

Université Pierre et Marie Curie –

Sorbonne Universités

**MEMOIRE**  
**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME UNIVERSITAIRE**  
**« ASSURANCE QUALITE AU LABORATOIRE DE BIOLOGIE**  
**MEDICALE »**

**L'Obeya :**

大部屋

***Un management visuel pour piloter la Qualité***

**ROULET Marion**  
**Année 2017-2018**

## **Note au lecteur**

Les mémoires des stagiaires du Diplôme Universitaire « Assurance Qualité au laboratoire de biologie médicale » sont des travaux réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Les travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication en tout, ou partie, sans l'accord de l'auteur et du responsable du DU concerné.

# Auteure du mémoire

**Marion ROULET**

Technicienne de Laboratoire - Référente Qualité  
Service d'Hématologie Biologique

Hôpital Tenon

Pôle de Biologie Médicale et Pathologie  
Hôpitaux Universitaires Est Parisien  
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris



# Remerciements

Je souhaitais remercier tout particulièrement Mr Amir Khaterchi, qui m'a été d'une aide plus que précieuse pour ce projet. Il m'a également donné l'envie de travailler dans la Qualité et de poursuivre plus loin dans mes études.

Je remercie également le Professeur I.Elalamy, qui m'a permis de réaliser ce DU.

Je remercie toute l'équipe de mon laboratoire qui s'est toujours investie dans le projet *Obeya*, bien au-delà de mes espérances, et m'a soutenue dès le début.

Je remercie les professeurs du DU qui m'ont apporté les outils et connaissances pour m'améliorer dans mon poste de référente qualité et m'ont conforté dans mon choix de travailler dans ce domaine qui m'attire au plus haut point .

Enfin je remercie ma famille qui m'a toujours soutenue, et tout particulièrement ma mère pour ses relectures critiques de ce mémoire.

# Sommaire

<b>Glossaire</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>II. Présentation de la structure</b> .....	<b>8</b>
1) Les Hôpitaux Universitaires Est Parisien (HUEP) .....	8
2) Hôpital Tenon .....	9
3) Laboratoire d'Hématologie .....	9
4) Mon rôle dans le laboratoire.....	10
<b>III. Sujet, intérêt</b> .....	<b>10</b>
1) Situation du laboratoire .....	10
2) Problématique.....	11
3) Calendrier du projet .....	12
<b>IV. Choix de la méthode</b> .....	<b>12</b>
1) Ce que dit la norme <sup>[1,2]</sup> .....	12
2) Une démarche d'amélioration continue par le <i>Lean management</i> .....	13
3) Méthode choisie : L' <i>Obeya</i> .....	13
4) Description .....	13
<b>V. Déploiement au laboratoire</b> .....	<b>14</b>
1) Choix du support de communication .....	14
2) Structuration du tableau .....	14
a) Politique Qualité.....	16
b) Suivi des Non-conformités .....	16
c) Attestations de lecture.....	17
d) Informatique.....	17
e) Métrologie .....	18
f) Compte-rendu de réunions .....	18

g) Secteurs analytiques.....	18
h) Suivi des EEQ et CIQ .....	18
i) Suggestion du personnel.....	19
j) Vie du laboratoire.....	19
k) Hygiène et sécurité.....	19
l) Stocks et matériels .....	19
m) Pré-analytique .....	19
n) Délais de rendu.....	20
o) Plan d'action qualité.....	20
3) Mise en place du tableau .....	20
4) Archivage des <i>items</i> .....	21
5) Déroulement des réunions.....	21
a) Mise en place d'une nouvelle organisation.....	21
b) Rappel des objectifs des réunions.....	23
6) Réunion de présentation du projet.....	25
7) Réunion de lancement .....	25
8) Ajustements.....	26
<b>VI. Discussion.....</b>	<b>30</b>
1) Ce que l' <i>Obeya</i> a apporté au laboratoire .....	30
2) Focus sur le processus Métrologique.....	31
3) Focus sur le processus Informatique.....	31
4) Focus sur le processus Hygiène et Sécurité :.....	32
5) Réflexion sur la notion de « pièce » .....	32
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>33</b>
<b>Bibliographie / Webographie.....</b>	<b>34</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>35</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>58</b>

## Glossaire

**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

**BM** : Biologie Moléculaire

**CIQ** : Contrôle Interne de Qualité

**EEQ** : Evaluation Externe de la Qualité

**GH** : Groupe Hospitalier

**GLIMS** : Logiciel de validation biologique

**ISO** : Organisme International de Normalisation

**Kalilab** : Logiciel qualité institutionnel

**Le 5S** : *Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke* (Débarrasser, Ranger, Nettoyer, Standardiser, Progresser)

**LBM** : Laboratoire de Biologie Médicale

**MAJ** : Mise à jour

**NC** : Non-conformité

**OPCT** : Objet Piquant Coupant Tranchant

**PAQ** : Plan d'Action Qualité

**PDCA** : *Plan, Do, Check, Act*

**PMA** : Procréation Médicalement Assistée

**RAQ** : Responsable d'Assurance Qualité

**QQOQCCP** : « Qui ?, Quoi ?, Où ?, Quand ?, Comment ?, Combien ?, Pourquoi ? »

**SIDA** : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

**Sirius** : Logiciel de surveillance des températures

**TP** : Taux de Prothrombine

**VSM** : *Value Stream Mapping*

## I. Introduction

Le service d'Hématologie biologique de l'hôpital Tenon a mis en place un système de management de la qualité et est accrédité depuis mars 2014 par le Cofrac sur une portée partielle d'examens.

Depuis quelques temps, le service a eu un renouvellement entier de son équipe (techniciens, cadre, biologistes...) et il a été constaté que la réalisation de certaines tâches se retrouvaient suspendues par un défaut de transmission d'information ou de communication. La communication est un élément important dans un projet, d'autant plus quand elle a un rôle central dans l'enjeu d'accréditation du service.

Le *Lean management*, démarche d'amélioration continue et collaborative dans une organisation, a la particularité de disposer d'une méthode de communication visuelle qui clarifie la situation en rendant visibles les objectifs et les composants du projet.

L'objet de ce mémoire est de présenter l'apport d'un nouvel outil, issu du *Lean management*, dans le pilotage de la démarche qualité du laboratoire et dans la mise en œuvre d'une accréditation partagée par tous ses collaborateurs.

## II. Présentation de la structure

### 1) Les Hôpitaux Universitaires Est Parisien (HUEP)



Source : [www.huep.aphp.fr](http://www.huep.aphp.fr)

Les Hôpitaux Universitaires Est Parisien (HUEP) font parties de l'un des 12 Groupes Hospitaliers (GH) de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Les HUEP sont un

regroupement de 5 hôpitaux, à savoir Saint-Antoine (Paris 12<sup>ème</sup>, siège de l'HUEP), Tenon (Paris 20<sup>ème</sup>), Rothschild (Paris 12<sup>ème</sup>), Trousseau (Paris 12<sup>ème</sup>) et La Roche-Guyon (Val d'Oise).

Ce Groupe Hospitalier (GH) représente au total 13% de la capacité d'hospitalisation de l'AP-HP et possède 5 Centres de références : Pathologies Rares de l'InsulinoSécrétion et de l'InsulinoSensibilité (PRISIS), Centre de Référence des Maladies Endocriniennes de la Croissance et du Développement (CRMERCD), Agents Tératogènes (CRAT), Maladies respiratoires rares (Respirare) et Malformations et Maladies Congénitales du Cervelet.

Le GH est reconnu pour le traitement des maladies rares et accueille des équipes de recherche mixtes INSERM-UPMC dans plusieurs de ses hôpitaux.

En décembre 2017, il a obtenu une Certification en niveau B (échelle de A à E) avec recommandation d'amélioration par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le GH participe également à de nombreuses campagnes de prévention et d'éducation sanitaire, comme par exemple les journées sur l'obésité, le SIDA, le don du sang... Enfin, il travaille de pair avec la faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (Sorbonne Université).

## **2) Hôpital Tenon**

Construit en 1870, il ouvre au public en 1878. Il a notamment été le premier hôpital à réussir une fécondation *in vitro* en 1985. L'hôpital dispose de plusieurs secteurs d'activité très importants, comme les Urgences, l'Uro-Néphrologie, la Transplantation Rénale et Urgences Néphrologiques, la Cancérologie/Radiothérapie, les soins de la tête, du cou et des poumons, la Gynécologie obstétrique et la PMA.

Il contient 564 lits et 66 places de jour, et emploie 2 900 personnes.

## **3) Laboratoire d'Hématologie**

Dirigé par le Pr I. Elalamy, il fait partie des plus grands laboratoires de l'hôpital, avec le laboratoire de Biochimie. Il fonctionne 24h/24 et 7j/7 et se situe dans le bâtiment Achard aux 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> étages. Il dispose également d'un laboratoire de garde localisé en Biochimie (Bâtiment Morin, 6<sup>ème</sup> étage) qui prend le relai de 17h00 à 07h30.

Le laboratoire comprend 4 secteurs :

- Cytologie (24h/24)
- Explorations plaquettaires
- Hémostase (24h/24)
- Biologie Moléculaire (BM)

L'équipe (Cf. Annexe 1) est constituée de 16 techniciens de jour, 3 techniciens de nuit, 6 biologistes, 2 secrétaires (dont une mi-temps), 2 agents de laboratoire, 1 ingénieur en

biologie et 1 cadre. Les techniciens sont polyvalents, sauf pour des secteurs très spécialisés comme les Explorations Plaquettaires et la Biologie Moléculaire.

Le laboratoire dispose d'une équipe de recherche composée de 2 ingénieurs d'étude collaborant avec l'équipe Inserm U938 de l'hôpital Saint-Antoine.

Le laboratoire est dans une démarche d'accréditation de l'ensemble des examens de biologie selon la norme NF EN ISO 15189 version 2012. Depuis mars 2014, il est accrédité sur une portée d'examens médicaux en hémostase (TP, TCA, Fibrinogène, Facteur II).

La cytologie, les explorations fonctionnelles plaquettaires et la biologie moléculaire sont les prochains secteurs à demander l'accréditation de leurs examens respectifs.

#### **4) Mon rôle dans le laboratoire**

Je suis technicienne de laboratoire depuis 2014 à l'Hôpital Tenon. J'ai commencé à travailler dans le secteur d'Immunologie du service d'Hématologie biologique. A la suite de son transfert à l'Hôpital Saint-Antoine, j'ai rejoint les secteurs de cytologie et d'hémostase. Après m'être formée à tous les postes, j'ai pris en 2015 la fonction de référente informatique. En parallèle, j'ai participé à la démarche qualité du service (rédaction de documents, extraction des délais de rendu de résultats, qualification des transmissions informatiques...) et cela m'a permis de devenir référente qualité en 2016.

### **III. Sujet, intérêt**

#### **1) Situation du laboratoire**

Le laboratoire d'Hématologie étant ouvert tous les jours, 24h/24, et possédant un laboratoire de garde dans un autre bâtiment, cela implique 5 horaires différents pour l'équipe de jour (07h00-14h36 / 07h30-15h06 / 09h00-16h36 / 10h24-18h00 / 12h24-20h00).

Il est donc de base compliqué de se tenir informé des actualités, des problèmes, ou des particularités de chaque secteur constamment. Par exemple, le technicien ayant un message concernant tout le personnel doit aller rencontrer les personnes une par une pour faire la transmission, ou alors rédiger une note qui sera déposée à côté d'un automate ou sur un réfrigérateur. Cette note risquant de disparaître ou de ne pas être lue.

Le laboratoire a eu un important *turn-over* récemment, avec le départ de la cadre et de plusieurs techniciens et biologistes, suivi par des arrivées assez proches (jusqu'à 4

personnes en formation en même temps, repartis sur plusieurs secteurs). Ce *turn-over* est aussi retrouvé au niveau du poste de responsable qualité laboratoire (RAQ) de notre site.

Le partage de l'information devient donc très complexe et la dynamique qualité difficile à gérer dans le temps (pilotage discontinu par la RAQ). Tout cela peut démotiver le personnel qui n'arrive plus à s'impliquer par manque d'information et de communication.

## 2) Problématique

La communication est un facteur clé pour pérenniser une démarche qualité et concourt à l'atteinte des objectifs fixés. Chaque collaborateur, en prenant connaissance des détails sur l'état d'avancement d'un projet en cours d'exécution, comme notre démarche d'accréditation du laboratoire, pourra jouer un rôle important dans l'accomplissement des tâches identifiées au niveau du projet. Cela permet de gagner du temps et d'augmenter le niveau d'implication de chacun.

L'état des lieux (Cf. Figure 1) nous a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans la transmission d'informations importantes et ainsi établir une problématique :

**Comment optimiser la circulation de l'information avec les contraintes habituelles liées à la vie d'un laboratoire de biologie hospitalière (départs, échéances réglementaires...) pour atteindre les objectifs fixés par la norme NF EN ISO 15189 ?**



**Figure 1 : QQOQCP de la situation de la communication du laboratoire au début du projet**

### 3) Calendrier du projet

Le projet va se dérouler selon le planning suivant :

<b>PERIODE</b>	<b>ACTIONS A REALISER</b>
<b>Janvier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recherche des sujets avec l'ingénieur du laboratoire</li><li>• Validation du sujet</li></ul>
<b>Février</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recherche bibliographique</li><li>• Identification d'un tableau libre dans le laboratoire</li><li>• Réunion de service pour présentation du projet <i>Obeya</i></li></ul>
<b>Mars</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identification des processus concernés selon la norme ISO 15189</li><li>• Réunions de travail avec les référents</li></ul>
<b>Avril</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réunion de lancement du projet <i>Obeya</i></li><li>• Implémentation du tableau <i>Obeya</i></li><li>• Mise en place, organisation et animation des réunions</li></ul>
<b>Juillet - Août</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rédaction du mémoire</li></ul>
<b>Septembre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Préparation du support de la présentation</li><li>• Remise du mémoire</li></ul>
<b>Octobre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soutenance</li></ul>

**Figure 2 : Calendrier du projet *Obeya***

## IV. Choix de la méthode

### 1) Ce que dit la norme<sup>[1,2]</sup>

« 4.1.2.6 Communication

*La direction du laboratoire doit être dotée de moyens efficaces permettant de communiquer avec le personnel (voir également 4.14.4). Des enregistrements des sujets abordés dans le cadre des communications et des réunions doivent être conservés. »*

« 4.2.1 Exigences générales

*Le laboratoire doit établir, documenter, mettre en œuvre et entretenir un système de management de la qualité et en améliorer en permanence l'efficacité conformément aux exigences de la présente Norme internationale.*

Le système de management de la qualité doit assurer l'intégration de tous les processus nécessaires pour répondre à sa politique et à ses objectifs qualité, ainsi qu'aux besoins et exigences des utilisateurs. »

## **2) Une démarche d'amélioration continue par le *Lean* management**

Le *Lean management* est une démarche d'amélioration continue et collaborative de la productivité. Utilisée dans les industries, elle permet la recherche de la performance des processus en identifiant et éliminant les gaspillages. Le *Lean* dispose alors de plusieurs méthodes (5S, VSM...), dont une applicable à notre projet de renforcement de la communication dans le but d'atteindre les objectifs fixés par la norme, qui est l'*Obeya*.

### **3) Méthode choisie : L'*Obeya***

L'*Obeya* <sup>[3]</sup> (terme japonais qui peut se traduire par « Grande Salle ») est déjà utilisé dans l'Industrie (notamment automobile) et commence à s'étendre à des catégories plus diverses, comme dans les Banques ou la Santé (Service de Pharmacie de l'Hôpital Antoine-Béclère, AP-HP) <sup>[4]</sup>.

### **4) Description**

C'est un outil visuel où l'information est disponible et gérée collectivement dans un endroit défini (grande pièce, couloir...). Il centralise toutes les informations importantes pour un objectif partagé afin de piloter efficacement les opérations. Il permet également l'apprentissage et l'implication grâce aux échanges et partages entre les personnes. La prise de décision va être facilitée par la planification de réunions.

