

# Maîtrise des non-conformités

Bilan et gestion informatique du processus



INSTITUT UNIVERSITAIRE  
DE CARDIOLOGIE  
ET DE PNEUMOLOGIE  
DE QUÉBEC

**Pierre Auclair, Ph.D.**  
Microbiologiste

Responsable Qualité  
Laboratoires de Biologie Médicale



**kiwi**  
TECHNOLOGIES

**Pierre Lalonde**  
Président-directeur général

Humain avant tout!  
[www.kiwi.ca](http://www.kiwi.ca)

11 juin 2010  
Congrès conjoint OPTMQ et ACQ 2010

# IUCPQ

---

- ❖ 400 lits
- ❖ Cardiologie, pneumologie et obésité morbide
- ❖ 5 services de laboratoire (banque de sang)
- ❖ Centre des prélèvements
- ❖ TD-L - TD-HC - Trace-line
- ❖ MédiRésult (sauf PA, CY, BS)

# Formulaire

recto

	<b>FORMULAIRE</b>	<b>0801 FO-LB-0001</b>
	<b>Déclaration de non-conformité</b>	
	Version C	
		Statut: Approuvé

**But :** identifier, et rapporter toute non-conformité, incluant les événements passés (\*-champs obligatoires)

<b>*ÉVÉNEMENT</b>		
Date : ____/____/____ aa mm j	Heure : ____ : ____	Lieu : _____

<b>*FORMULAIRE COMPLÉTÉ PAR</b>		<b>*USAGER</b> <input type="checkbox"/> Inconnu	
_____ / _____ / _____ nom prénom initiales service		_____ / _____ no dossier ou RAMQ no requête	_____ / _____ nom - prénom

**\*NATURE** cocher la non-conformité; joindre les documents pertinents si nécessaire (demande d'analyse, rapport, lettre, etc)

**A**-données absentes, incomplètes ou illisibles      **E**-données erronées      Case grise: formulaire AH-223 à compléter par l'administration

