

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



**PSYCHIATRIE DE L'ADULTE**

**N° 1029**

**LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT :  
SÉCURISER ET PRÉVENIR LES ERREURS  
MÉDICAMENTEUSES EN PSYCHIATRIE**

---

**[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°1029 LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT : SÉCURISER ET PRÉVENIR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES EN PSYCHIATRIE**

<b>N° du stage</b>	1029	<b>Lieu de stage</b>	Dans l'établissement
<b>Durée du stage</b>	2 jours	<b>Dates</b>	
<b>Prix</b>	Prix sur demande		

**CONTEXTE**

- Les erreurs médicamenteuses sont fréquentes et peuvent être de nature à engager la responsabilité pénale des auteurs de la faute d'administration ou surdosage.

**PUBLIC CONCERNÉ**

- Infirmiers.

**PRÉ-REQUIS**

- Pas de pré-requis.

**INTERVENANTS**

- Un cadre supérieur de santé paramédical, coordinateur de la gestion des risques associés aux soins.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

- S'approprier le cadre réglementaire et connaître les risques médicamenteux.
- Maîtriser le circuit du médicament et connaître les responsabilités engagées au regard de ses compétences.
- Appréhender les points clefs de la sécurisation du circuit du médicament.
- Piloter et coordonner la gestion des risques concernant le médicament.

**PROGRAMME**

1. Rappel des recommandations de la HAS.

2. La pathologie iatrogène médicamenteuse : typologie et causes. Les actualités réglementaires. Le code de la santé publique. Les bonnes pratiques. Lien avec les démarches qualité.
3. La prise en charge médicamenteuse.
4. Le circuit du médicament : étapes et points critiques.
5. Comment éviter une erreur. L'analyse des risques. Les démarches sécurité, pyramide de Bird, modèle de Reason. La déclaration. Le déni. La protection du service. La crainte de la sanction.
6. La déclaration, une obligation légale : décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016.
7. La démarche méthodologique d'amélioration du circuit du médicament.
8. Cas concrets d'analyse de risques. Mises en situation.

---

## 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 assujéti à la TVA). Le prix (non assujéti 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°1029 LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT : SÉCURISER ET PRÉVENIR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES EN PSYCHIATRIE**

<b>N° du stage</b>	1029	<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****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