

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



**PSYCHIATRIE DE L'ADULTE**

**N° 142**

**SPÉCIALISATION ET CONSOLIDATION DES SAVOIRS EN  
SOINS PSYCHIATRIQUES POUR AIDES-SOIGNANTS**

---

**[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°142 SPÉCIALISATION ET CONSOLIDATION DES SAVOIRS EN SOINS  
PSYCHIATRIQUES POUR AIDES-SOIGNANTS**

<b>N° du stage</b>	142 1 2026 INTER	<b>Lieu de stage</b>	46 rue Amelot 75011 PARIS
<b>Durée du stage</b>	5 jours	<b>Dates</b>	du 14/09/2026 au 18/09/2026
<b>Prix</b>	1 780,00 €		

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Aides-soignants, AMP, ASHQ exerçant auprès de patients ayant un trouble de la santé mentale.

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un psychiatre ou un psychologue clinicien.
- Un cadre de santé ou un infirmier de secteur psychiatrique.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Définir le rôle de l'aide-soignant et sa collaboration avec l'infirmier.
- Connaître les principales lois concernant les patients en santé mentale de l'adulte.
- Connaître les principes généraux de la relation de soin.
- Actualiser ses connaissances en sémiologie psychiatrique.
- Pouvoir ajuster son attitude de soignant selon la pathologie et la personnalité du patient.
- Repérer et étudier la dimension du "soin psychique" dans la relation avec le patient.
- Pouvoir contribuer à la prévention des passages à l'acte.
- Savoir gérer les patients violents et agressifs.
- Pouvoir transmettre par oral et retranscrire par écrit des observations soignantes.
- Analyse des pratiques professionnelles.

**PROGRAMME**

1. Le rôle, les qualités et les champs de compétence de chacun.
2. La place de l'AS, de l'AMP, de l'ASHQ dans le travail en équipe.
3. L'intérêt de la complémentarité des fonctions.
4. La prise en compte de la législation pour diminuer les écarts à la loi.
5. La compréhension des troubles psychiques.
6. Les outils pour faciliter le contact : communication, juste distance et facilitation de la relation.
7. L'adaptation du contact selon la personnalité du patient.
8. Les outils pour faciliter le contact : communication, juste distance et facilitation de la relation.
9. La contribution à la fonction contenante de l'équipe.
10. La contribution aux transmissions, à la prévention de la violence et des passages à l'acte.
11. La bonne distance relationnelle.
12. La contribution à la fonction d'animation.

---

## 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°142 SPÉCIALISATION ET CONSOLIDATION DES SAVOIRS EN SOINS  
PSYCHIATRIQUES POUR AIDES-SOIGNANTS

N° du stage	142 1 2026 INTER	Lieu de stage	46 rue Amelot 75011 PARIS
Durée du stage	5 jours	Dates	du 14/09/2026 au 18/09/2026
Prix	1 780,00 €		

## 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