

Situation actuelle :

LBN privé multi-sites "les seigneuriales"
20 sites pré/post
1 plateau technique construit en 2015
200 TLN + 25 BN
Directeur financier + BN : C. HERVÉ
RAQ + BN : N. DESROCHES

Bilan 2017

- * activité 5000 d/j
- * rachat de 4 sites LBN → locaux pré/post
- * intégration de 8 BN au roulement pré/post / PT
- * intégration de 12 TLN au roulement pré/post / PT
 - ↳ 16 TLN
 - 4 partis en retraite
- * formations & habilitations ok
- * extension SIL + SNA sur les 4 nouveaux sites
- * intégration d'1 nouveau coursier
- * Visite COFRAC 16 et 17 août 2017
- 2 écarts non critiques :
 - * hétérogénéité des SNA
 - * organigrammes non à jour

- * Indicateurs :
- * absentéisme pour maladie : 0 jours (obj: 0)
 - * Grossesses : 4 (pas de cible mais indicateur de bien-être au travail)
 - * Grève : 0 préavis (obj: 0)

←
extraction &
analyse
trimestrielle

CONF.

Analyse des causes :

- PT largement dimensionné à la construction en vue des rachats
- politique sociale performante : salle de sieste, baby foot, 13^e mois = prime d'investissement, cours de trompette par le DR Hervé le lundi de 13 à 14h

Projets 2018

- * rachat du 21^e site : 100 d/j $\begin{cases} \rightarrow 20 \text{ d/j EPHAD} \\ \rightarrow 80 \text{ d/j direct} \end{cases}$
- * 1 BN burn-out. Départ anticipé à la retraite
Recrutement d'1 nouveau BN - statut salarié
- * 3 TLN : 1 TLN : intégration pool pré/post IPT
2 TLN : formation pour develop^t plateforme NGS
- * pas de recrutement de coursier supp.

* perspectives pour le 21^e site :

- investiss^t de 2 TLN dans plateforme NGS
 - demande à l'ARS poste d'interne
 - investiss^t de 2 BN dans plateforme NGS
- } NGS - coop^o CHU
- Hygiène : ISO 17025 pour Regio collectivités locales / EPHAD
 - Récupération activité CDAG : ↑ activité
 - Décliner SNA + SIL sur 21^e site
- ⇒ Au total 15% de CA en plus attendus.

* perspective 2019 : mise en place du transport de plants par drone sur site Jupiter. Extension à Saturne (emballage des aux anneaux)

Audits internes + Évaluations réalisés par des organismes externes.

o Bilan année précédente :

* Analyse de l'indicateur

* Bilan des audits

↳ Écarts récurrents

↳ Calendrier respecté

↳ Déroulement de l'audit

* Maintient habilitation / Appréciation nombre d'auditeurs

* Évaluation des organismes externes d'audit

* Retour audit clair et pris en compte

o Outils = Kalilab, rapports d'audit

o Indicateurs : 2 audit internes/an (dont 1 par un organisme externe)

o Plan d'action :

- Si écart récurrents = Analyse causes / risque, création d'un projet dans Kalilab

- Si calendrier non respecté : Nombre d'auditeurs insuffisants ?
Besoin formations et habilitations de nouveaux auditeurs
Disponibilité ?
Rappels plus réguliers des audits (mail, réunions, ...)