PRÉ-ANALYTIQUE	A	E	A	E	ANALYTIQUE
<b>Étiquette d'échantillon</b>					
Absente ou non reçue	<input type="checkbox"/>		renseignements cliniques (BS, CY)	<input type="checkbox"/>	<b>Divers</b>
Deux étiquettes sur le même contenant, numéros de requêtes différents	<input type="checkbox"/>		<b>Contenant</b>		Erreur de procédure <input type="checkbox"/>
Écriture décalée	<input type="checkbox"/>		Endommagé	<input type="checkbox"/>	Délai dans l'analyse ou l'émission des résultats <input type="checkbox"/>
Étiquettes interchangeables entre 2 contenants même usager	<input type="checkbox"/>		Erreur de contenant (ne convient pas pour l'analyse)	<input type="checkbox"/>	<b>Équipement</b>
Étiquettes identiques sur 2 contenants	<input type="checkbox"/>		Expiré	<input type="checkbox"/>	Manque d'instrument ou équipement <input type="checkbox"/>
Mal apposée ou décollée	<input type="checkbox"/>		Jeté	<input type="checkbox"/>	<b>Sécurité et environnement</b>
			Souillé	<input type="checkbox"/>	Disposition des déchets <input type="checkbox"/>
<b>Données (sur étiquette)</b>			<b>Divers</b>		Précautions de base (biosécurité) <input type="checkbox"/>
toutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autopsie : soins après le décès (PA)	<input type="checkbox"/>	
date et/ou heure du prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Échantillon</b>		<b>POST-ANALYTIQUE</b>
initiales du préleveur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absent (contenant vide ou échantillon non-reçu)	<input type="checkbox"/>	Rapport expédié au mauvais destinataire <input type="checkbox"/>
usager (nom, prénom, no dossier, RAMQ ou DN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coagulé	<input type="checkbox"/>	Résultat critique non-communicé <input type="checkbox"/>
pas de résultat émis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centrifugé par erreur	<input type="checkbox"/>	Résultat erroné émis (erreur du laboratoire) <input type="checkbox"/>
usager (nom, prénom, no dossier, RAMQ ou DN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conservation (température, atmosphère, etc.)	<input type="checkbox"/>	Résultat inscrit dans une autre requête même usager <input type="checkbox"/>
+ résultat(s) émis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contaminé	<input type="checkbox"/>	
			Dilué au cours du prélèvement	<input type="checkbox"/>	<b>GESTION DES PRODUITS SANGUINS</b>
<b>Formulaire</b>			Erreur d'échantillon (Ex : expectorations plutôt que sec. bronchiques)	<input type="checkbox"/>	<b>Demande d'émission de produit</b>
Discordance (nom usager sur étiquette et formulaire)	<input type="checkbox"/>		Hémolysé	<input type="checkbox"/>	Date d'utilisation manquante <input type="checkbox"/>
Erreur de formulaire	<input type="checkbox"/>		Hors délai	<input type="checkbox"/>	Destinataire manquant <input type="checkbox"/>
Non reçu	<input type="checkbox"/>		Préparation de l'usager (inadéquate)	<input type="checkbox"/>	Discordance entre données de la consignation téléphonique et celles du formulaire <input type="checkbox"/>
Souillé	<input type="checkbox"/>		Quantité, volume (insuffisant)	<input type="checkbox"/>	Initiales du demandeur manquantes <input type="checkbox"/>
			Quantité, volume (trop plein)	<input type="checkbox"/>	Omission <input type="checkbox"/>
<b>Données (sur formulaire)</b>			Transport (température, atmosphère, etc.)	<input type="checkbox"/>	Quantité non spécifiée <input type="checkbox"/>
toutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transport (acheminé au mauvais endroit)	<input type="checkbox"/>	
date et/ou heure du prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Informatique</b>		<b>Coupon de confirmation</b>
médecin prescripteur (nom, prénom, no permis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analyse(s) omise(s)	<input type="checkbox"/>	Incomplet <input type="checkbox"/>
préleveur: nom (BI, CY); signature (BS, CY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analyse(s) demandée(s) erronée(s)	<input type="checkbox"/>	Informations erronées <input type="checkbox"/>
provenance (nom de la clinique et adresse ou U.S.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analyse(s) annulée(s) par le système requête/résultats	<input type="checkbox"/>	Revenu avec la poche vide <input type="checkbox"/>
raison de la demande (BS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No d'accès déjà utilisé	<input type="checkbox"/>	Revenu souillé <input type="checkbox"/>
usager (nom, prénom, no dossier ou RAMQ ou DN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No d'accès inexistant	<input type="checkbox"/>	
			Renseignements complémentaires erronés	<input type="checkbox"/>	<b>Poche vide</b>
<b>analyse(s)</b>					Revenue dans une enveloppe de courrier interne <input type="checkbox"/>
anticoagulants donnés à l'usager (HT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Retrouvée dans le monte-charge <input type="checkbox"/>
examen extemporané, à cocher «OUI» (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
grossesse, à cocher (MI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
identification des spécimens (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nature, site du prélèvement (CY, MI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					<b>Formulaire AH-223 complété</b> <input type="checkbox"/>
					<b>No :</b> _____


DESCRIPTION BRÈVE DE L'ÉVÉNEMENT / PRÉCISION

<b>Préparé par:</b> Pierre Auclair, Ph.D.	<b>Vérifié par:</b> *Assist.-chef, Coord. tech.	<b>Approuvé par:</b> CMSQ	<b>Dernière révision :</b> 2010-02-11 (1)	<b>Page</b> 1 de 3
--	--	------------------------------	--	-----------------------

\* N Boulanger L.m., V Caron B.Sc., K. Deschênes L.m., L Genest B.Sc., N Hamel L.m., J Lizotte L.m., K Mercier L.m., J Paquet L.m., L Roy L.m., L Turgeon, L.m.

