

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



**PSYCHIATRIE DE L'ADULTE**

**N° 127**

**SOIGNANTS DE NUIT EN PSYCHIATRIE DE L'ADULTE :  
SOLITUDE, SÉCURITÉ, RESPONSABILITÉ ET LIENS  
AVEC L'ÉQUIPE DE JOUR**

**[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°127 SOIGNANTS DE NUIT EN PSYCHIATRIE DE L'ADULTE : SOLITUDE, SÉCURITÉ, RESPONSABILITÉ ET LIENS AVEC L'ÉQUIPE DE JOUR**

<b>N° du stage</b>	127 1 2025 INTER	<b>Lieu de stage</b>	46 rue Amelot 75011 PARIS
<b>Durée du stage</b>	4 jours	<b>Dates</b>	du 19/05/2025 au 22/05/2025
<b>Prix</b>	1 450,00 €		

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Infirmiers, aides-soignants et cadres de santé exerçant de nuit.

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un médecin spécialiste du sommeil.
- Un infirmier.
- Un cadre de santé.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Connaître le sommeil normal et les modifications liées à la pratique d'un travail nocturne.
- Connaître et évaluer les spécificités vespérales et nocturnes des symptômes et des demandes des patients.
- Répertoire, comprendre et évaluer les situations rencontrées le soir et la nuit avec leurs particularités relationnelles, administratives et juridiques (solitude, angoisse, responsabilité).
- Renforcer les liens entre l'infirmier et l'aide-soignant et améliorer les transmissions avec l'équipe de jour.

**CONTENU**

1. Les aspects physiologiques et chronobiologiques du sommeil.
2. Les troubles du sommeil. Les symptômes de la nuit.
3. Les symptômes et les situations psychologiques apparaissant plus particulièrement la nuit et les modalités de réponse.

4. La gestion de la violence. Les axes thérapeutiques et les conduites à tenir. Le patient insomniaque.
5. La réalité du travail de nuit : les répercussions du travail de nuit sur les professionnels. Les préjugés et la réalité du travail de nuit.
6. L'organisation du travail de nuit. Le soin, la nuit.
7. Le soignant la nuit dans les services de psychiatrie.
8. La relation d'aide thérapeutique la nuit.

---

## 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)

**N°127 SOIGNANTS DE NUIT EN PSYCHIATRIE DE L'ADULTE : SOLITUDE, SÉCURITÉ, RESPONSABILITÉ ET LIENS AVEC L'ÉQUIPE DE JOUR**

<b>N° du stage</b>	127 1 2025 INTER	<b>Lieu de stage</b>	46 rue Amelot 75011 PARIS
<b>Durée du stage</b>	4 jours	<b>Dates</b>	du 19/05/2025 au 22/05/2025
<b>Prix</b>	1 450,00 €		

**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