

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



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

**N° 548**

**ACCUEILLIR LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET  
LEUR FAMILLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS  
SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX**

---

**[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°548 ACCUEILLIR LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LEUR FAMILLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX**

<b>N° du stage</b>   548	<b>Lieu de stage</b>   Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>   2 jours	<b>Dates</b>
<b>Prix</b>   Prix sur demande	

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux accueillant des enfants et des adolescents dans leur service.

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un psychologue clinicien.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- Connaître les textes législatifs fondamentaux qui cadrent la prise en charge des enfants et des adolescents.
- Organiser l'accueil en équipe pluridisciplinaire dans le temps afin d'optimiser la prise en charge des enfants, des adolescents et de leur entourage.
- Intégrer l'accueil dans le projet de soin et le parcours d'hospitalisation des enfants et des adolescents.
- Anticiper et gérer les situations difficiles ou conflictuelles.
- Être capable d'anticiper les besoins de ce public en fonction de sa tranche d'âge pour préparer sa venue dans le service.
- Développer des compétences méthodologiques et relationnelles pour mener cet accueil.

**CONTENU**

1. La notion d'accueil. La loi du 4 mars 2002. Le référentiel de certification de la HAS d'avril 2011.
2. Les outils de l'accueil.

3. Le partage d'information avec l'enfant, l'adolescent, les parents.
4. Développer des réponses institutionnelles communes en équipe pluridisciplinaire de l'accueil.
5. L'entretien d'accueil et d'orientation de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille.
6. Travail de réflexion et de questionnement autour de la place de chacun lors de l'accueil et des répercussions sur le déroulement satisfaisant ou non de la prise en charge future.
7. La restitution de l'entretien à l'équipe soignante.

---

## 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°548 ACCUEILLIR LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LEUR FAMILLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX**

<b>N° du stage</b>	548	<b>Lieu de stage</b>	Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>	2 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