

Comité du 26 septembre 2019

SMQ



Fiche d'identité du processus

- Processus : Marketing et Communication
- Entrée : Besoin de faire connaître l'entreprise ou de communiquer
- Sortie : Confiance et satisfaction des parties intéressées constatée
- **Finalité :**
 - Assurer à l'entreprise une bonne notoriété et la fidélisation de ses clients en vue de l'atteinte des objectifs de croissance.
 - Maîtriser l'image de l'entreprise auprès de toutes les parties intéressées et maintenir la relation de confiance avec celles-ci.

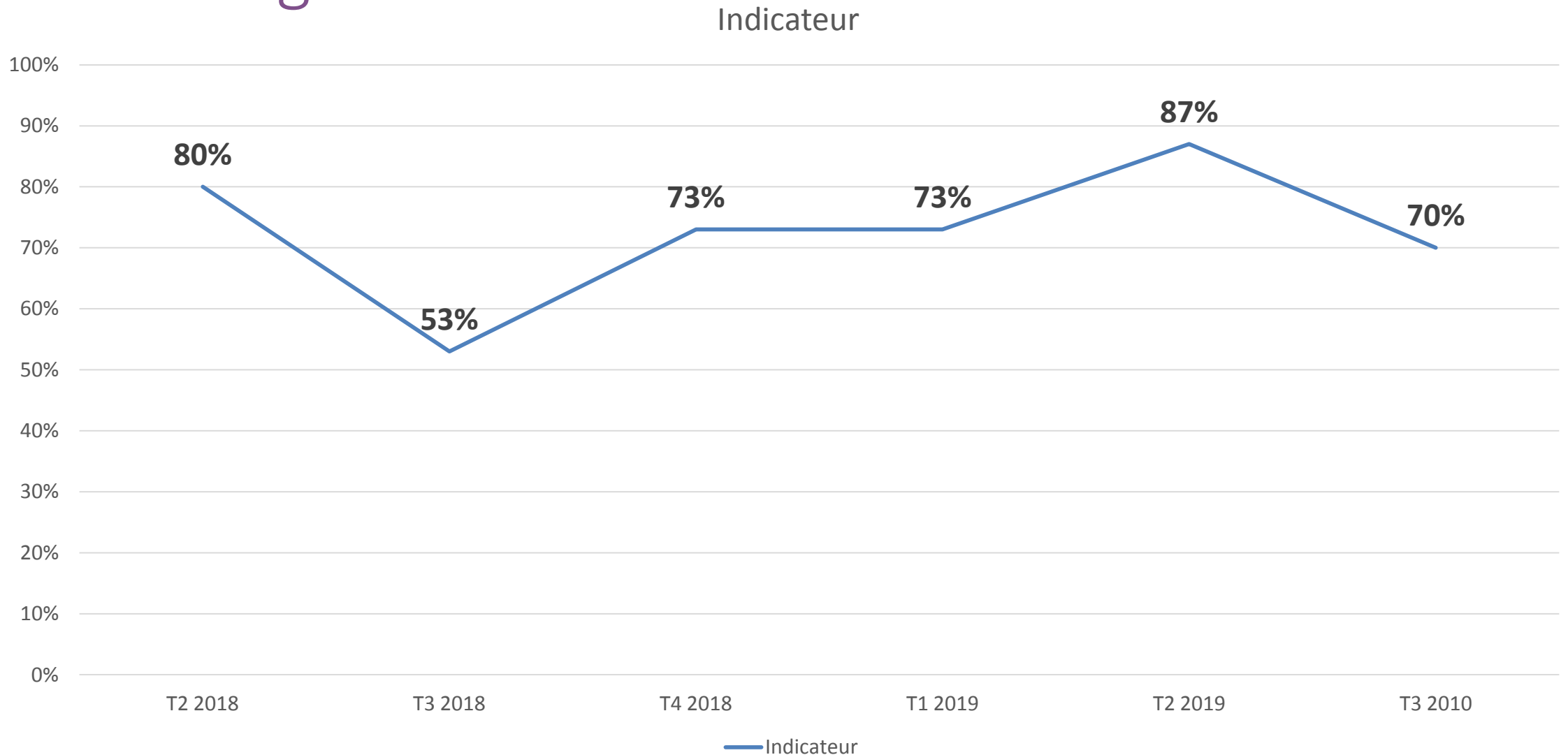


Indicateurs

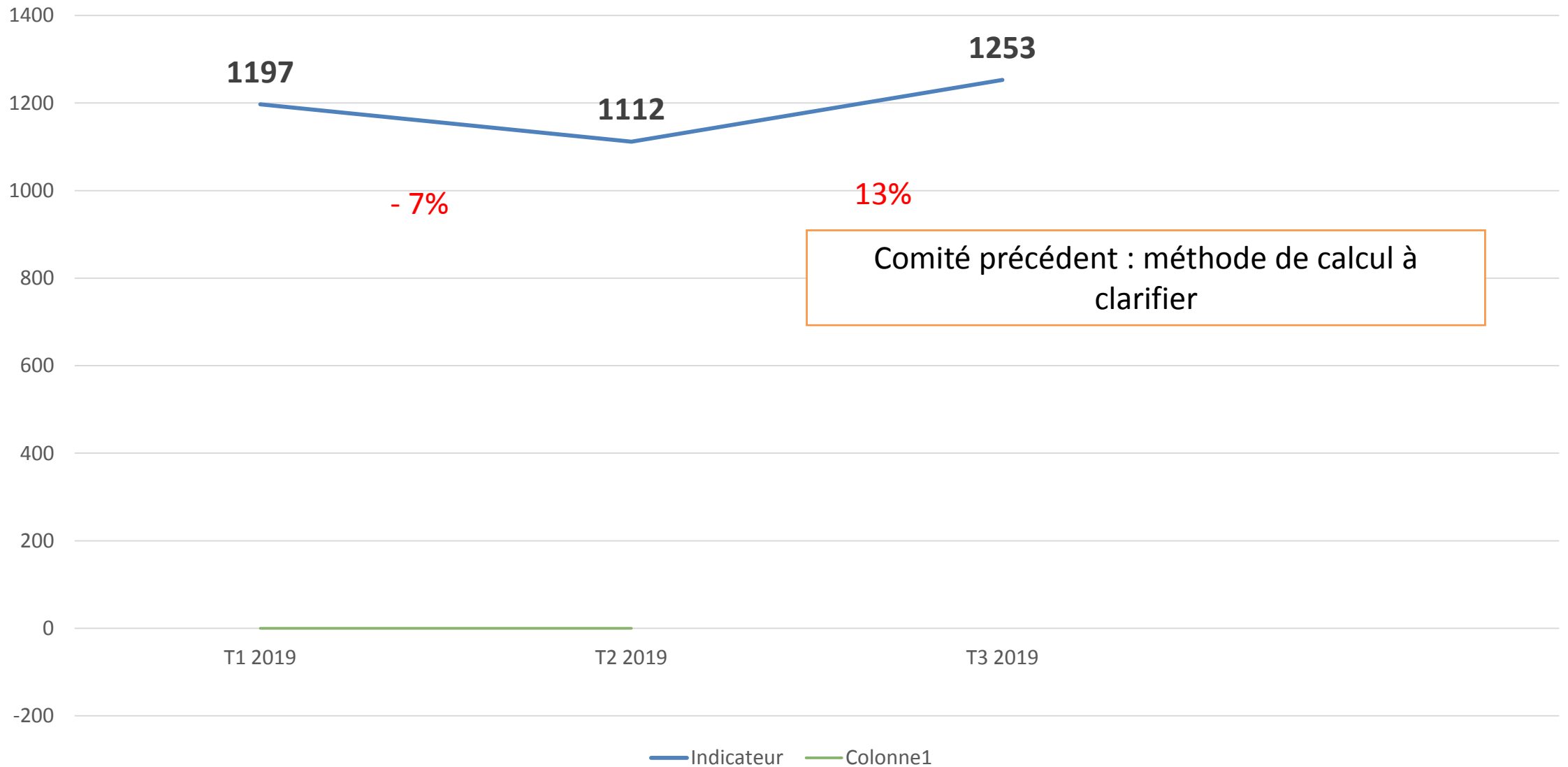
Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Taux de réalisation des actions marketing	Khadi TOURE Responsable Marketing	Trimestrielle	70%	Nombre d'actions réalisées / Nombre d'actions planifiées
Nombre de nouveaux patients	Khadi TOURE Responsable Marketing	Trimestrielle	+ 25%	Taux de variation nouveau patients T / T-1
Niveau de satisfaction des patients	Khadi TOURE Responsable Marketing	Semestrielle	75%	Pourcentage des patients n'ayant aucun motif d'insatisfaction
		Mensuelle	1	Nombre de fiches de réclamation
		Semestrielle	90%	Pourcentage des patientes qui recommanderaient NEST
Qualité du service téléphonique	Khadi TOURE Responsable Marketing	Trimestrielle	3	Appels mystères: Attribution de notes de 1 à 3 pour les critères: Temps d'attente téléphonique, qualité de la réponse et accueil/ amabilité.