L'*Obeya* permet de répondre aux enjeux de performance et d'amélioration continue de la qualité. Il utilise les principes de la roue de Deming (*PDCA*) :

- **Planifier (*Plan*)** = Identifier les actions, les projets, les besoins.
- **Faire (*Do*)** = Suivi des indicateurs dans le temps, leur évolution.
- **Vérifier (*Check*)** = Faire un point avec les référents, faire des réunions, vérifier la fiabilité, la faisabilité et l'intérêt des « *items* ».
- **Ajuster (*Act*)** = Corriger les problèmes.

## V. Déploiement au laboratoire

### 1) Choix du support de communication

Notre salle *Obeya* doit être le reflet de l'avancement de notre projet qualité en temps réel et disponible à tout moment pour l'ensemble de l'équipe. Etant donné le manque de locaux disponibles, nous avons été contraints de nous adapter à la configuration de notre laboratoire.

Pour commencer, il nous fallait définir le support de base, à savoir un tableau. Nous en avons cherché un qui serait disponible et idéalement situé dans un lieu de passage, afin qu'il soit visible de tous. Il a donc été décidé de prendre le tableau accroché en face des plannings où le personnel émarge. Ce tableau se trouve dans le couloir principal du laboratoire qui est constamment traversé pour se rendre dans la salle de repos, dans les divers secteurs, dans le bureau des secrétaires, etc...La salle « *Obeya* » a alors été transformée en couloir « *Obeya* », comme choix de lieu pour diffuser les informations du projet.

Le tableau a donc été nettoyé et entièrement vidé des papiers qui l'encombraient (obsolètes, localisation inappropriée...), et mis à disposition pour ce projet (Cf. Figure 3).



**Figure 3 : Tableau servant de support à l'*Obeya***

### 2) Structuration du tableau

Etant donné que le tableau doit représenter les processus liés aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 : 2012, il nous a fallu utiliser des titres ou « *items* » visuels facilement

compréhensibles, dans le but d'améliorer le travail et l'efficacité du laboratoire dans notre démarche qualité.

Nous avons donc décidé de nous référer à la cartographie des processus du Pôle de Biologie pour définir ces *items* (Cf. Annexe 2). Afin de bien identifier les missions et les attentes de chaque référent, des réunions de travail ont été faites dont les résultats sont présentés sous la forme d'un tableau, en suivant la méthode « QQQCCP » (Cf. Annexe 3).

Les 18 *items*, ou sous-processus, identifiés à afficher dans le cadre de notre projet *Obeya* sont listés ci-dessous :

- Processus « Pilotage » :
  - 📄 *Politique Qualité du Pôle de Biologie*
- Processus « Maitrise documentaire et amélioration » :
  - 📄 *Non-conformités en cours*
  - 📄 *Attestations de lectures en attente*
  - 📄 *Suggestion du personnel*
  - 📄 *Vie du laboratoire*
- Processus « Management et organisation » :
  - 📄 *Comptes-rendus de réunions*
  - 📄 *Secteurs (Hémostase, Cytologie, Laboratoire de Garde, Plaquettes/BM)*
- Processus « Support » :
  - 📄 *Informatique*
  - 📄 *Métrologie*
  - 📄 *Hygiène et sécurité*
  - 📄 *Stocks et Matériels*
- Processus « Pré-analytique » :
  - 📄 *Indicateurs Pré-analytique*
- Processus « Analytique » :
  - 📄 *Evaluation Externe de la Qualité (EEQ)*
  - 📄 *Contrôle Interne de Qualité (CIQ)*
- Processus « Post-Analytique » :
  - 📄 *Délais de rendu*

Nous avons aussi mis d'autres documents à côté du tableau pour que le personnel puisse améliorer sa compréhension de notre démarche :

- 📄 *Cartographie des processus*
- 📄 *Tableau de suivi des indicateurs du laboratoire mis à jour (Cf. Annexe 4)*
- 📄 *Plan d'Action Qualité (PAQ) mis à jour*

Chaque *item* est inscrit sur du carton plastifié de façon claire et visible pour les référents et le reste de l'équipe, et fixé grâce à une pâte adhésive au tableau (Cf. Figure 4).



**Figure 4 : Tableau *Obeya* avec les *items***

Il est nécessaire pour chaque *item* de décrire son fonctionnement et son objectif, afin que chaque référent (suite au QQQCCP) et membre du personnel puisse le faire vivre simplement.

#### a) Politique Qualité

Selon la norme NF EN ISO 15189 : 2012 « *La direction du laboratoire doit définir l'objectif de son système de management de la qualité dans une politique qualité* » (Cf. Chapitre 4.1.2.3) et doit, de plus, « *mettre en œuvre la politique qualité* » (Cf. Chapitre 4.1.2.1). Nous avons donc décidé d'afficher la Politique Qualité afin qu'elle soit visible et consultable à tout moment par l'ensemble de l'équipe (Cf. Annexe 5).

#### b) Suivi des Non-conformités

Tout le personnel est formé à déclarer des non-conformités (NC) dans Kalilab. Cependant, beaucoup oublient de revenir sur la fiche après sa création pour y indiquer les causes, mettre une conclusion ou valider les actions curatives entreprises, ce qui bloque la clôture de la fiche. Cette communication a donc été créée dans le but de faire un rappel simple aux

créateurs de ces fiches. L'affichage se fait sous forme de tableau comprenant : le numéro de la non-conformité, un bref rappel du sujet de la fiche, le nom du créateur de la fiche, et ce qu'il manque pour la clôturer (Cf. Annexe 6).

### c) Attestations de lecture

Il est demandé par l'équipe qualité de suivre les attestations de lecture. Nous le réalisons déjà sous la forme d'un tableau qui est communiqué chaque mois par la secrétaire ou, en cas d'absence, par un référent qualité (suppléance) en l'affichant à côté des plannings.

Le tableau est donc mis à jour mensuellement et indique le nombre de documents à lire/attester pour chaque membre du laboratoire ayant accès à Kalilab (cadre, agents, techniciens, biologistes, internes, personnel de nuit, secrétaires, ingénieur). Il est désormais affiché sur notre support *Obeya* (Cf. Annexe 6).

### d) Informatique

L'indicateur « panne réseau » du processus informatique était déjà suivi par la direction qualité de notre pôle.

Nous avons décidé de suivre 3 nouveaux indicateurs : les « En-cours » par secteur (c'est-à-dire les dossiers incomplets), le nombre de dossiers rejetés en facturation, et les suggestions d'amélioration de notre processus informatique reflétant des dysfonctionnements pouvant être résolus en interne et qui sont importants dans la transmission de l'activité réalisée par notre service (Cf. Annexe 7).

Les risques associés et leurs dispositifs de maîtrise sont présentés dans le tableau suivant (Cf. Figure 5).

Indicateurs	Risques ⊗	Dispositifs de maîtrise ☺
« En-cours » par secteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dossiers incomplets</li> <li>➤ Analyses oubliées</li> <li>➤ Délai de rendu allongé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre mensuellement par secteur</li> <li>• Communiquer la liste aux biologistes</li> <li>• Identifier les analyses en attente</li> </ul>
Nombre de dossiers rejetés (erreur NIP, absence de nature de visite...).	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pas de facturation de dossier patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre mensuellement</li> <li>• Corriger les dossiers rejetés</li> </ul>
Suggestion (besoin de nouveaux paramétrages, etc...).	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pas d'amélioration continue du processus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un point mensuel</li> <li>• Inscrire les suggestions dans le PAQ</li> </ul>

**Figure 5 : Tableau de suivi des risques en Informatique**

#### e) Métrologie

Nous avons décidé de communiquer sur les points suivants (Cf. Annexe 7) :

- Le bilan mensuel de l'ouverture du logiciel par l'équipe de jour et l'équipe de nuit (nombre de connexions).
- Suivi des enceintes thermiques (suivi des pannes frigo, rappel de ne pas charger les enceintes...).
- Suivi du parc de pipettes (retrait de la paillasse, envoi en étalonnage...).
- Remarques diverses.

#### f) Compte-rendu de réunions

Les comptes-rendus sont affichés après chaque réunion. Ils seront auparavant enregistrés dans Kalilab et diffusés à tout le laboratoire via la messagerie du logiciel mais également par mail.

#### g) Secteurs analytiques

Ces *items* vont permettre à l'équipe de noter tout ce qui concerne les secteurs du laboratoire (Cf. Annexes 8 et 9). Par exemple, quand des dispositions particulières sont à prendre en compte rapidement (ne pas éteindre un automate un certain jour, calibration à faire, maintenance fournisseur prévue, automate en panne...).

#### h) Suivi des EEQ et CIQ

Le suivi des contrôles qualité interne et externe (Cf. Annexe 10) doit être communiqué à l'ensemble de l'équipe. Il est affiché sous forme de synthèse par les référents contrôles qualité de chaque secteur, afin que le personnel puisse voir et comprendre plus rapidement les examens ayant posé problème (calibration, reciblage...) et ceux qui sont acceptables.

Un code couleur simple a été utilisé :

- le vert indique que l'examen est dans les critères d'acceptabilité.
- l'orange indique que l'examen est à surveiller.
- le rouge indique qu'il faut faire une action curative immédiate.

i) Suggestion du personnel

Selon la norme NF EN ISO 15189 : 2012 (paragraphe 4.14.4) : « *La direction du laboratoire doit encourager le personnel à faire des suggestions concernant l'amélioration d'un aspect de la prestation offerte par le laboratoire. Les suggestions doivent être évaluées, mises en œuvre, si approprié, et un retour d'informations doit être adressé au personnel. Les enregistrements de suggestions et d'actions menées par la direction doivent être conservés.* »

Cet *item* permet au personnel d'écrire ce qu'il souhaite, tant que cela concerne le laboratoire (Cf. Annexe 11).

j) Vie du laboratoire

Cet emplacement permet de communiquer sur un évènement particulier comme par exemple une présentation de sujet par un interne ou un stagiaire, l'arrivée d'un nouveau collaborateur (Cf. Annexe 11)...

k) Hygiène et sécurité

Cet *item* permet de communiquer à l'équipe les résultats des indicateurs suivis pendant l'année (étiquetage des effluents et nombre d'OPCT (Objet Piquant Coupant Tranchant) débordants), d'indiquer si de nouvelles dispositions sont à prendre, ou s'il y a des rappels à faire concernant la bonne application des recommandations (Cf. Annexe 12).

l) Stocks et matériels

Cet *item* centralise toutes les informations et tous les problèmes concernant les réactifs et les automates (Cf. Annexe 12). Il permet par exemple de savoir si un réactif est rangé dans une autre pièce exceptionnellement, s'il y a des dispositions particulières, ou si un réactif est proche de la rupture de stock et donc à signaler au cadre ou au responsable des commandes.

m) Pré-analytique

Cet *item* permet de communiquer sur les indicateurs spécifiques au laboratoire (pourcentage de prélèvements coagulés, nombres de tubes non conformes, etc). De plus, les agents

travaillant à la réception peuvent noter sur la feuille tout ce qui concerne des conditions particulières liées à l'enregistrement ou au traitement des prélèvements (Cf. Annexe 13).

#### *n) Délais de rendu*

Le suivi du délai de rendu est réalisé par les référents qualité. Les données, après avoir été extraites de GLIMS et traitées sous Excel, étaient à la base directement inscrites dans le tableau des indicateurs, donc rarement consultées par le personnel. L'*Obeya* a donc été l'occasion de porter ces délais à la connaissance de tous en les affichant sous forme de graphique. Ce dernier comporte les 4 examens considérés comme critiques en cas d'urgence (TP, Hémoglobine, Plaquettes, D-Dimères). Le délai est calculé depuis l'heure de prélèvement jusqu'à l'heure de validation biologique (seuls sont sélectionnés les dossiers identifiés « urgent » dans GLIMS). Une valeur médiane est ensuite établie, puis affichée par examen. Nous avons décidé de séparer les valeurs de jour de celles de nuit pour l'affichage (Cf. Annexe 14).

De plus, suite à une consultation du personnel, il a été décidé de faire également un graphique prenant en compte les délais entre l'heure d'enregistrement et l'heure de validation biologique, ce qui reflète mieux les performances du laboratoire.

#### *o) Plan d'action qualité*

Pour communiquer sur les actions des projets en cours, le PAQ est affiché pour que tout membre de l'équipe puisse avoir accès au suivi des actions en cours (Cf. Annexe 15). Un document récapitulatif a été ajouté au PAQ pour en faire une synthèse. On y retrouve un graphique mettant en avant le nombre d'actions à faire, en cours et réalisées. De plus, une liste des personnes ayant des actions à réaliser est indiquée avec le nombre d'actions par personnes.

### **3) Mise en place du tableau**

Il s'est ensuite posé la question du support sur lequel écrire les informations de l'équipe et des référents. Nous souhaitons que les noms d'*items* restent indépendants du support d'écriture pour améliorer la visibilité. Il a été décidé de prendre des feuilles de papier qui seraient disposées sous chaque *item*. Le but étant dans un premier temps de permettre une utilisation plus aisée pour le personnel, et dans un second temps, un archivage des informations plus facile.

Afin que la lecture des *items* soit claire, rapide et efficace, nous avons choisi de les regrouper par famille dans un souci de cohérence, et d'associer une couleur à chacune d'elles (Cf. Figure 6).

	Couleur	Items
<b>Famille 1</b>		- Politique qualité - Suggestion du personnel - Vie du laboratoire
<b>Famille 2</b>		- Attestation de lecture - NC en cours
<b>Famille 3</b>		- Métrologie - Informatique
<b>Famille 4</b>		- CR Réunions
<b>Famille 5</b>		- Cytologie - Hémostase - Laboratoire de garde - Plaquettes/BM
<b>Famille 6</b>		- EEQ - CIQ
<b>Famille 7</b>		- Stocks et matériel - Pré-analytique - Délais de rendu - Hygiène et sécurité

**Figure 6 : Classement des *items* par familles et par couleurs**

#### **4) Archivage des *items***

Comme vu précédemment (voir IV-1 « Ce que dit la norme »), les documents doivent être archivés. Cela permet également de pouvoir les consulter a posteriori si besoin, ou de les utiliser comme référence pour travailler sur une nouvelle version.

Un classeur *Obeya* a été créé pour tout centraliser. Chaque intercalaire correspond à une famille d'*item* pour que la recherche soit simplifiée.

La fréquence d'archivage dépend de l'*item*. En effet, les revues mensuelles seront archivées tous les mois (NC en cours, Attestations de lecture...), les comptes-rendus de réunions à chaque nouveau cycle, et les autres feuilles quand ces dernières seront totalement remplies.

#### **5) Déroulement des réunions**

##### **a) Mise en place d'une nouvelle organisation**

Afin d'optimiser l'utilisation du tableau et des *items*, nous avons décidé de reprendre le principe des réunions hebdomadaires qui avaient été abandonné faute d'implication et de

standardisation. Les réunions *Obeya* sont normalement réalisées devant un tableau d'affichage, mais au sein de notre laboratoire nous n'avons pas de locaux disponibles pour créer cette salle de réunion.

Nous avons donc décidé d'adopter la méthodologie suivante :

- Chaque réunion se tient dans la plus grande pièce du laboratoire qui est le secteur d'hémostase.
- Les supports de réunion sont les feuilles affichées sur le tableau *Obeya*.

Nous avons aussi conservé la date du Jeudi car c'est le jour où il y a moins d'activité qu'en début de semaine, et fixé l'heure à 10h30 pour permettre à la majorité du personnel d'y assister.

Comme expliqué précédemment, les anciennes réunions n'étaient pas suffisamment bien organisées, ce qui engendrait un manque d'attention du personnel et le risque de passer à côté d'informations importantes. C'est pourquoi nous les avons structurées en 4 thématiques qui reprennent l'ensemble des *items* du tableau *Obeya* afin d'avoir une vue d'ensemble complète (Cf. Figure 7).

