



MISE EN PLACE DE SYSTEME DE MANAGEMENT QUALITE

RAPPORT D'AUDIT A BLANC



Remerciements

A l'ensemble des participants pour la qualité de l'accueil et le dialogue développé durant cet audit,
A la Direction générale et à la Responsable Qualité pour la préparation, l'organisation et la réalisation de cette mission.

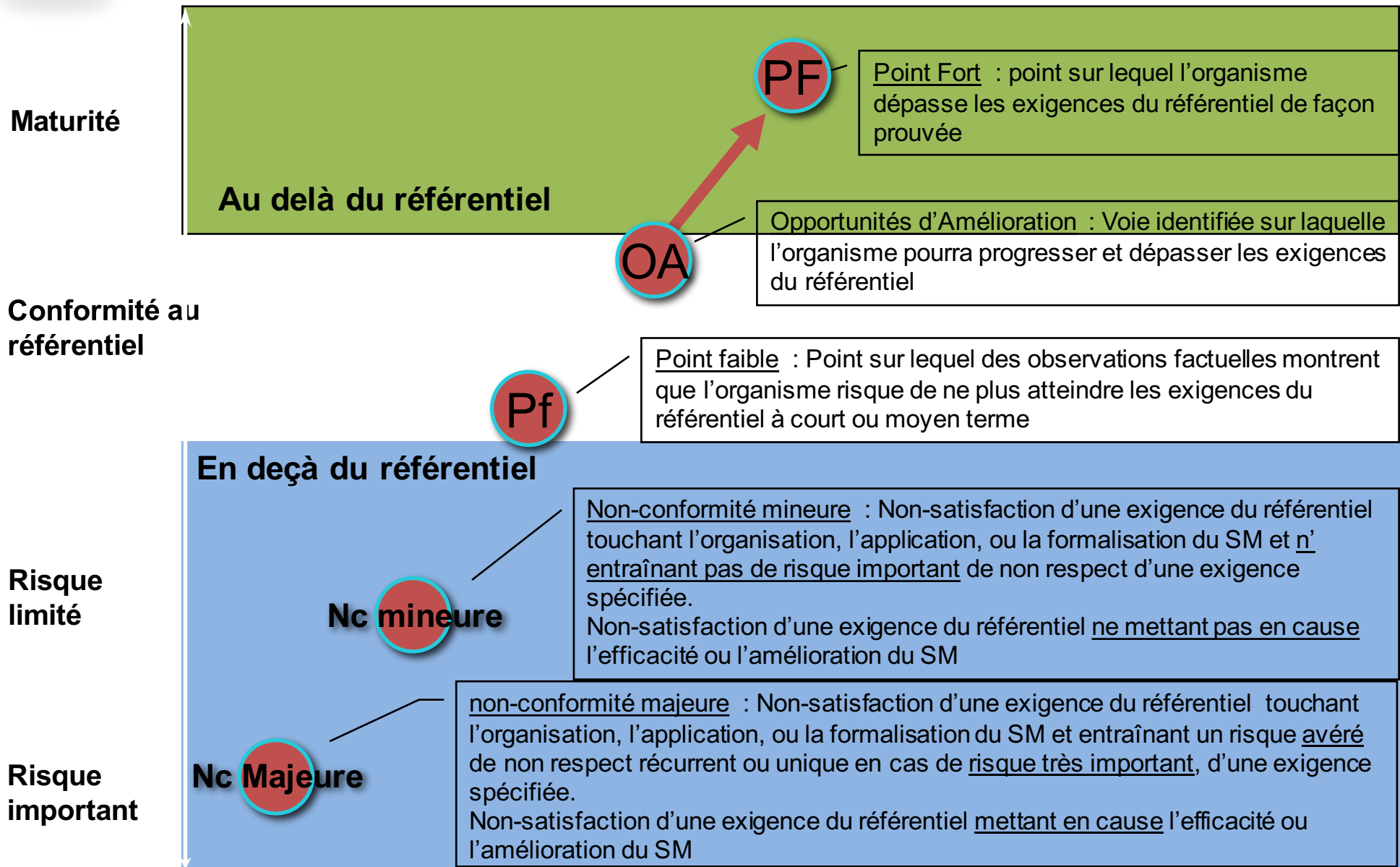
EQUIPE D'AUDIT

Aminata DIAGNE TOURE
Consultant Auditeur IRCA Qualité/Sécurité/Environnement



- ☐ Evaluer la conformité du Système de Management de la Qualité mis en place par rapport aux exigences de la norme ISO 9001 V 2015
- ☐ Evaluer l'application des dispositions préétablies dans le cadre du système de management qualité
- ☐ Identifier les écarts à traiter
- ☐ Identifier les points d'amélioration et les besoins de mise à niveau pour préparer l'audit de certification
- ☐ Proposer un délai pour l'audit de certification ISO 9001:2015.

Périmètre couvert : Accueil, prise en charge patient pour des prestations de consultation médicale, d'hospitalisation et de conseil.



LES POINTS FORTS

- Engagement et implication de la direction générale dans la mise en place et l'entretien du système de management qualité
- Jeunesse et Professionnalisme de l'équipe
- Dynamique d'instauration des meilleures pratiques et capitalisation des connaissances (formations, staff, CPDPR, amélioration des pratiques comme le processus de suivi pré et post natal ...)
- Bonne visibilité sur les objectifs stratégiques en cohérence avec la finalité de NEST
- Orientation client très marquée
- Politique d'accessibilité des soins
- Qualité des audits réalisés
- Maîtrise des processus par des pilotes , compétences, ressources, indicateurs, cibles ...)

LES POINTS SENSIBLES

GOUVERNANCE ET MANAGEMENT DES PERFORMANCES

- Pas évidence de la prise en compte des enjeux stratégiques dans la détermination des objectifs et du plan d'action (points forts, ...)
- Les exigences légales et réglementaires et les responsabilités associées à la veille ne sont pas clairement identifiées

ORGANISATION DU SMQ ET AMELIORATION

- Non connaissance de la politique qualité par certains acteurs et pilotes
- Faiblesse dans la maîtrise des modifications : objectifs, impact et conséquences, planification des actions

