

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



**PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE  
JUSTICE : DISPOSITIFS EN SANTÉ  
MENTALE**

**N° 800**

**POPULATION VIEILLISSANTE EN MILIEU  
PÉNITENTIAIRE**

---

**[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



# PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE : DISPOSITIFS EN SANTÉ MENTALE

## N°800 POPULATION VIEILLISSANTE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>N° du stage</b>   800        | <b>Lieu de stage</b>   Dans l'établissement |
| <b>Durée du stage</b>   2 jours | <b>Dates</b>                                |
| <b>Prix</b>   Prix sur demande  |   |

### PUBLIC CONCERNÉ

- Professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire.

### PRÉ-REQUIS

- Pas de pré-requis.

### INTERVENANTS

- Un psychologue ou un infirmier.
- Un psychiatre ayant une bonne connaissance du milieu pénitentiaire et des troubles liés au vieillissement.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Connaître l'état des lieux du vieillissement de la population pénitentiaire.
- Repérer les manifestations psychiatriques, psychiques et somatiques liées à l'âge des détenus et les troubles du comportement associés.
- Connaître les ressources et les dispositifs de prise en charge des détenus âgés.
- Améliorer la prise en charge.

### PROGRAMME

1. Données épidémiologiques, repérage de l'évolution de la population pénitentiaire et du vieillissement.
2. Les problèmes rencontrés chez les détenus condamnés à de longues peines : dépendance et autonomie.
3. Les affections chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou la maladie d'Alzheimer.
4. Augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des pathologies inhérentes à la vieillesse.

5. Les modalités d'accompagnement : prise en charge face à des patients-détenus âgés, voire en fin de vie.
6. Activités thérapeutiques spécialisées intégrées dans un projet de soins gériatriques.
7. Articulation entre prise en charge en milieu pénitentiaire et soins à l'hôpital.

---

## 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>    | 800              | <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****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 : .....

**PARTICIPANT**

M.  Mme  Mlle NOM : ..... PRÉNOM : .....

FONCTION : .....

EMAIL : .....

SERVICE : ..... TÉL : .....

LIEU DE TRAVAIL : .....

RUE : .....

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

Le participant est une personne en situation de handicap nécessitant un accueil spécifique

FAIT À : .....

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

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE FORMATION