

LA FORMATION CONTINUE AU SERVICE DES  
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DEPUIS 1980



**HANDICAP**

**N° 192**

**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE  
HANDICAP HAUTEMENT DÉPENDANTES**

**[www.afar.fr](http://www.afar.fr)**

46 rue Amelot CS 90005 75536 Paris Cedex 11 | Tél. : 01 53 36 80 50 | [formation@afar.fr](mailto:formation@afar.fr)  
N° de déclaration d'activité : 11 75 04 139 75 | SIRET : 410 079 339 00017 | NAF : 8559A



**N°192 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP HAUTEMENT DÉPENDANTES**

<b>N° du stage</b>	192	<b>Lieu de stage</b>	Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>	6 jours	<b>Dates</b>	
<b>Prix</b>	Prix sur demande		

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Professionnels exerçant auprès de personnes handicapées hautement dépendantes (adultes polyhandicapés, adultes psychotiques déficitaires).

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un psychiatre.
- Un psychologue clinicien.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Réactualiser ses connaissances théoriques sur le polyhandicap et la psychose déficitaire.
- Savoir évaluer les besoins du résident et mettre en œuvre un projet individualisé d'accompagnement adapté.
- Intégrer l'esprit de la loi de 2005, de la loi 2002-2, ainsi que leurs outils.
- Savoir travailler avec les familles.
- Articuler de manière harmonieuse l'approche occupationnelle, éducative, pédagogique et thérapeutique.
- Avoir une attitude contenante et bienveillante et poser les bases d'un accompagnement bientraitant.
- Savoir prévenir les phénomènes d'usure professionnelle.

**CONTENU**

1. La diversité de la notion de handicap.
2. Complémentarité des diverses approches thérapeutiques.

3. La typologie des troubles du comportement : violence, opposition, refus, régression archaïque, besoin permanent d'une présence.
4. Les attitudes relationnelles contenantes face à un résident en situation de crise comportementale.
5. L'aide aux actes de la vie quotidienne et les médiations individuelles.
6. Les animations de groupe.
7. La communication interprofessionnelle et le rôle des professionnels éducatifs dans le travail d'accompagnement du résident.
8. Le projet de vie individualisé du résident.
9. Le rôle de l'équipe auprès de la famille dans la relation triangulaire résident-patient-famille.
10. Les médiations thérapeutiques.

---

## INFORMATIONS PRATIQUES

---

### LIEU ET HORAIRES DE LA FORMATION

---

#### **AFAR**

46 rue Amelot 75011 Paris  
Tél : 01 53 36 80 50  
Métro : Chemin Vert (ligne 8), Bastille (ligne 1 et 5)

les horaires sont les suivants :

- **9h-12h15** (dont 15 minutes de pause)
- **13h15-16h30** (dont 15 minutes de pause)

### REGLEMENT ET MODE DE PAIEMENT

---

Les stages sont facturés au terme de l'action de formation. Pour les stages dispensés en plusieurs sessions, les factures sont éditées au terme de chaque session. Le règlement de la formation est exigible à compter du terme de l'action de formation. Une pénalité de 15 % sur le montant total de la facture pourra être exigée par l'Afar si le règlement n'est pas intervenu dans un délai de 30 jours après l'action de formation

### DEJEUNER ET HEBERGEMENT

---

L'Afar n'est pas responsable du stagiaire pendant sa pause déjeuner. Une liste de restaurants à proximité de l'Afar est remise à titre indicatif.

L'Afar n'intervient pas dans la réservation de l'hébergement du stagiaire. Une liste d'hôtels à proximité de l'Afar est remise à titre indicatif.

### PRÉINSCRIPTION

---

Vous pouvez vous préinscrire par téléphone, par mail ou sur le site internet de l'Afar.

### ATTESTATIONS DE PRÉSENCE ET DE DPC

---

Les attestations sont envoyées à l'établissement par voie électronique la semaine suivant le stage.

### CONDITIONS D'ANNULATION

---

Annulation par le stagiaire ou l'établissement : toute annulation peut être faite sans frais si elle parvient à l'Afar au moins 30 jours avant le début de la formation. Pour toute annulation faite moins de 30 jours avant la formation, l'Afar facture un dédit de 50 % des frais de formation, montant non imputable à la contribution financière obligatoire de formation. En cas d'absence ou d'abandon en cours de stage, ce dernier est payable en totalité.

Annulation par l'Afar : L'Afar se réserve le droit d'annuler en cas de force majeure ou en raison d'un nombre insuffisant de participants dans un délai de 30 jours avant l'action programmée.

### INSCRIPTION

---

Un accord de prise en charge financière doit être envoyé par l'établissement à l'Afar. Un accusé de réception est adressé dès réception de l'inscription. Une convocation à remettre au stagiaire et une convention de formation à retourner signée revêtue du cachet de l'établissement sont envoyés à l'établissement au plus tard un mois avant le stage. La convention propose des interventions dont la durée est exprimée en "journée" ou en "demi-journée". Les prix sont exprimés en euros (organisme non assujetti à la TVA). Le prix (non assujetti à la TVA) d'une formation INTER (dans les locaux de l'Afar) est celui visé sur le site internet ; il comprend : l'intervention du/des formateur(s), le matériel pédagogique, les supports pédagogiques remis aux stagiaires.

### DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

---

#### **AFAR**

46 rue Amelot 75011 Paris  
Tél : 01 53 36 80 50  
Fax : 01 48 05 31 51  
Email : [formation@afar.fr](mailto:formation@afar.fr)

Site internet : [www.afar.fr](http://www.afar.fr)

**N°192 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP HAUTEMENT DÉPENDANTES**

<b>N° du stage</b>	192	<b>Lieu de stage</b>	Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>	6 jours	<b>Dates</b>	
<b>Prix</b>	Prix sur demande		

**BULLETIN D'INSCRIPTION** STAGE DPC STAGE FORMATION CONTINUE**ÉTABLISSEMENT**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....

RUE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

NOM DU RESPONSABLE DE FORMATION : .....

TÉL LIGNE DIRECTE : ..... FAX : .....

EMAIL : .....

**ADRESSE D'ENVOI DE LA CONVENTION ET DE LA FACTURE (SI DIFFÉRENTE)**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....

RUE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

**STAGIAIRE** M.  Mme  Mlle NOM : ..... PRÉNOM : .....

FONCTION : .....

EMAIL : .....

SERVICE : ..... TÉL : .....

LIEU DE TRAVAIL : .....

RUE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

FAIT À : .....

LE : ..... / ..... / .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE FORMATION