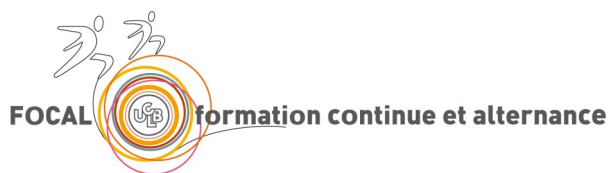


## **COUT DE FORMATION**

400 €

## **LIEU**

Lyon



# **Formation REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs médicaux associés)**

## **2019**

## **Contacts**

### **Equipe Pédagogique**

#### **Co-Responsables pédagogiques :**

Dr Audrey JANOLY-DUMENIL, MCU-PH - ISPB Département de santé publique  
Courriel : [audrey.janoly-dumenil@chu-lyon.fr](mailto:audrey.janoly-dumenil@chu-lyon.fr)

Pr Xavier ARMOIRY, PU-PH - ISPB Département de santé publique  
Courriel : [xavier.armoiry@chu-lyon.fr](mailto:xavier.armoiry@chu-lyon.fr)

Dr Catherine STAMM, Pharmacien, Responsable SMQ PCMP, Hospices Civils de Lyon  
Courriel : [catherine.stamm@chu-lyon.fr](mailto:catherine.stamm@chu-lyon.fr)

#### **Formateurs :**

Dr Christiane ARRIUDARRE, Pharmacien, CH Aix en Provence (13)  
Dr Audrey JANOLY-DUMENIL, Pharmacien, MCU-PH, HCL (69)  
Dr François SERRATRICE, Pharmacien, CH Métropole de Savoie (73)  
Dr Catherine STAMM, Pharmacien, HCL (69)

### **Renseignements administratifs**

Université Claude Bernard Lyon 1  
Service de formation continue et de l'Alternance  
Antenne santé  
8 avenue Rockefeller 69373 Lyon Cedex 08  
Tél 04 78 77 71 45, Courriel : [muriel.josserand@univ-lyon1.fr](mailto:muriel.josserand@univ-lyon1.fr)

Retrouvez toutes les informations sur cette formation sur notre site internet  
<http://focal.univ-lyon1.fr>



**Proposée par :**

**Le Service de Formation Continue et de l'Alternance  
de L'Université Claude Bernard Lyon 1**

**Co-Responsables Pédagogiques :**

**Dr Audrey JANOLY-DUMENIL et Pr Xavier ARMOIRY  
ISPB Département de santé publique**

Modèle organisationnel validé labellisé par la Haute Autorité de Santé comme une analyse de pratiques de type « gestion des risques en équipe » utilisable dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

## Objectifs :

Dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins dans un objectif de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients dans les établissements de santé, formation à la méthode REMED.

Être capable de repérer les situations qui relèvent d'une analyse systémique, Savoir identifier les éléments clés d'une analyse systémique en situation, Diffuser la REMED dans d'autres services de l'établissement, en particulier en lien avec la démarche de RMM,

Rendre pérennes les REMED au sein d'un établissement de santé.

## Programme :

La journée de formation s'articule en 2 temps :

- une demi-journée d'acquisition de compétences,
- une demi-journée de travail en atelier pluriprofessionnel.

## Démarche et moyens pédagogiques :

La formation s'appuiera sur la mobilisation de l'expérience professionnelle de chaque participant, l'utilisation des complémentarités des différents membres du groupe, la mise à disposition des professionnels participants d'outils et leur exploitation, l'interactivité, la mise en situation concrète dans le cadre des ateliers en sous-groupes.

## Validation de la formation :

Pour chaque participant, évaluation initiale des connaissances/des pratiques par un questionnaire rempli en amont de la formation, puis à l'issue de la formation, les compétences acquises par le participant et leur mise en œuvre pratique seront appréciées par un retour d'information permettant de les évaluer et de restituer la conduite d'analyses d'erreurs médicamenteuses au sein d'une REMED (fiche à retourner au responsable pédagogique dans les 3 à 6 mois).

## Public :

Médecin, Odontologiste, Pharmacien, Cadre de santé, Personnel paramédical ou sage-femme des établissements de santé (Publics et Privés) MCO, SSR, Psychiatriques, Hôpitaux locaux de la région Rhône-Alpes.

## Modalités Pratiques

**Horaires :** 9h-17h

**Effectifs :** Groupe pluriprofessionnel, 20 à 25 participants (13 minimum, 25 maximum)

**Tarif :** 400 €

**Dates :** 22 janvier 2019, 11 juin 2019 et 5 décembre 2019

Les inscriptions seront enregistrées par le Service de la Formation Continue de l'Université Claude Bernard Lyon 1 qui établira les conventions de formation professionnelle. La convocation et le plan d'accès seront adressés par mail aux participants.

**Date limite d'inscription : 3 semaines avant la formation**

Les inscriptions seront enregistrées par ordre d'arrivée dans la limite des places disponibles.

**STAGIAIRE : Toutes les mentions sont obligatoires, sous peine de non validation de la prise en charge par l'ANDPC**

Mme    M. NOM : ..... Nom de naissance : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse obligatoire : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....  
 Email obligatoire (pour envoi convocation) : .....  
 Profession : .....  
 Mode d'exercice dominant (>50%) :  Salarié    Libéral    Hospitalier  
 Salarié d'un centre conventionné    Service de santé des armées    Mixte  
 N° RPPS ou ADELI : .....  
 Par quel moyen avez-vous eu connaissance de cette formation : .....

Dates	Tarif	Cocher
22 janvier 2019	400€	<input type="checkbox"/>
11 juin 2019	400€	<input type="checkbox"/>
5 décembre 2019	400€	<input type="checkbox"/>

**REGLEMENT**

Inscription à titre individuel  
 Inscription en parallèle sur le site de l'ANDPC  
 Inscription prise en charge par l'employeur, renseigner l'attestation de prise en charge ci-dessous

*Le règlement des frais d'inscription et de formation sera à effectuer à réception de la ou des facture(s) établies par le service FOCAL de l'UCBL. Les factures seront adressées aux stagiaires (ou aux organismes prenant en charge la formation) en suivant l'échéancier indiqué sur le contrat ou la convention de formation professionnelle qui sera établi(e) à réception du bulletin d'inscription.*

**EMPLOYEUR : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de : .....  
 Pour le compte de : .....  
 S'engage à régler à l'université Claude Bernard Lyon 1 l'inscription mentionnée ci-dessus :  
 Pour un montant de : .....  
 Numéro de SIRET: |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| privé  public

Adresse de convention : ..... ..... .....	Adresse de facturation <b>Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, ...) joindre un justificatif</b> ..... ..... .....
Nom du correspondant : .....	Tél : .....
Tél : .....	Mail : .....
Mail : .....	

Date    Signature du stagiaire    Nom, signature et cachet de l'employeur