Indicateur mensuel: Taux de réalisation actions marketing



Acquisition Nouveaux patients



Niveau de satisfaction des patients

- **Pourcentage des patients n'ayant aucun motif d'insatisfaction :**
73%
- **Nombre de fiches de réclamation :**
2 fiches déposées dans les urnes sur T3 2019
- **Pourcentage des patientes qui recommanderaient NEST :**
100%



Qualité du service téléphonique

Appels mystères: Attribution de notes de 1 à 3 pour les critères:

Temps d'attente téléphonique : 2,6 / 3

Qualité de la réponse et accueil : 2,8 / 3

Amabilité: 2,7 / 3

*Nb : non réalisé sur sept
A mettre en place au plateau*



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus : 1
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus : 1
- Pourcentage d'audits internes clôturés : 100%
- Date du dernier audit : 27/11/2018
- Date du prochain audit: Décembre 2019



Fiche d'identité du processus

- **Processus** : PM03 – Organisation du Système Management Qualité et amélioration continue
- **Entrée** : Exigences des parties intéressées et enjeux
- **Sortie** : Satisfaction des exigences et atteinte des objectifs
- **Finalité** : Soutenir la dynamique de l'amélioration des performances, assurer la satisfaction des parties intéressées et l'atteinte des objectifs



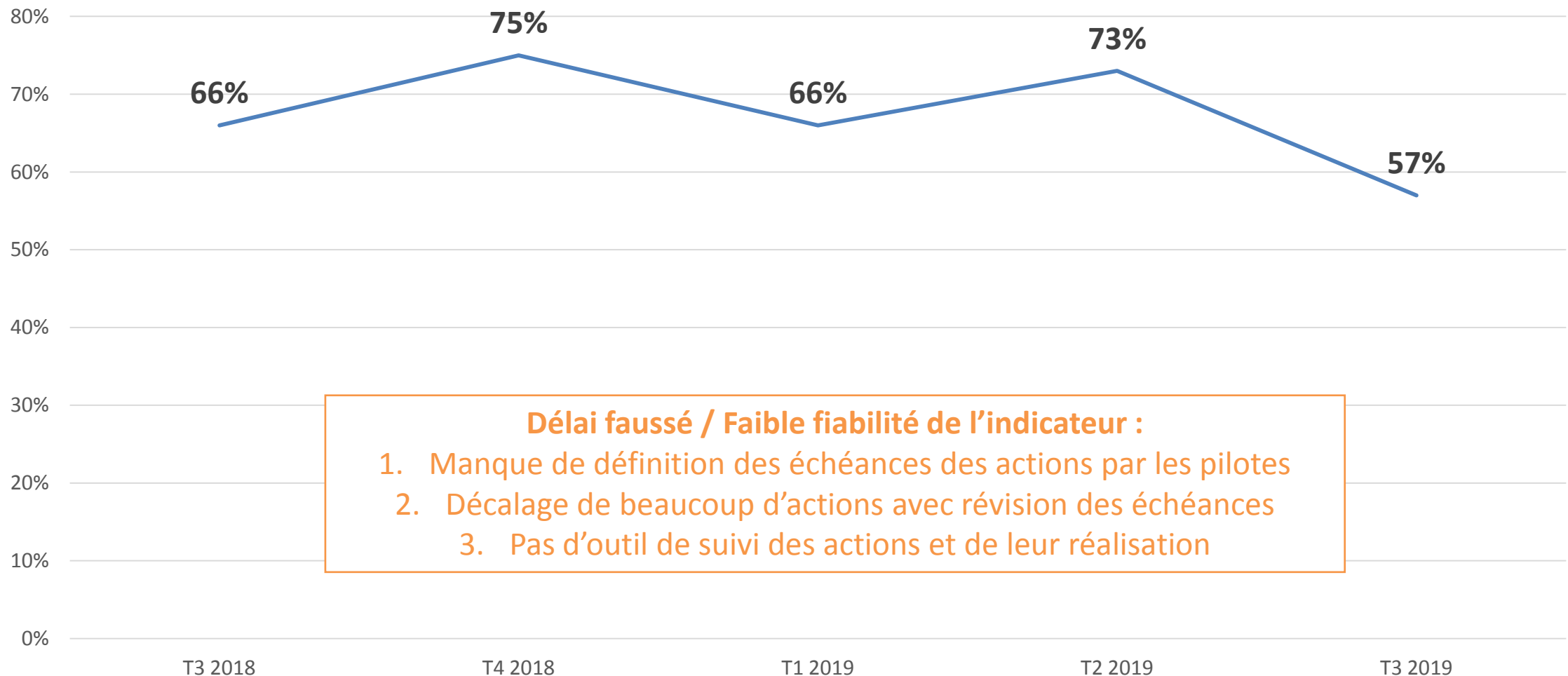
Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Niveau de respect des délais des actions d'amélioration suite aux audits et aux fiches d'incident	Pilote	Trimestrielle	70%	Taux d'actions en retard
Nombre de non-conformités répétées	Pilote	Semestrielle	5	Décompte du nombre de non-conformités répétées



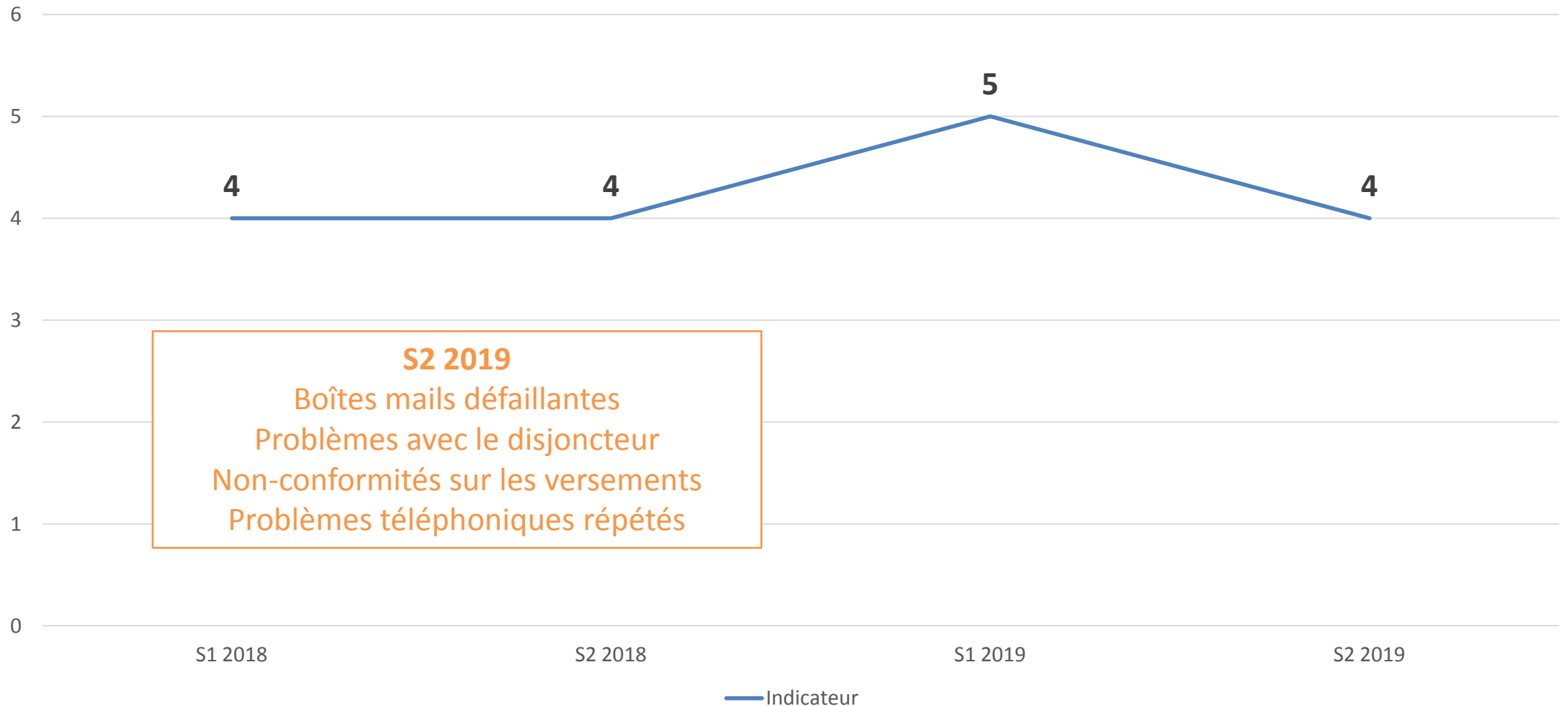
Indicateur trimestriel

Niveau de respect des délais des actions d'amélioration suite aux audits et aux fiches d'incident



Indicateur semestriel

Nombre de non-conformités répétées



Fiches d'incident sur le SMQ

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes : 41
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 221
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 84%

Autonomisation des pilotes pour traiter les fiches d'incidents directement
Mise en place de l'outil Qualipro



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus : 2
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus : 2
- Pourcentage d'audits internes clôturés : 100%
- Date du dernier audit : 25/03/2019
- Date du prochain audit : 2020



Écarts sur le processus

- Nombre d'écarts identifiés : 3
 - 5 fiches d'incident sur 12 non clôturées ne sont pas complètes
 - Tous les indicateurs des processus ne sont pas encore mis en place
 - Tableau des enregistrements pas à jour
- Nombre d'écarts soldés : 3
- Pourcentage d'écarts soldés : 100%
- Liste des écarts ouverts : -



Fiche d'identité du processus

- Processus :

Pilote et copilote à identifier et à former

Accueil et orientation

- Entrée :

Sollicitation physique ou téléphonique d'une partie intéressée

- Sortie :

Satisfaction de la demande

- Finalité :

Fournir les informations pertinentes sur site ou par téléphone pour optimiser la prise en charge des demandes et des besoins des parties intéressées