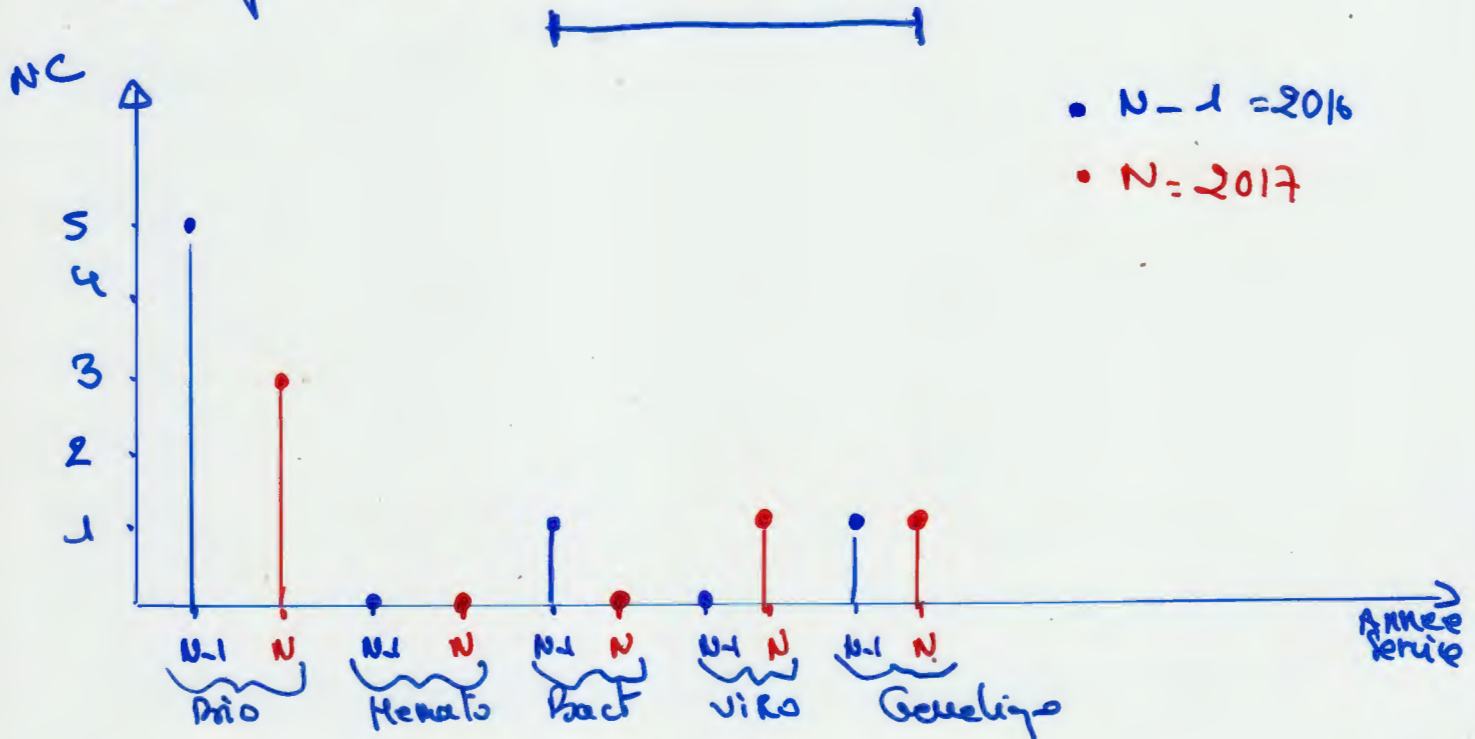
- Si mauvais déroulement = Mauvais sujet, écart non communiqué lors de l'audit, non justifiés, ...
Retour du RAQ

o Planification calendrier audit année N+1

Relevés des évaluations des EEO et des C.I.L.

• Check list établie et diffusée aux référents qualité

- Nbre total de EEO ou CIL / Service
- Nbre examens sous EEO ou CIL / Service
- Inscription à un nouveau EEO ou CIL
- Abandon d'1 EEO et les raisons
- Nbre d'EEO non confirmés / Service = Tableau d'impact
- Nbre Fiche Qualité ouvertes avec étude et actions menées.



