

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



**GÉRIATRIE, PSYCHIATRIE DE LA  
PERSONNE ÂGÉE**

**N° 678**

**SYNDROME DE GLISSEMENT ET REFUS DE SOINS DES  
PERSONNES ÂGÉES**

---

**[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° du stage	678	Lieu de stage	Dans l'établissement
Durée du stage	2 jours	Dates	
Prix	Prix sur demande		

## CONTEXTE

- La pandémie de Covid-19 a entraîné une augmentation importante des situations de lâcher-prise et des syndromes de glissement.

## PUBLIC CONCERNÉ

- Professionnels de santé exerçant auprès de personnes âgées, en institution ou à domicile.

## PRÉ-REQUIS

- Pas de pré-requis.

## INTERVENANTS

- Un médecin ou un psychologue.

## OBJECTIFS GLOBAUX

- Faciliter le passage du refus vers le consentement grâce à un travail en collaboration centré sur la recherche d'une cause pouvant aller d'un simple inconfort à une maladie psychiatrique ou neurodégénérative.

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Connaître le droit du patient à refuser les soins et l'obligation des soignants à rechercher le consentement.
- Comprendre les motivations et rechercher les causes cachées derrière un refus de soins.
- Gérer ses émotions face au refus, ne pas le vivre comme un échec et adopter une attitude bienveillante.

- Aboutir à une proposition consensuelle grâce à chacun et à une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP).
- Intégrer une échelle d'évaluation dans les situations de refus de soins.
- Intégrer un plan d'action à type de logigramme pour faciliter la recherche d'une cause de refus réversible.
- Intégrer des informations dans le dossier afin de tracer le recueil des refus du patient.
- Intégrer des éléments témoignant des efforts de l'équipe pour éclairer le patient sur les risques à refuser.

## CONTENU

1. Le droit au refus.
2. Les motivations cachées derrière un refus de soins.
3. Les émotions face au refus et les attitudes possibles.
4. Les efforts de chacun et la réunion consensuelle de concertation pluriprofessionnelle.
5. Les dossiers vides et l'embarras lors de la saisie du dossier patient.
6. L'exploration diagnostique, avec la métaphore d'une commode dont il faudrait explorer les tiroirs.
7. Les traces du refus de soins.
8. L'information du patient sur les conséquences du refus de soins.

## ORIENTATION(S) DPC CORRESPONDANTE(S)

- **Infirmier DE** : Orientation n°9 : Soins infirmier et accompagnement d'un patient souffrant de troubles du comportement liés à une démence neuro-dégénérative.
- **Infirmier DE** : Orientation n°1 : Soins infirmiers en santé mentale.
- **Aide-soignant** : Orientation n°4 : L'aide soignante et l'infirmière : travailler en collaboration.

---

## 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)

<b>N° du stage</b>	678	<b>Lieu de stage</b>	Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>	2 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