ACCEUIL ORIENTATION PATIENT - CONSULTATION

- Manque de connaissance des dispositions du processus par les collaborateurs (règles, documents à utiliser, les indicateurs, les performances ...) - Plateau
- Illisibilité des documents utilisés tels que les formulaires de suivi et les dossiers patients - Plateau
- Certains produits doivent être conservés suivant des températures de consigne, il n'y pas évidence du respect des règles (rotarix devant être conservé entre 2 et 8 degré dans un frigo dont la température est inconnue) – Plateau

HOSPITALISATION

- Equipement de monitoring non identifiés et à protégé contre les dérèglages
- Température du frigos pour la conservations de produits non connue

ENVIRONNEMENT DES SOINS

- Registre de gestion des DASRI ne mentionnant pas la destination des déchets et ne définissant pas formellement les données à enregistrer

GESTION FINANCIERE ET ADMINISTRATIVE

- Fiche de reversement non répertoriée dans le processus et non maitrisée (codification, propriété ..)

LES POINTS SENSIBLES

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Faiblesse dans le classement des documents associés à la gestion du personnel (dossier du personnel, demande d'emplois ...)
- Pas de collecte et conservation des preuves de compétence collaborateurs notamment les médecins et autres (master échographie, séminaires externes ...)

ACHAT ET GESTION DES STOCKS

- Pas de traçabilité des mouvements de stock

RESSOURCES MATERIELLES

- Les actions de maintenance par type d'équipement ne sont pas clairement définies pour s'assurer du respect des exigences par les prestataires

LES PISTES DE PROGRES

GOUVERNANCE ET MANAGEMENT DES PERFORMANCES

- Revoir la formulation de certains enjeux pour les rendre plus explicites (relation client, réputation ..)
- Planifier les décisions issues de la revue de direction

ORGANISATION DU SMQ ET AMELIORATION

- Préciser les points de diffusion des documents notamment pour les versions physiques (points d'affichage à préciser)
- Différencier dans le plan d'action les corrections des actions correctives suite aux incidents, et audits
- Veiller à évaluer l'efficacité des actions correctives en fonction du niveau d'atteinte des objectifs