Indicateurs

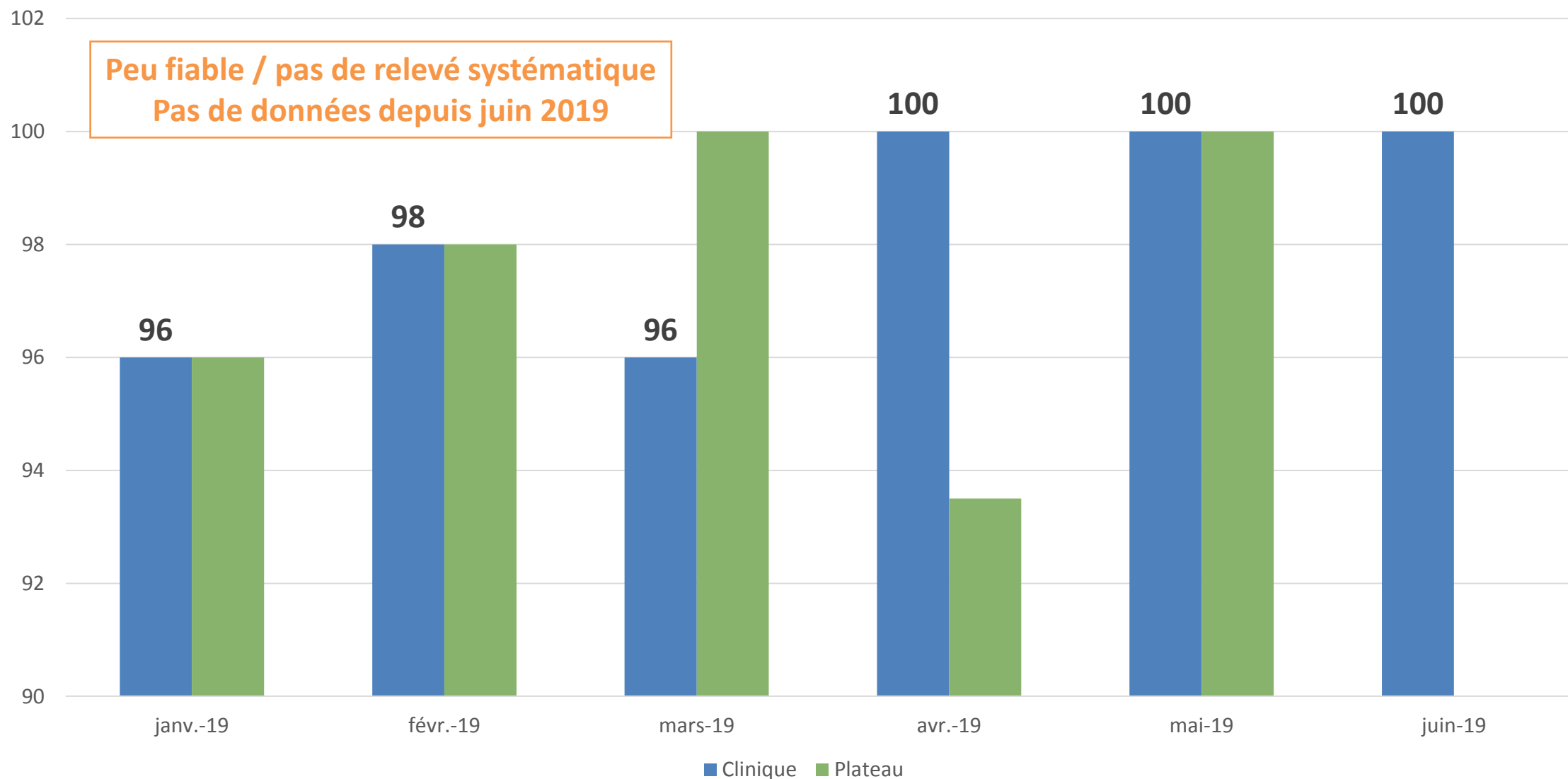
Indicateurs non calculés :

Manque de pilote et copilote
Manque de temps pour compléter le CRM avec
les temps d'attente

Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Taux de satisfaction des demandes patients en 24h	Pilote	Mensuelle	95%	Nombre de demandes traitées en 24h / Nombre de demandes
Temps d'attente en salle d'attente	Copilote	Mensuelle	40min	Comparer les heures réelles d'entrée en salle et les heures d'arrivée (une journée par semaine)



Taux de satisfaction des demandes patients en 24h



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :
1 depuis Janvier
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :
Aucun
- Pourcentage d'audits internes clôturés :
 - 0%
- Date du dernier audit :
 - 18/02/2019
- Date du prochain audit
Juillet 2019

Audit de Juillet repoussé à la fin de l'année



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés :

3

- Nombre d'écart soldés :

3

- Pourcentage d'écart soldés :

100%

- Liste des écarts ouverts :



Fiche d'identité du processus

- Processus : Encaissement, Facturation, Recouvrement et Règlement des Médecins
- Entrée : Patient orienté
- Sortie : Règlement Médecin
- Finalité : Assurer une facturation exhaustive des prestations, un recouvrement efficace et un bon règlement des honoraires des médecins

