

## LE CONTROLE POSTURAL ASSIS Niveau I

### INTERNE ETABLISSEMENT

**OBJECTIF :**

- Déterminer les éléments essentiels à la réalisation d'une démarche clinique complète reliée à l'attribution d'aides techniques à la mobilité et à la posture,
- Utiliser une méthode d'évaluation de la posture standardisée,
- Utiliser des méthodes de travail uniformes entre les différents intervenants en positionnement,
- Connaître des moyens d'intervention adéquats pour répondre aux besoins d'un utilisateur d'une aide à la locomotion,
- Connaître une diversité d'aides techniques à la posture et leurs applications cliniques.

**Contenu :**

- Définitions et schèmes de références théoriques,
- Démarche clinique universelle et holistique,
- L'évaluation posturale clinique (aspect théorique, démarche, outils...),
- L'ABC d'une attribution réussie d'un F/R manuel,
- Aides techniques à la posture (ATP) diverses et leurs applications cliniques,
- Le monde des coussins (confort, posture, prévention, fonction).
- Positionnement et pathologie (lignes directrices),
- Principes avancés en positionnement (tendances actuelles),
- Applications complexes d'A.T.P avec illustrations de cas,
- Positionnement inscrit dans un continuum de soin,
- L'interaction essentielle posture mobilité autonomie fonctionnelle.
- Études de cas soumis par les participants,
- Évaluation de la session.

**Public concerné :**

Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Médecin, Infirmier, soignant ...

**Formateur :**

Bruno LEMELIN ou Brigitte GAGNON, Ergothérapeutes, Québec Canada, (Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec).

**Durée :**

3 jours (21 heures)  
 Mardi : 9h00-12h00 / 14h00-18h00  
 Mercredi : 9h00-12h00 / 14h00-18h00  
 Jeudi : 9h00-12h00 / 13h00-17h00

**Lieu :**

Au sein de l'établissement organisateur

**Effectif :**

20 personnes maximum

**Coût :**

12 380.00 € TTC (10 316.66 € HT)

*Montant forfaitaire à répartir en fonction du nombre de personne.  
 Soit 619.00 € TTC par personne pour 20 participants.*

*Modalité : l'établissement organisateur devra mettre à disposition une salle équipée d'un vidéoprojecteur. Les repas des participants seront à la charge de l'organisateur ou des participants.*



*Déclaration d'activité enregistré sous le N°52 49 02193 49 auprès du Préfet de la Région des Pays de la Loire.  
 Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.*

## LE CONTROLE POSTURAL ASSIS Niveau I INTERNE ETABLISSEMENT

*Utiliser un bulletin par session et par participant.*

*A retourner à : Physipro Formation – Village des Entrepreneurs – 461 rue Saint Léonard – 49000 Angers,*

*Ou par fax au +33 (0)2 41 69 43 32, ou par mail à [formation@physipro.fr](mailto:formation@physipro.fr)*

PARTICIPANT	ETABLISSEMENT
Nom : .....	Raison Sociale : .....
Prénom : .....	Adresse : .....
Fonction : .....	Code postal : ..... Ville : .....
N° Mobile : .....	Tél : ..... Fax : .....
Mail : .....	Personne en charge du dossier : .....
.....	Mail : .....

CALENDRIER DES SESSIONS				
VALIDATION <i>(cocher la session souhaitée)</i>	DATES DE SESSION	LIEU	DATE LIMITE D'INSCRIPTPON	PRIX TTC
<input type="checkbox"/>	Du 10 au 12 mars 2015	Au sein de l'établissement des participants	10 janvier 2015	12 380.00 €
<input type="checkbox"/>	Du 19 au 21 mai 2015		19 mars 2015	
Le prix de la formation est forfaitaire. L'établissement organisateur doit mettre à disposition une salle équipé d'un vidéoprojecteur. Les repas des participants seront à leur charge ou à celui de l'organisateur.				

<b>FACTURATION</b> Prise en charge de la formation par un OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agrée) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ● <u>Si oui</u> : envoi de la facture à l'OPCA Nom : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... Nom de votre contact : ..... <i>Un accord de prise en charge écrit doit nous parvenir par courrier de l'Opcra, <b>avant le début de la formation</b>. Dans le cas contraire, le client sera facturé de l'intégralité du coût de la formation.</i> ● <u>Si non</u> : envoi de la facture à l'entreprise Coordonnées de facturation : (si différente de l'établissement ci-dessus) Nom : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....
---

Date, cachet et signature