Réunions	Thème	Items
<b>Semaine 1 (ou S1)</b>	↳ Affaires générales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cytologie</li> <li>• Hémostase</li> <li>• Laboratoire de garde</li> <li>• Plaquettes / Biologie Moléculaire</li> <li>• Vie du laboratoire</li> <li>• Suggestion du personnel</li> </ul>
<b>Semaine 2 (ou S2)</b>	↳ Point des référents ❖ Qualité ❖ Métrologie ❖ Informatique ❖ Stocks et matériel ❖ Hygiène et sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NC en cours</li> <li>• Attestations de lecture</li> <li>• Informatique</li> <li>• Métrologie</li> <li>• Stocks et Matériels</li> <li>• Hygiène et sécurité</li> <li>• Pré-analytique</li> <li>• Délais de rendu</li> <li>• PAQ</li> <li>• Indicateurs</li> </ul>
<b>Semaine 3 (ou S3)</b>	↳ Reporting EEQ / CIQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EEQ</li> <li>• CIQ</li> </ul>
<b>Semaine 4 (ou S4)</b>	↳ Points projets, présentation, cours ❖ Projets en cours en biologie médicale ❖ Projets du groupe de recherche	Aucun <i>item</i>

**Figure 7 : Tableau représentant l'organisation des réunions par thèmes**

Un planning avec les dates prévisionnelles et les ordres du jour a été affiché au niveau du tableau sous l'*item* « CR Réunions » (Cf. Annexe 16). Un rappel est également effectué par mail chaque semaine.

Au début de chaque réunion, et en tant qu'animatrice, je récupère les feuilles remplies pour chaque *item* concernant l'ordre du jour. J'ai fixé la durée des réunions à 30 minutes maximum pour qu'elles soient efficaces et n'aient pas d'impact sur l'activité du laboratoire. De plus, en mon absence, une suppléance pour l'animation des réunions est mise en place avec comme co-pilotes Claire S. (référente qualité) et Amir K. (ingénieur en biologie).

### *b) Rappel des objectifs des réunions*

#### ↳ **Semaine 1 (Affaires générales) :**

Permet de communiquer sur ce qui s'est passé dans chaque secteur du laboratoire (Hémostase, Cytologie, Explorations Plaquettaires, Biologie Moléculaire, Laboratoire de garde). Le but étant que l'équipe puisse prendre connaissance de toutes les actualités et/ou des problèmes passés, en cours et futurs (Cf. Annexe 17).

Exemple, réunion d'Avril: En hémostase, pour une étude comparative entre deux automates, les techniciens devaient faire des aliquots supplémentaires pour les recherches de déficits en FVII et FX, et les mettre dans une boîte dédiée.

#### ↳ **Semaine 2 (Point des référents du laboratoire) :**

Cette réunion permet à chaque référent de prendre la parole pour faire un point à toute l'équipe sur les missions qui lui ont été confiées. Avant, les référents réalisaient leur travail sans le faire partager au reste de l'équipe (exemple : les délais de rendus n'étaient inscrits que sur le tableau des indicateurs et présentés seulement pendant la Revue De Direction).

De plus, le tableau des indicateurs ainsi que le PAQ ne sont - de base - consultables qu'à partir du serveur Qualité. Le personnel, à part quelques référents, n'y allait donc jamais et le plus souvent ne voyait pas qu'il y avait des actions à faire pendant l'année (Cf. Annexes 18 et 19).

Le laboratoire dispose de référents pour tous les processus (Cf. Figure 8) avec, dans la mesure du possible, au minimum un titulaire et un suppléant.

	Titulaire	Suppléant
<b>Informatique</b>	Marina G.	Pauline D.
<b>Métrologie</b>	Kévin M.	Amir K.
<b>Qualité Hémostase</b>	Marion R.	Claire S.
<b>Qualité Cytologie</b>	Thierry B.	Pauline D.
<b>Qualité Plaquettes</b>	Marina G.	Philippe L.
<b>Référents Kalilab</b>	Claire S.	Marion R.
<b>Hygiène et Sécurité</b>	Anne Flore L.	X
<b>Stock Hémostase</b>	Grégory G.	Claire S.
<b>Stock Cytologie</b>	Thierry B.	Pauline D.
<b>Stock Plaquettes</b>	Marina G.	Philippe L.
<b>Stock BM</b>	Monique P.	Claire S.
<b>Gestion EEQ / CIQ</b>		
<b>Hémostase</b>	Dr Stella S.	Tharmini K
<b>Cytologie</b>	Dr Loula P.	Thierry B.

**Figure 8 : Tableau récapitulatif des postes de référents**

#### ↳ **Semaine 3 (EEQ/CIQ) :**

C'est pendant cette réunion que les référents EEQ et CIQ de chaque secteur font le point du suivi du sous-processus, via les rapports envoyés par les organismes fournisseurs de contrôles, ainsi que sur l'étude des dérives observées au niveau des contrôles qualité journaliers.

Ils présentent aussi les actions correctives (reciblages, calibrations faites ou à faire) en expliquant la raison, afin que le personnel comprenne mieux pourquoi il doit faire ce travail. (Cf. Annexe 20).

#### ↳ **Semaine 4 (Point projets) :**

Cette réunion met en avant les différents projets en cours du laboratoire :

- Mise en place d'une nouvelle technique d'analyse
- Travaux des biologistes ainsi que de l'équipe de recherche. Les biologistes et le personnel de recherche peuvent présenter leurs projets en cours, à venir, ou faire un point d'avancement.

Cela permet au reste du laboratoire de se sentir plus impliqué dans ces travaux et d'y participer plus activement si la demande leur en est faite (par exemple utiliser des automates pour passer certains tests, ou utiliser certains réactifs particuliers). (Cf. Annexe 21).

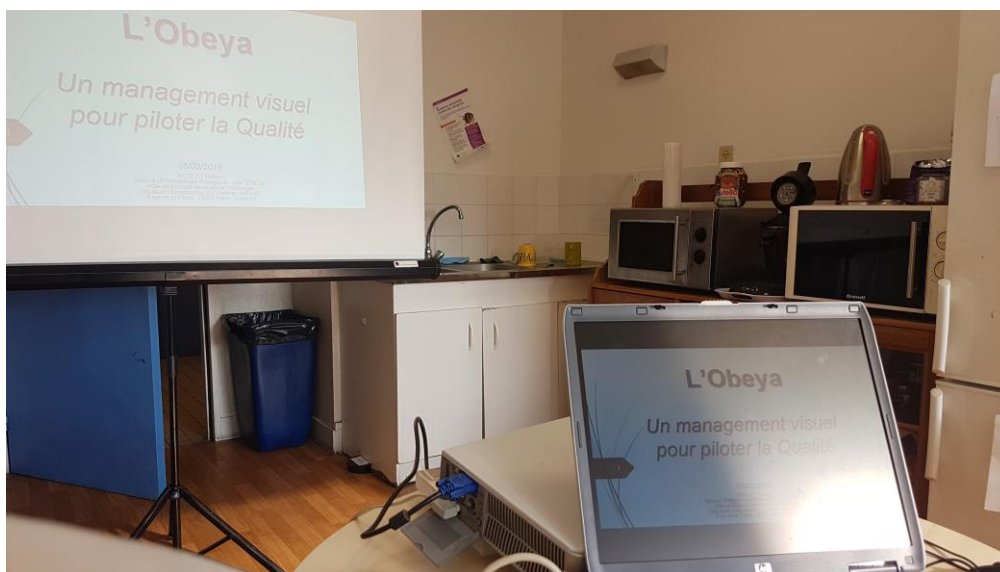
Même si ces réunions ont des thèmes définis, un point général est systématiquement fait chaque semaine.

De même, si un décalage trop important est observé (par exemple si la réunion S3 arrive trop tôt par rapport à la réception des rapports EEQ/CIQ), une replanification peut alors être effectuée (pas de réunion pendant une semaine ou réunion avec sujet libre).

## **6) Réunion de présentation du projet**

La démarche *Obeya* a été expliquée en vue de recueillir l'avis et l'adhésion de toute l'équipe du laboratoire, lors d'une présentation (Cf. Figure 9) le 22 février 2018, sur la base de la présentation faite aux enseignants du DU Assurance Qualité au Laboratoire de Biologie Médicale (LBM), Paris VI.

Les premiers retours de l'équipe ont été extrêmement positifs, ce qui m'a conforté dans le choix de ce sujet car je ressentais une réelle faiblesse dans la communication au sein de l'équipe.



**Figure 9 : Présentation du projet Obeya à l'équipe en salle de repos**

## **7) Réunion de lancement**

Une fois le sujet présenté, la base de l'*Obeya* bien identifiée et le tableau préparé, le personnel a été convié à une réunion de lancement du projet dans le couloir (Cf. Figure 10). Un rappel sur le principe, l'utilisation et les *items* du tableau *Obeya* a été fait. Une discussion a ensuite suivi l'explication pour finaliser les derniers éléments.

Il a donc été décidé, pour le confort et la compréhension de chacun :

- D'écrire très lisiblement (si possible en majuscule).
- D'écrire la date du problème ou de l'information.
- De mettre ses initiales.
- De mettre une pastille verte quand l'action est finie ou n'est plus d'actualité.

- De séparer chaque mois par une ligne si cela doit rester sur la même feuille, et d'indiquer le mois en cours.



**Figure 10 : Présentation du tableau et du fonctionnement à l'équipe (17 avril 2018)**

Une feuille récapitulative a été collée à droite du tableau afin que les absents puissent comprendre le fonctionnement de l'*Obeya* dès leur retour.

Il a également été prévu de refaire un point sur la compréhension du tableau pendant les réunions futures.

Le 03 Mai, une fois que l'équipe avait commencé à s'habituer et à comprendre l'utilisation de l'*Obeya*, les réunions ont été lancées.

## **8) Ajustements**

Au bout du premier cycle, nous avons vite réalisé que les rôles des référents pendant ces réunions n'avaient pas été totalement compris. A la suite d'une discussion avec le personnel, un « Pense-bête réunions » a été créé pour faciliter le travail des intervenants.

Ce pense-bête a permis de rappeler aux acteurs ce qu'ils devaient faire, et à quel moment (Cf. Tableau suivant).

Réunion	Items	Acteurs	Ce qu'il faut faire	Quand
<b>S1</b> <b>Affaires générales</b>	- Cytologie - Hémostasie - Laboratoire de garde - Plaquettes / BM - Vie du laboratoire - Suggestion du personnel	<b>Cadre/Biologiste</b>	- Ordre du jour	Avant la réunion S1
<b>S2</b> <b>Qualité</b> <b>Métrieologie</b> <b>Informatique</b> <b>Stocks</b> <b>Hygiène et Sécurité</b>	- NC en cours	<b>Marion R.</b>	- Extraire dans Kalilab - Nombre de déclarations mensuelles	Afficher les feuilles actualisées avant la réunion S2
	- Attestation de lecture	<b>Sophie P.</b>	- Remplir le tableau <i>EP-TN-HE-PLUS-MDO-DE-002</i>	
	- Délais de rendu	<b>Marion R.</b>	- Mise à jour (MAJ) Délais de rendu	
	- PAQ	<b>Marion R.</b>	- MAJ PAQ - Actions réalisées/Actions Totales	
	- Informatique	<b>Pauline D.</b>	- Etat des lieux des en-cours (Cyto/Hémostasie, Plaquettes/BM) - Nombre de dossiers rejetés	
	- Métrieologie	<b>Kévin M.</b>	- Suivi ouverture Sirius et informations pipettes/frigos/informations	
	- Hygiène et sécurité	<b>Anne-Flore L.</b>	- Informations et remarques	
	- Stocks et Matériels	<b>Référents stocks</b>	- MAJ commandes / état des lieux	
	- Pré-analytique	<b>Agents / Claire S.</b>	- Informations réception et indicateurs pré-analytiques	
- Indicateurs	<b>Marion R. / Claire S.</b>	- MAJ Tableau des indicateurs		
<b>S3</b> <b>EEQ</b> <b>CIQ</b>	Hémostasie	<b>Stella S.</b> <b>Tharmini K.</b>	- Faire la synthèse des rapports EEQ/CIQ avec le tableau <i>Obeya</i>	Afficher les feuilles actualisées avant la réunion S3
	Cytologie	<b>Loula P.</b> <b>Thierry B. / Pauline D.</b>	- Faire la synthèse des rapports EEQ/CIQ avec le tableau <i>Obeya</i>	
	Plaquettes	<b>Ismail E.</b>	- Pas d'EEQ	
	Biologie moléculaire	<b>Grigoris G.</b>	- Pas d'EEQ	
<b>S4</b> <b>Projets en cours en biologie médicale</b> <b>Projets du groupe de recherche</b>	Biologie médicale	<b>Ingénieur / Biologiste</b>	- Points responsables secteurs	Faire le point avant la réunion S4
	Recherche	<b>Grigoris G. / Hayat M.</b>	- Points responsables secteurs	Faire le point avant la réunion S4

**Figure 11 : Pense-bête réunions**

Depuis que ce tableau a été créé, les réunions sont beaucoup plus ciblées, efficaces, et mieux organisées.

La 2<sup>ème</sup> réunion S1 a permis de refaire un point sur l'*Obeya*, soit deux semaines après son lancement officiel.



**Figure 12 : Exemple de réunion (ici une réunion S3), dans le laboratoire d'Hémostase**

Les semaines suivantes, nous avons pu constater que le tableau *Obeya* se trouvant dans le couloir, était utilisé (Cf. Figures 12 et 13), et que le personnel faisait des retours sur son utilité et posait des questions. Par exemple : « *Je voudrais écrire telle ou telle chose, mais je ne sais pas dans quel item l'écrire* », ou alors « *J'ai vu sur le tableau que le téléphone de garde ne fonctionnait plus* ». Cela nous a conforté dans l'idée que l'équipe s'impliquait, mais qu'il restait encore quelques accompagnements à faire.



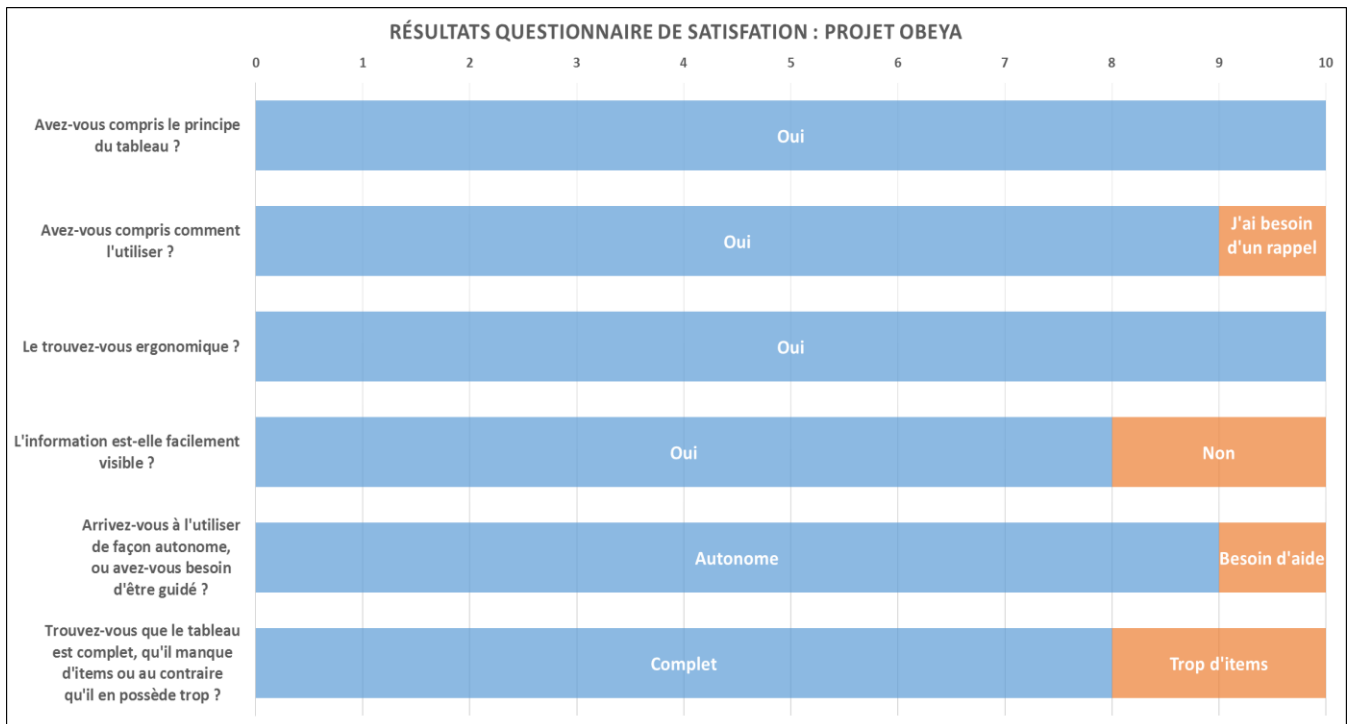
**Figure 13 : Tableau implémenté**

C'est pourquoi, afin d'avoir une vision d'ensemble du ressenti de l'équipe et des problèmes rencontrés, nous avons choisi un mois après le lancement du projet, de mettre en place un questionnaire de satisfaction assez simple avec deux thématiques : le tableau et les réunions (Cf. Annexe 22). Le but étant d'analyser les réponses, pour améliorer le plus

possible l'Obeya, et de contrôler cette amélioration en refaisant un questionnaire quelques mois plus tard.