# Formulaire

verso

 Laboratoires	<b>FORMULAIRE</b>	<b>0801 FO-LB-0001</b>
	<b>Déclaration de non-conformité</b>	
	Version C	
		Statut: Approuvé

**\*OBSERVÉ PAR** le déclarant  OU Nom : \_\_\_\_\_

**\*STATUT DE L'ÉCHANTILLON**

N/A	Refusé	Accepté			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problème résolu <input type="checkbox"/>	échantillon d'exception <input type="checkbox"/>	stat <input type="checkbox"/>	dérogation <input type="checkbox"/>

**\*Action immédiate**

Personne contactée

Qui : \_\_\_\_\_

Correction d'un rapport ou d'une erreur d'identification 1604PP-LB-0002	<input type="checkbox"/>	Nouvelle requête créée aux laboratoires	<input type="checkbox"/>
Correction résultat erroné 1604PP-BS-0002	<input type="checkbox"/>	Nouvelle requête créée par le demandeur	<input type="checkbox"/>
Correctifs apportés au système informatique	<input type="checkbox"/>	Pas de suivi	<input type="checkbox"/>
Cueillette, clarification ou confirmation de données	<input type="checkbox"/>	Présence demandée pour compléter les données	<input type="checkbox"/>
Échantillon transféré dans le contenant adéquat	<input type="checkbox"/>	Réacheminé au service concerné	<input type="checkbox"/>
Étiquette(s) réimprimée(s) aux laboratoires (DUP)	<input type="checkbox"/>		
Nouvel échantillon demandé	<input type="checkbox"/>	Coupon de confirmation de transfusion retourné à l'infirmière-chef ou l'AIC (B.S.)	<input type="checkbox"/>

Autre : \_\_\_\_\_

**Investigation et commentaires de l'expert** (cause et action prise, autres usagers affectés? recommandations)

Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_:\_\_\_\_  
aa mm jj

**Enquête / suivi** (cause probable, action corrective / préventive, impact, recommandation)

Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_:\_\_\_\_  
aa mm jj

<b>Préparé par:</b> Pierre Auclair, Ph.D.	<b>Vérifié par:</b> *Assist-chef, Coord. tech.	<b>Approuvé par:</b> CMSQ	<b>Dernière révision :</b> 2010-02-11 (1)	<b>Page</b> 2 de 3
--	---	------------------------------	--	-----------------------

\*N Boulanger I.m., V Caron B.Sc., K. Deschênes I.m., L. Genest B.Sc., N Hamel I.m., J Lizotte I.m., K Mercier I.m., L Roy I.m., L Turgeon, I.m.

# Résultats

## Tolérance et méconnaissance

---

nombre / mois	
2006	>600 (2000)
2007	350
2010	250

pré-analytique	
90-97%	IUCPQ
60-93%	U.S. Europe

# Résultats

## Pré-analytiques

---

### Étiquette

erreur ID usager

13 %

### Formulaire

provenance

8 %

médecin

7 %

id. spécimens (PA)

2 %

# Résultats

## Pré-analytiques

---

### Échantillon

hémolysé

39 %

quantité insuffisante

14 %

coagulé

7 %

absent

2 %

62 %

### Contenant

erreur

4 %

### Requête / résultat

demande erronée

5 %

# Résultats

## Pré-analytiques

Erreur ID usager

Identification partielle

Étiquette incomplète

Sans étiquette

Étiquette illisible

### Étiquette

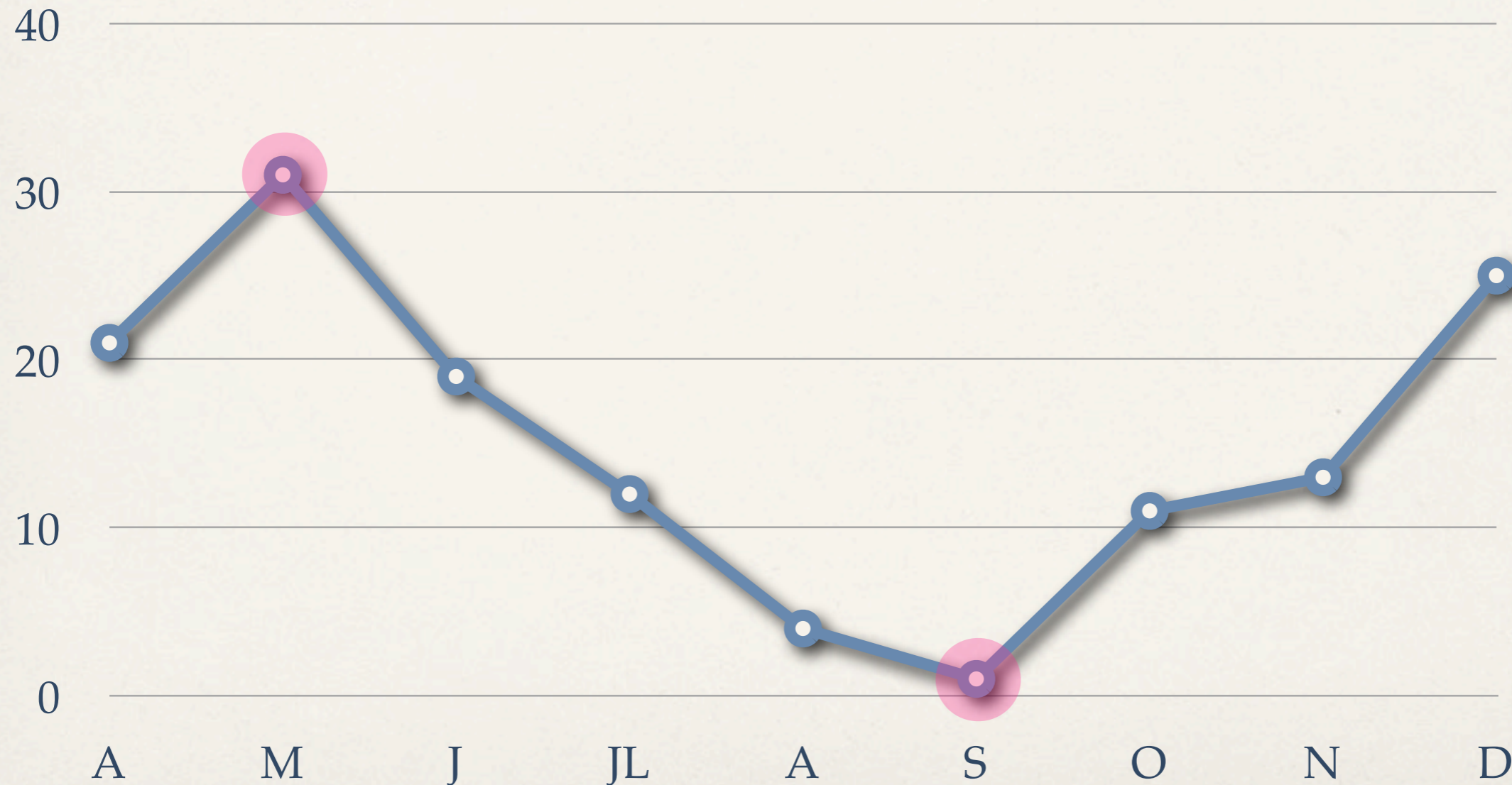
Source	Erreur / 1000	Nb. échantillons
IUCPQ 2009	0,5	72000 / mois
CAP 2008	1,3 (0,22 - 52)	3,4 X10 <sup>6</sup>
P.Carraro 2007	0,8	17500

# Résultats

## Erreurs d'ID - Action corrective

Audit T=0  
Auto-évaluation  
Audit de contrôle

○ Nb. d'erreurs - 2009



# Résultats

## Échantillons hémolysés et refusés

---

○ Nb. d'échantillons - 2009



# Leçons

---

- ❖ Pas d'éradication
- ❖ S'occuper du problème
- ❖ Procédures claires
- ❖ Refuser échantillon
- ❖ Partager l'information
- ❖ Facteurs humains
  - suivi hiérarchique
  - renforcement positif
  - coercition?