ACCEUIL ORIENTATION PATIENT

- Répertorier le registre des consultations sur la fiche processus
- Documenter le planning des médecins
- Former les infirmières assurant l'accueil et l'information des patients et mettre à disposition les informations utiles (tarifs, ...)
- Plateau
- Etendre les appels mystères à la clinique pour une fiabilité des résultats sur les délais d'attente au téléphone

CONSULTATION

- Intégrer formellement les activités du CPDPR et capitaliser les recommandations issues des ateliers (mise à niveau des protocoles médicaux uniformisation de pratiques..)
- Préciser les données à considérer pour le calcul du taux de rappel des patients
- Améliorer le rangement dans le bureau du médecin chef (machine à café par terre..)
- Veiller à la disponibilité des informations nécessaire à la facturation des prestations par la secrétaire médicale (prix des médicament ...) - Clinique

LES PISTES DE PROGRES

HOSPITALISATION

- Mettre à niveau la chambre du RDC : Rideau pendant, Abattant WC, pas de moustiquaire, porte de secours face à la chambre ouverte, ...)
- Améliorer l'entretien des VMC
- Sensibiliser le personnel support sur la nécessité de formaliser les incident (retard dans la livraison des repas, écarts qualitatifs sur les prestations de la buanderie, ...)
- Préciser les dates de préparation des repas stockés
- Voir l'opportunité d'effectuer des prélèvement pour le contrôle micro biologique des mets et des surfaces sensibles

ENVIRONNEMENT DES SOINS

- Préciser dans le protocole de décontamination la durée du trempage
- Veiller au respect des consignes de tri des déchets (papier dans les poubelles des déchets infectieux)
- Etendre la sensibilisation à l'hygiène aux prestataires

GESTION FINANCIERE ET ADMINISTRATIVE

- Revoir les indicateurs, certains tels que le taux de mise en œuvre de la matrice de contrôle ne peuvent être mesurés

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Capitaliser les connaissances issues des actions de formation en veillant au classement des supports si opportun
- Revoir la méthode de calcul du taux d'évaluation individuelle (considérer au dénominateur le nombre d'évaluation prévue)

RESSOURCES MATERIELLES

- S'assurer de l'exhaustivité des ressources matérielles devant être entretenues (moniteur, autoclave, echographe ...)
- Conserver les preuves de maintenance et calibrage des équipements
- Veiller à l'identification des équipements
- Revoir la pertinence des actions issues de l'analyse des risques du processus

LES PISTES DE PROGRES

ACHAT ET GESTION DES STOCKS

- Préciser les critères pour l'agrément des laboratoires, cabinet d'imagerie ...
- S'assurer de l'applicabilité des critères et du respect des critères avant agrément (certificat de salubrité pour le restaurant, certificat dans le domaine médical pour la buanderie)
- Préciser les coordonnées des prestataires dans la base de données fournisseur
- Déterminer les stock de sécurité pour les produits sensibles
- Revoir les critères de réévaluation pour prendre en compte les prestations de service
- Impliquer les fonctions pertinentes dans la réévaluation des fournisseurs (prix des services, prestation médicales ..)
- Préciser les résultats du contrôle à la réception des achats
- Vérifier l'extincteur de la salle de stock
- Veiller à identifier la propriété des clients et des prestataires externes (échographe)

SYSTEME D'INFORMATION

- Référencer les ressources informatiques pour une identification unique

ENCAISSEMENT FACTURATION RECOUVREMENT

- Reformuler l'indicateur sur le taux de rejet des factures par les garants

MARKETING COMMUNICATION

- Préciser la méthodologie de mesure du niveau de satisfaction client, les dispositions sont réparties dans plusieurs processus (hospitalisation, gouvernance, suivi et conseil)



SYNTHESE DES ECARTS





SYNTHESE DES ECARTS

GOVERNANCE ET MANAGEMENT DES PERFORMANCES

- Les cibles ne sont pas définies, l'atteinte des objectifs ne peut être évaluée conformément à au § 6.1.2.b de l'ISO 9001
- Il n'y a pas d'évidence de l'analyse des indicateurs et d'action corrective mise en œuvre suite à la non atteinte d'objectif (Ex : Taux de dossier patient incomplet)
- Le domaine d'application du système de management qualité n'est pas déterminé et documenté et les exclusions ne sont pas justifiées conformément aux exigences de l'ISO 9001 § 4.3

