

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



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

**N° 96**

**TRAVAILLER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 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°96 TRAVAILLER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

|                |                  |               |                      |
|----------------|------------------|---------------|----------------------|
| N° du stage    | 96               | Lieu de stage | Dans l'établissement |
| Durée du stage | 4 jours          | Dates         |                      |
| Prix           | Prix sur demande |               |                      |

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Infirmiers, aides-soignants, éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes et autres professionnels paramédicaux intervenant en pédopsychiatrie.

5. Les interactions soignantes dans la relation : bonne distance, empathie, contre-attitude.

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un pédopsychiatre.
- Un psychologue clinicien.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Actualiser ses connaissances sur le développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent.
- Se repérer dans les grands cadres diagnostiques en pédopsychiatrie.
- Identifier son rôle soignant dans l'équipe pluridisciplinaire en pédopsychiatrie.
- Travailler en lien avec les parents en pédopsychiatrie.

**PROGRAMME**

1. Les grandes lignes du développement de la naissance à l'adolescence. Les différents modèles.
2. Principaux syndromes et symptômes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
3. Le secteur en pédopsychiatrie : fonctionnement et diversité.
4. Les enjeux du travail en équipe pluridisciplinaire : rôle de chacun et dynamique groupale.

## N°96 TRAVAILLER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 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)

[www.afar.fr](http://www.afar.fr)

## N°96 TRAVAILLER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

|                |                  |               |                      |
|----------------|------------------|---------------|----------------------|
| N° du stage    | 96               | Lieu de stage | Dans l'établissement |
| Durée du stage | 4 jours          | Dates         |                      |
| Prix           | Prix sur demande |               |                      |

## BULLETIN D'INSCRIPTION

## 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 : .....

## PARTICIPANT

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle NOM : ..... PRÉNOM : .....

FONCTION : .....

EMAIL : .....

SERVICE : ..... TÉL : .....

LIEU DE TRAVAIL : .....

RUE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

☐ Le participant est une personne en situation de handicap nécessitant un accueil spécifique

FAIT À : .....

LE : ..... / ..... / .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE FORMATION

**www.afar.fr**