# Le système de management de la qualité

---

de plus en plus difficile...





# Gestion des non-conformités

Histoire de formulaires

---



# Gestion des non-conformités

Compléter un formulaire

---

# Gestion des non-conformités

---

Cueillette





# Gestion des non-conformités

Tri (priorité, nature, demandeur)

# Gestion des non-conformités

---

Enquête

Actions correctives

Transcription + Archivage

Suivi (tendances-redondances)

Actions correctives-préventives



Employé : \_\_\_\_\_

5. SAISIE DES RÉS

PAR L'URGENCE : LES FIN DE SEMAINE

S'assurer de recevoir tous les résultats se  
24 heures suivant l'exposition accidentelle.

A. SUIV

Résultat de sérologie du patient source- anti-VIH :  P

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ R

Aviser STAT l'infectiologue de garde :

- Si résultat de sérologie pour le VIH positif et prop
- Si résultat de sérologie pour le VIH négatif et prop

Nom de l'infectiologue : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ A

Ne pas aviser l'infectiologue de garde dans les au

B. SUIVI AVEC

Aviser l'employé de se présenter à l'urgence si so

Signature : \_\_\_\_\_

Aviser l'employé si source négative et prophylaxi

Signature : \_\_\_\_\_

Révisé septembre 2005

RETOURNER LE DOC  
AU BUREAU DE SANTÉ (3<sup>e</sup> ét  
L'ENVELOPP

RAPPORT DE DÉCLARATION  
D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° du formulaire  
1384551

À l'usage des  
CH-CSSS-CHSLD



N° de l'événement

Nom de l'établissement :

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

Événement			Heure		Réelle	Estimée	Indéterminée
Année	Mois	Jour	Heure	Min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Constat : Année Mois Jour Heure Min

Endroit (préciser le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :

Section 1 : Nom de la personne touchée

Type de personne touchée :

- Aucune (si oui, passer à la section 2)  Usager
- Autre (préciser) :

Chambre de prélevement : N° de chambre N° de chambre

Numéro de dossier : N° de dossier

Numéro de dossier ou numéro de dossier

Noms : Prénom Nom

Code postal Téléphone (514) 514-XXXX

N° d'assurance maladie Nom du médecin traitant

Section 3 : Description objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation)

Description de l'événement

Section 4 : Type d'événement (veuillez cocher la case appropriée)

A- Chute  (décrivez les circonstances précises - veuillez cocher la case appropriée)

- Chaise/fauteuil  Chutes répétitives  Civière  En circuit  Lit  Quasi-chute  Trouvé par terre  Autre

B- Erreur de :  Médicament  Traitement  Test diagnostique  Diète

- Erreur interceptée avant l'administration  Identité de l'usager  Dose  Voie d'administration/ traitement/ test/ de la diète  Nature du médicament/ traitement/ test/ de la diète  Heure d'administration/ de prélevement
- Omission - insérer dans la colonne « a » le médicament/ traitement/ test/ de la diète oublié  Allergie  Entreposage  Infiltration/extravasation  Autre

a) Médicament/traitement/test/diète qui a effectivement été administré/prélevé				b) Médicament/traitement/test/diète prescrit qui aurait dû être administré/prélevé			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

C- Problème de :  Matériel  Équipement  Bâtiment  Effet personnel

- Bris/défectuosité  Disponibilité  Inondation  Panne électrique  Programmation  Sécurité  Autre
- Dispersion  Incendie  Panne d'ascenseur  Panne informatique  Sécurité  Utilisation non conforme

