



## 2024

# LES FORMATIONS CONTINUES organisées par l'IFSI-IFAS DU BUGEY D'HAUTEVILLE

Directeur de l'institut : **Mr Laurent THEVENEAU**

### ***Accessibilité au public en situation de handicap***

Le bâtiment est accessible à la personne en situation de handicap moteur : les portes sont adaptées au passage d'un fauteuil roulant, un ascenseur permet d'accéder à l'étage et des sanitaires pour les personnes à mobilité réduite sont présents à chaque étage. Le parking de l'institut comporte 4 places réservées aux personnes en situation de handicap.

Pour tout besoin spécifique ou demande d'aménagement de la formation, vous pouvez consulter le référent handicap de l'institut à l'adresse mail suivante [referent.handicap@chph01.fr](mailto:referent.handicap@chph01.fr)

Vous retrouvez également des informations complémentaires relatives à l'accueil des personnes en situation de handicap sur notre site Internet : [www.ifsishauteville.com](http://www.ifsishauteville.com)

**Siret N° 260 110 192 000 85**

**N° déclaration d'activité 84 01 01757 01**

#### PUBLIC CONCERNE / PRE REQUIS

Agents des services hospitaliers  
faisant fonction d'aides-soignants  
Prérequis : expérience de 6 mois et  
suivi obligatoire du niveau 1  
Aides-soignants en poste  
Pré requis : DEAS

#### NOMBRE DE PARTICIPANTS

6 à 10 personnes maximum

#### DATES

17/09/2024	28/01/2025
07/11/2024	04/03/2025
19/12/2024	
Horaire : 14h/17h	

#### DUREE

5 séances de 3 heures chacune

Pour les AS faisant fonction, session de  
5 séances

Pour les aides-soignants, les séances  
peuvent être suivies indépendamment  
les unes des autres, en préconisant  
néanmoins de suivre la session  
complète

#### LIEU

IFSI IFAS du Bugey Hauteville

#### TARIF

80 euros par jour  
400 euros pour les 5 séances

#### DATE LIMITE INSCRIPTION

15 juillet 2024  
En dehors de cette date, contacter le  
secrétariat de l'IFAS

#### CONTACTS

Secrétariat 04 37 61 67 10  
[secretariat.ifsidubugey@chph01.fr](mailto:secretariat.ifsidubugey@chph01.fr)  
Valérie BREVOST MALLET, cadre  
formateur  
[vabrevost.ifsidubugey@chph01.fr](mailto:vabrevost.ifsidubugey@chph01.fr)

## FICHE N° 7

# ANALYSE DES PRATIQUES A DESTINATION DES ASH FAISANT FONCTION D'AIDES-SOIGNANTS ET DES AIDES-SOIGNANTS DIPLÔMÉS

## NIVEAU 2 POUR LES ASHQ FAISANT FONCTION AS

### LES OBJECTIFS GENERAUX

- Développer la prise de recul et le questionnement professionnel des ASH faisant fonction d'aide-soignant en EHPAD au regard de leur expérience
- Analyser ses pratiques d'aide-soignant à partir de situations professionnelles vécues
- Partager les pratiques en groupe de pairs pour les analyser, les enrichir et les améliorer

### LE CONTENU

- Séances collectives d'analyse de situations

### LES METHODES PEDAGOGIQUES

- Méthode du GEASP (Groupe d'Entrainement à l'Analyse des Situations Professionnelles) dans un contexte de confidentialité et de respect de chaque participant : choix à partir de propositions de thématiques par le formateur animateur de la séance ou sur demande des participants
- Apports théoriques venant éclairer les situations
- Elaboration d'un livret des acquis

### LES INTERVENANTS

- Formateurs IFSI/IFAS

### - EVALUATION/ATTESTATION

- Questionnaire de satisfaction complété par les participants puis remis à l'employeur
- Livret de suivi des acquis en vue de la délivrance d'une attestation de réussite
- Délivrance d'une attestation de suivi de la formation

## 2024

# LES FORMATIONS CONTINUES organisées par l'IFSI-IFAS DU BUGEV HAUTEVILLE

FICHE D'INSCRIPTION A COMPLÉTER ET A RETOURNER AU SECRETARIAT DE L'INSTITUT

INTITULE DE LA FORMATION CHOISIE :

DATE DE LA SESSION : \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ JEUNE FILLE \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ LIEU \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEPHONE \_\_\_\_\_

Adresse E-Mail : \_\_\_\_\_ (obligatoire)

L'institut s'engage dans une démarche d'accompagnement pédagogique pour les personnes en situation de handicap. Tous les apprenants, en situation de handicap temporaire ou permanent ou qui sont en situation de santé invalidante sont accompagnés durant leur formation à la condition que le type de handicap soit compatible avec les contraintes de la formation.

Si vous êtes concerné, nous vous invitons à prendre contact avec le référent pédagogique de votre action de formation au moins 15 jours avant le début de la formation

Etablissement / Employeur : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_ (joindre photocopie du diplôme)

Ancienneté dans le service: \_\_\_\_\_

Organisme de prise en charge : \_\_\_\_\_

Joindre l'attestation de prise en charge des frais de formation

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature