

DU ASSURANCE QUALITE AU LABORATOIRE

Mise en place de trois
indicateurs qualité

Jeudi 24 Octobre 2013

Houria HALLAGE

CH MONTEREAU Laboratoire polyvalent



◆ Structure:

- 3 biologistes (2,8 ETP), 1 cadre, 14 techniciens, 4 secrétaires (2,6 ETP), 1 IDE (0,5 ETP), 2 ASH (1,5 ETP)
- Laboratoire polyvalent, pôle prestataire
- Fonctionnement 24h sur 24, 7j sur 7
- Ouverts aux patients externes

◆ Avancement qualité:

- Dépôt de demande d'accréditation partielle en hémostase en octobre 2012
- Audit cofrac prévu le 12 et 13 novembre 2013
- Logiciel de gestion de la qualité et gestion documentaire à déployer pour la fin de l'année 2013 et début 2014
- Quelques documents à finaliser
- Exploitation et suivi des non-conformités à améliorer

Mise en place d'indicateurs qualité

- ◆ Seules les non-conformités préanalytiques étaient suivies (exploitation semestrielle des résultats)

- ◆ Indicateurs à mettre en place :
 - Délai de rendu de résultats (exemple hémostase pour les urgences)
 - Suivi des examens redondants en sérologie (juste prescription)
 - Suivi des retours de résultats des examens transmis (absence de suivi à l'heure actuelle)

Critères de choix des indicateurs qualité

- ◆ Délai de rendu des résultats d'hémostase :
 - Absence de suivi de délai de rendu de résultats.
 - Choix de l'hémostase car demande d'accréditation partielle en hémostase.

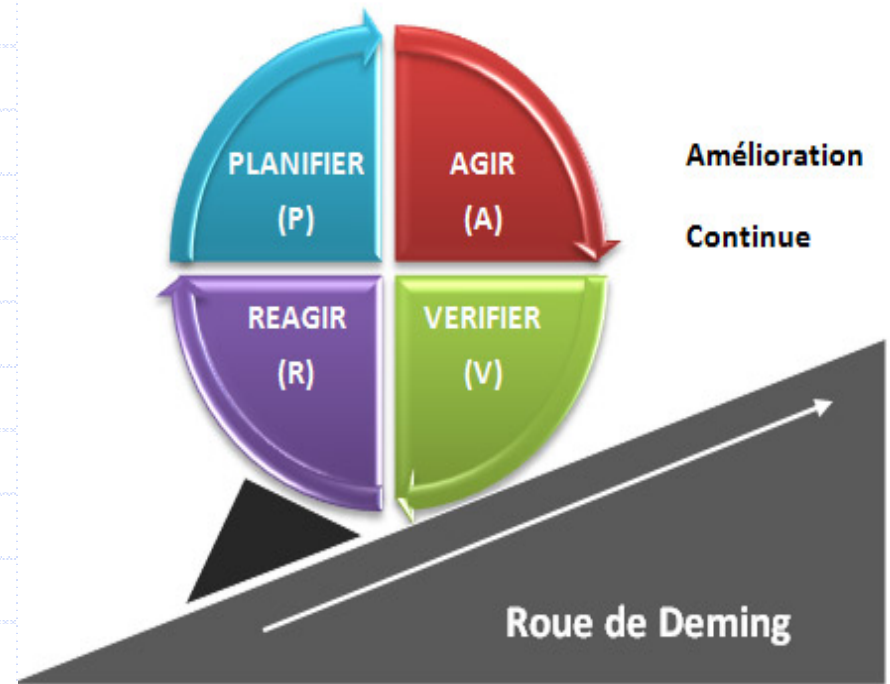
- ◆ Suivi des retours des résultats des examens sous-traités
 - Nombreux dysfonctionnements concernant la traçabilité des résultats transmis à des laboratoires sous-traitants.
 - Or le laboratoire demandeur est responsable des résultats des examens sous-traités.

Critères de choix des indicateurs qualité

- ◆ Examens redondants pour les sérologies EBV :
 - Paramétrage dans le SIL délai redondance => Ok si saisie manuelle, par contre cela ne fonctionne pas pour les prescriptions scannées (la plus grande partie).
 - Edition de feuilles de paillasse pour certaines sérologies et techniques manuelles => possibilité d'action à ce niveau.

Démarche suivie : roue de Deming

- ◆ Planifier : des objectifs à atteindre.
- ◆ Agir : en mettant en place des indicateurs qualité.
- ◆ Vérifier : que les objectifs sont atteints.
- ◆ Réagir : en analysant les causes des dysfonctionnements et en mettant en place des actions correctives.



