

Bilan annuel du RSMQ PECM

Proposition de plan type du rapport

OBJECTIFS

Cette fiche propose une trame type permettant au Responsable du Système de Management de la Qualité (RSMQ) de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) de répondre à ses missions.

Conformément à l'article 5 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé :

- « La direction de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou en concertation avec la conférence médicale d'établissement désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce dernier :
 - 1) S'assure que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué ;
 - 2) Rend compte à la direction et à la commission ou la conférence médicale d'établissement du fonctionnement du système de management de la qualité ;
 - 3) Propose à la direction et à la commission ou la conférence médicale d'établissement les améliorations du système de management de la qualité qu'il estime nécessaires.
- Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse lorsqu'il n'est pas le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionné à l'article R. 6111-4 du code de la santé publique a l'autorité nécessaire pour l'exercice de ses missions. »

Le bilan annuel du RSMQ de la PECM s'attachera à mettre en évidence, **a minima**, l'état des lieux des points suivants. Des thèmes complémentaires peuvent être ajoutés.

Une trace de la présentation et réception de ce bilan par la direction et à la CME est nécessaire

Thèmes à retrouver dans le bilan annuel	Le RSMQ s'assure et trace dans son bilan que :	A défaut, le RSMQ signale dans son rapport :
La politique de la qualité de la PECM est établie conjointement par la direction et la CME	ce document est présent	l'absence de la politique ou l'insuffisance de portage par la direction et la CME
La politique est actualisée	l'actualisation est régulière et correspond à la fréquence définie avec la direction et la CME	la nécessité d'une actualisation rapide et en propose la fréquence et l'échéance
Cette politique qualité fait mention a minima de <u>tous</u> les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> • La définition des responsabilités et délégations de resp. des acteurs de la PECM • La mise à disposition des moyens humains, matériels et financiers nécessaires pour répondre aux exigences de l'ar. 6 avril 2011 • Le soutien et la promotion de la dynamique d'amélioration permanente de la qualité et de la gestion des risques • L'incitation et la formation de l'ensemble des équipes à développer une culture de la sécurité et la gestion des risques de la PECM 	ces points sont présents	l'absence de certaines priorités et propose que ces points soient ajoutés dans l'actualisation de la politique
Les grandes orientations de la politique qualité du circuit du médicament sont déclinées en programme d'actions sous forme de priorités annuelles identifiées dans le programme annuel qualité et gestion des risques.	les points cités ont été pris en compte si présents dans l'année	la non prise en compte de tout ou partie des éléments et propose de les intégrer

<p>Ce programme prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la réglementation en vigueur, les rapports d'inspection (fiche interface HAS-ARS) ; • le suivi du CAQES • le suivi de la dernière procédure de certification de l'établissement ; • les résultats des indicateurs nationaux (IQSS, Hôpital Numérique, etc.) ; • les analyses collectives de risque <i>a posteriori</i> : plaintes et réclamations des patients ; événements indésirables, erreurs médicamenteuses, RMM, démarches de retour d'expériences ; • les résultats des autres évaluations externes et internes : audits, analyse des risques <i>a priori</i>, suivi d'indicateurs, etc. 		
<p>Les modalités de diffusion et de communication de la politique qualité de la PECM à l'ensemble des professionnels de l'établissement sont définies</p>	<p>ces modalités sont présentes et mises en œuvre</p>	<p>l'absence ou l'insuffisance de diffusion et de communication et propose d'y remédier</p>
<p>Les objectifs annuels sont déclinés en actions <u>hiérarchisées</u> avec responsables(s), échéances, modalités de suivi (tableaux de bord, indicateurs, etc.)</p>	<p>les actions sont hiérarchisées avec pour chacune d'elles, mention du responsable, de l'échéance et des modalités de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les points à compléter • les actions non suivies ou avec retard et propose d'y remédier
<p>Dans le processus de prise en charge sont retrouvées les étapes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription à la sortie) • la dispensation, • la préparation, • l'approvisionnement, • la détection et le stockage, • le transport • l'information du patient, • l'administration • la surveillance du patient. 	<p>le système documentaire est présent et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couvre toutes les étapes du processus - centralisé dans un manuel qualité de la PECM - accessible à tous les acteurs - actualisé en tant que de besoin (procédures, instructions de travail (modes opératoires, consignes) - enregistrements, tableau de bord relatif de la PECM) 	<p>le manque de procédures, leur besoin d'actualisation, la difficulté ou la non accessibilité et propose d'y remédier</p>
<p>Le respect des bonnes pratiques décrites est régulièrement évalué</p>	<p>les évaluations (audits, EPP,...) en lien avec la PECM sont réalisées et que les actions d'amélioration identifiées sont mises en œuvre et suivies</p>	<p>la nécessité de mener des EPP au regard des risques identifiés et propose des évaluations prioritaires</p>
<p>La gestion des risques est encouragée, soutenue et mise en œuvre</p>	<p>les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - savent comment déclarer - participent au recueil et à l'analyse collective des événements indésirables (EI) liés à la PECM - des formations leurs sont proposées 	<ul style="list-style-type: none"> - l'insuffisance des déclarations d'EI concernant la PECM, - les difficultés concernant la réalisation de l'analyse collective des EI et rappelle les obligations réglementaires - l'absence de formation - et demande d'y remédier
<p>Préciser les date (s) et modalités de transmission/ présentation du bilan annuel du RSMQ à la Direction et à la CME</p>	<p>Bilan daté et signé par le RSMQ avec trace de la bonne réception/ présentation à la direction et à la CME</p>	