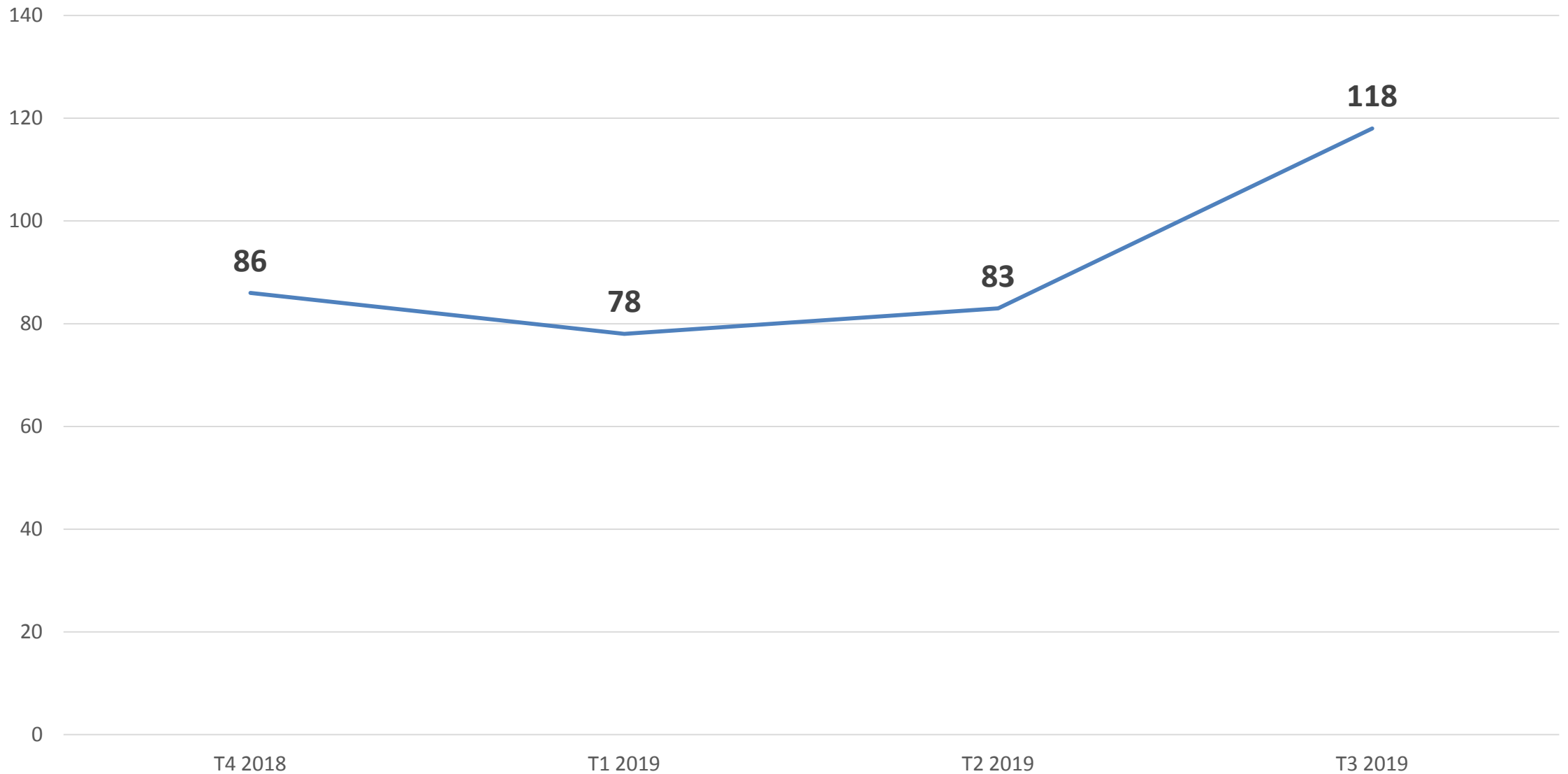


Indicateurs

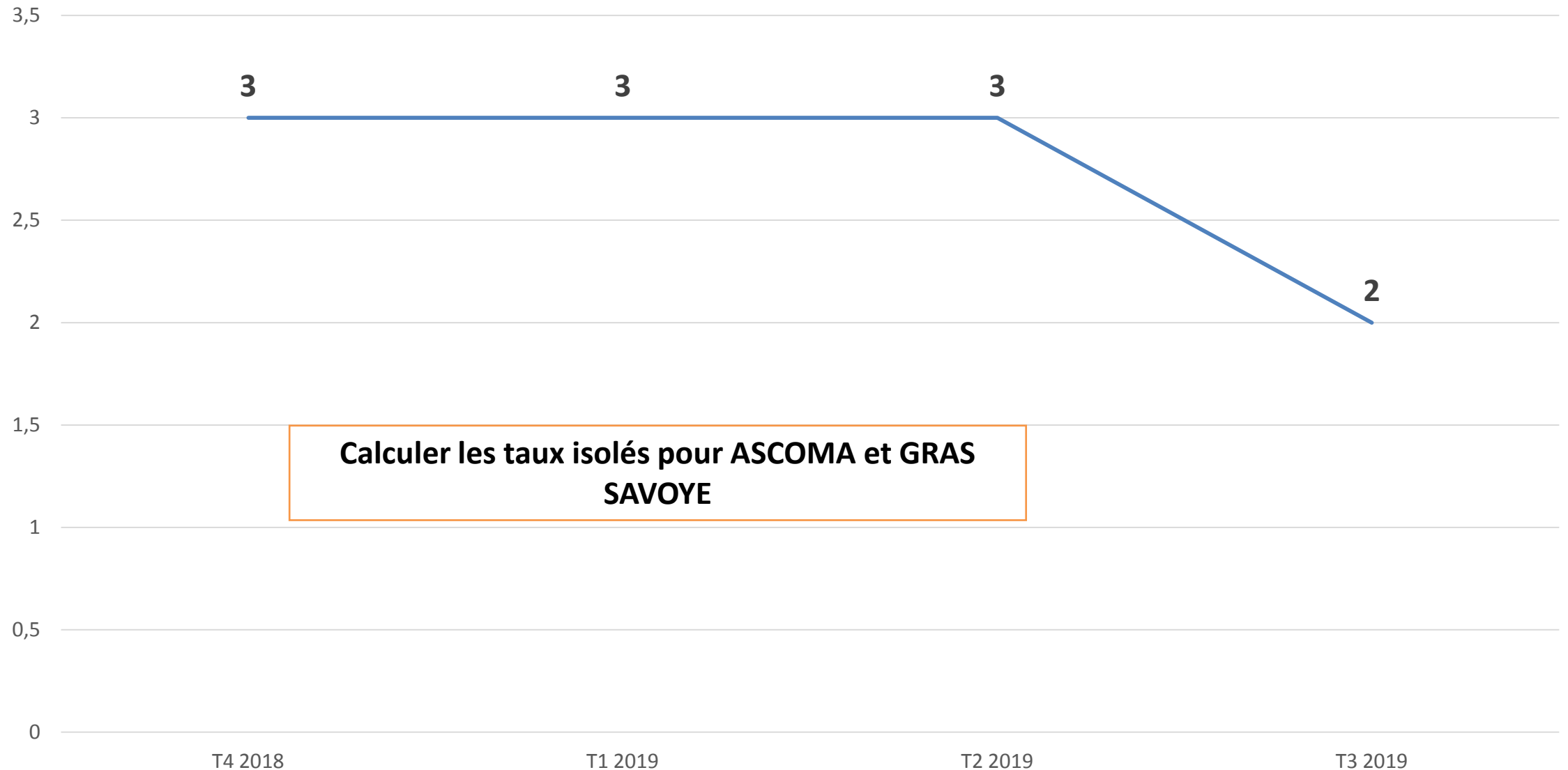
Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Délai moyen de paiement des garants	Pilote	Trimestrielle	60 jours	Moyenne des délais de tous les paiements reçus
Taux de réclamations ou rejets des garants sur la facturation	Pilote	Trimestrielle	5%	Nombre de réclamations ou rejets des garants / Nombre de facture
Délai moyen entre la sortie du patient et la réception de la facture à la DAF	Pilote	Trimestrielle	7 jours	Moyenne des délais
Délai moyen entre la réception de la facture à la DAF et le dépôt au niveau du garant	Pilote	Trimestrielle	3 jours	Moyenne des délais



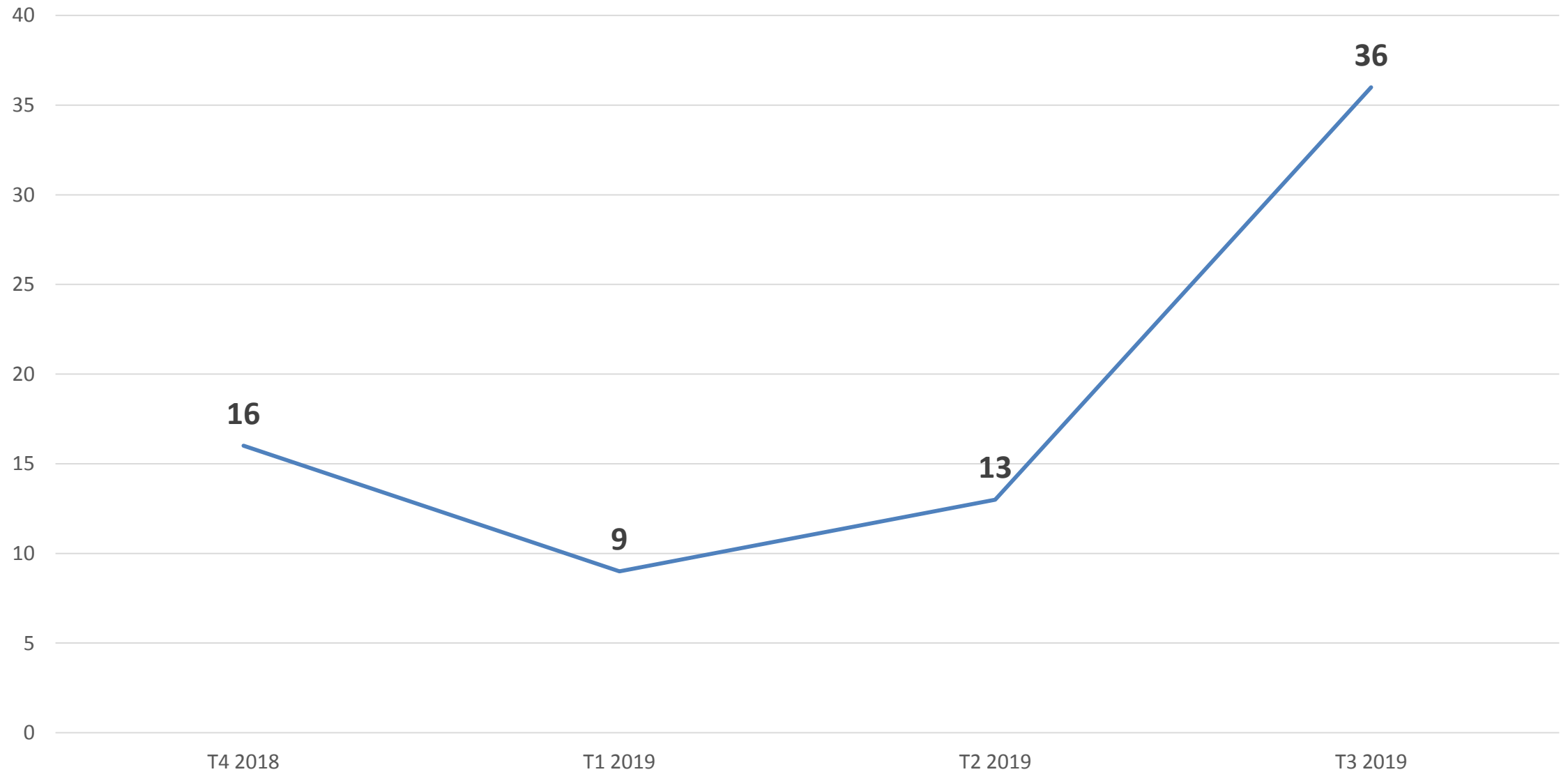
Délai moyen de paiement des garants



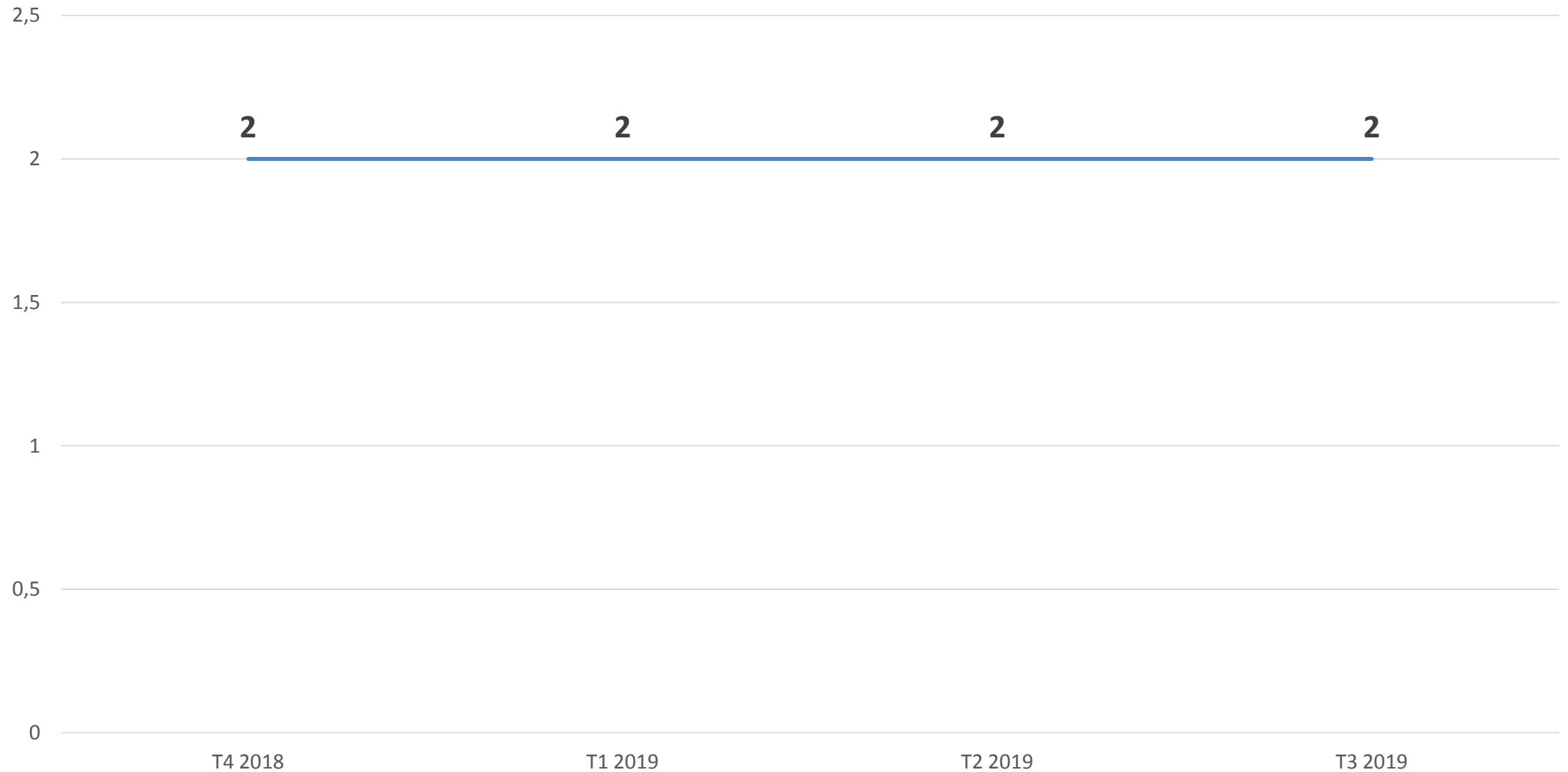
Taux de réclamations ou rejets des garants sur la facturation