D- Possibilité d'abus, d'agression ou de harcèlement  (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

Type d'abus, d'agression ou de harcèlement :  Psychologique/verbal  Physique  Sexuel  Code blanc

E- Incident/accident transfusionnel  (veuillez remplir le formulaire AH-520)

F- Autres types d'événements  (veuillez cocher la case appropriée)

- Automutilation  Décompte chirurgical inexacts  Puge  Obstruction respiratoire  Situation à risque
- Blessure d'origine inconnue  Délai retard  Lié au consentement  Perte de pression  Tentative de suicide
- Bris d'asepsie ou de stérilité  Erreur liée au dossier  Lié aux contention  Refus de quitter les lieux  Autre
- Bris de confidentialité  Évasion  Non-respect d'une procédure  Refus de traitement

Section 5 : Conséquences immédiates pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

- Aucune  Physiques  Psychologiques  Décès  Autres (préciser) :

Décrivez les conséquences physiques (partes du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Décrivez les mesures prises :

Personne	Nom	Fonction ou lien	Heure	<input type="checkbox"/> Visite faite
----------	-----	------------------	-------	---------------------------------------

Section 7 : Nom du déclarant

Nom du déclarant Titre ou fonction Poste téléphonique Signature Date du rapport (année, mois, jour)

Section 8 : Recommandation(s) ou suggestion(s) du déclarant

Préciser les mesures/actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement :

Section 9 : Témoin(s) de l'événement

Nom et numéro de téléphone (adresse au besoin) Fonction ou type en lien avec l'usager

Section 10 : Mesures de prévention de la récurrence retenues par la personne qui assure le suivi

Nom du gestionnaire ou responsable Titre ou fonction Poste téléphonique Signature Date (année, mois, jour)

Section 11 : Statut/gravité

- Incident :  A  B  C  Accident :  D  E1  E2  F  G  H  I  Indéterminé

Section 12 : Divulgateur

- N/A  À faire  Fait partiellement  Fait complètement  Documentée au dossier  Documentée sur le formulaire

Personne(s) à qui est faite la divulgation : Usager  Parents/proches  Représentant local  Autre