Plan d'action

Quoi	Quand	Qui
Création de 2 groupes de travail	Mars 2013	Cellule qualité
Rédaction de la procédure « Gestion des indicateurs qualité »	Mars 2013	Groupe de travail 1
Rédaction des fiches de recueil des indicateurs sélectionnés	Mars 2013	Groupe de travail 1 et 2
Recueil et exploitation des données	Mensuel	Groupe de travail 1 et 2
Analyse et si besoin actions correctives	Août 2013	Groupe de travail 1 et 2

Objectifs

- ◆ 90% des délai de rendu des résultats de TP, TCA, Fibrinogène au services des urgences <90 mn.
 - Seuil d'alerte à 80%, seuil d'action à 70%

- ◆ 100% de retour de résultats des examens sous-traités à M-1
 - Seuil d'alerte à 90%, seuil d'action à 80%

- ◆ Absence d'examens redondants pour les sérologies EBV.
 - Seuil d'action si taux de redondants >30%

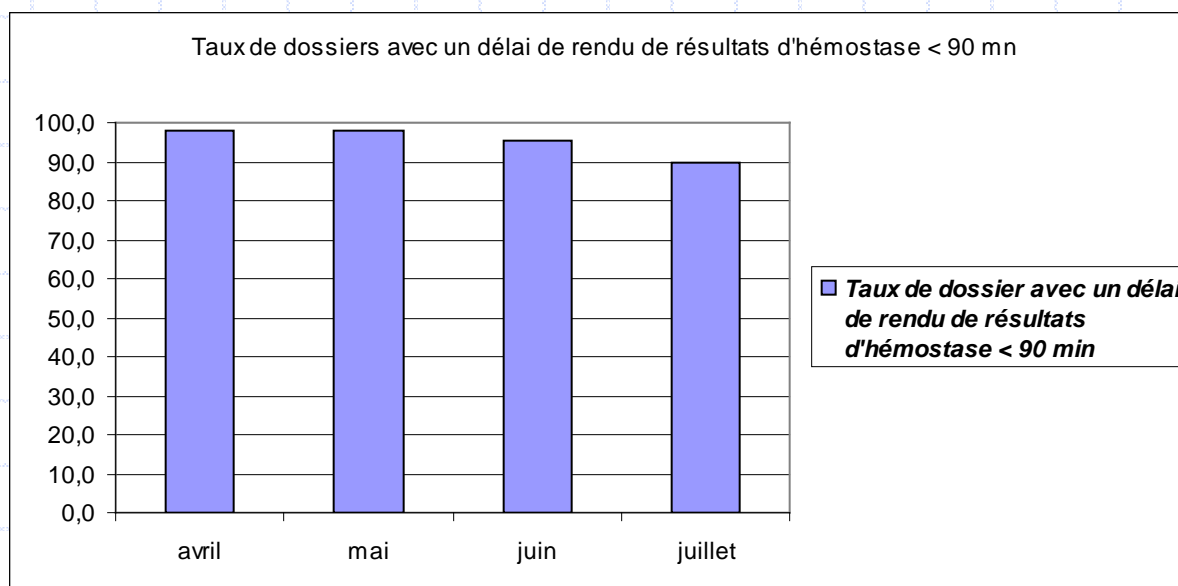
Délai de rendu des résultats de TP, TCA, fibrinogène au service des urgences

- ◆ Recueil des données simples (prescription de couleurs différentes, heures de prélèvement toujours indiquées) portant sur 4j par mois.
- ◆ Exploitation des données sur un fichier excel (erreurs de saisies possibles surtout si nombreuses données).
- ◆ Représentation graphique simple.