Délai moyen entre la sortie du patient et la réception de la facture à la DAF



Délai moyen ente la réception de la facture à la DAF et le dépôt au niveau du garant



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes : 17
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 13
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 76%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus : 02
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus : 02
- Pourcentage d'audits internes clôturés : 100%
- Date du dernier audit: 26/02/2019
- Date du prochain audit: Novembre 2019



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés : 02
- Nombre d'écart soldés : 01
- Pourcentage d'écart soldés : 50%
- Liste des écarts ouverts :
 - Procédure de recouvrement n'est pas en accord avec ce qui est fait actuellement



Fiche d'identité du processus

- Processus :

Consultations

- Entrée :

Patient accueilli en salle d'attente

- Sortie :

Patient consulté et satisfait de la consultation

- Finalité :

Ecouter et prendre en charge les demandes de prestation du patient :
diagnostic, thérapeutiques, conseils

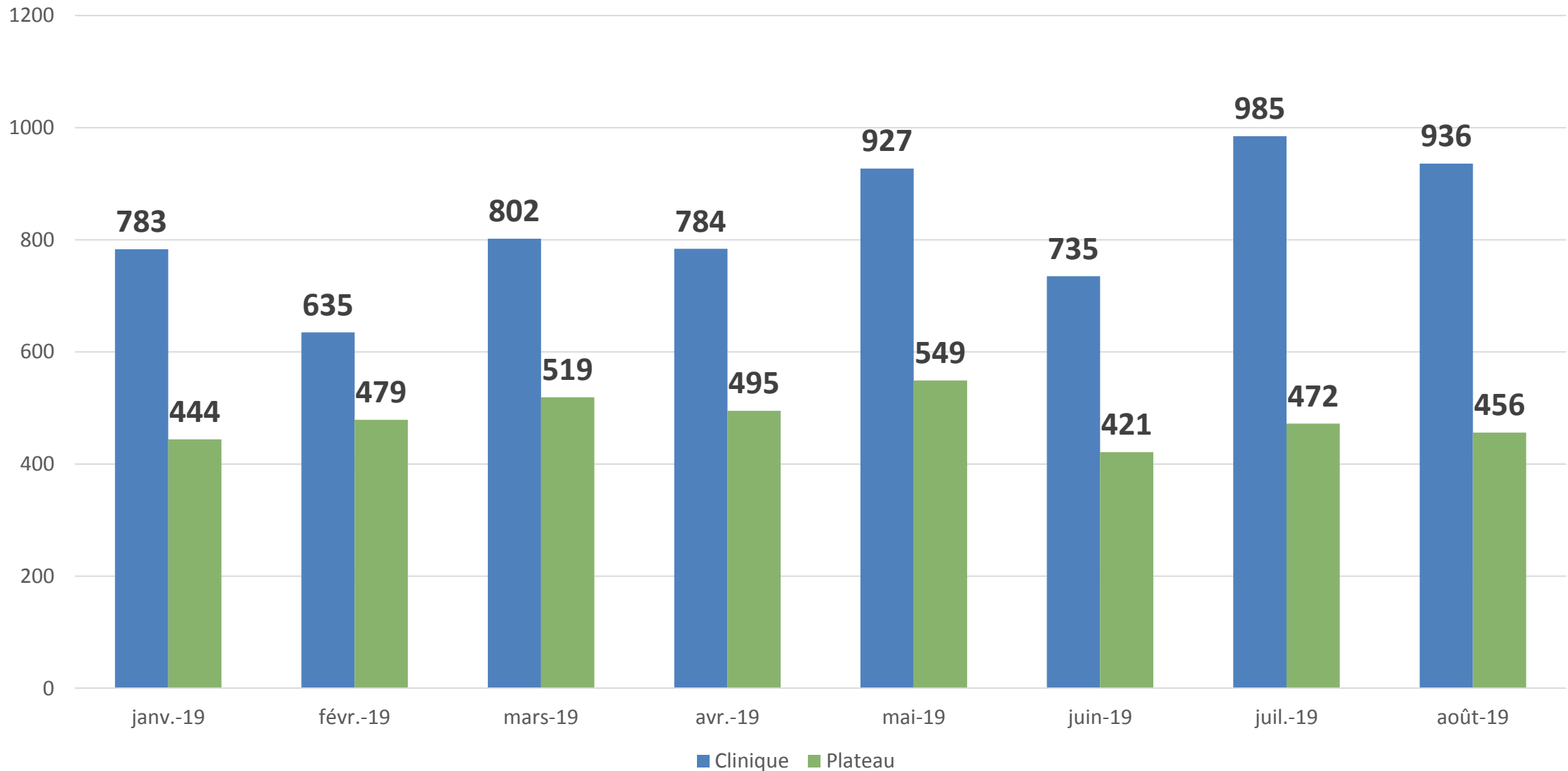


Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Nombre de patients consultés par mois	Pilote	Mensuelle	1320	Comptage du nombre de consultation par spécialité, par médecin



Nombre de patients consultés par mois



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :

0

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

6

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :

100%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

3

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

3

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

100%

- Date du dernier audit :

24/05/2019

- Date du prochain audit

03/10/2019



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés :

5

- Nombre d'écart soldés :

4

- Pourcentage d'écart soldés :

80%

- Liste des écarts ouverts :

- Les dossiers patients ne sont pas protégés conformément aux exigences du § 8.5.3 de l'ISO 9001 (salle et armoire ouverte)



Fiche d'identité du processus

- Processus :

Hospitalisation

- Entrée :

Patient consulté ou programmé suite à une décision médicale

- Sortie :

Patient pris en charge et satisfait de l'hospitalisation

- Finalité :

Ecouter et prendre en charge les demandes de prestation du patient hospitalisé : diagnostic, thérapeutiques, conseils