Synthèse :

- Δ du nbre de EEO de 7 à 5
- Implication des services
- 3 nouveaux EEO
- Pas d'EEO abandonnés

2018: 3 nouvelles inscriptions prévues

* Bilan Année Précédente 2016

Service	Prich	Hemato	Bactrio	Viro	Genetique
Nbre EEQ TOTAL	20	2	3	5	10
Nbre examens sous EEQ	5	1	1	0	4
Nbre EEQ NC	5	0	1	0	1

- Inscription NVEAU EEQ / cil : 1 cil en Hemato
- Abandon / Raisons : 1 en Hemato car nbre de pairs insuffisant.
- Nbre Fiches Qualité ouvertes : 5 : toutes en Prich
- ⇒ Resultat : - Rappel à l'note aux services de faire des FA avec étude d'impact.

* Bilan année en Cours 2017

Service	Prich	Hemato	Bactrio	Viro	Genetique
Nbre EEQ TOTAL	22	3	3	5	10
Nbre examens sous EEQ	3	0	1	0	4
Nbre EEQ NC	3	0	0	1	1

- Inscription NVEAU EEQ / cil : - 2 NVEUX EEQ en Prich
- 1 NVEAU EEQ en Hemato
- Abandon / Raisons : Aucun
- Nbre Fiches Qualité ouvertes : 5 FA ouvertes avec étude d'impact.
- ⇒ les services ont bien suivi la procédure du pôle.

* L'objectif de l'année dernière

- Trouver un moyen de mettre en évidence les prescriptions pour les analyses d'urgence Thrombolyse.

Mise en place d'un bon de demande spéciale "couleur vert fluo" et suivi de l'indicateur qualité sur le délai de rendu.

Bilan : Très forte baisse du délai de rendu du résultat

⇒ Validation de son objectif atteint

* Mise à jour des prescriptions aux vues des Recommandations de l'AKS (prévoir les modifications éventuelles du manuel de prélèvement et des bons)

* Nombre de prescriptions reçues par les bio

* Une très forte augmentation des redondances pour les EPP : il faut savoir pourquoi ? en fin d'année

* Etudier la possibilité d'une réunion de bons de demandes.

- Engager auprès des bio / si analyse à supprimer, à ajouter ou si des renseignements obligatoires supplémentaire.

- Etudier les rajouts des services sur les bons

- Vérifier que le tube prévu sur le son de demande est bien celui préconiser pour l'analyse.

- Action à mener :

Analyse des Non conformités du au tube non conforme.

Objectif pour l'année à Venir.

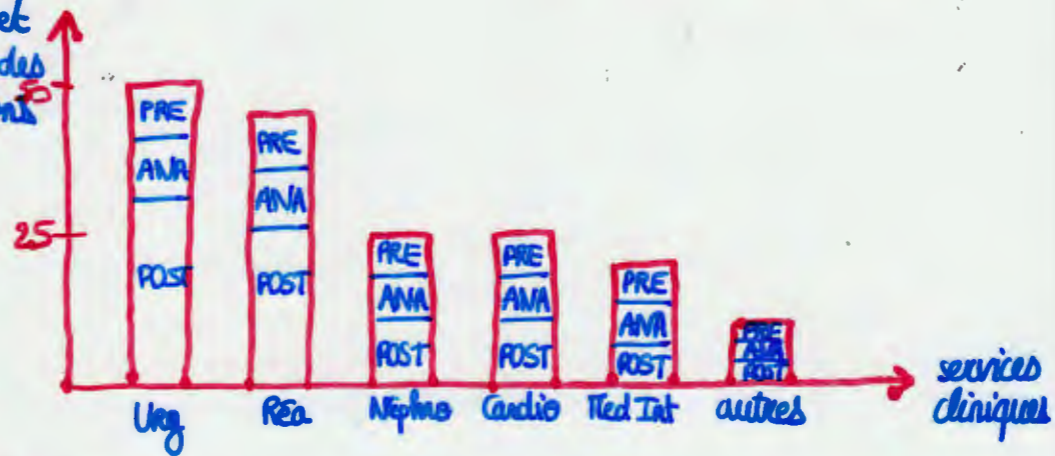
baissier les non conformités dues aux problèmes de prescriptions.