Il a été distribué pendant une réunion Obeya à l'équipe. Il a été donné comme consigne d'être le plus honnête possible et de ne pas mettre son nom dans un souci d'impartialité.

J'ai pu récupérer 10 questionnaires remplis sur 15 diffusés. Les résultats de ce questionnaire ont été regroupés dans deux graphiques récapitulatifs, l'un concernant le tableau et l'autre l'organisation des réunions (Cf. Figures 14 et 15).

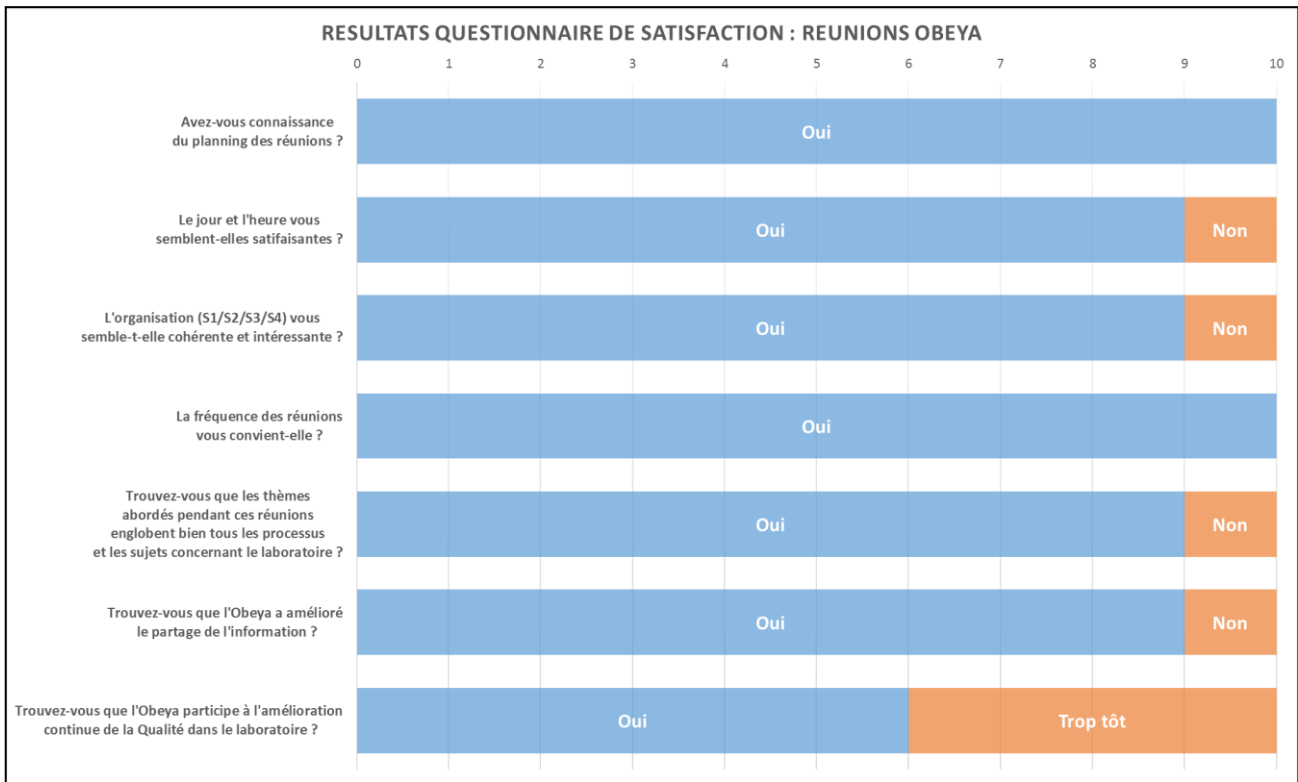


**Figure 14 : Tableau récapitulatif des résultats du questionnaire de satisfactions Obeya par rapport au nombre de réponses (partie tableau)**

Nous pouvons constater ici que le personnel trouve le tableau ergonomique. Concernant son utilisation, une grande partie de l'équipe sait correctement l'utiliser. L'information ne semble cependant pas assez visible pour quelques personnes, et il est aussi mis en avant par deux personnes qu'il y a trop d'items.

Afin de bien identifier les problèmes, nous avons mis un espace de commentaires pour avoir plus d'informations. Il est ressorti de l'analyse de ces commentaires que certains items pouvaient fusionner et que les items Pré-analytique et Hygiène et Sécurité étaient de trop.

Nous avons bien pris en compte ces remarques. Ces deux items étant vides et le personnel ne se sentant pas assez impliqué, il a été décidé de faire participer plus activement les référents concernés.



**Figure 15 : Tableau récapitulatif des résultats du questionnaire de satisfactions *Obeya* par rapport au nombre de réponses (partie réunions)**

Nous pouvons conclure, d'après les résultats des réunions *Obeya*, que les personnes ayant répondu au questionnaire sont très satisfaites du rythme, du contenu et de la durée choisie. Cependant, une partie de l'équipe estime qu'il est encore trop tôt pour ressentir les bénéfices de la pratique de l'*Obeya* sur l'amélioration continue de la qualité dans le laboratoire.

## VI. Discussion

### 1) Ce que l'*Obeya* a apporté au laboratoire

L'*Obeya* a beaucoup apporté au laboratoire et ce, de façon très concrète. Par exemple, l'information remonte beaucoup plus vite, est accessible, et le personnel s'implique beaucoup plus dans la démarche qualité du laboratoire.

Avant, les référents s'occupaient de leurs indicateurs (s'ils étaient bien identifiés) de leur côté, sans que le reste du personnel n'ait de retour. A cause du manque d'harmonisation et de standardisation de l'exploitation des données, le travail était parfois mal ou non fait.

L'*Obeya*, grâce à la mise en place des *items* et des réunions, a permis de structurer et d'organiser le travail des référents. A la fin de chaque réunion, le PAQ est alimenté, permettant d'avoir un suivi efficace des actions à réaliser. Les collègues se sentent alors écoutés, beaucoup plus impliqués et cherchent à progresser.

Nous avons constaté que le nombre d'actions inscrites dans notre PAQ a augmenté de 13% en comparaison de l'année précédente, et cela en seulement 7 mois (Cf. Figure 16).

	2017	2018
<b>Nombre d'actions inscrites dans le PAQ</b>	72	82 (entre le 01/01 et le 31/07) <i>dont 47 actions issues des réunions « Obeya »</i>

**Figure 16 : Nombre d'actions 2017/2018 dans le PAQ**

L'Obeya a permis d'avoir un avancement du projet visible et partagé, un renforcement de la coopération et une communication entre les différents membres de l'équipe.

## **2) Focus sur le processus Métrologique**

Les réunions *Obeya* ont permis de présenter un suivi mensuel des sous-processus de métrologie (Suivi du relevé des températures, Gestion du parc d'enceintes thermiques...).

Le référent métrologie a pu communiquer à l'équipe que le logiciel Sirius n'était pas ouvert tous les jours, en présentant les résultats du suivi du nombre de connexion au logiciel.

Cela a eu comme effet d'instaurer une dynamique au sein de l'équipe et donc d'obtenir une augmentation globalement stable du nombre de personnes se connectant au logiciel, ainsi qu'une diminution du nombre de jours sans connexions à Sirius. (Cf. Tableau suivant).

	<i>Mars</i>	<i>Avril</i>	<i>Mai</i>	<i>Juin</i>	<i>Juillet</i>	<i>Août</i>
<b>Nombre de connexions à Sirius</b>	9	10	13	8	14	13
<b>Nombre de jours sans connexion à Sirius</b>	12	9	1	3	1	6

**Figure 17 : Tableau de synthèse des connexions au logiciel Sirius**

## **3) Focus sur le processus Informatique**

La référente informatique extrait le nombre de dossiers incomplets dans Glims (Cf. Figure 18). Il manque à ces derniers soit une conclusion, soit la validation biologique d'un ou plusieurs examens, ou encore une ligne d'examen vide (exemple : frottis demandé) qui n'a pas été discontinuée.

Nombre de dossiers incomplets par secteurs	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
<b>Cytologie</b>	13	73	82	63	88	32
<b>Hémostase</b>	38	22	150	160	84	37
<b>Plaquettes</b>	1	0	0	0	0	0

**Figure 18 : Tableau de synthèse du nombre de dossiers incomplets sur GLIMS**

Par exemple, pour le mois de Juillet :

- En Cytologie, il y avait 52 codes MGGR et 32 « frottis demandés ».
- En Hémostase, il manquait 33 conclusions, et 48 examens non réalisés ou en attente de validation biologique.

Des rappels ont donc été faits pendant la réunion S2. Il a été souligné l'importance de faire les « in-rendus » (dossiers incomplets) quotidiennement. De plus, la référente a décidé de les imprimer mensuellement et de les remettre aux biologistes afin qu'ils puissent corriger les dossiers en attente.

#### **4) Focus sur le processus Hygiène et Sécurité :**

Le poste de référent Hygiène et Sécurité était vacant au début du projet. Des échanges sur ce thème devant le tableau *Obeya* ont mis en exergue l'absence d'actions sur ce processus. Un membre de l'équipe technique s'est alors proposé pour occuper cette fonction, démarche validée par le cadre du laboratoire.

Depuis, grâce au tableau, un suppléant a été trouvé afin d'aider la nouvelle référente. Ils ont tous les deux été inscrits à des formations dans le but d'améliorer leur compréhension et leur efficacité dans ce processus.

#### **5) Réflexion sur la notion de « pièce »**

Même si *Obeya* signifie grande pièce, le lieu physique de la réunion n'est pas le plus important. Compte tenu des locaux, il a fallu s'adapter, comme faire les réunions dans un secteur analytique différent du lieu d'affichage de notre projet *Obeya*.

Cependant, une pièce dédiée à l'*Obeya* augmenterait l'efficacité de ce dernier. Cette pièce permettrait d'afficher le tableau avec tous les projets en cours, d'y accueillir les réunions et de rester disponible à toute heure pour le faire vivre.

Concernant le laboratoire de garde, situé dans un autre bâtiment, une réflexion a été menée avec l'équipe sur le fait de mettre un « petit *Obeya* » dans cette pièce. Compte tenu de la

taille très petite du laboratoire, il a été décidé de garder le système actuel, à savoir un cahier de transmissions. Il permet à l'équipe de nuit de faire remonter les problèmes à l'équipe de jour. Ce système fonctionne actuellement très bien à court terme, mais ne permet pas de mener une réflexion avec les acteurs de terrain sur un problème donné. Nous avons donc intégré un *item* « Laboratoire de garde » dans le laboratoire central pour mettre en avant les informations les plus importantes.

Bien évidemment, l'*Obeya* ne doit pas remplacer complètement la communication entre les différents acteurs et membres de l'équipe, mais il s'oriente comme un outil supplémentaire de management de la Qualité qui va améliorer le partage et la transmission des informations.

## VII. Conclusion

Le tableau *Obeya* a permis de centraliser l'information, et de mieux la faire partager auprès de l'ensemble de l'équipe. La régularité des réunions et leur organisation augmente l'efficacité du tableau, car les *items* sont repris et exploités par le personnel du laboratoire.

L'*Obeya* ne peut fonctionner qu'avec l'implication de l'ensemble de l'équipe. Chaque tâche doit être identifiée, de même que le rôle des référents et des acteurs engagés dans la démarche qualité. Si tout est bien défini, il n'y a plus qu'à trouver l'organisation optimale (tableau, lieu, réunions) et veiller à ce que l'*Obeya* vive et soit bien alimenté étant donné que cette méthodologie japonaise dont la culture est connue comme très « ritualisée » va nécessiter un suivi régulier.

Ce projet a donc eu un réel impact sur la démarche qualité du laboratoire. Il a permis d'alimenter beaucoup plus efficacement le PAQ, et de mettre ainsi en œuvre plus d'actions. Le personnel du laboratoire s'est dans l'ensemble impliqué, comprend mieux les attentes et les exigences de la norme NF EN ISO 15189 : 2012. L'équipe technique en s'appropriant la méthodologie fait vivre l'*Obeya* naturellement mais pour qu'il monte en efficacité, une implication plus soutenue des biologistes est nécessaire.

Ce projet m'a également permis, grâce aux échanges et discussions avec tous les référents du laboratoire, d'aborder l'organisation et l'animation de réunion que je ne réalisais pas auparavant.

Ce DU Assurance Qualité au LBM m'a permis d'approfondir mes connaissances acquises sur le terrain, d'utiliser des outils concrets pour mettre en place ce grand projet, et d'avoir une meilleure compréhension de la démarche qualité et ses enjeux au sein du laboratoire.

Cette formation a été très bénéfique pour moi tant sur le contenu que sur la mise en œuvre au laboratoire, et m'a donné envie de poursuivre dans le domaine de la qualité et d'entamer un cycle d'ingénieur au CNAM.