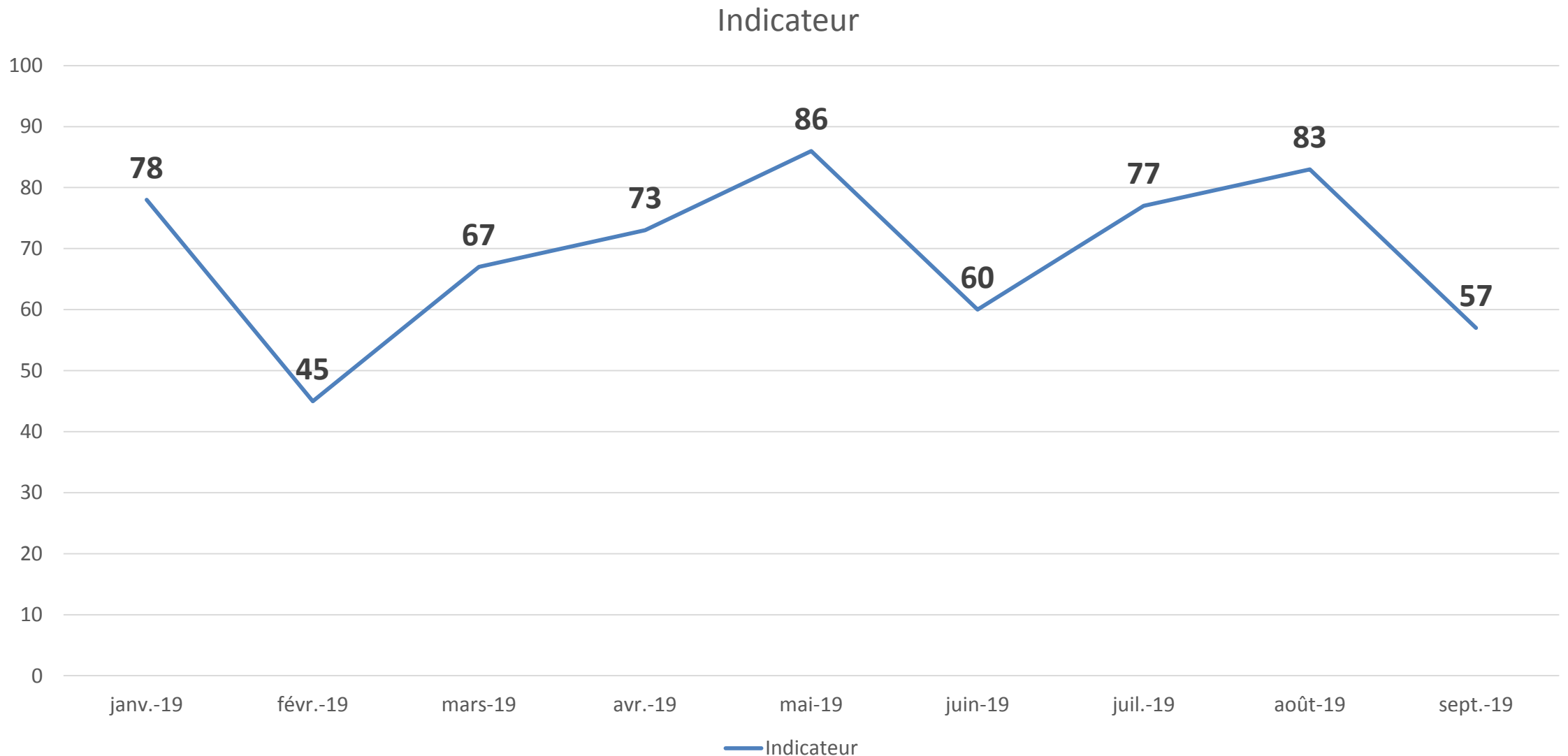


Indicateurs

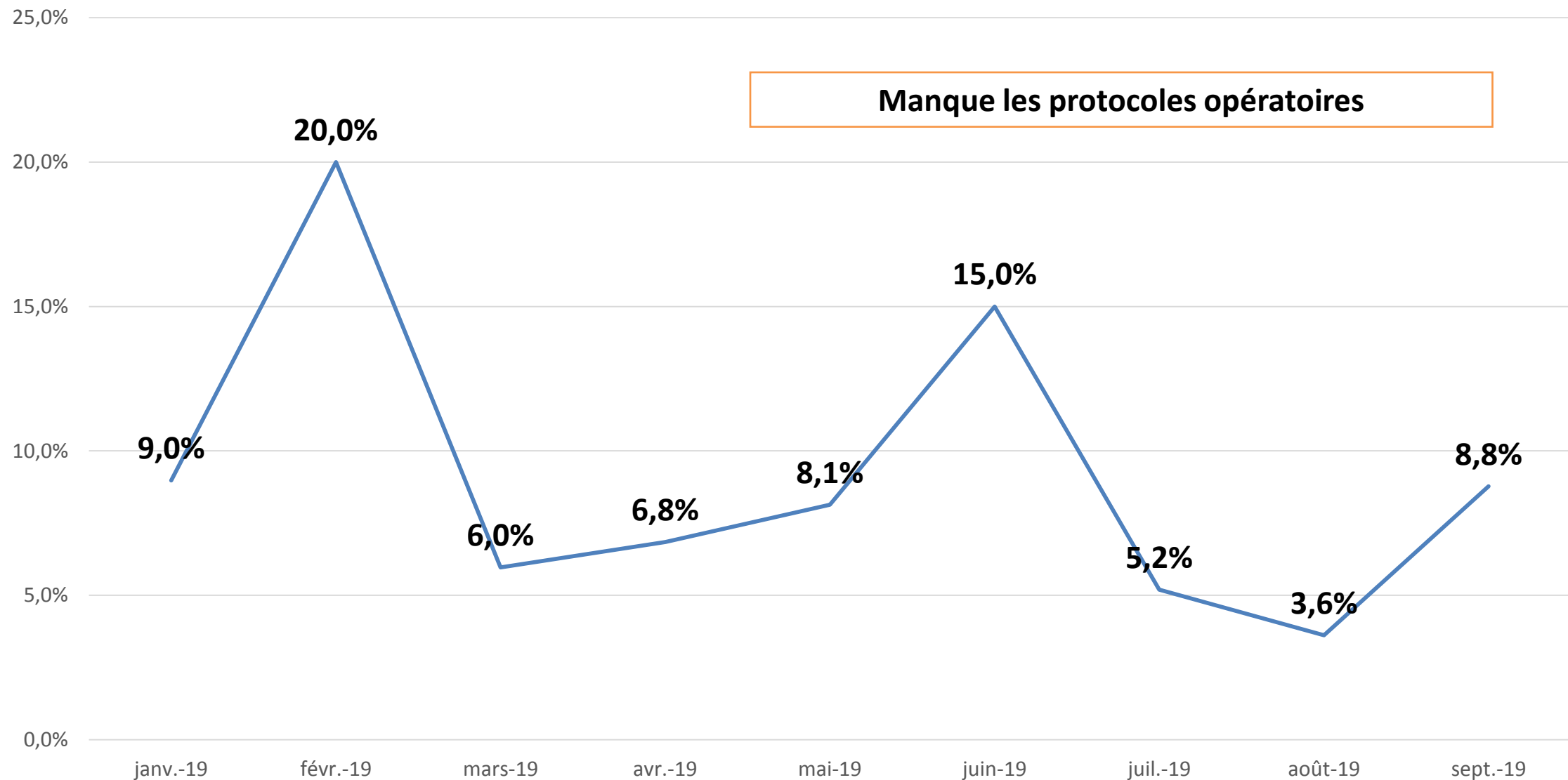
Indicateur	Responsable	Fréq.	Cible	Méthode de calcul
Taux de dossiers patients non-conformes	Pilote	Mensuelle	10%	Sur un échantillon aléatoire de 10 dossiers : Nombre de dossiers patient incomplets ou mal remplis / Nombre de dossiers patients
Nombre de patients hospitalisés par mois	Pilote	Mensuelle	60	Décompte du nombre d'hospitalisations
Nombre d'infections nosocomiales	Copilote	Mensuelle	0	Décompte du nombre d'infections nosocomiales



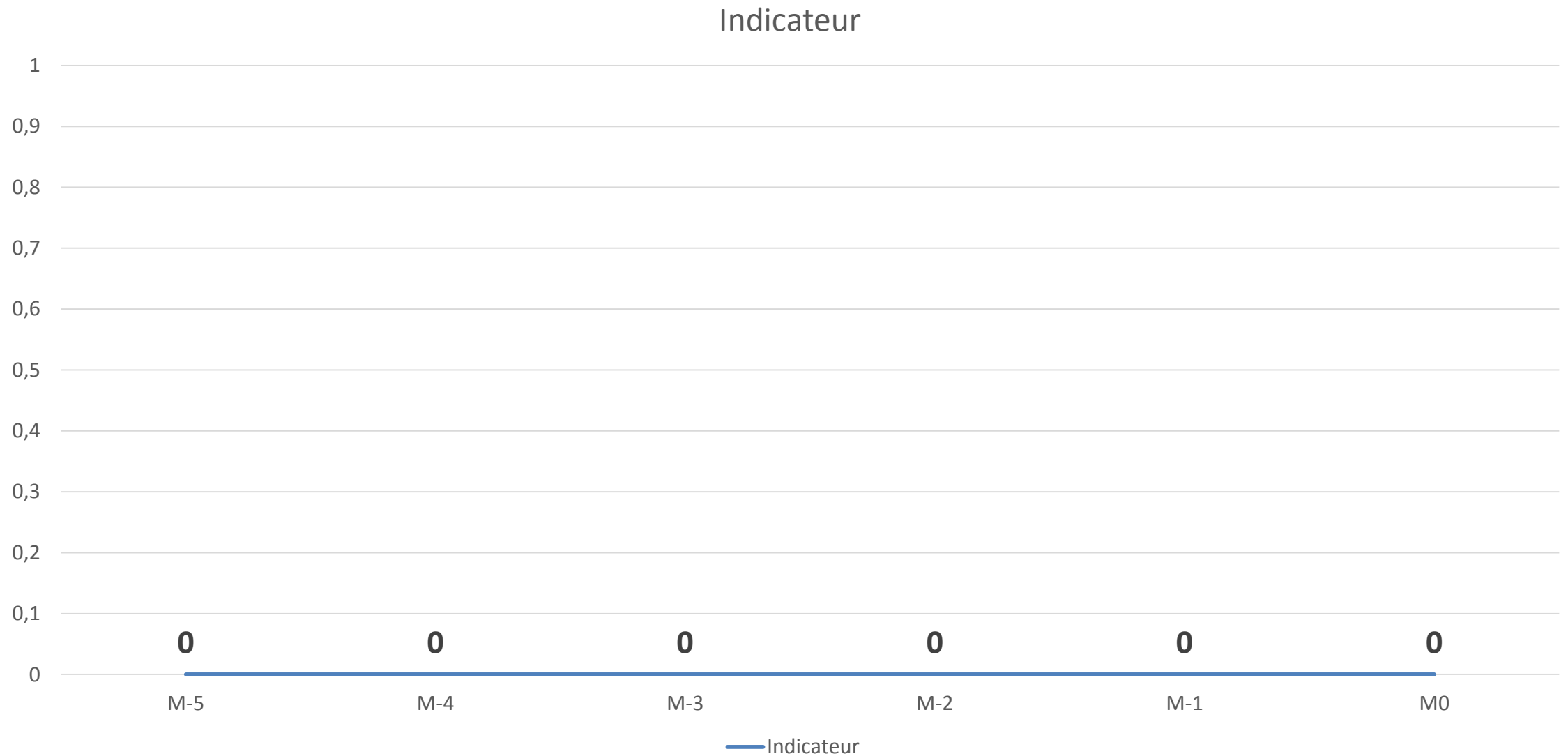
Nombre de patients hospitalisés par mois



Taux de dossiers patients non-conformes



Nombre d'infections nosocomiales



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :
aucune
- Nombre de fiches d'incidents clôturées :
11
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :
100%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

3

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

2

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

66%

- Date du dernier audit :

25/04/2019

- Date du prochain audit

30/09/2019



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés :

15

- Nombre d'écart soldés :

13

- Pourcentage d'écart soldés :