TAL  
NT 3,6  
NT 6

ne renvoie  
par l'andou  
Mons  
+ 10

ION DU  
VILLEUR

sionnelle

qui aurait

ne par le

récidive,

travail -

possiable

connu

connu

connu

connu

connu

connu

connu

connu

connu

connu

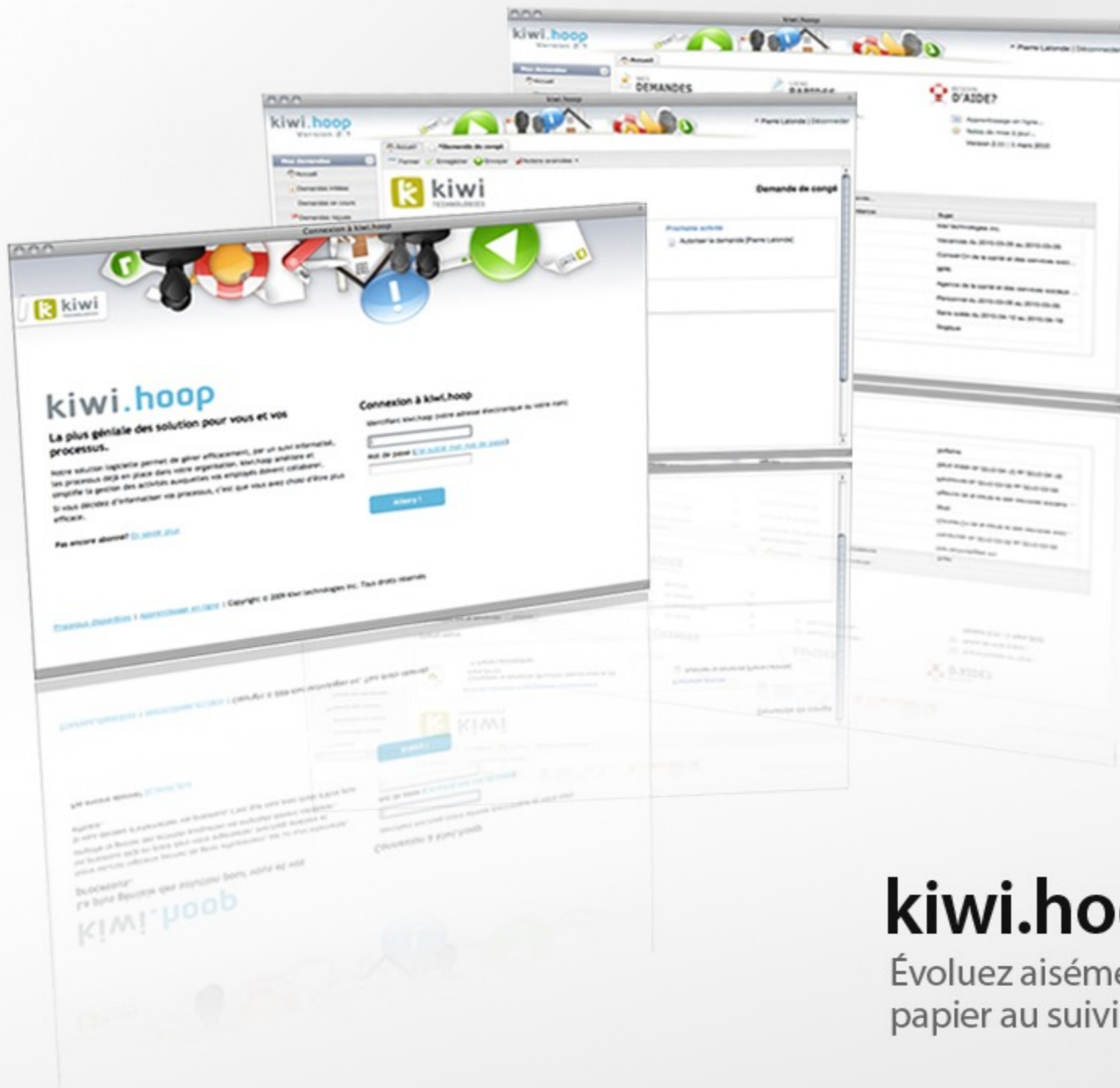


Formulaires

IUCPQ = 720

Comment faire les choses  
autrement?

---



# kiwi.hoop

Évoluez aisément du formulaire papier au suivi informatique.

# Qu'est-ce que **kiwi.hoop**?



**kiwi.hoop** est un logiciel simple qui vous permet d'initier, de collaborer et de suivre vos demandes effectuées via des formulaires électroniques.

**kiwi.hoop** favorise l'échange d'information, la collaboration et assure une communication entre les utilisateurs.

# Toutes les organisations utilisent des formulaires pour supporter leurs opérations.

## 85% des opérations dépendent de formulaires.

Source: Gartner (mai 2006)

E-forms ripe for greater adoption, fueling overall content management growth.



# Évolution du formulaire...

## Formulaires papier



- Identification de l'information à consigner
- Capture de l'information
- Offre une certaine traçabilité

## Formulaires "dits" électroniques ou bureautiques



- Aide à la saisie
- Meilleure lisibilité
- Capacité de calcul et de validation

## Formulaire pris en charge par son logiciel spécialisé et spécifique



- Authentification et sécurité
- Traitement de l'information
- Règles d'affaires programmées
- Recherches, statistiques et rapports spécifiques

## Formulaires et leur cheminement pris en charge par un seul logiciel dédié



- Uniformité des interfaces
- Répond à plusieurs besoins
- Utilise une base commune d'information
- Recherches, statistiques et rapports globaux

# De quoi est composé [kiwi.hoop](https://kiwi.hoop)?



## Des données du formulaire et de son cheminement (processus)

Inscrites par le demandeur qui initie le formulaire, ces données sont transmises automatiquement vers les bonnes personnes qui sont prévues d'intervenir dans le processus conduisant au résultat recherché.