## Bibliographie / Webographie

[1] Norme NF ISO 15189 : 2012

[2] SH REF 02

[3] Coupé Christophe, *L'Obeya, une pratique Lean pour dynamiser votre management*, [www.usinenouvelle.com](http://www.usinenouvelle.com)

[4] Descout J, Decottignies A, Vaconsin P, Fortineau V, Barbault-Foucher S, Rieutord A. L'Obeya, bien plus que de la communication visuelle, une révolution culturelle du management. *J Pharm Clin* 2015 : 113-23 doi :10.1684/jpc.2015.0315

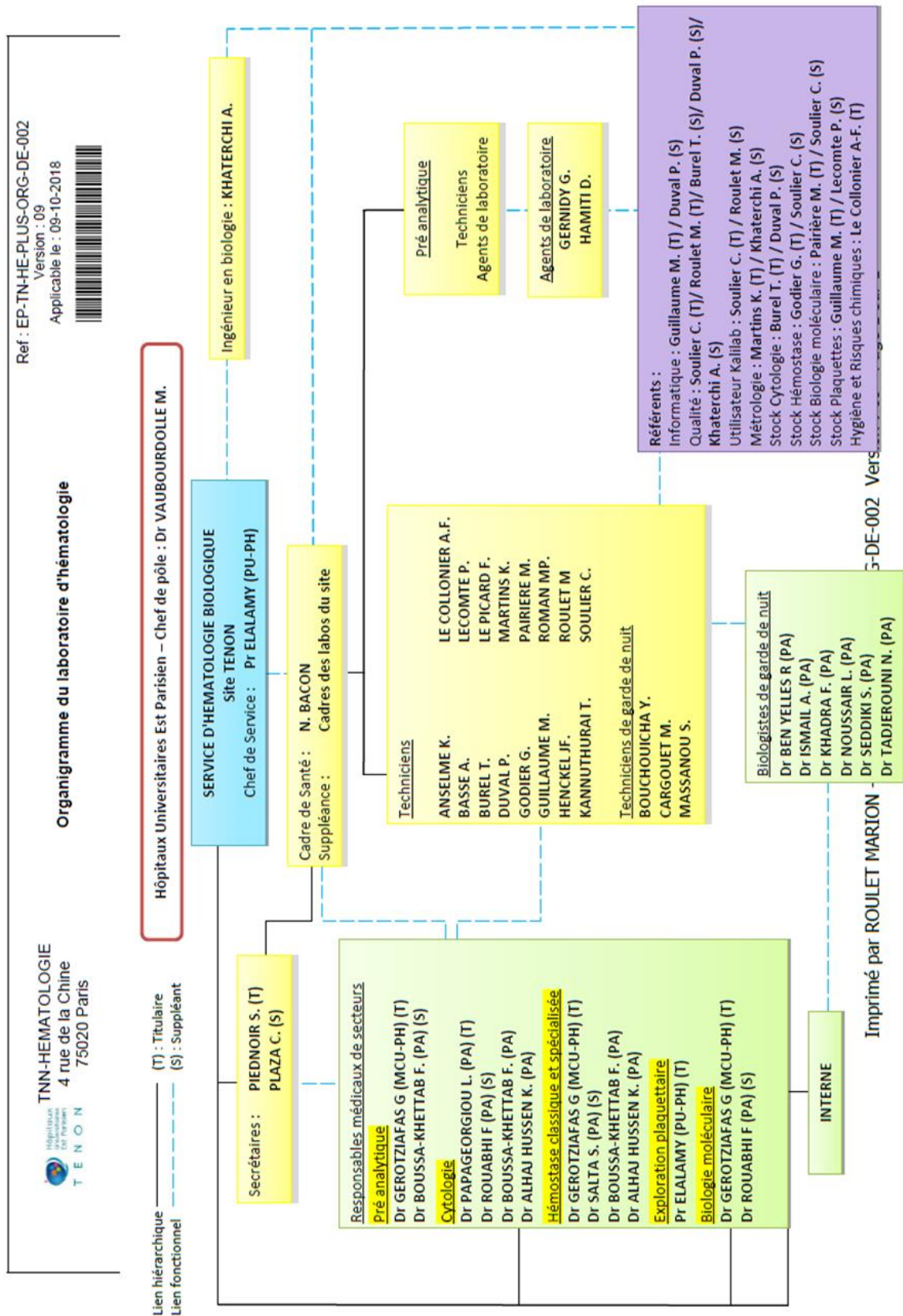
### **Internet :**

- <http://huep.aphp.fr/qui-sommes-nous/presentation/>
- [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_261106/fr/hopitaux-universitaire-est-parisien-ap-hp\(19/01/18\)](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_261106/fr/hopitaux-universitaire-est-parisien-ap-hp(19/01/18))
- <http://huep.aphp.fr/specialites-poles-expertise/traitement-des-maladies-rares/>
- <http://huep.aphp.fr/qui-sommes-nous/valeurs-missions/>
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital\\_Tenon](https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_Tenon)

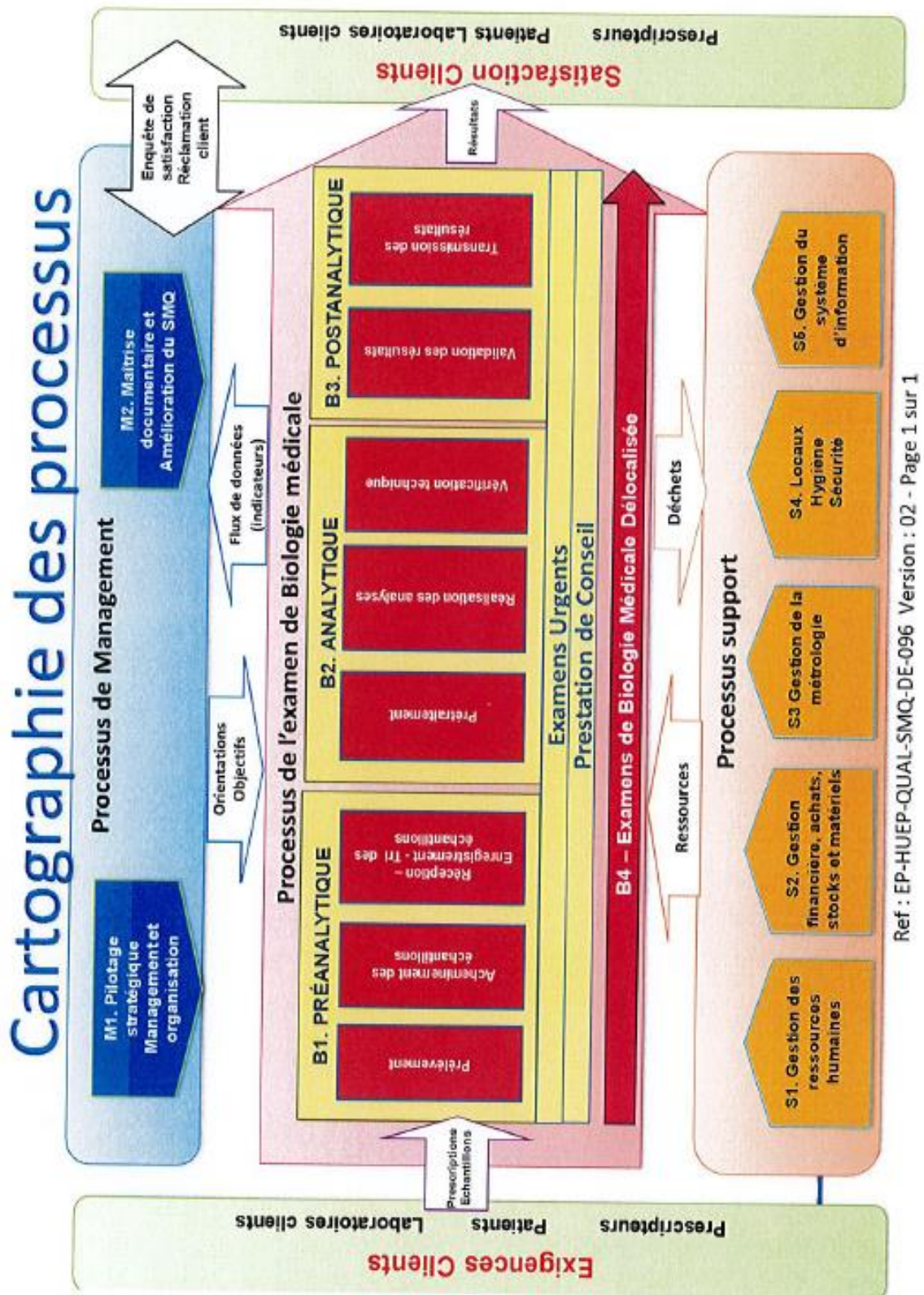
## Annexes

<b>ANNEXE 1</b> .....	Organigramme du laboratoire d'Hématologie
<b>ANNEXE 2</b> .....	Cartographie des processus
<b>ANNEXE 3</b> .....	QOQCCP Référents
<b>ANNEXE 4</b> .....	Tableau des indicateurs qualité
<b>ANNEXE 5</b> .....	Politique Qualité
<b>ANNEXE 6</b> .....	Suivi des NC en cours/Attestations de lecture
<b>ANNEXE 7</b> .....	Informatique / Métrologie
<b>ANNEXE 8</b> .....	Secteurs Hémostase / Cytologie
<b>ANNEXE 9</b> .....	Secteurs Plaquettes / Biologie Moléculaire / Laboratoire de garde
<b>ANNEXE 10</b> .....	Suivi des EEQ et CIQ
<b>ANNEXE 11</b> .....	Suggestion du personnel / Vie du laboratoire
<b>ANNEXE 12</b> .....	Hygiène et sécurité / Stocks et matériels
<b>ANNEXE 13</b> .....	Pré-analytique
<b>ANNEXE 14</b> .....	Délais de rendu
<b>ANNEXE 15</b> .....	Synthèse des actions du Plan d'Action Qualité
<b>ANNEXE 16</b> .....	Planning prévisionnel des réunions
<b>ANNEXE 17</b> .....	Compte-rendu de réunion S1
<b>ANNEXE 18</b> .....	Compte-rendu de réunion S2
<b>ANNEXE 19</b> .....	Compte-rendu de réunion S2 (suite)
<b>ANNEXE 20</b> .....	Compte-rendu de réunion S3
<b>ANNEXE 21</b> .....	Compte-rendu de réunion S4
<b>ANNEXE 22</b> .....	Questionnaire de satisfaction

# Annexe 1 : Organigramme du laboratoire d'Hématologie



## Annexe 2 : Cartographie des processus



Ref : EP-HUEP-QUAL-SMQ-DE-096 Version : 02 - Page 1 sur 1

## Annexe 3 : QQQCCP Référents



Quoi ?	Métrologie	Informatique	Hygiène et Sécurité	CIQ / EEQ	Cytologie	Hémostase	PLQ	BM	Préanalytique
Qui ?	Kévin M.	Marina G. Pauline D. Franck L. (en formation)	Grégory G. (anciennement) Anne-Flore L. (en formation)	Tharmini K. Thierry B.	Thierry B. Pauline D.	Marie-Paule R. Claire S.	Marina G. Philippe L.	Monique P. Claire S.	Claire S. Dominique H.
Où ?	Laboratoire Hématologie	Laboratoire d'Hématologie	Laboratoire d'Hématologie	Laboratoire d'Hématologie	Secteur Cytologie	Secteur Hémostase	Secteur Plaquettes	Secteur Biologie moléculaire	Secteur Préanalytique
Quand ?	S2	S2	S2	S3	S1	S1	S1	S1	S1
Comment ?	- Rappels pipettes, remplissages frigos, congélateurs) - Gestion des pipettes (envoyées, états) - Alarmes Sirius - Réactifs déplacés ou en surveillance (impact changement température)	- Créations des nouveaux comptes (à faire et faits) - Changement paramétrage (création de nouvelles listes de travail, analyses...)	Reporting indicateur H&S : Taux de bidons climiques correctement étiquetés Nombre de collecteurs OPC Débordants Rappels des bonnes pratiques de remplissage des DASRI	A faire pour tous les secteurs analytiques : - Reporting Etude des dérives - Reporting CIL mensuel - Reporting Qualiris (EEQ) - Repassage Qualiris - Corrélation des autonnates	- Réactifs (stock, état) - Dates d'interventions prévues SAV (maintenances) - Nouveau lot à mettre en place - Problème ou panne (équipements...)	- Réactifs (stock, état) - Dates d'interventions prévues SAV (maintenances) - Nouveau lot à mettre en place - Problème ou panne (équipements...)	- Réactifs (stock, état) - Dates d'interventions prévues SAV (maintenances) - Nouveau lot à mettre en place - Problème ou panne (équipements...)	- Réactifs (stock, état) - Dates d'interventions prévues SAV (maintenances) - Nouveau lot à mettre en place - Problème ou panne (équipements...)	- Taux des NC préanalytiques des examens non réalisés - % de tube avec date péremption non conforme - Problème ou panne (équipements...)
Combien ?	1 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par semaine
Pourquoi ?	Emplacement des pipettes pour études d'impact (mieux identifier pipettes pour étude d'impact) / Eviter de nouvelles alarmes de températures / Eviter les impacts de températures sur les réactifs	Rapidité pour la création des comptes / Meilleure utilisation de l'outil informatique par le personnel	Meilleure gestion des déchets et des produits à risques	Action rapide sur les dérives / Peut éviter une étude d'impact importante / Garantie de qualité du résultat	Problèmes liés au passage des contrôles / Utilisation du mode dégradé / Gestion et anticipation stock réactifs	Gestion et anticipation stock réactifs / Meilleure gestion des EEQ et CIQ / Nouvelles bornes ou nouveaux lot plus rapide à mettre en place	Meilleur partage de l'information au reste de l'équipe	Meilleur partage de l'information au reste de l'équipe	Meilleur suivi des indicateurs Pré-analytiques Suivi des non-conformités
Date entrevue	28/03/2018	30/03/2018	30/03/2018	16/04/2018	29/03/2018	30/03/2018	29/03/2018	29/03/2018	29/03/2018

# Annexe 4 : Tableau des indicateurs qualité

TABLEAU DE BORD DES INDICATEURS PROCESSUS : TENON HEMATOLOGIE ANNEE 2018

Processus	Indicateur	Objectif	Périodicité	Niveau de suivi	Cible	Mode de calcul	Résultats						
M2. Maitrise documentaire et amélioration du SMQ	*Nombre de réclamations	Evaluer la satisfaction des clients	Annuelle	Unité	Suivi	Année N/N-1							
	*Nombre de non-conformité dans Kalilab signalé	Evaluer le signalement de dysfonctionnement par l'équipe	Trimestrielle	Unité	Suivi	Année N/N-1 2017 : 99	15	12					
B.1 Préanalytique	*Taux des NC préanalytiques des examens non réalisés	Amélioration de la prise en charge du patient	Trimestrielle	Unité	<2%	% par rapport au nb de pvs coag	2,33%	2,31%					
	8%						5,52%						
	% de remplissage Heure Prélèvement		Semestrielle	Unité	>75%	S1 : 07/2018 S2 : 12/2018	99%						
	% de remplissage Traitement anticoagulant						S1 : 07/2018 S2 : 12/2018	88% (scan) 58% (manuel)					
	% de tube avec date péremption non conforme		Semestrielle	Unité	0	S1 : 01/2018 S2 : 07/2018	0%						
	*Taux d'erreurs de saisie manuelle des demandes						Faire en Novembre						
B.2 Analytique	*Nombre d'EEQ non conformes (par système analytique)	Evaluer les performances analytiques	Trimestrielle (ou annuelle pour les unités n'ayant pas de fréquence de passage d'EEQ suffisante pour permettre une analyse trimestrielle de données)	Unité	0	Nb EEQ hors normes (à mettre en rapport avec le nombre total d'EEQ)	2/72	4/72	/72	/72			
							TP	1/18	1/18	/18	/18		
							TCA	0/18	0/18	/18	/18		
							Fib	1/18	0/18	/18	/18		
							F2	0/18	3/18	/18	/18		
B.3 Postanalytique	*Nombre de modifications de CR	Evaluer les erreurs de résultats	Annuelle	Unité	<1% (harmonisé avec SAT)	Nombre de modification (à mettre en rapport avec le nbre total de dossiers rendus) • 09/07/2018 : 180703028202							
	*Prestations de conseil	Evaluer le nombre de prestation de conseil réalisée dans le laboratoire	Trimestrielle	Unité	CLB_HE MOS	Année N/N-1 2017 : 9	7	2	Faire en OCTOBRE	Faire en JANVIER			
	* Taux de résultats d'examens urgents rendus dans les délais (prendre en compte l'Heure de prélèvement → diffusion du résultat)	Amélioration de la prise en charge du patient	Trimestrielle	Unité	>90%	• 04/08/2018 : Panne pneumatique • 12/09/2018 : Panne pneumatique							
	Hémoglobine					Hb ≤1h30	Jour	41%	45%				
					Nuit	39%	77%						
					Hb ≤2h	Jour	67	46					
	Numération plaquettaires						Nuit	56	86				
							Jour	9	28				
							Nuit	14	58				
							PLQ ≤ 3h (frottis)	Jour	81%	83%			
							Nuit	84%	91%				
							PLQ ≤ 2h (frottis)	Jour	57	31			
	TP							Nuit	53	83			
								Jour	88%	80%			
								Nuit	81%	93%			
								TP ≤ 3h	Jour	0	2		
								Nuit	4	14			
								TP ≤ 1h					
D-dimères ELISA (DDI)							DDI ≤ 3h	92%	93%				
							Faire sur 1 semaine						
S.2 Gestion financière-Achats-Stocks et Matériels	*Nombre de ruptures de stocks	Evaluer la continuité de service correctives à mettre en place	Annuelle	Unité	0	Année N/N-1	Ruptures de stock : Erreurs de livraisons :						
	*Nombre de réactifs périmés concernant les méthodes manuelles						D-DIMERES VIDAS : ROTEM : TST : STA-CLOT : PLAQUETTES : BIOLOGIE MOLECULAIRE :						
	*Nombre de pannes avec impact sur le résultat	Evaluer l'efficacité des maintenances	Semestrielle	suivi	0	Année N/N-1	Nombre de procédure dégradée : • 07/08/2018 : T* forte au labo garde retour sur Acharid						
	*Nombre de NC de matériel année N						S'assurer du bon fonctionnement global du parc de matériels	Pneumatique : Etiqueteuse 1 : Etiqueteuse 2 : SYSMEX XE : SYSMEX SP1000 : SYSMEX XN : STA-R 4365 : STA-R 1227 : STA-R 4165 : Vidas Hémato :					
S.4 Locaux-Hygiène et sécurité	* Taux de bidons d'effluents chimiques correctement étiquetés	Respect de la réglementation	Annuelle (préférence Semestrielle)	Unité	100%	S1: 29/01/18	3/10						
S.5 Gestion du système d'information	*Nombre de collecteurs OPCT débordants	Sécurité du personnel	Semestrielle		0								
	*Nombre de NC informatiques par SGL	S'assurer qu'il n'y ait pas de dérive dans le fonctionnement des SI utilisés par les laboratoires	Annuelle	Unité	Pérennité SGL	Année N/N-1	SYSMEX XE : SYSMEX XN : STA-R 4365 : STA-R 1227 : STA-R 4165 :						
							• 04/04/2018 de 09h à 11h : Panne Citrix • 26/04/2018 de 15h à 17h : GLIMS indisponible pr des opérations techniques • 04/09/2018 : Panne Citrix						

