

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



## MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES

N° 580

RELAXATION ET THÉRAPIE 3° :  
ANALYSE DE SITUATIONS ET PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES

[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°580 RELAXATION ET THÉRAPIE 3° : ANALYSE DE SITUATIONS ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

<b>N° du stage</b>   580 1 2026 INTER	<b>Lieu de stage</b>   46 rue Amelot 75011 PARIS
<b>Durée du stage</b>   2 jours	<b>Dates</b>   du 17/12/2026 au 18/12/2026
<b>Prix</b>   800,00 €	

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Professionnels de santé ayant participé à l'Afar aux deux premiers degrés "Relaxation et thérapie".

**PRÉ-REQUIS**

- Avoir participé aux deux premiers degrés de la formation "Relaxation et thérapie".

**INTERVENANTS**

- Un psychomotricien.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Réfléchir sur les situations cliniques vécues à la suite des deux premières formations sur les techniques en relaxation.
- Savoir adapter et réajuster les techniques en fonction des signes cliniques et de l'évolution des patients.
- Affiner les projets de soin spécifiques à ces techniques.
- Savoir mettre en place des séances en groupe.

**PROGRAMME**

1. Echanges autour des situations cliniques rencontrées. Implication de l'équipe soignante et cohérence du projet de soin. Réflexion sur les enjeux transférentiels engagés en relaxation.
2. La place de la relaxation dans la thérapie : comment consolider l'enveloppe psychique et restaurer l'image du corps.

3. La relaxation comme outil de soin : identifier les éléments cliniques et affiner les objectifs thérapeutiques d'une prise en charge en relaxation ; privilégier une écoute soutenue portée au patient mais aussi et surtout à soi (nécessité de supervision) ; savoir recueillir les indicateurs de mieux-être.
4. Mises en situation pratique : se réapproprier les techniques et utiliser les méthodes différentielles ; animer des séances thérapeutiques.
5. Travail sur la mise en place d'une séance complète.
6. Théorie sur le groupe thérapeutique et la place du soignant.

**VALEUR AJOUTÉE**

- Entraînement à l'animation de séances thérapeutiques.

---

## 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°580 RELAXATION ET THÉRAPIE 3° : ANALYSE DE SITUATIONS ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

<b>N° du stage</b>	580 1 2026 INTER	<b>Lieu de stage</b>	46 rue Amelot 75011 PARIS
<b>Durée du stage</b>	2 jours	<b>Dates</b>	du 17/12/2026 au 18/12/2026
<b>Prix</b>	800,00 €		

**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