

# Gestion des indicateurs qualité au sein du laboratoire du Groupe Hospitalier Universitaire Paris Nord Val De Seine

1

PHIN Badia

Pour l'obtention du DU Assurance Qualité

**UPMC**  
PARIS UNIVERSITAS

**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
PARIS NORD VAL DE SEINE**  
Deugnot | Bichat - Claude Bernard | Bretonneau | Louis-Mourier | Charles Richet

# Introduction

Présentation du groupe HUPNVS  
Démarche qualité  
Etat des lieux et projet

# Présentation du groupe HUPNVS

- o Le groupe HUPNVS : fusion de 5 hôpitaux



Beaujon



Bichat



Bretonneau



L. Mourier



C. Richet

- o Pôle Biologie-PUI

- o Secteur Biologie : laboratoire unique sur 3 sites
  - Formé par les différentes UF de Biologie

# Démarche qualité

- **Organisation qualité bien en place**
  - SMQ commun aux 3 sites
  - Approche selon démarche processus
  - Groupes de travail actifs
  - Référent processus bien identifiés dans les UF
- **Audit blanc annuel par la société ACC**
- **1<sup>ère</sup> visite du COFRAC en septembre : 6 UF auditées**
  - 24 écarts dont 1 critique

# Etat des lieux, projet

## ○ Etat des lieux

- Peu d'indicateurs sont suivis sur le GH et pas toutes les UF
- Notifié en axe d'amélioration GH lors audit ACC

## ○ Exigences réglementaire : §4.12.4 (15189)

*« La direction du laboratoire doit mettre en place des indicateurs qualité permettant de surveiller et d'évaluer de manière systématique la contribution du laboratoire aux soins prodigués aux patients. »*

## ○ Consultation de la cellule opérationnelle pour projet qualité transversal :

- gestion des indicateurs qualité pour le laboratoire HUPNVS

# Missions au niveau transversal



6

# Au niveau transversal

- **Validation du projet par la cellule opérationnelle**
- **Formalisation du processus**
  - Rédaction de la procédure transversale
- **Choix des indicateurs qualité transversaux**
  - 1 par pavé de processus
  - Consultation des groupes de travail et référents processus GH.
  - Chaque référent UF sera responsable de la production des indicateurs de son domaine
- **Amélioration du tableau de bord existant**

# Au niveau transversal


- Création de nouveaux tableaux de bord
  - Le premier pour les indicateurs qualité du SMQ
  - Concerne la cellule opérationnelle

		<b>TABLEAU DE BORD des Indicateurs qualité</b> <b>POLE BIOLOGIE-Pui</b>		<i>Ce tableau n'est renseigné que par la cellule opérationnelle</i>	
PROCESSUS		INDICATEURS	RESPONSABLE INDICATEUR	MODE DE PRODUCTION	CIBLE
PILOTAGE	ACTIVITE	Activité totale	Correspondant Qualité pole	Transmission par les RAQ des UF	
	GESTION DOCUMENTAIRE	% d'UF utilisant kalilab pour la gestion documentaire	ADMIN KALILAB	Transmission par les RAQ des UF	100%
	GESTION DES DYSFONCTIONNEMENTS	Nbre de FAQ Pole cloturé / nbre de FAQ Pole totale	Correspondant Qualité pole	Transmission par les RAQ des UF	100%
		Nbre de reclamation Pole traité / nbre de reclamation Pole totale Osiris+appel+courrier	Correspondant Qualité pole	Transmission par les RAQ des UF	100%
	COMMUNICATION	Nombre de reunion de la direction qualité avec les Poles cliniques (restitutions des indicateurs pre-ana)	Correspondant Qualité pole	Plan de communication	1/pôle
REALISATION	PRE ANALYTIQUE				
	ANALYTIQUE	% Examens accredité	Responsable qualité du Pole	certificat d'accreditation	100%
	POST ANALYTIQUE	% d'examen sous traité	Biologiste Responsable ACEBM	liste des examens externés	< 15%
SUPPORT	GESTION DES COMPETENCES	% d'UF avec 1 personne ayant 1 DU qualité (objectif + 2 DU par an sur le pole)	Responsable qualité du pole	Transmission par les RAQ des UF	100%