Sujet 5 : Les retours d'information, y compris les réclamations et les autres éléments pertinents, provenant des cliniciens, des patients et autres parties

* Réclamations des services cliniques

Indicateur : nb de réclamations
(périodicité = 3 mois)

Année m-1 : nombre et nature des réclamations



Réclamations faites par mail ou téléphone par les services cliniques, tracées dans Kalilab par le biologiste ou le cadre.

Pb : bcp de réclamations sur la pré-ana émanant des Urgences et de la Réa.

Plan d'action : acquisition d'un 2^e automate au labo pour respecter le contrat clinico-biologique sur le délai de rendu.

Année m : Validation du nouvel automate

→ Diminution de 30% du nombre de réclamations

Indicateur : nb de réclamations (périodicité = 6 mois)

* Enquête de satisfaction auprès des services cliniques

Contexte : changement du fournisseur de tubes (plats hémolytés +++)

↳ petite formation des IDE par le fournisseur

Après 15 j d'utilisation, envoi par le cadre du labo d'un questionnaire de satisfaction (format papier) aux cadres des différents services cliniques qui le diffuseront aux IDE.

Questionnaire anonyme avec 10 questions à réponse fermée (oui/non) à retourner au labo sous 15 j.

Analyse des réponses et synthèse par le cadre du labo.
(90% de retour des questionnaires).

Conclusion : IDE globalement satisfaites des nouveaux tubes
Diminution de 50% des plats hémolytés

Indicateur 1 : Délai de rendu des résultats des examens urgents.

- Responsable : Référent Qualité de chaque secteur du laboratoire.
- Périodicité : Trimestrielle
- Cible < 5% des examens urgents rendus hors délai.
- Modalité de recueil : Extraction informatique dans un fichier excel pour calculer le temps de rendu du résultat.

Dans le cas où l'objectif n'est pas atteint :

- Analyse du délai d'acheminement du prélèvement
- Analyse du délai d'enregistrement
- Analyse du délai d'analyse

Plan d'action :

- Envisager une filière "URGENCE"
- Redéfinir avec les services cliniques les délais de rendu.
- Envisager un Back-up

Indicateur 2 : Prestation de conseil (Participation aux Staffs)

- Responsable : Biologiste
- Périodicité : Annuelle
- Cible : Participation à 60% des staffs cliniques
- Modalité de Recueil : Traçabilité de la présence aux Staffs.

Dans le cas où l'objectif n'est pas atteint :

- Etude de la cause de non-participation aux Staffs (convenance ou organisationnel?)

Plan d'action :

- Planifier la présence aux staffs.
- Envisager d'étudier un calendrier compatible avec l'activité des services.

Indicateur 3 : Nombre de pannes automate bloquantes

- Responsable : Cadre de chaque service
- Périodicité : annuelle
- Cible < 10 pannes bloquantes / an
- Modalité de recueil : Extraction Kalitab de non-conformité sur panne bloquante.

Dans le cas où l'objectif n'est pas atteint

- Rapprocher avec le fournisseur pour améliorer la réactivité du SAV
- Réévaluer la périodicité des maintenances préventives.
- Envisager un Back-up

Sujet : BILAN DES NON CONFORMITES.