## Annexe 5 : Politique Qualité

	TNN- HEMATOLOGIE 4 rue de la Chine 75020 Paris	<b>Déclaration de politique qualité</b>	Ref : EP-HUEP-PLUS-SMQ-DE-061 Version : 03 Applicable le : 09-05-2016
			

### **Déclaration de politique de la qualité en Biologie Médicale, Pathologie et Microbiologie de l'environnement**

Le Pôle de Biologie Médicale et Pathologie du groupe hospitalier HUEP, AP-HP, représenté par le Dr Michel Vaubourdolle, chef de pôle, s'engage, à :

- réaliser et à développer des examens de biologie médicale et d'anatomie et cytologie pathologiques de qualité au bénéfice de l'ensemble des patients pris en charge ainsi qu'à celui des prescripteurs des services cliniques du GH et des prescripteurs externes.
- mettre à disposition de l'unité d'hygiène tous les moyens nécessaires pour la recherche de légionelles environnementales selon les normes en vigueur.

Ces prestations couvrent l'ensemble du processus de réalisation des examens de Biologie Médicale et d'anatomie et cytologie pathologiques depuis la prescription, le prélèvement, l'acheminement, la réception des échantillons par les unités pré et post analytiques (UCORE) jusqu'à la validation biologique, l'interprétation des résultats et leur transmission auprès du clinicien.

Toutes les spécialités biologiques sont présentes au sein du Pôle pour assurer la réalisation d'un bilan biologique complet au patient, conforme aux attentes des unités de soins du GH, avec un délai de retour des résultats en accord avec les besoins cliniques. Les examens demandés en urgence et figurant sur une liste limitative déterminée en accord avec les prescripteurs, sont réalisables 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Lorsque les examens prescrits ne peuvent être réalisés par le laboratoire du GH, une transmission à un laboratoire référent sera faite, en assurant la qualité des étapes pré et post analytiques et en évaluant le service rendu par le laboratoire destinataire.

Une structure pluridisciplinaire est chargée de gérer la Biologie Délocalisée en faisant participer les services cliniques, l'administration, et le laboratoire de biologie médicale du GH (Comité d'Encadrement des Examens de Biologie Médicale Délocalisée – CEEBMD).

Le Pôle s'engage à :

- Mettre en place un système qualité homogène sur l'ensemble de l'activité de Biologie Médicale et de Pathologie du GH, couvrant également la recherche de légionelles ainsi que la tumorothèque du GH pour assurer le meilleur niveau possible de qualité et de sécurité pour l'ensemble des prestations citées ci-dessus.
- Mettre en place une gestion commune favorisant la concertation entre spécialités, la collaboration entre catégories professionnelles, l'optimisation des moyens et l'adaptabilité face aux évolutions de la biologie médicale.
- Respecter les règles de confidentialité et la prévention des risques professionnels
- Participer à la lutte contre les infections nosocomiales et aux vigilances sanitaires
- Assurer la formation de l'ensemble du personnel concerné par la réalisation des examens afin qu'il applique la politique qualité énoncée ici, en respectant les procédures en vigueur et en se conformant aux bonnes pratiques professionnelles, dans le cadre du système de management de la qualité.
- Accréditer progressivement l'ensemble des examens de biologie médicale et d'anatomie et cytologie pathologiques sur l'ensemble du GH en se conformant aux normes NF EN ISO 15189 et NF EN ISO 22870, dans les délais impartis.
- Maintenir l'accréditation de la recherche de légionelles environnementales selon la norme NF EN ISO 17025 et les normes techniques spécifiques
- Maintenir et étendre progressivement la certification AFNOR de la tumorothèque du GH ainsi que la certification de la germethèque selon la norme NF S 96900

# Annexe 6 : Suivi des NC en cours/Attestations de lecture

**Tableau récapitulatif des Non-conformités en cours**

N°	Sujet	Créateur de la NC	Ce qu'il manque
EPW-02-18-522	Contrôle qualité	Stella	Action préventive => Amir
EPW-03-18-524	Contrôle qualité	Stella	Action corrective
EPW-03-18-525	Contrôle qualité	Stella	Action corrective
EPW-04-18-540	Contrôle qualité	Stella	Attente scan CIQ
EPW-04-18-541	Contrôle qualité	Stella	Attente scan CIQ
EPW-04-18-542	Contrôle qualité	Stella	Action préventive
EPW-07-18-551	Contrôle qualité	Amir	Rapports Juillet
EPW-07-18-552	Contrôle qualité	Amir	Rapports Juillet
EPW-07-18-554	Contrôle qualité	Amir	Rapports Juillet
EPW-07-18-555	Contrôle qualité	Amir	Impact ?
EPW-07-18-558	Métrologie	Kévin M.	Matériel, conclusion
EPW-07-18-560	Coupure	Amir	Voir avec Nathalie B.
EPW-08-18-561	Métrologie	Kévin M.	Conclusion
EPW-08-18-562	Climatiseur	Kévin M.	Voir avec Nathalie B.
EPW-08-18-564	Alarme tiroir réactif	Amir	Conclusion

Mois	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc
NC déclarées	4	2	9	9	2	1	7					

TNN-HEMATOLOGIE  
4 rue de la Chine  
75020 Paris

Ref : EP-TN-HE-PLUS-MDO-DE-002  
Version : 01  
Applicable le : 29-05-2017

Tableau de suivi mensuel des attestations de lecture



## Mois de juillet 2018

Equipe de JOUR											
Nom	Att. Hémato	Att. Pôle	Nom	Att. Hémato	Att. Pôle	Nom	Att. Hémato	Att. Pôle	Nom	Att. Hémato	Att. Pôle
• Anselme	0	0	• Henciel	4	3	• Saba	21	4			
• Bacon	0	0	• Kannathurali	0	0	• Souler	0	4			
• Basee	8	2	• Khaberchi	0	8						
• Burel	0	0	• Khettab	148	19	• Interne					
• Coumbel	1	1	• Le Collonnier	0	11						
• Dabat	1	0	• Le Picard	0	1						
• Doval	4	1	• Leconte	11	2	Equipe de Nuit					
• Elblamy	0	22	• Martins	7	6	Nom	Att. Hémato	Att. Pôle			
• Galer	0	0	• Plainière	0	1	• Ben Yelles	44	11			
• Gendy	7	2	• Pappageorgou	42	8	• Bouchoucha	49	23			
• Gerotzaifas	12	3	• Piedoar	0	0	• Cergouet	21	4			
• Gualéa	72	13	• Roman	6	2	• Chéif Toul	0	0			
• Gouler	27	4	• Rouahla	36	8	• Massanou	48	5			
• Guillaume	0	2	• Roulet	0	0	• Tadjerouni	23	5			
• Hamb	3	1				• Ismail	37	1			
						• Khadra	7	1			
						• Noussar	14	1			

Ref : EP-TN-HE-PLUS-MDO-DE-002 Version : 01 - Page 1 sur 1

# Annexe 7 : Informatique / Métrologie

## Informatique

- En cours GLIMS

MOIS	Juillet 2018											
	SECTEURS	CYTOLOGIE	HEMOSTASE	PLAQUETTES								
Nombre de dossier en attente de validation	88	84	0									
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 52 Code MGGR</li> <li>• 32 Frottis demandés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 33 Conclusions</li> <li>• 48 en cours</li> </ul>										

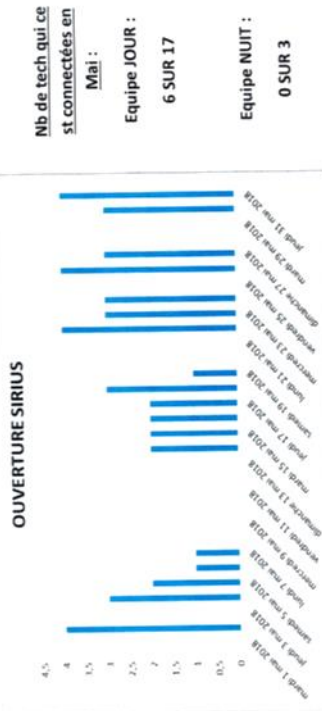
- Suivi

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Cyto.	/	/	13	73	82	63	88					
Hémo.	/	/	38	22	150	160	84					
Plaq.	/	/	1	0	0	0	0					

- Nombre de dossier rejeté
  - 6 rejets dont 4 « Garde TNN »

SUGGESTION	RECEPTION - CYTOLOGIE - HEMOSTASE - PLAQUETTES - BM
(ex : création de nouveaux paramètres...)	- Discussion avec les collègues SVP (en posant toutes les questions)

## NOMBRE DE CONNEXIONS AU LOGICIEL SIRIUS en MAI 2018



Mois	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Nb tech (en moyenne)	4	7	6							

### REMARQUES :

- L'ouverture de Sirius se fait un peu plus régulièrement de jour (Merci !) mais pas assez pendant les gardes le weekend et quasiment jamais à Morin.
- Depuis le 24/05/2018, notre congélateur - 80°C est denouveau en PANNE !!
  - ⇒ Nous allons donc ARRETER le suivi « MANUEL » de la température du congélateur (lors de l'ouverture du laboratoire à 7h).
  - Nous sommes toujours en attente d'une date d'intervention (idem pour les climatiseurs Achard + Morin, le congélateur - 40°C).
- Les 2 pipettes (HC01 et HC08) retirées le mois dernier des paillasses pour être étalonnées sont revenues « conformes ». HC01 avait été mise de côté car elle fuyait, donc tout va bien !
- MORIN : Notre frigo (R12) ne cesse de refroidir !! Le frigo va être examiné par l'unité de métrologie le lundi 11/06. Nous pouvons continuer à utiliser nos réactifs.

# Annexe 8 : Secteurs Hémostase / Cytologie

## Hémostase

AVRIL

17.04.18 CJR ●  
FAIRE QCV VIDAS 1 fois / semaine

24.04.18 ●

SOURIS DU STAR-2 HS  
↳ ENVOI D'UNE NOUVELLE SOURIS PAR STINGO, IL FAUDRA RENVoyer L'ANCIENNE. NT  
↳ NOUVELLE SOURIS INSTALLÉE LE 26.4.18 NT

26.4.18 NRN

CONGELER TJS 2 ALIQUOTS POUR LES DOSAGES DE F<sup>III</sup> ET F<sup>X</sup>. APRÈS LES DOSAGES GARDER L'ALICUOT NON DÉCONGELÉ DANS LA BOÎTE "AIR III + X" PRÉVUE À CET EFFET. (ON LES GARDE POUR FAIRE L'ÉTUDE COMPARATIVE STAR-2 (STAR-2))

MAI

A ma grande surprise 0 résultat pour fibrinogène  
Thrombin SIEMENS mais N'est pas capable en guide (Nothum)  
Donc 500 résultats à ACHARD → voir lundi à Myrse  
en chambre? - MP le 12/05/18. → IL reste 4 boîtes dans le frigo des hémoglobines. Cool mais

Morce de les mettre en équilibre - je les ai mises à l'équilibre  
aujourd'hui - MP.

## Cytologie

AVRIL

26.4.18 NFG ●  
LES NFS DE L'ONCO ET DE PALLIÈZ DOIVENT ÊTRE FAITES À NORIN POUR DES RÉSULTATS RENDUS AVANT 8h. LES PATIENTS ONT DE LA CHINIO (OU PAS) DERRIÈRE.

MAI - Juin

• La Norme de la CCNH passe à 36,5, l'activation de GR.Hc sera plus courante et si peu de correction par le labo.  
Ma hematocrite centrifuge est mauvaise.

• Pour la correction spinose elle devient obligatoire tous les jours de la semaine et passera à noter les GR.Gy Type et de polygones. Optique sur les frottis cells. 98.  
du XP et du XC.

Le 10.6.18 NT

ENCORE BEAUCOUP D'ERREURS COLO 2 ET 3 AU NIVEAU DU SP1000! ET CE MALGRÉ LES NOUVELLES CASSETTES + ERREUR NVP PIPETTE EAU (BAS).

● 12/6. }  
→ de Carrelles pleines et pleines ou mal réglées.  
Action corrective. Pas de Carrelles et uniquement des canules.

}  
→ exciser manuellement pipette. Il s'agit de la dernière pipette.  
Action corrective. Attention à la bande à voir de l'écran XL de la pipette.

● 12/6. Rappel sur la période post-traitement de Carrelles.

# Annexe 9 : Secteurs Plaquettes / Biologie Moléculaire / Laboratoire de garde

## Plaquettes / BM

MAI

24.5.18 - cf bon de livraison

JUIN

RAS

JUILLET / Retard thromboécodé. à cause d'une augmentation Bil (d'activité)

### PLAQUETTES :

- \* Les Non Conformités Préanalytiques ne sont pas faites merci de ne pas les oublier
- \* Problème dans l'enregistrement des Till : il y a des mauvais choix de correspondants, il faut se référer à la liste des correspondants créée par Marina

BM = 11/08/18 Plan de maie avec PRONEXA fin 16/07/18  
 Je joins avec Matilde à son retour, pour prolonger le mandat  
 Note 83 (le 11/08/18) de l'inspection - MP.  
 Bonne nouvelle pour le BM - Gr de vrais rna faite don  
 de X ABI 7500, situé en bâtiment Fumer à la nuit du 17 septembre 11

MAI

## Laboratoire de garde

17.04.18 CSR

MISE EN PLACE D'UNE ZONE D'AFFICHAGE MURAL DÉDIÉE AUX PLANNINGS.

16.04.18 DP

ÉTIQUETEUSE ACCUEIL 2 NE FONCTIONNE PAS.