# Au niveau transversal

## ○ Création de nouveaux tableaux de bord

Le second pour les UF : indicateurs transversal et spécifique

 **TABLEAU DE BORD des Indicateurs qualité**  
Unité fonctionnelle (NOM, SITE)

*Ce tableau est à remplir par chaque UF et à transmettre à la responsable qualité du GH pour la revue de direction annuelle. Il doit être présenté lors de la revue de Direction Operationnelle de l'UF*

	PROCESSUS	INDICATEURS pour une année civile	RESPONSABLE INDICATEUR	MODE DE PRODUCTION	CIBLE
PILOTAGE	ACTIVITE	Activité en B ou en acte	RAQ	Extraction SIL	
		% d'examen demandé en accréditation	RAQ	Dossier d'accréditation	100%
	GESTION DOCUMENTAIRE	nombre de doc disponible dans kalilab pour son UF	GDOC	KALILAB	pas de cible
		% attestation sur Kalilab (Nb de documents lus) / (Nb de doc à lire) * 100	ADMIN KALILAB	KALILAB	100%
	GESTION DES DYSFONCTIONNEMENTS	Nbre de FAQ cloturé / nbre de FAQ totale	RAQ	nb de fiche FAQ	> 80 %
		Nbre de reclamation traité / nbre de reclamation totale Osiris+appel+courrier	RAQ	tableau de suivi	> 80 %
REALISATION	PRE ANALYTIQUE	% DE NON CONFORMITE CRITIQUE TOTALE	Responsable secteur pre-ana	EXTRACTION SIL	< 5 %
		% de NC critiques dûes à la cause: échantillon manquant			
		% de NC critiques dûes à la cause: contenants non adaptés			
		% de NC critiques dûes à la cause: discordances échantillon/prescription			
	ANALYTIQUE	% EEG (Nombre de EEG / nombre total de méthodes)*100	RAQ ou responsable CQ	Tableau d'analyse	100%
% EEG REJETE		RAQ ou responsable CQ	Tableau d'analyse	< 10 %	
POST ANALYTIQUE					
SUPPORT	VALIDATION DES METHOD			liste des analyses	à déterminer
	GESTION DES COMPETENC			dossier d'habilitation-fiche de poste	100%
				oui / non	1 / UF
	ACHAT ET STOCK	% évaluations des fournisseurs faites	CADRE	Tableau de suivi cadre	100%
	EQUIPEMENT	Nbre d'enceinte thermostatée cartographiée / Nbre d'enceinte critique	Referent metrologie des UF	Classeur de vie / KALILAB	100%

**EQUIPEMENT**

Commun / Propre UF xxx

# Application à l'UF de Virologie



10


# Mise en place des indicateurs de qualité transversaux

- Relevé des indicateurs pour 2014 et 2015.
- Former les référents aux indicateurs transversaux.

# Sélection des indicateurs spécifiques

- **Indicateur processus pré analytique**
  - Écart lors de l'audit interne ACC
  - Heure de prélèvement manquante sur 35 % feuilles de demandes
- **Indicateur sous processus post analytique**
  - Réclamations des services prescripteurs
  - CR d'examens sous traités
- **Indicateur processus équipement**
  - Analyse des **fiches NC** : Pannes répétées sur le module 1 de l'Architect
  - Panne: blocage des CRE dans le circuit