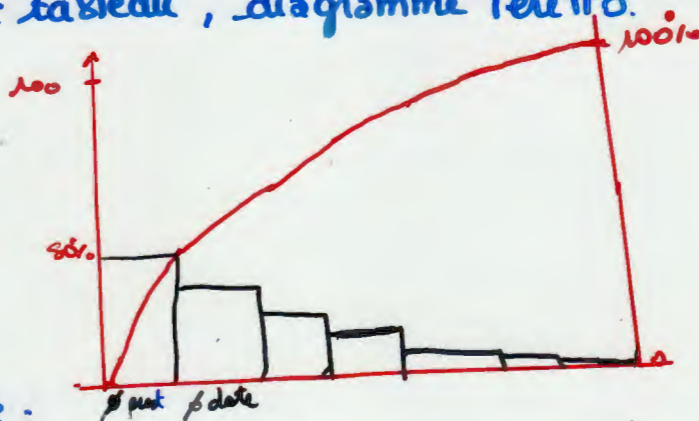
François-Xavier, Julie, Sandra

Objectif = Amélioration de la gestion des N.C - enregistrement + suivi

Indicateur = ^{LBM enregistrent NC} ens. des structures réalisant les NC = atteint $\geq 80\%$ participation

Pilotes = réf. qualité informatique réalise une extract des NC sur GLIMS de chaque structure - trimestriel (jan., avril, juillet, oct, déc)
classement des NC par processus (pré-ana - ana - post-analytique)
↳ à envoyer au RAQ de la cellule qualité

- RAQ = réalisation check list des données nécessaires
 - NC pré-ana = prescripteur, filève et ϕ date
 - NC ana. = bien saisies sur kalilab
 - NC post. ana = réclamation, justification de conseil
- Date butoire pour recueil données (2-3 mois av. R-D)
- Analyse du nombre N.C par le RAQ de la cellule qualité
ex: tableau, diagramme Pareto.



• synthèse :

organisation RD = choix date Fin Déc 2018
participants informés
présentation ordre du jour = Bilan des NC.

obj. qualité = mix en place NC prescripteur en pré-ana GLIMS.
↳ indicateur bien suivi
↳ NC kalilab saisies, suivies, clôturer
↳ mix en place du tableau de bord

Sujet n°8 Bilan du Processus d'amélioration continue et Etats d'avancement des actions correctives et préventives

Etats d'avancement des AC et AP

	<u>Site A</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>Site B</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>
Nbre NC (annuel)						
Pré-analytique		30	20	50	15	
Analytique		12	10	6	6	
Post-analytique		12	10	6	6	

Causes probables =

- Mauvais conditionnement échantillon (site A)
- Mauvais circuit transport échantillon du site B vers A
- Absence de manuel de prélèvement

Actions Correctives	10	20	15	25
Actions Préventives	0	2	0	0

Plan d'action 2017

- Formalisation d'un manuel de prélèvement commun
- Revue Risques des processus
- Définir un indicateur pour NED d'AP

Bilan

- Baisse des NC Pré-ANA grâce aux AC
- Stabilisation des NC ANA et post ANA
- Manque de suivi d'un indicateur pour des AP

Amélioration Continue

	2016	2017
Revue de chaque processus	70%	85%
Revue de l'analyse de risques par processus	60%	80%
Actions finalisées	80%	90%
Actions non finalisées	20%	10%

↳ Bilan du processus d'amélioration = Augmentation du nbre de processus et de l'évaluation des risques

Proposition PA 2018 = Suivi indicateur choisi et défini AP
Revoir 100% Processus

EVALUATION DES FOURNISSEURS

30 fournisseurs évalués selon les critères suivants :

- livraison (respect des délais, transport dans de bonnes conditions...)
- commande (facilité commande, pas de rupture de stock...)
- produits (prix, longue durée de conservation, conditionnement adapté, suivi des lots à l'année, veille documentaire efficace...)
- SAV (facilité d'appel, rapidité d'intervention, efficacité d'action respect calendrier des maintenances, réactivité aux réclamations...)