## Des données de l'organisation

Les personnes, les départements, les rôles, etc.) sont saisis une seule fois, validés, sécurisés et disponibles pour tous les formulaires et cheminements que l'ont veut gérer.

# De quoi est composé [kiwi.hoop](#)?



## De services de communication

Avis, confirmations, états des demandes, peu importe le cheminement, [kiwi.hoop](#) gère l'ensemble des communications que le cheminement du formulaire implique.

# De quoi est composé [kiwi.hoop](https://kiwi.hoop)?



## D'un moteur puissant et agile

Une mécanique moderne permettant aux responsables de réagir très rapidement et facilement lors d'un changement au niveau de l'organisation (personnel, département), au niveau de l'identification des besoins et de la détermination des cheminement et des règles du jeu.

# Démonstration



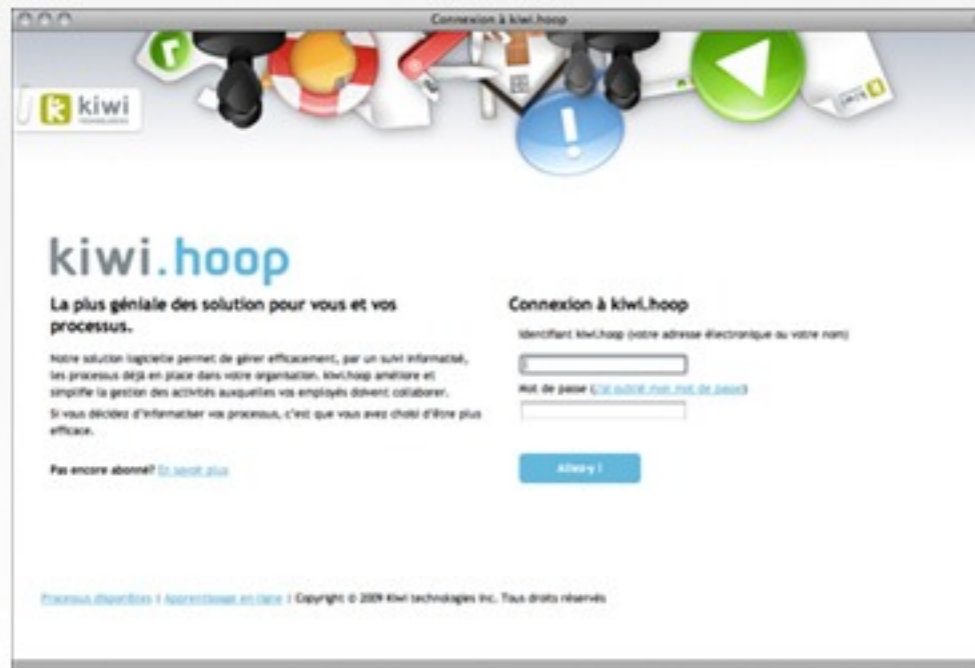
# Qu'est-ce que les gens apprécient de [kiwi.hoop](https://kiwi.hoop)?



Nos clients apprécient d'abord...

- la simplicité d'utilisation
- retrouver tout à un même endroit
- l'harmonisation des formulaires
- l'économie de temps
- la facilité de suivre ses demandes
- la traçabilité (historique)

# Actuellement disponible sur le web et sur appareils mobiles dès cet automne.



## kiwi.hoop

Évoluez aisément du formulaire papier au suivi informatique.