86%

- Liste des écarts ouverts :

- 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
- Les fiches de réclamation ne sont pas utilisées (elles font doublon avec les enquêtes de satisfaction)

**La procédure de sortie n'est plus appliquée.
Réunion à tenir pour la simplifier et la systématiser
avant la saison haute.**



Fiche d'identité du processus

- Processus : Suivi et Conseil
- Entrée : Prise de contact d'une partie intéressée avec la structure
- Sortie : Patient suivi et conseillé
- Finalité : Fidéliser les patients en leur offrant un suivi personnalisé par l'écoute, l'information, l'éducation et la communication et acquérir de nouveaux patients en apportant conseils et informations aux prospects permettant leur conversion

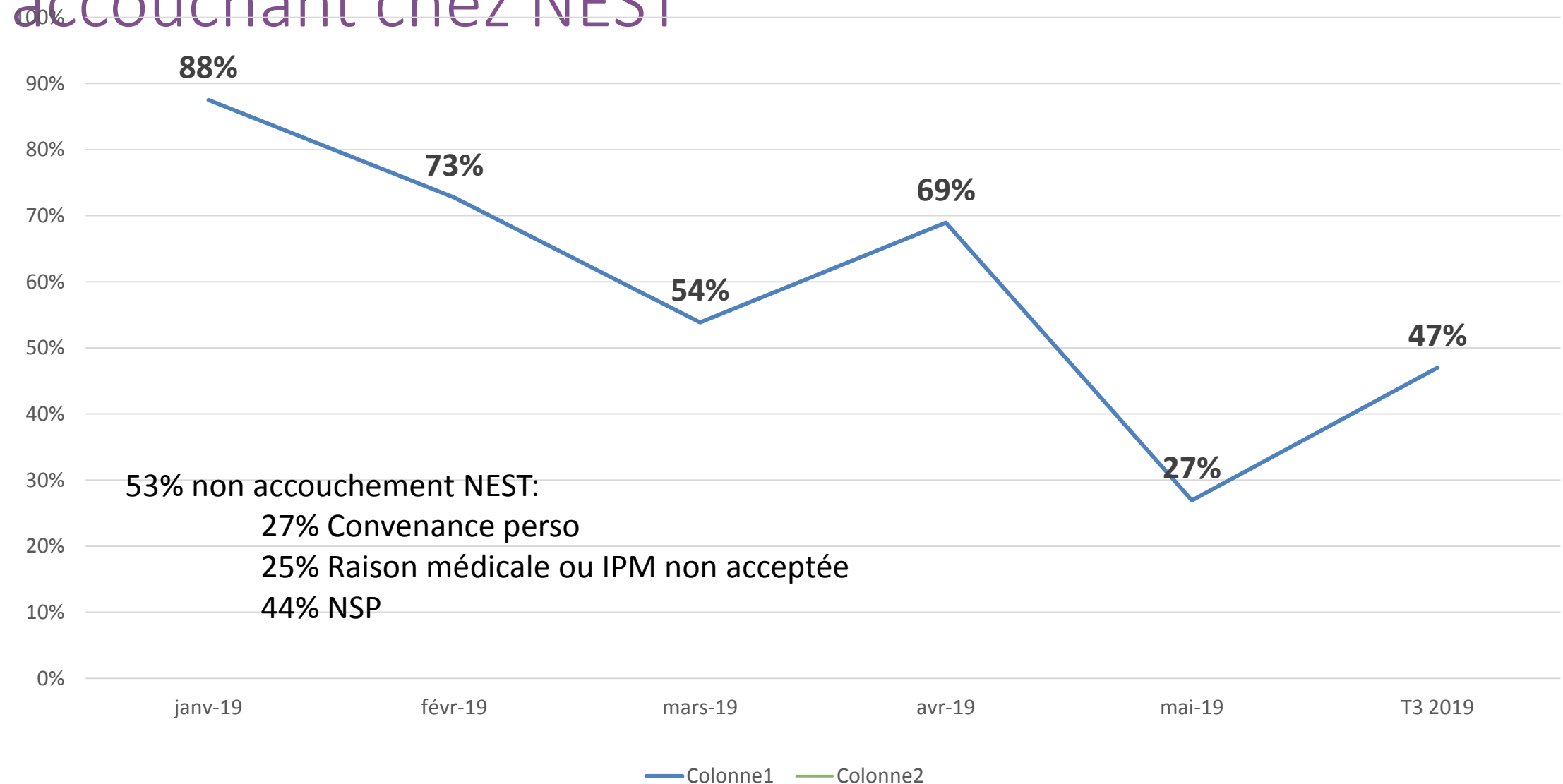


Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Taux de conversion des prospects en patients	Khadi Touré Responsable Marketing/ Pilote du processus	Semestrielle	50%	Nombre de nouveaux patients/Nombre de prospects
Taux de conversion des patientes suivies lors de leur grossesse en patientes accouchant chez NEST	Khadi Touré Responsable Marketing/ Pilote du processus	Mensuelle	60%	Nombre d'accouchements effectifs sur la période à la suite de suivi de grossesse/Nombre d'accouchements prévus sur la période
Taux de conversion des enfants nés chez NEST en enfants suivis chez NEST	Khadi Touré Responsable Marketing/ Pilote du processus	Semestrielle	40%	Nombre d'enfants nés chez NEST/Nombre d'enfants suivis chez NEST pendant la première année



Indicateur mensuel : conversion des patientes suivies lors de leur grossesse en patientes accouchant chez NEST



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus : 3
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus : 3
- Pourcentage d'audits internes clôturés : 100%
- Date du dernier audit : 09/08/2019
- Date du prochain audit:



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés : 2
- Indicateurs non fiables
- Taux d'enquêtes de satisfaction est encore faible

- Nombre d'écart soldés : 1

- Pourcentage d'écart soldés :
- 50%
- Liste des écarts ouverts :
 - Indicateurs non fiables
 - ...



Fiche d'identité du processus

- Processus :

Gestion des stocks, approvisionnement et achats

- Entrée :

Besoins en ressource (consommables, médicaments, équipements, prestations)

- Sortie :

Satisfaction des besoins et efficacité

- Finalité :

Assurer la disponibilité permanente des ressources nécessaires dans le respect des exigences (réglementations, normes, bonnes pratiques internes)

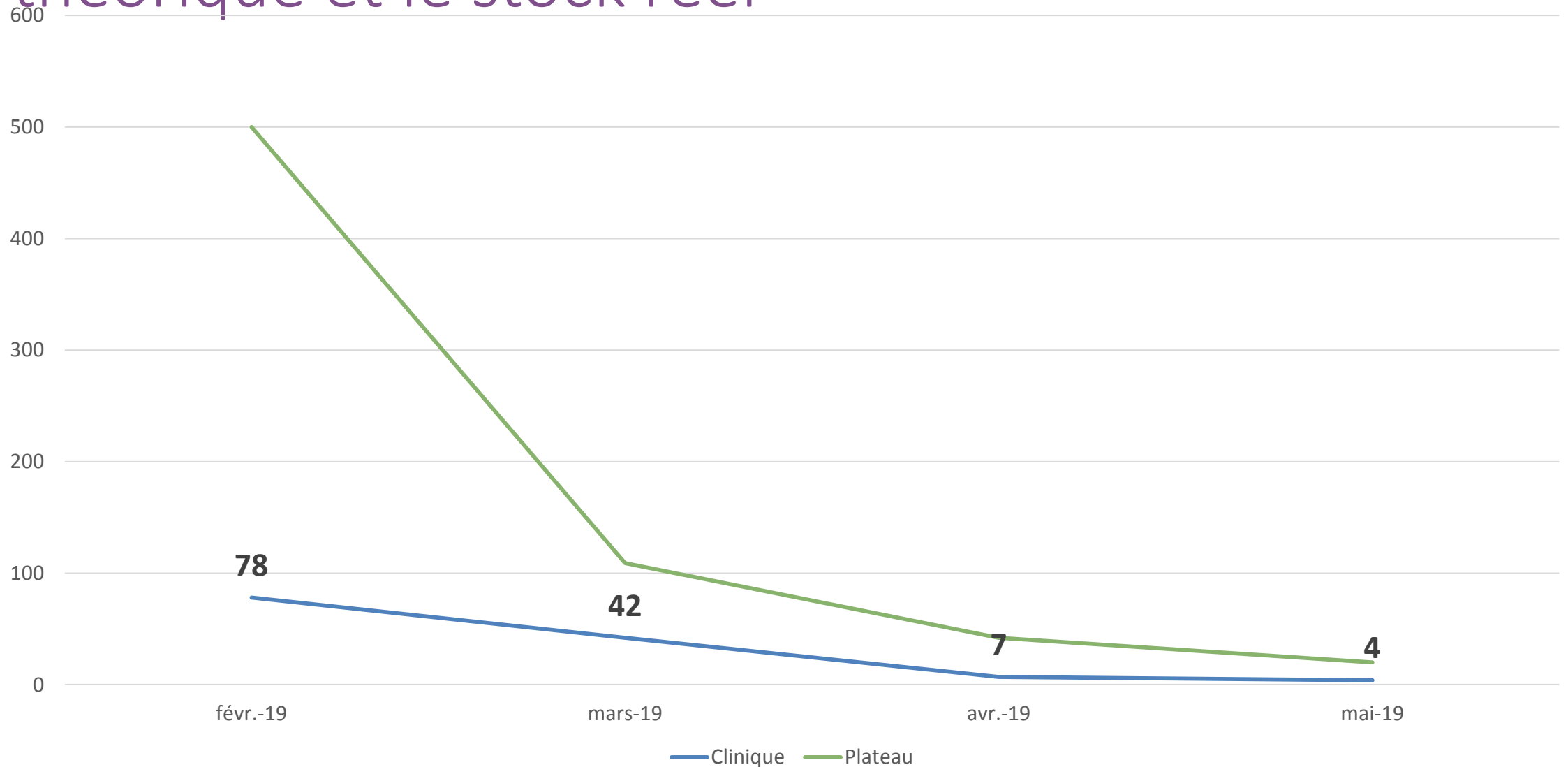


Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréq.	Cible	Méthode de calcul
Nombre de produits sensibles indisponibles sur le marché	Pilote	Trimestrielle	5	Décompte
Nombre de produits sensibles indisponibles dans nos stocks	Pilote	Mensuelle	0	Décompte
Taux des produits indisponibles dans nos stocks	Pilote	Mensuelle	2%	Nombre de produits indisponibles/nombre de références
Nombre de défaillance à l'utilisation (produits non conformes)	Pilote	Trimestrielle	5	Décompte
Nombre et valeur des écarts entre le stock théorique et le stock réel	Pilote	Mensuelle	40	Décompte