• Définition d'un indicateur

Avoir moins de 3 réclamations / an / fournisseur

• Bilan 2017 = 4 fournisseurs en dehors de la cible

- ① Rupture de stocks fréquente pour les colorants MGG
- ② Non respect des délais de livraison réactifs biochimie
- ③ Prix élevé pour certains gélux sélectifs
- ④ Lenteur d'intervention du SAV pour gaz du sang

• Plan d'action

- ① Demande de mix à disposition rapide de produits similaires
- ② Courrier de réclamation et rappels
- ③ Prix chez d'autres fournisseurs
- ④ Souscription d'un contrat SAV élargi

• Evaluation du plan d'action

- ② et ④ → actions efficaces → poursuite de la collaboration avec ces fournisseurs
- ① Produits de remplacement non satisfaisants, ne correspondent pas à nos besoins
- ③ Le fournisseur actuel de gélux ne propose pas de réduire son tarif.

• Projets 2019

- ① Changement de fournisseur pour les colorants MGG
- ③ Sélection d'un fournisseur plus abordable pour les gélux sélectifs
- ⊕ Faire enquête satisfaction fournisseurs (personnel) dont informatique PCBN
- ⊕ Réduction du nombre de fournisseurs pour les petits réactifs de bactéries et fournisseurs EEQ
- ~~⊕ Faire enquête satisfaction fournisseurs (personnel) dont informatique PCBN~~

SUGGESTIONS DU PERSONNEL 2017

Suggestions

Plan d'action

Réalisée oui/non

Efficacité de l'action

① Demande de personnel supplémentaire en bacterio suite à l'activité le soir

→ Analyse du nombre de demandes le soir
→ Modification des plages horaires du poste

oui

ok

→ Fluidification de la prise en charge de prélèvements

② Demande de formation
- Métrologie
- Analyse des COI
- Bureautique

Denandés acceptés,
budgétés au plan de formation
→ refusée

oui

oui

non

Non prioritaire, à redemander en plan formation 2019

③ Optimisation de la poignée de tri

→ déplacement des centrifugeuses oui
→ aménagement des locaux en partie
→ amélioration ergonomie poste en cours
→ adaptation des horaires oui
des tournées des coursiers

oui

en partie

en cours

oui

→ ouverture d'1 porte en 2019

→ CHSCT

→ ↑ da nombre de tournées

④ Proposition de nommer une référente qualité au secrétariat

→ Demande de volontaires

oui

→ Etude des candidatures

⑤ Changement d'une étiquette défaillante

→ Réalisation de devis et présentation au service achat

en cours

→ Achat à finaliser en 2019

Groupe de travail - Gestion des risques.

(Revue de direction : 31/01/2018)

Items définis à la revue de 2017:

① Informatique: Retranscription manuelle des résultats

- 30% en 2016.
- Travail sur les connexions informatiques des automates
- 10% en 2017 (tech. non automatisées avec mise-en place d'un contrôle manuel des saisies de résultats)

② RH: Maintient des compétences.

- En 2016: pour 20% du personnel TLM, le MDC n'est pas en adéquation avec les critères définis (nombre de jours à la pailleuse).
- Groupe de travail RH: Suivi des plannings de travail et de formation.
- 5% en 2017.

2018: Regroupement inter-GH \Rightarrow définition de nouveaux risques:

c - Informatique

c - RH (formation, habilitation)

c - Système documentaire (uniformité)

- Locaux (déménagement, réaménagement)

- Matériel

- Uniformisation des pratiques métier (pré-ana-post)

- Réorganisation des services - changement de pratiques

creation d'un comité de pilotage interdisciplinaire de suivi de la fusion inter GH.

* Informatique: s'assurer d'avoir les outils suffisants pour maintenir les systèmes.
perte de données, perte des antérieures, gestion des connexions informatiques, formation des personnels, paramétrage des analyses (si fusion des SIL \neq)

* RH: continuité du suivi de l'indicateur de maintien des compétences (suivi de planning de rotation aux postes de V) par le groupe du processus RH.

* Gestion documentaire:

Intégration des documents du site B dans le logiciel de gestion qualité du site A.

Mise en cohérence de la forme et relecture des documents pour s'assurer de la cohérence du fond et de l'adéquation aux procédures du site A.

création d'un groupe spécifique de suivi de ce processus