Délai de rendu des résultats de TP, TCA, fibrinogène au service des urgences

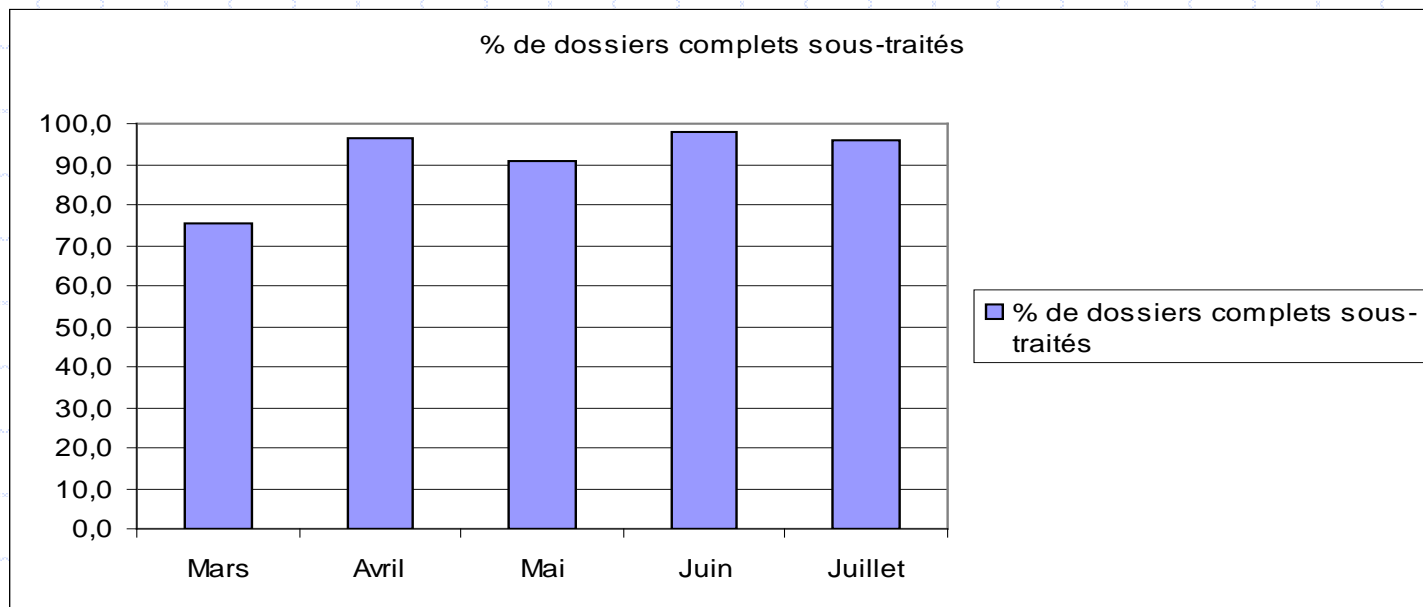


Objectifs atteints sauf en juillet panne automate qui a allongé les délais de rendus



Retour des résultats des examens sous-traités

- ◆ Recueil des données à partir du SIL très simple.
- ◆ Indicateur : nb de dossiers complets/ nb total de dossiers sous-traités par mois.
- ◆ Recueil des données en s'arrêtant au mois précédent.

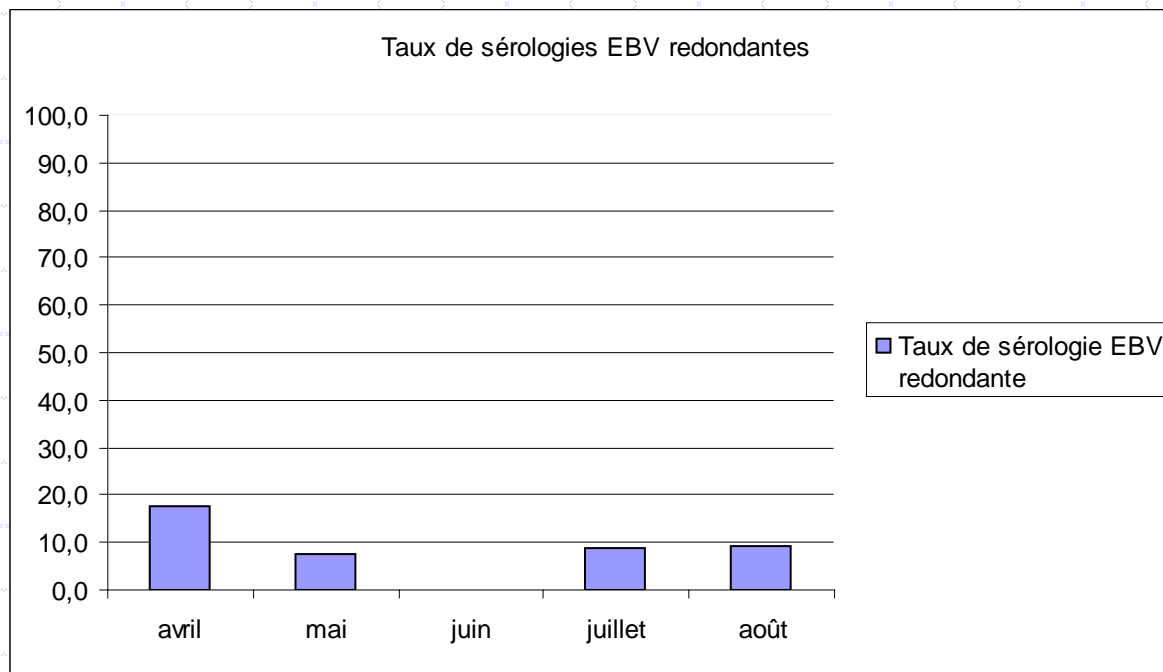


Retour des résultats des examens sous-traités

- ◆ Objectifs de 100% non atteints mais nette amélioration de la traçabilité.
- ◆ Actions correctives :
 - Modification du paramétrage des examens envoyés au CH de Melun pour harmonisation du paramétrage;
 - Rédéfinition des rôles de chacun;
 - Edition d'une liste d'incomplets chaque début de mois.

Taux d'examens redondants en sérologie EBV

- ◆ Recueil des données simples (feuilles de paillasse).
- ◆ Volume faible d'examens.
- ◆ Exploitation aisée à l'aide d'un fichier excel.



Taux d'examens redondants en sérologie EBV

- ◆ Objectifs non atteints mais en dessous du seuil d'action.
- ◆ Indicateur peu pertinent car volume trop faible d'examens => pas de grand bénéfice à le suivre (en moyenne 1 à 2 examens redondants par mois).
- ◆ Le suivi de cet indicateur a permis de se faire une véritable idée du taux de redondants.

Conclusion

- ◆ Mise en place de ces 3 indicateurs qualité a été bénéfique au laboratoire.
- ◆ Familiarisation de l'ensemble du personnel avec les indicateurs qualité.
- ◆ Délai de rendu de résultats : bon outil de communication avec les services.
- ◆ Suivi des examens sous-traités : amélioration des pratiques.
- ◆ Examens redondants : piste à suivre pour d'autres analyses.