

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



**GÉRIATRIE, PSYCHIATRIE DE LA  
PERSONNE ÂGÉE**

**N° 1036**

**SÉCURISER LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN EHPAD**

---

**[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



<b>N° du stage</b>   1036	<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

- Prévenir la iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique. La population âgée est particulièrement exposée à ce risque. Certaines études ont montré que les effets indésirables médicamenteux étaient, en moyenne, deux fois plus fréquents après 65 ans.

## PUBLIC CONCERNÉ

- Pharmaciens, médecins coordinateurs, équipes de direction.

## PRÉ-REQUIS

- Pas de pré-requis.

## INTERVENANTS

- Un cadre coordinateur de la gestion des risques associés aux soins dans un établissement sanitaire et en EHPAD, membre du groupe PECM d'un centre hospitalier public.

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Maîtriser le circuit du médicament.
- Connaître les responsabilités engagées au regard de ses compétences.
- Appréhender les techniques et les outils permettant d'organiser et de sécuriser le circuit du médicament.

## PROGRAMME

1. La pathologie iatrogène médicamenteuse. Le contexte réglementaire.

2. Le circuit du médicament : étapes et points critiques.
3. La prescription, point clé d'un circuit du médicament sécurisé. La délivrance, un acte pharmaceutique dans la dimension qualité.
4. La logistique pharmaceutique. Approvisionnement et transport des médicaments : approvisionnements réguliers et en urgence. La réglementation en vigueur. Transport des médicaments. Equipement de stockage et de transport au sein de l'établissement. La gestion des armoires de service et des dotations.
5. La maîtrise de la préparation des doses à administrer : connaître les risques pour les patients. Locaux et moyens matériels. Contrôles qualité.
6. La maîtrise de l'administration des médicaments.
7. La démarche méthodologique d'amélioration du circuit du médicament : faire un bilan. Relever, comprendre et analyser les événements sentinelles. Trouver les indicateurs accessibles et parlants. Construire des audits simples. Rentrer dans une démarche d'amélioration de la qualité.

---

## 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)

<b>N° du stage</b>	1036	<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