

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



**PSYCHIATRIE DE L'ADULTE**

**N° 420**

**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN  
PSYCHIATRIE DE L'ADULTE**

---

**[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°420 ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN PSYCHIATRIE DE L'ADULTE**

<b>N° du stage</b>   420	<b>Lieu de stage</b>   Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>   4 jours	<b>Dates</b>
<b>Prix</b>   Prix sur demande	

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Equipes pluridisciplinaires travaillant dans le champ de la santé mentale de l'adulte : services d'hospitalisation intra, structures extra-hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour), foyers, lieux de vie.

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un psychologue clinicien travaillant dans une équipe pluridisciplinaire en santé mentale de l'adulte ou un infirmier (selon la thématique).

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Améliorer la compréhension des pathologies psychiatriques et de leur soin par l'acquisition de repères théoriques.
- Favoriser la prise de recul et la professionnalisation des actions.
- Aider les soignants à faire face à des sentiments fréquents d'isolement et d'impuissance.
- Renforcer la cohésion d'équipe, le sentiment d'appartenance et les relations d'entraide entre les professionnels.
- Aider les équipes à mieux comprendre et intégrer les mutations en cours dans le fonctionnement des lieux de soins.

**CONTENU**

1. Dispositif de parole en groupe.
2. Mise en commun, partage et analyse du vécu des soignants.

3. Difficultés rencontrées au quotidien dans la prise en charge des patients et dans le travail en équipe.
4. Echanges et réflexions sur le fonctionnement institutionnel.
5. Apports d'éléments théoriques par l'intervenant extérieur.
6. Repérages des problématiques cliniques, institutionnelles, transférentielles.

**VALEUR AJOUTÉE**

- L'intervenant Afar se déplace au sein de votre service ou de votre structure pour animer les séances. Les soignants intéressés par la démarche d'analyse des pratiques constituent un groupe de parole qui se réunit 2 heures tous les mois. Le groupe fixe au début le nombre des séances. Le groupe propose un thème de travail ou en choisit un parmi les suivants : Comment soigner la psychose en institution ? Les activités à médiation thérapeutique dans le soin de la psychose. Les difficultés du travail en équipe dans le champ de la santé mentale.

---

## 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°420 ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN PSYCHIATRIE DE L'ADULTE**

<b>N° du stage</b>	420	<b>Lieu de stage</b>	Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>	4 jours	<b>Dates</b>	
<b>Prix</b>	Prix sur demande		

**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