

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



**GÉRIATRIE, PSYCHIATRIE DE LA  
PERSONNE ÂGÉE**

**N° 728**

**LA VISITE À DOMICILE EN PSYCHIATRIE DE LA  
PERSONNE ÂGÉE**

---

**[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



<b>N° du stage</b>   728	<b>Lieu de stage</b>   Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>   3 jours	<b>Dates</b>
<b>Prix</b>   Prix sur demande	

### **PUBLIC CONCERNÉ**

- Médecins, assistants de service social, infirmiers, cadres de santé, travaillant en hôpitaux de jours, en service d'admission, en accueil médico-psychologique de gérontopsychiatrie ou en équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA).

### **PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

### **INTERVENANTS**

- Un professionnel exerçant dans une équipe mobile de gériatrie ou de psychogériatrie.

### **OBJECTIFS GLOBAUX**

- Utiliser la VAD comme un levier pour le maintien à domicile des personnes âgées à risque de perte d'autonomie en raison d'un trouble psychiatrique ou d'un handicap psychique.

### **OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Connaître le cadre et les missions réglementaire du fonctionnement des VAD effectuées par les équipes mobiles de gérontopsychiatrie.
- Connaître les risques et les écueils spécifiques à l'exercice au domicile.
- Connaître la diversité des situations rencontrées au domicile des personnes âgées.
- Savoir préparer une intervention.
- Savoir faire une évaluation de l'urgence et des besoins et mener une intervention ayant valeur de soin.

- Prendre en compte la dynamique familiale, accompagner les aidants et les associer au travail effectué.
- Savoir rédiger immédiatement un compte-rendu de l'intervention.
- Valoriser la VAD comme facteur de la continuité des soins et vecteur du travail en réseau.
- Analyser ses pratiques professionnelles.

### **CONTENU**

1. Le cadre des VAD et les missions réglementaires des EMPSA.
2. Les risques rencontrés lors des VAD.
3. La diversité des situations rencontrées au domicile.
4. La préparation d'une intervention.
5. Le soin thérapeutique sur place.
6. Le travail au domicile avec les aidants.
7. Au retour, le compte-rendu de l'intervention.
8. La continuité des soins et le travail de réseau.
9. Mises en situations professionnelles.

---

## 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 assujéti à la TVA). Le prix (non assujéti 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>	728	<b>Lieu de stage</b>	Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>	3 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