ORGANISATION DU SMQ ET AMELIORATION

- La documentation du système de management qualité n'est pas maîtrisée :
 - Des enregistrements ne sont pas maîtrisés et les versions des documents ne sont pas systématiquement identifiées : (enjeux, organigramme (affiché au plateau, ...) les tarifs, liste des IPM et assurances, guide d'accueil au téléphone, dossier d'hospitalisation ..)
 - Les documents du système de management sont diffusés via Dropbox, ils ne sont pas protégés des modifications conformément au § 7.5.3.1.b de l'ISO 9001
 - Les versions électroniques des documents mis à jour ne sont pas archivées conformément à la procédure de gestion des informations documentées
 - Procédures et fiches processus non disponibles au niveau des fonctions pertinentes (fiche processus, guides d'accueil, modes opératoires au niveau du service accueil plateau, fiche d'évaluation des formations au RH ...)

ACCEUIL ORIENTATION PATIENT

Plateau

- Non connaissance des dispositions du processus par les acteurs (indicateurs, règles, documents, ...) et non disponibilité des documents (processus, guide d'accueil, gestion des rendez-vous, fiche d'information visiteurs, ...)
- Les demandes de rappel ne sont pas identifiées sur le registre, il n'y a pas de trace des rappels patient permettant de s'assurer de l'application des dispositions établies dans le cadre du processus



SYNTHESE DES ECARTS

ACCEUIL ORIENTATION PATIENT (Suite)

Plateau

- Les coordonnées des visiteurs ne sont pas enregistrées pour permettre le suivi des prospects conformément au processus
- Non connaissance des indicateurs et des performances du processus accueil. De plus, les données ne sont non disponibles pour permettre une mesure fiable des indicateurs liés au temps d'attente et taux de rappel.

CONSULTATION

Plateau

- Non connaissance du processus par les infirmières en charge de la gestion administrative des consultations
- Les documents du processus sont indisponibles (fiche processus, mode opératoire de gestion administrative des consultations, mode opératoire de vérification des salles ...)
- Equipements de mesures ne sont pas identifiés (thermomètre, balance, tensiomètre, ...) et aucune information documentée ne permet de s'assurer de l'adéquation des ressources conformément au §7.1.5.1
- Les dossiers patients ne sont pas protégés conformément aux exigences du § 8.5.3 de l'ISO 9001 (salle et armoire ouverte)

HOSPITALISATION

- Aucune disposition pré-établie pour l'identification et la conservation des poches de sang (date de réception, conditions de conservation non précisées)
- Il n'y pas de preuve de maîtrise du l'autoclave : équipement non identifié, pas de minuteur, pas de visibilité des niveaux de température, pas de mode opératoire pour son utilisation



SYNTHESE DES ECARTS

ENVIRONNEMENT DES SOINS

- Le protocole de nettoyage par zone n'est non appliqué
- La procédure de gestion du linge n'est pas disponible au niveau des fonctions compétentes et n'est pas appliquée

SUIVI ET CONSEIL

- Le mode opératoire de suivi pré et post opératoire n'existe pas alors qu'il est répertorié dans la fiche processus
- La procédure de suivi patient n'est pas mise en œuvre en ce qui concerne la remise de la carte patient à la 1^{ère} visite, le rappel systématique après la 1^{ère} visite, le suivi des patients sans parcours, l'entretien de 12^{ème} semaine
- Le suivi des prospects s'appuyant sur le CRM n'est pas mise en œuvre, de même les indicateurs ne sont pas mesurés

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Les dossiers individuels ne sont pas complets pour la plus part : pas de preuve des compétences
- Les exigences liées au poste de médecin ne sont pas définies pour le personnel travaillant sous le contrôle de NEST. De même, les exigences en termes de compétences des médecins prestataires et intervenants ne sont pas formellement déterminées (inscription à l'ordre, parcours de formation, expériences ...)
- L'analyse des résultats de l'évaluation annuelle n'est pas réalisée par le comité de direction pour statuer sur les propositions et identifier les formations à planifier conformément au processus
- L'évaluation à chaud et à froid de l'efficacité des actions de formation ne sont pas mises en œuvre (formation Odoo, Audit...)
- Pas de preuves de la mise en œuvre des formations internes planifiées : Normes et protocoles de prise en charge des naissances, séances de préparation à l'accouchement ...)
- Les indicateurs du processus ne sont pas mesurés



