérer les règles et les lois de l'environnement hospitalier
- S'approprier les fondamentaux de la gestion du personnel
- S'approprier les fondamentaux de la démarche qualité
- Donner du sens à la fonction cadre de santé
- Amorcer la construction d'une nouvelle identité professionnelle

### METHODES PEDAGOGIQUES

- Groupe de 5 à 12 participants
- Modalités pédagogiques ancrées dans une démarche active basée sur l'engagement des participants à la formation
- Echanges et partage d'expériences, analyse de situations
- En présentiel

### MODALITES ET DELAI D'ACCES A LA FORMATION

- Accès après validation de l'inscription par la direction des soins de l'établissement
- Accès conditionné à la réponse au questionnaire d'entrée en formation (recueil des attentes de la formation et test de positionnement)
- Délai d'accès : un mois entre la clôture des inscriptions et le début de la formation

### CONTENU

- Notions de management, le projet de soins, le rapport d'activité et les tableaux de bord, la conduite de réunion, l'entretien de recadrage, le rapport circonstancié, la gestion des conflits
- Outils RH : le plan de formation continue, l'exercice des droits syndicaux, la gestion du temps de travail
- Outils qualité/gestion des risques : le management par la qualité, la certification HAS
- Les représentations de la fonction de cadre de santé
- L'environnement hospitalier du national au territoire

### MODALITES D'EVALUATION

- **Concernant les acquis des participants :** un test d'auto-positionnement en amont de la formation, évaluation en fin de chaque session et à 3 mois
- **Concernant la satisfaction des participants :** une évaluation à la fin de chaque session, puis à 3 mois
- Une attestation de formation délivrée en fin de formation

### INTERVENANTS

- Directeurs hospitaliers et directeurs de soins
- Attachés d'administration
- Cadres supérieurs paramédicaux de santé et cadres paramédicaux de santé
- Cadre supérieur paramédical formatrice IFCS

### INDICATEURS DE RESULTATS - FC Cadre apprenant 2023-2024 (11 participants)

Niveau de satisfaction global  
4.91 / 5

#### DURÉE

4 jours  
(2x2 jours)

#### MODALITÉ D'INSCRIPTION

- Renseigner le formulaire d'inscription
- Clôture des inscriptions au 11 octobre 2024

La liste des participant(e)s sera arrêtée avec les directions des soins des établissements

#### DATES DE LA FORMATION

19 - 20 novembre 2024  
4 - 5 février 2025

#### TARIFS

Frais de formation :  
1160 € par participant

#### LIEU DE FORMATION

Ecoles du CHRU de Tours

#### CONTACT

02 47 47 59 36  
secretariat.ifcs@chu-tours.fr

#### PLUS D'INFORMATIONS

<https://www.chu-tours.fr/ecoles-du-chru-de-tours/cadre-de-sante/>



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

**CADRE APPRENANT**

**FICHE 1**

**19 ET 20 NOVEMBRE 2024 ET LES 4 ET 5 FEVRIER 2025**

**MADAME**

**MONSIEUR**

**Nom de naissance :**

**Nom d'usage :**

**Prénom :**

**COORDONNEES PERSONNELLES (SOUHAITEES)**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Mail :**

**COORDONNEES PROFESSIONNELLES**

**Nom de l'employeur :**

**Adresse de l'employeur :**

**Téléphone :**

**Service actuel :**

**Fonction exercée :**

**CORRESPONDANT FORMATION CONTINUE**

**Nom du correspondant :**

**Qualité :**

**Téléphone :**

**Mail :**

**Téléphone professionnel :**

**Mail professionnel :**

# FICHE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES FORMATIONS CONTINUES EDITION 2024

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Prise en charge financière par :

- Votre employeur (Joindre l'attestation de prise en charge)
- Vous-même (Compléter l'engagement de financement personnel ci-dessous)
- Autres

## ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PERSONNEL

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....  
m'engage sur l'honneur à régler les frais de la formation..... qui  
se tiendra du ..... au ..... 2025, d'un montant de ..... €, à l'Institut de Formation  
des Cadres de Santé du CHRU de Tours.

Fait à ....., le .....

Signature