↳ UTILISER ORDI + ÉTIQUETEUSE GAZ DU SANG.  
 ↳ RENIVE EN MARCHÉ LE 24.04.18 NRT

MAI

28.05.18 DP

Problème au niveau des navettes du Star de garde

30.05.18 DP

Problème navette résolu mais me tenir au courant si il y a un autre souci.

30.05.18 NRT

PAS DE CONNEXION ENTRE LE XN ET SNEP  
 INTERVENTION EN COURS = c'est OK depuis le 31/5/18

31/5/18

Panne de Téléphone portable, Téléphone transmis au Service Technique pour réparation. AR  
 Reprise le 11/06/18 à 09h30 D.H.

JUIN

9.6/18

LE TCR PATHO A BEAUCOUP DE MAL À PAGER !

## Annexe 10 : Suivi des EEQ et CIQ

Mois : **Mai**

HEMOSTASE :

OK    Surveillance    Non conforme

	STA-R 1 (4365)				STA-R 2 (1227)				STA-R Garde (4165)			
	Dérive J15	Dérive J30	Rapport mensuel	QUALIRIS	Dérive J15	Dérive J30	Rapport mensuel	QUALIRIS	Dérive J15	Dérive J30	Rapport mensuel	QUALIRIS
TP %												
INR												
TCA												
Fib	Cal	Cal			Reciblage				Cal	Cal		
F II	Reciblage	Reciblage			Cal	Reciblage						
F V		Reciblage				Reciblage						
TT	Reciblage								Reciblage			
TR												
AT						Cal						
PC		Cal				Cal						
F VII												
F X												

F VIII												
F IX												
FXI												
F XII												
PS												
DDIE (Vidas)												
Anti-Xa (+AOD)												
Dabigatran												
ACC												
Saisie Initiale(s)			KT	FLP			KT	FLP			KT	SM
Vérification Initiale(s)			FLP	MRT			FLP	MRT			FLP	MRT
Date	18/05/18	06/06/18	06/06/18	15/05/18	18/05/18	06/06/18	06/06/18	15/05/18	18/05/18	06/06/18	06/06/18	15/05/18

Remarques :

# Annexe 11 : Suggestion du personnel / Vie du laboratoire

## Suggestion du personnel

AVRIL

19.04.18 JFH

JE SUGGÈRE QUE LES BIOLOGISTES COMPLÈTENT SUR GLIMS LA LIGNE "NGR" LORS DE LA VALIDATION BIOLOGIQUE. SINON 2.35/JOUR À TRAITER. MERCI

MAI - JUIN

JUILLET - AOÛT

02/08/2018

Je suggère qu'en cas de demande de PCR sur citrate, GLIMS déclarerait l'établissement systématique (quel que soit le chiffre et l'antériorité) d'une ligne PIF sur EDT sans avoir besoin de rajouter à la validation Symyx SNEP

Je suggère que la feuille ci-dessous soit discutée pour application - respect

JPH

## Vie du laboratoire

MAI

Tousy, vous m'avez gardé les tables à l'annexe avec leur bouchon merci Thierry.

JUIN

06.06.18 NDT

FRANCK SE PRÉPARE POUR ÊTRE RÉFÉRENT INFORMATIQUE

11/06/18

Merci au repoint informatique de bien vouloir supprimer la non conformité 71917 relative à la PC EPW-04-18-539 que j'ai été par erreur - la PC 71918 est OK mais on voulait la valider au cas où que la PC vide 71917 - Merci de MARIAGE de ne pas plus la supprimer moi-même.

JUILLET

# Annexe 12 : Hygiène et Sécurité / Stocks et Matériels

## Hygiène et sécurité

**Indicateurs :**

- ❖ Taux de bidons d'effluents chimiques correctement étiquetés (cf. Grille d'évaluation de l'étiquetage des bidons d'effluents chimiques)
- ❖ Nombre de collecteurs OPCT débordants (cf. Grille audit collecteurs OPCT)

	RESPECT REGLEMENTATION	SECURITE DU PERSONNEL
	Taux de bidons d'effluents chimiques correctement étiquetés (nom du service et date de fermeture)	Nombre de collecteurs OPCT débordants
<b>Semestre 1</b>	3/10 (abs date = 6/abs hôpital=1)	
<b>Semestre 2</b>		

**Informations :**

- ❖ BONNES PRATIQUES DE FERMETURE DES DASRI :



## Stock et Matériels

**Indicateurs :**

- ❖ Nombre de ruptures de stocks
- ❖ Nombre de réactifs périmés concernant les méthodes manuelles
- ❖ Nombre de NC de matériel année N

**Informations :**

**RAPPEL :**

**SIGNALER SUR LE CAHIER DE TRANSMISSION TOUT REACTIF VENANT A MANQUER AU LABORATOIRE DE GARDE**

## Annexe 13 : Pré-analytique

### Pré-analytique

**Indicateurs suivis :**

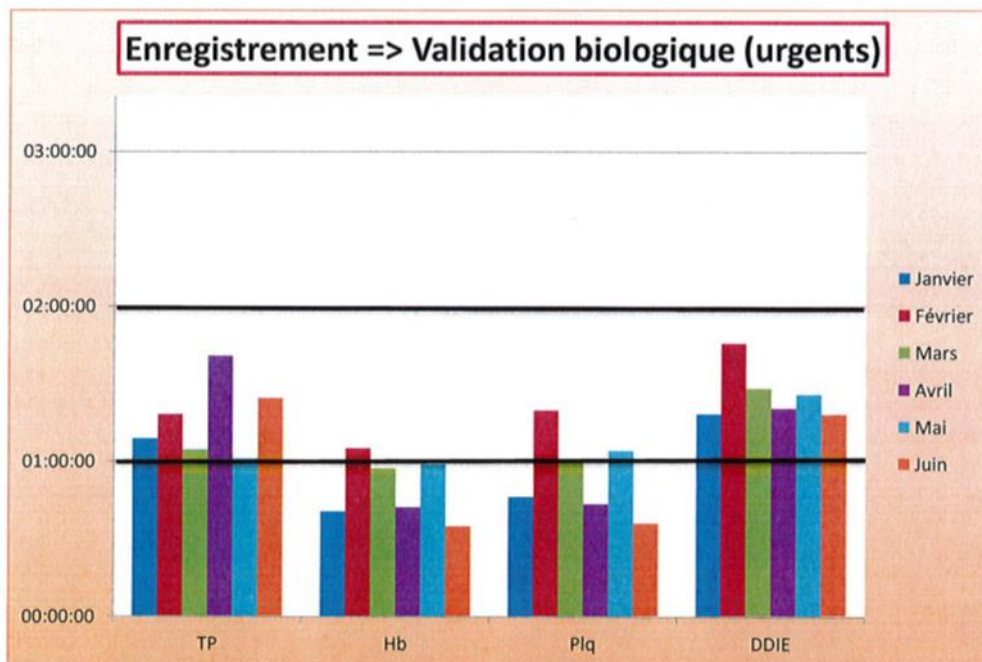
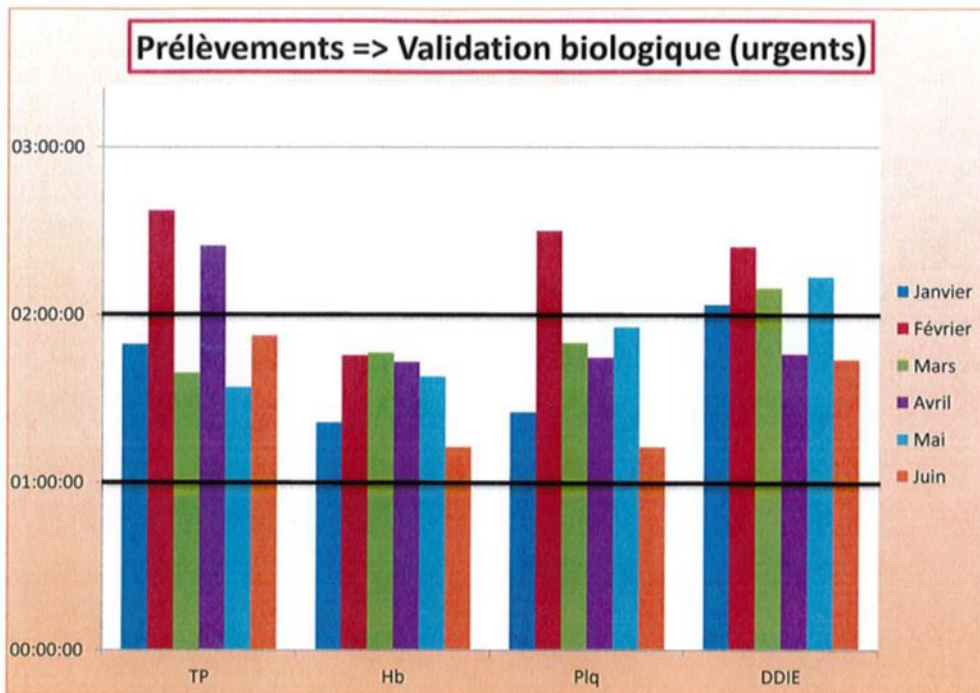
- ❖ Taux des NC préanalytiques des examens non réalisés
- ❖ % de remplissage Heure Prélèvement
- ❖ % de remplissage Traitement anticoagulant
- ❖ % de tube avec date péremption non conforme
- ❖ % de prélèvements coagulés en gynéco mater 5

	T1	T2	T3	T4
Taux des NC préanalytiques des examens non réalisés (cible <2%)	2,33%	2,31%		
% de remplissage Heure Prélèvement	99%			
% de remplissage Traitement anticoagulant	• 38% (scan) • 58% (manuel)			
% de tube avec date péremption non conforme	0%			
% de prélèvements coagulés en gynéco mater 5	8%	5,52%		

**Informations :**

## Annexe 14 : Délais de rendu

### Délais de rendu (Jour)



## Annexe 15 : Synthèse des actions du Plan d'Action Qualité

### Point PAQ (10/09/18)

Nathalie	(21) 34
Grigoris	(15) 19
Marina	(12) 12
Amir	(9) 10
Claire	(8) 7
Loula	(8) 10
Ismail	(6) 8
Marion	(6) 5
RAC/Référents	(5) 9
Thierry	(4) 6
Pauline	(3) 8
Kévin	(2) 4
Sophie	(1) 1
Grégory	(1) 2
Anne-Flore	1
Tharmini	1
Kutaiba	4
Monique	2



Où trouver le PAQ => STOCKAGE RESEAU => LABORATOIRES-QUALITE => TNN => Hématologie => 02\_PAQ => 2018 => PAQ 2018\_TNN\_HEMATO

# Annexe 16 : Planning prévisionnel des réunions

## PLANNING PREVISIONNEL DES STAFF MEDICO-TECHNIQUE

Rappel : tous les jeudis de 10h30 à 11h00 en hémostase


Dates prévisionnelles	Thèmes	Animateur
<b>MAI</b>		
➤ Jeudi 3 Mai	S1 - Affaires générales S2 - Qualité - Métrologie - Informatique - Stock	Amir
➤ Vendredi 11 Mai	S3 - Hygiène et Sécurité S4 - EEQ / CIQ S4 - Projets en cours en biologie médicale - Projets du groupe de recherche	Amir
➤ Jeudi 17 Mai	S1 - Affaires générales	Amir
➤ Jeudi 24 Mai	S2 - Qualité - Métrologie - Informatique - Stock - Hygiène et Sécurité	Amir
➤ Jeudi 31 Mai	S3 - EEQ / CIQ S4 - Projets en cours en biologie médicale - Projets du groupe de recherche	Amir
<b>JUIN</b>		
➤ Jeudi 7 Juin	S1 - Affaires générales	Thierry/Pauline Tharmini Marina Monique
➤ Jeudi 14 Juin	S2 - Qualité - Métrologie - Informatique - Stock - Hygiène et Sécurité	Marion
➤ Jeudi 21 Juin	S3 - EEQ / CIQ S4 - Projets en cours en biologie médicale - Projets du groupe de recherche	Marion
➤ Jeudi 28 Juin	S1 - Affaires générales	Marion
<b>JUILLET</b>		
➤ Jeudi 5 Juillet	S2 - Qualité - Métrologie - Informatique - Stock - Hygiène et Sécurité	Thierry/Pauline Tharmini Marina Monique
➤ Jeudi 12 Juillet	S3 - EEQ / CIQ S4 - Projets en cours en biologie médicale - Projets du groupe de recherche	Marion
➤ Jeudi 19 Juillet	S1 - Affaires générales	Marion

Dates prévisionnelles	Thèmes	Animateur
<b>JUILLET 2018</b>		
➤ Jeudi 26 juillet	S1: Affaires générales	Amir
<b>AOÛT 2018</b>		
➤ Jeudi 2 août	S2: Point des référents - Qualité - Métrologie - Informatique - Stock et Matériels - Hygiène et Sécurité	Amir
➤ Jeudi 9 août	PAS DE REUNION	
➤ Jeudi 16 août	PAS DE REUNION	
➤ Jeudi 23 août	S3: Reporting EEQ / CIQ - Cytologie - Hémostase - Plaquettes - Biologie moléculaire	Thierry/Pauline Tharmini Marina Monique
➤ Jeudi 30 août	S4: Points projets, présentation, cours - Projets en cours en biologie médicale - Projets du groupe de recherche	Marion
<b>SEPTEMBRE 2018</b>		
➤ Jeudi 6 septembre	S1: Affaires générales	Claire
➤ Jeudi 13 septembre	S2: Points des référents - Qualité - Métrologie - Informatique - Stock et Matériels - Hygiène et Sécurité	Marion
➤ Jeudi 20 septembre	S3: Reporting EEQ / CIQ - Cytologie - Hémostase - Plaquettes - Biologie moléculaire	Thierry/Pauline Tharmini Marina Monique
➤ Jeudi 27 septembre	S4: Points projets, présentation, cours Présentation projet DU Obeya Marion	Marion

# Annexe 17 : Compte-rendu de réunion S1

TNN-HEMATOLOGIE Formulaire mixte émargement  
4 rue de la Chaire - compte-rendu de réunion  
75020 Paris

Ref: EP-HUEP-QUAL-SMQ-DE-010  
Version: 03  
Applicable le: 15-08-2016



REUNION: S1 Affaires générales  
ORGANISEE PAR: ROULET Navim LE 28.06.18  
Debut: 10h30  
Fin: 11h05

NOM	SITE/SERVICE	FONCTION	SIGNATURE
ROULET Navim	TNN/Hémat	Tech	<i>[Signature]</i>
SOULIER Claire	" "	TECH.	<i>[Signature]</i>
HECKEL'S François	TNN "	Tech	<i>[Signature]</i>
de Collomier A-F	" "	Tech	<i>[Signature]</i>
de Picard Franck	" "	"	<i>[Signature]</i>
Bard Henry	" "	Tech	<i>[Signature]</i>
Machino Kevin	" "	"	<i>[Signature]</i>
GODIER Grégory	" "	"	<i>[Signature]</i>
BASSE ASSEL	" "	"	<i>[Signature]</i>

POINTS ABORDES:

- \* Répète des points importants des dernières réunions.
  - > Nouvelle procédure de signer pour Khalid.
  - > ECR de en garde, procéder différencier.
  - > ACV fait en général le vendredi, procéder en vérification.
- Imprimé par ROULET MARION - Ref: EP-HUEP-QUAL-SMQ-DE-010 Version: 03 - Page 1 sur 1
- > B.N, le bilingue en avance des examens, rajouter un point,

-> NGR: le problème persiste

\* INFO GARBE:

- Suite à une plainte d'un service concernant le un avec extinction proposition a été faite de voter d'ouvrir d'ouvrir sur le sachet un demandeur au personnel de Biochimie d'horsteler et le présence de technicien de garde s'il n'est pas à la réception.
- La Biochimie n'a pas de réactif pour la créatine kinase. Si demande, le biologiste doit voir avec le service prescripteur et l'analyse est justifiée. Si oui, la Biochimie doit contacter le prescripteur et lui demander son technicien d'Hématologie par email (plainte de garde).
- > Seul technicien d'Hématologie en service, la Biochimie n'a pas communiqué ses disponibilités au laboratoire d'Hématologie.
- > L'Hématologie ne comprend pas pourquoi la Biochimie ne se charge pas des examens de leur analyse, sachant qu'il y a un accord avec le NGR.