# Indicateur pré-analytique

 <b>HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE</b> <small>Beaumont   Bichat - Claude Bernard   Bretonneau   Louis-Mourier   Charles Richet</small>		<b>TABLEAU DE BORD des Indicateurs qualité</b> <b>UF Virologie BCH</b>									
<b>PROCESSUS</b>		<b>INDICATEURS</b>	<b>CIBLE</b>	<b>janvier</b>	<b>fevrier</b>	<b>mars</b>	<b>avril</b>	<b>mai</b>	<b>juin</b>	<b>juillet</b>	<b>aout</b>
<b>REALISATION</b>	<b>PRE ANALYTIQUE</b>	% NC heure de prelevement	10%	36%	33,1	33,4					

## ○ Action 1 : avril 2014

- Diagramme de Pareto sur les données du premier trimestre
- Une lettre de réclamation est envoyée à ce service en cause

# Indicateur pré-analytique

 <b>HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE</b> <small>Beaumont   Bichat - Claude Bernard   Bretonneau   Louis-Mourier   Charles Richet</small>		<b>TABLEAU DE BORD des Indicateurs qualité</b> <b>UF Virologie BCH</b>								
PROCESSUS	INDICATEURS	CIBLE	janvier	fevrier	mars	avril	mai	juin	juillet	aout
REALISATION	PRE ANALYTIQUE	% NC heure de prelevement	10%	36%	33,1	33,4	25,5	13,4		

## ○ Action 2 : fin mai 2014

- Changement de SIL
- Nouvelle feuille de demande plus claire et simple à remplir
- Diffusion mail général avec un rappel des modalités de remplissage

# Indicateur post analytique

PROCESSUS		INDICATEURS	CIBLE	janvier	fevrier	mars	avril	mai	juin
REALISATION	POST ANALYTIQUE	% de retour de CR d'examens externés de dengue	>85%	11,10%	0%	0%	0%	0%	0%
		% de retour de CR d'examens externés d'hépatite E	>85%	27,30%	43,50%	18,20%	0%	0%	0%

## ○ Analyse des causes

- Mise en conformité des laboratoires sous traitants avec envoi des CR à l'ACEBM

## ○ Actions

- Réclamation envoyée à l'ACEBM
- Mini audit au poste des externes de l'ACEBM
- Formalisation du circuit des CR

# Indicateur processus équipement

PROCESSUS		INDICATEURS	CIBLE	2013	2014
SUPPORT	EQUIPEMENT	nbre de pannes module 1	0	11	8
		nombre de pannes module 2	0	1	1
		% panne du module 1 dûe au CRE	<10%	54	100

Surveillance en cours...  
Aucune panne depuis

## ○ Analyse de l'origine des pannes

- Le blocage de cupule réactive dans le circuit représente la plus grande cause des pannes

## ○ Actions

- réclamation au fournisseur
- Analyse des messages d'erreurs par l'assistance technique, changement tout le circuit CRE du module 1

# Conclusion

Évaluation des indicateurs  
Conclusion

# Evaluation des indicateurs spécifiques

- **Indicateur heure de prélèvement manquante**
  - Réponse à l'écart ACC et améliorations des pratiques
  - Elargissement de l'indicateur à l'ensemble des NC de prescription
- **Indicateur retour CR examens sous traités**
  - Réponse aux réclamations entrantes
  - Rajout dans les indicateurs transversaux
- **Indicateur panne du module de l'automate**
  - Utile pour l'évaluation de ce fournisseur.
  - Cet indicateur va être mis en place sur tous les automates de l'UF.

# Conclusion

- **Travail impliquant le personnel pour le choix et le relevé des indicateurs.**
  - Affichage des indicateurs qualité est un outil de sensibilisation, communication et de motivation du personnel
- **Evaluation des indicateurs annuellement**
  - En cellule qualité pour les indicateurs spécifiques
  - En revue de direction pour les indicateurs transversaux
- **A termes, ces outils vont permettre.**
  - identifier les dysfonctionnements
  - Remonter des résultats pour la revue de direction
  - Transmettre les résultats aux services,

**Merci de votre attention**



**20**