

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



**PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE  
L'ADOLESCENT**

**N° 165**

**LA FAMILLE :  
SOUTENIR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN  
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**

---

**[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°165 LA FAMILLE : SOUTENIR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**

<b>N° du stage</b>	165 1 2025 INTER	<b>Lieu de stage</b>	46 rue Amelot 75011 PARIS
<b>Durée du stage</b>	4 jours	<b>Dates</b>	du 13/10/2025 au 16/10/2025
<b>Prix</b>	1 450,00 €		

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Infirmiers, aides-soignants, éducateurs spécialisés, assistants de service social, psychomotriciens, psychologues exerçant auprès d'enfants et d'adolescents.

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un pédopsychiatre et/ou un psychologue et/ou un psychomotricien.
- Un juriste.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Comprendre les interactions parents enfants et adolescents dans la pathologie psychiatrique et le malaise psychique.
- Mieux connaître les modèles de compréhension de la dynamique familiale.
- Connaître et prendre en compte la place des parents dans le projet de soin au regard de la loi.
- Développer la compétence des soignants dans le travail avec les familles.

**CONTENU**

1. Le travail avec les familles dans l'histoire de la psychiatrie.
2. Les difficultés des parents d'aujourd'hui.
3. Les interactions parents-enfants et parents-adolescents face à la pathologie mentale. Le regard des soignants sur ces interactions.

4. La famille et le projet de soin au regard de la loi : droit des enfants, devoirs des parents. Les circuits de protection de l'enfance.
5. La collaboration avec les services juridiques et sociaux en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
6. Le travail avec les adolescents délinquants.
7. Les modèles de compréhension de la dynamique familiale et de son rôle dans la genèse des dysfonctionnements et dans le soin.
8. Le rôle des soignants dans le travail avec les familles : les vécus partagés, les alliances et les malentendus.
9. Les échanges avec les familles pour accompagner les patients et les soignants dans le projet de soin.

**VALEUR AJOUTÉE**

- Alternance d'apports cognitifs et d'analyse des pratiques professionnelles.

## N°165 LA FAMILLE : SOUTENIR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

## 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°165 LA FAMILLE : SOUTENIR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

N° du stage	165 1 2025 INTER	Lieu de stage	46 rue Amelot 75011 PARIS
Durée du stage	4 jours	Dates	du 13/10/2025 au 16/10/2025
Prix	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