\* CYTOLOGIE =

- 200 nouvelles cassettes pour le SP2000, les anciens ont été rangés et l'écart et ne sont plus utilisés.
- Si différence d'angle > 10°, entre Sygne et lame, ne pas oublier de recalculer le delta des GB.
- > Voir si un calcul automatique dans SNC peut être fait.

\* PLAQUETTES:

- Ne pas oublier de NC pré-analytiques (absence plaquettes (prescription, etc) lors de l'amenagement).

\* HEMORRAGIE:

- PAS
- \* Avec Flevo et Bunk sont stagnés en fait, Zomira est prolongé jusqu'à la fin de l'année.
- \* Formation avec NC par le NGR en petit groupe (voir avec Claire).

**Annexe 18 : Compte-rendu de réunion S2**

dans Kalab pour le mois de mai  
 \* Il y a 67 actions non débutées et 23 en cours dans le Plan d'Action Qualité (PAQ)  
 Il est rappelé que si une action est finalisée, il faut en informer les référents qualitatifs pour qu'ils mettent à jour le PAQ.

\* Délai de rendu des résultats:  
 4 paramètres sont suivis pour tout examen identifié comme urgent: TP, D-Dimères, Hémoglobine et numération plaquettaire.  
 Compte tenu des problèmes pneumatiques récurrents pour l'acheminement des prélèvements au laboratoire, Varion a ajouté un suivi de l'enregistrement Clims à la validation biologique des données urgentes qui permet d'être un indicateur de performance du laboratoire.  
 TP, Hémoglobine et plaquettes sont très satisfaisant (en moyenne 1430). Les D-Dimères sont satisfaisant également avec une moyenne 1830.  
 Grigois rappelle que les demandes du service d'urgence pour les suspensions de HTEV doivent être traitées en priorité.

\* Repasse:  
 Grigois a fait un état des lieux des pratiques de repasse en hémostase. Une réunion de travail est prévue pour le jeudi 14 juin pour formaliser la simplification de réalisation des repasses et la révision du logigramme de conduite à tenir en cas de CQI non conforme.

② Métrologie  
 Kevin a noté une amélioration de l'ouverture du logiciel Sirius et demande à ce qu'il soit aussi ouvert en période de garde (week end - nuit 18h-6h)  
 Le congélateur à -80°C est en panne.  
 Les pipettes sont revenues conformes et remise en utilisation en hémostase.  
 Le frigo R12 de Marin descend en dessous des limites tolérées, il va être examiné par l'unité de métrologie le 14/06.

TNN - HEMATOLOGIE - Formulaire mixte émargement - compte-rendu de réunion - Applicable le : 16-08-2016  
 Ref: EP-HUEP-QUAL-SMO-DE-010  
 4 rue de la Chine - 75020 Paris

REUNION : STAFF MEDICO TECHNIQUE S2 référents  
 ORGANISEE PAR : KHATERCHI - SOULIER LE 07/06/18-18

NOM	SITE/SERVICE	FONCTION	SIGNATURE
KHATERCHI Amour	TNN/Hémato	Ingénieur	<i>Amour</i>
LÉCONTE Philippe	TNN Hémato	Tech	<i>PL</i>
ANSZELME <i>Philippe</i>	TNN Hémato	TLM	<i>PL</i>
<i>Le Picard Franck</i>	TNN	Tech	<i>FF</i>
SOULIER Claire	TNN	TECH.	<i>CS</i>
Martins Kevin	"	"	<i>K</i>
Gelebas <i>KARIMTECHNIQUE - FERRON</i>	TNN	NUMM	<i>K</i>
ÉVILAUNE DORIS	TNN HEMATO	TK	<i>DS</i>
PAIRIERE MORGANE	"	"	<i>MP</i>
HENCKEL François	"	"	<i>FP</i>
de Colonnaire A-F	"	"	<i>FC</i>
GAZAR YANNICK	"	"	<i>YG</i>

**POINTS ABORDES :**

① Qualité  
 \* Claire a fait un point sur les attestations de lecture manquantes et a rappelé qu'il est important de lire et d'attester la bicaractérisation de la politique qualité, le manuel qualité et le plan qualité.  
 \* Il y a 12 NC non clôturées dans Kalab, un rappel a été fait, elles concernent surtout Qualis et la métrologie.  
 Claire a informé que seulement 2 NC ont été déclarées.

## Annexe 19 : Compte-rendu de réunion S2 (suite)

### 1) Informatique.

Marina a présenté les nombre de dossier en attente dans Gliris pour les secteurs de cytologie, d'hémostase et plaquettes.

Beaucoup de dossier ont des codes NCCR, flottés genre en diagnostic en attente. Il faudrait penser à les annuler lors de la validation biologique.

### ④ Gestion des stocks

Gregory a rappelé que les réactifs d'hémostase ne doivent pas être stockés dans le frigo de la réception mais dans les frigo du secteur des hémoglobines.

Il a rappelé qu'un stock de réactif est disponible au 5<sup>e</sup> étage à Morin pour le labo de garde. Les clés sont disponibles chez le cadre ou à la réception de Biochimie.

Marina a rappelé que les réactifs du secteur plaquettes doivent être pris en charge de la même façon que les réactifs de cytologie et d'hémostase.

### ⑤ Hygiène et Sécurité

Anne Flore a proposé sa candidature en tant que référente titulaire.

Franck est intéressé pour assurer la suppléance.

Dominique Dabit sera prévenu pour obtenir son accord.

### ⑥ Prise de décision

Cf. PAQ

⑦ Prochaine réunion le jeudi 05 juillet à 10<sup>H</sup>30





# Annexe 20 : Compte-rendu de réunion S3


**HEMATOLOGIE**  
 4 rue de la Chine  
 75020 Paris

Ref: EP-HUEP-QUAL-SMO-DE-010  
 Version: 03  
 Applicable le: 16-08-2016

**Formulaire mixte emargement**  
 - compte-rendu de réunion

REUNION: S3 EEA/CIA  
 ORGANISEE PAR: ROULET MARION  
 LE 14.06.18  
 Debut: 10h40  
 Fin: 11h03

NOM	SITE/SERVICE	FONCTION	SIGNATURE
ROULET Marion	ANN/Hemat	Dir	
Gervais, G	"	"	
ANNEE Pierre	TR/MHemat	TECH	
KARIM THERIAZ - PERRIN	"	"	
de Colonnez Anne-flice	"	Tech	
SOULIER Claire	"	TECH.	
Barel Thierry	"	TL	
Duval Pauline	"	"	
CATER Yohana	"	"	
Maelins Kevin	"	"	
MENCKEL SEAN-FRANCOIS	"	"	

**POINTS ABORDES :**

- \* Cytologie :
- EEA de Neutromyocytes, en attente du rapport.
- EEA de Trichostéme, à compléter suite la lecture des données par un biologiste.
- CIA : Ne pas oublier de préciser pathologie avant abogage abogement de l'ET.

Il faut garder les anciens CIA avant de mettre en place les nouveaux

\* **Hématologie :**

- Qualifs (EEA) tant pour Neut, une seule alarme B pour le F VII pour un des deux globes.
- CIA : quelques problèmes avec le F II, F I et INR à cause du changement de Néphéline. Un rechargement a été fait.
- En garde, les articles restent faits pour le TP et le F II et F V.
- R. Sussilber (diagnostics, qualifs).

\* **Autre :**

- Nouvelle feuille de demande finie. Elle va rester en test I à 2 semaines. Elle sera ensuite donnée à la cadre pour impression et diffusion aux services.
- Réactifs Sigma ⇒ les réactifs fins sont à venir soit dans un mois (pas de problème de change) ou dans un mois et demi (problème de change). Ils seront livrés dans le laboratoire BIEBE du local à proximité.
- Les scilab sources ont été livrés à Sigma de Val de France. CIA NH à 370 g/L. IR fait avec valider au maximum jusqu'à 36,5 g/dL (max 36,6 g/dL). Si > 36,6 g/dL, il faut faire le calcul de correction. Si la CCNH n'est pas corrigée, il faut alors faire une mesure manuelle de l'Ht. Une procédure est en cours de rédaction. La mesure manuelle se fait avec les hématocrites en verre, le centrifugeur et la voie de lecture.
- En garde, il faut aussi faire passer le seuil à 36,5 g/dL (max 36,6 g/dL). Si besoin faire le calcul. Si pas de correction, mettre un commentaire sous l'analyse (comme actuellement).
- Une demande de centrifugation est en cours pour la garde.
- Si oxygénation, garder les I<sup>n</sup> à 37°C.
- Bancrupt d'alarme Neut/lymph en garde ⇒ il faut reporter les tubes.
- Corrélation XE ⇒ XN ⇒ prendre des points avec Relic afin d'avoir une corrélation G-E-I et G-E-O.

**Annexe 21 : Compte-rendu de réunion S4**

TNN-HEMATOLOGIE  
4 rue de la Chine  
75020 Paris

Formulaire miste émargement  
- compte-rendu de réunion

Ref: EP-HUEP-QUAL-SMQ-DE-010  
Version: 03  
Applicable à: 16-08-2018

REUNION: OBEYA S4 PROJETS EN COURS  
ORGANISEE PAR: KHATERCHI / TOKRANI LE 24/05/2018 11h-11h45

NOM	SITE/SERVICE	FONCTION	SIGNATURE
PAFFIERE Murielle	TEM HEMATO	Traitement	[Signature]
GULLAUME Gaelle	"	"	[Signature]
GODIER Gregory	"	"	[Signature]
Bard Emory	"	"	[Signature]
Le Collenne A-F	"	"	[Signature]
Carver Yanning	"	"	[Signature]
Leconte Philippe	"	"	[Signature]
Dural Pauline	"	"	[Signature]
SOULIER Claire	"	"	[Signature]
TOKRANI Hayat	"	"	[Signature]
Georghiou	Hemat Recr		[Signature]

POINTS ABORDES:  
 MACHIAS Kevin TUN KIMBO Tuh Z  
 KHATERCHI Amir TUN KIMBO Juge [Signature]  
 Le Picard Franck Aech TUN KIMBO [Signature]  
 KHANOUSSIMANI THAMANI " " [Signature]

- ① Projets Diagnostique
  - \* Point D-Dimères Stago:
    - Reproductibilité ⇒ finit pour les 3 STA-R
    - Reproductibilité ⇒ finit pour STAR 1 et 2, manque 4 CFI pour grande
    - Comparaison Vidas-STAR ⇒ finit pour STAR 1 et 2, manque 4 patients pour grande
    - Il s'est demandé de passer les Quobius avec le matériel STAGO en parallèle du Vidas sur le STA-R 1.
  - \* Nouveaux temps témoin:
    - Néoplastine nouveau lot sera mis en place au 1<sup>er</sup> Juin.
    - Ne pas oublier de recalibrer les facteurs de la voie FXB.
  - APTT: Gregory va faire le point avec Bintou concernant les commandes.
- \* Point Facteur 7 et 10:
  - Il ne reste plus qu'à réaliser la comparaison entre STAR 1 et 2. Ce travail est réalisé par Tharmini et Amir.
- \* Biologie moléculaire:
  - Claire et Monique ont testé un nouvel automate réalisant une PCR rapide sous-extraction d'ADN pour la recherche de mutation des gènes des facteurs 5 et 11. Un point sera fait lors S4 (MIO) concernant les essais.
- \* Plaquette:
  - Article concernant l'apport du multiplate pour le diagnostic de la TII en analysant les caractéristiques de réanimation est en cours d'évaluation par les revue.
- ② Projets Recherche:
  - Genes: 2 articles acceptés (Myelome et adénocarcinome du poumon) pour l'évaluation du risque thrombotique en combinant les PPL et le TG1.
  - Hayat:
    - fin du protocole STAGE, abstract soumis pour la réa.
    - Nephros 3 (enfants) et comact (adulte) en cours.
    - ACD Kinocin en cours
    - Myelome traité en cours et gène par Loula

## Annexe 22 : Questionnaire de satisfaction

### Questionnaire de satisfaction Projet Obeya

Plusieurs réponses possibles.

#### A- CONCERNANT LE TABLEAU :

1- Avez-vous compris le principe du tableau ?

- Oui  
 Non  
 J'ai besoin d'un rappel

2- Avez-vous compris comment l'utiliser ?

- Oui  
 Non  
 J'ai besoin d'un rappel

3- Le trouvez-vous ergonomique ?

- Oui  
 Non  
 Si non, expliquez pourquoi : .....

4- L'information est-elle facilement visible ?

- Oui  
 Non

5- Arrivez-vous à l'utiliser de façon autonome, ou avez-vous besoin d'être guidé ?

- Autonome  
 Besoin d'aide

6- Trouvez-vous que le tableau est complet, qu'il manque d'items ou au contraire qu'il en possède trop ?

- Complet  
 Manque des items  
 Lesquels : .....
- Trop d'items  
 Lesquels : .....

#### B- LES REUNIONS :

7- Avez-vous connaissance du planning des réunions ?

- Oui  
 Non

8- Le jour et l'heure vous semblent-elles satisfaisantes ?

- Oui

1

### Questionnaire de satisfaction Projet Obeya

- Non

Si non, pourquoi : .....

9- L'organisation (S1/S2/S3/S4) vous semble-t-elle cohérente et intéressante ?

- Oui  
 Non

Si non, pourquoi : .....

10- La fréquence des réunions vous convient-t-elle ?

- Oui  
 Non

Si non, pourquoi : .....

11- Trouvez-vous que les thèmes abordés pendant ces réunions englobent bien tous les processus et les sujets concernant le laboratoire ?

- Oui  
 Non

Si non, pourquoi : .....

12- Trouvez-vous que l'Obeya a amélioré le partage de l'information ?

- Oui  
 Non

Si non, pourquoi : .....

13- Trouvez-vous que l'Obeya participe à l'amélioration continue de la Qualité dans le laboratoire ?

- Oui  
 Non

Si non, pourquoi : .....

Remarques :

Merci pour votre retour à mon questionnaire. Marion  
2

## Résumé

Le laboratoire d'Hématologie de l'Hôpital Tenon est un grand laboratoire ouvert 24h/24 et 7j/7 avec des prises de postes à des horaires élargis. Dernièrement, le laboratoire a dû faire face à un important *turn-over* qui a conduit à une équipe renouvelée, pour laquelle la communication s'avère un enjeu crucial pour la continuité des projets du laboratoire.

Pour atteindre les objectifs fixés dans le temps et surtout ceux liés au projet d'accréditation selon la norme NF EN ISO 15189 : 2012, l'apport de nouvelles méthodologies d'amélioration continue est alors indispensable. Le *Lean management* avec ses outils (5S, VSM...) dont l'efficacité, au sein de l'industrie, n'est plus à prouver, peut s'appliquer dans le milieu de la santé.

Un de ses outils, l'*Obeya* (signifiant « Grande salle » en japonais) permet de centraliser l'information et de la rendre plus accessible et disponible pour l'ensemble de l'équipe dans un but de partage et d'implication dans tout projet.

Avec des moyens simples (supports, réunions standardisées...), l'atteinte des objectifs est plus performante et les gains visibles. L'équipe voit alors sa vision changée par le fait d'adhérer à un projet commun, les membres du personnel se sentent plus impliqués, et voient que leurs travaux sont mis en avant.

La démarche d'amélioration continue est ainsi partagée par tous et de ce fait augmente la motivation et la cohésion au sein de l'équipe.