SYNTHESE DES ECARTS

MARKETING COMMUNICATION

- Les indicateurs du processus ne sont pas mesurés : acquisition de nouveaux clients, niveau de mise en œuvre du plan de communication

GESTION FINANCIERE ET ADMINISTRATIVE

- Les états mensuels ne sont pas disponibles en 2018 conformément aux dispositions du processus
- Les PV de réception ne sont pas remplis par le comptable comme le spécifie le processus
- Le pilote n'a pas de maîtrise sur la planification des actions face aux risques et sur l'évaluation de leur efficacité
- Le référencement et l'audit des immobilisations ne sont pas réalisés conformément au processus

SYSTEME D'INFORMATION

- La sauvegarde sur disque n'est pas mise en œuvre conformément à la procédure de gestion des données

ENCAISSEMENT FACTURATION RECOUVREMENT

- Le mode opératoire de règlement des honoraires n'est pas conforme aux pratiques

BILAN ET CONCLUSION

Le système de management Qualité de NEST dispose de plusieurs atouts :

- Une direction générale engagée et disposée à allouer les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs.
- Une forte orientation client et performance
- Un encadrement compétent et pouvant assurer le pilotage des processus
- Des dispositions pertinentes et une volonté de mise à niveau des ressources pour l'atteinte des objectifs
- Un système documentaire en cohérence avec les activités de l'entreprise

Les principaux efforts à déployer concernent :

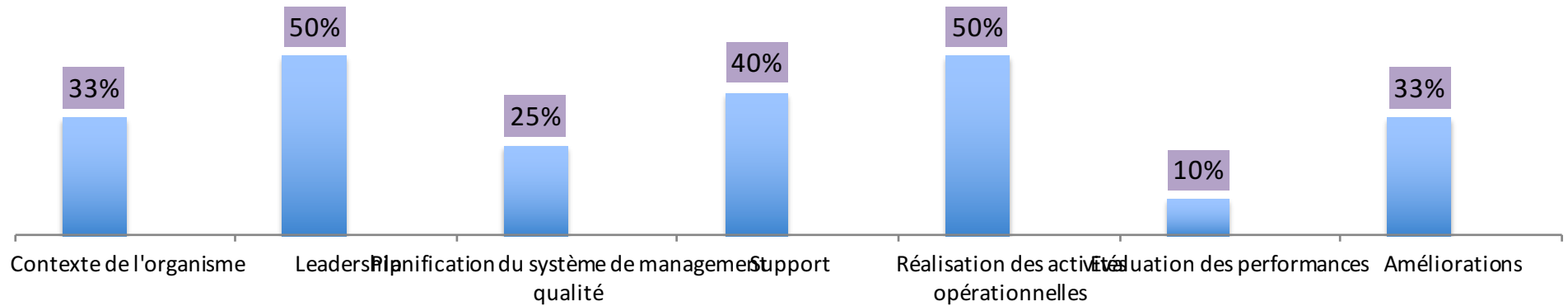
- L'appropriation des dispositions du système de management qualité et de l'objectif d'amélioration continue à tous les niveaux
- La revue, mesure et l'analyse des indicateurs : Pertinence, formules de calcul et sources, documentation des résultats d'évaluation
- La maîtrise des documents notamment l'identification et la diffusion aux fonctions pertinentes

En conclusion

- NEST dispose des ressources nécessaires pour traiter tous les constats relevés :
 - 32 Non conformités
 - 18 Points faibles
 - 40 Pistes de progrès
- Aucun obstacle majeur n'a été identifié.
- Sous réserve de la mise en place des actions associées aux constats, le système de management Qualité est certifiable.
- Le délai requis pour la mise à niveau est estimé à 3 semaines.

BILAN ET CONCLUSION

- **Niveau de Conformité Initial : 37%**



- **Niveau de Conformité à l'Audit à Blanc : 82%**