Nombre et valeur des écarts entre le stock théorique et le stock réel



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :

1

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

4

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :

80%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

2

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

1

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

50%

- Date du dernier audit :

12/12/2018

- Date du prochain audit

Juillet 2019 (audit repoussé)



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés :

6

- Nombre d'écart soldés :

5

- Pourcentage d'écart soldés :

83%

- Liste des écarts ouverts :

- Prévision des besoins mensuels personne-dépendante



Fiche d'identité du processus

- Processus :

Gestion des ressources humaines

- Entrée :

Besoin en compétences

- Sortie :

Satisfaction du besoin en compétences

- Finalité :

Assurer l'engagement et la motivation du personnel à fournir une qualité de service aux patients et à incarner les valeurs de l'entreprise

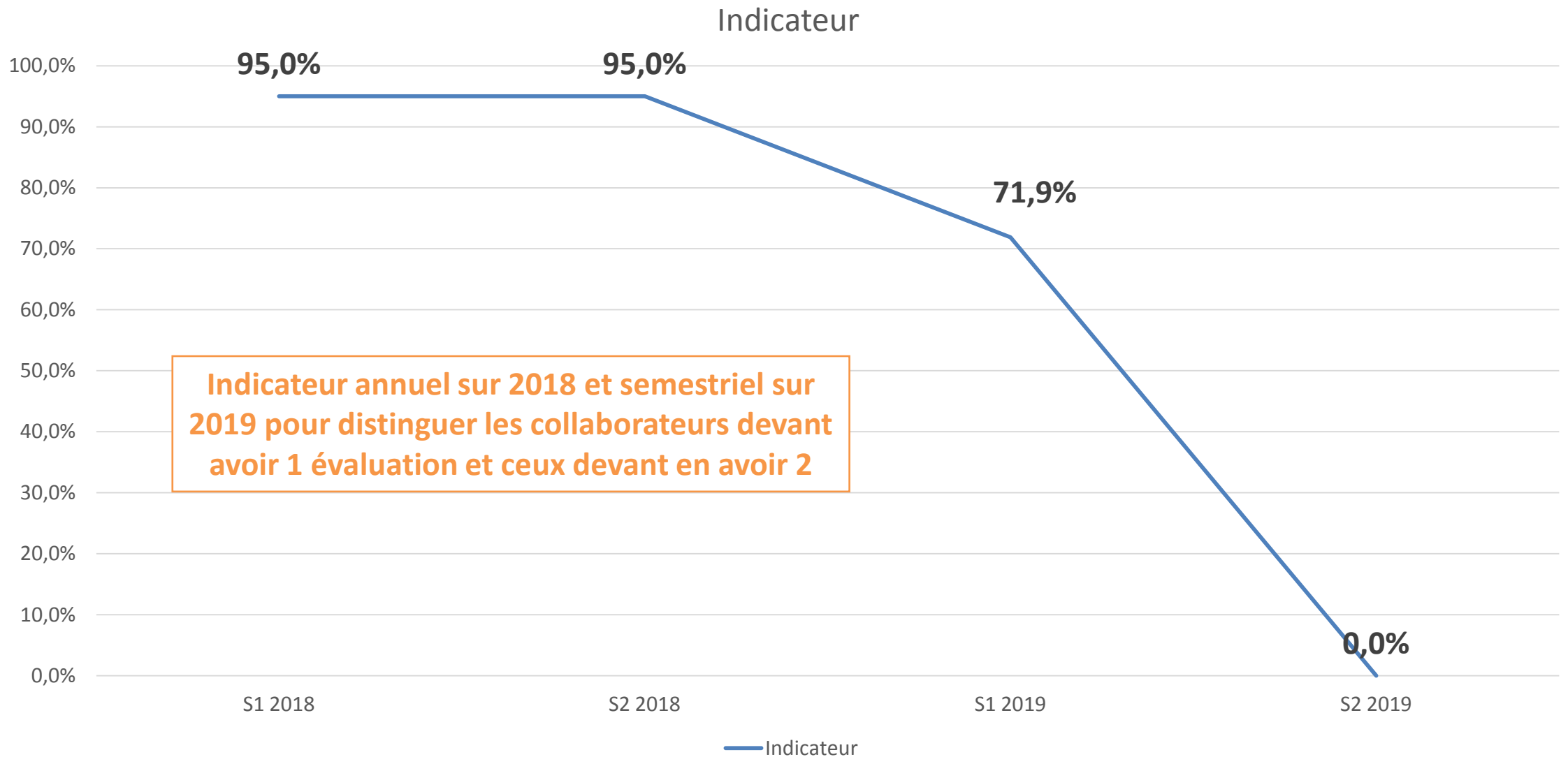


Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Pourcentage de collaborateur évalués	Pilote	Semestrielle	48,48%	Nombre de collaborateurs évalués / nombre d'évaluations prévues
Taux de réalisation du plan de formation	Pilote	Semestrielle	0%	Actions réalisées / Actions prévues échues
Efficacité des actions de formation	Copilote	Semestrielles	0%	Nombre de formations efficaces / nombre de formations réalisées
Nombre de démissions	Copilote	Annuel	1	Nombre de démissions

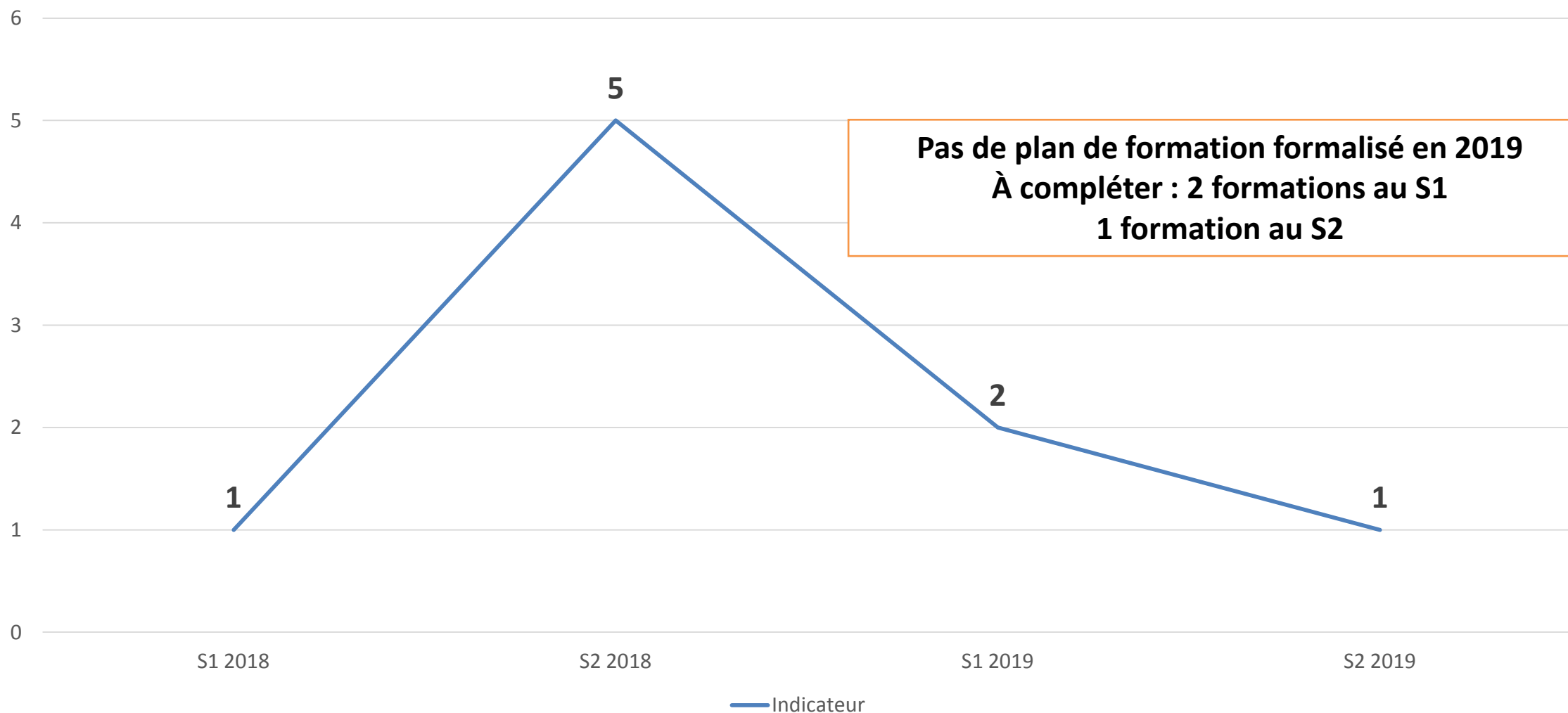


Pourcentage de collaborateur évalués



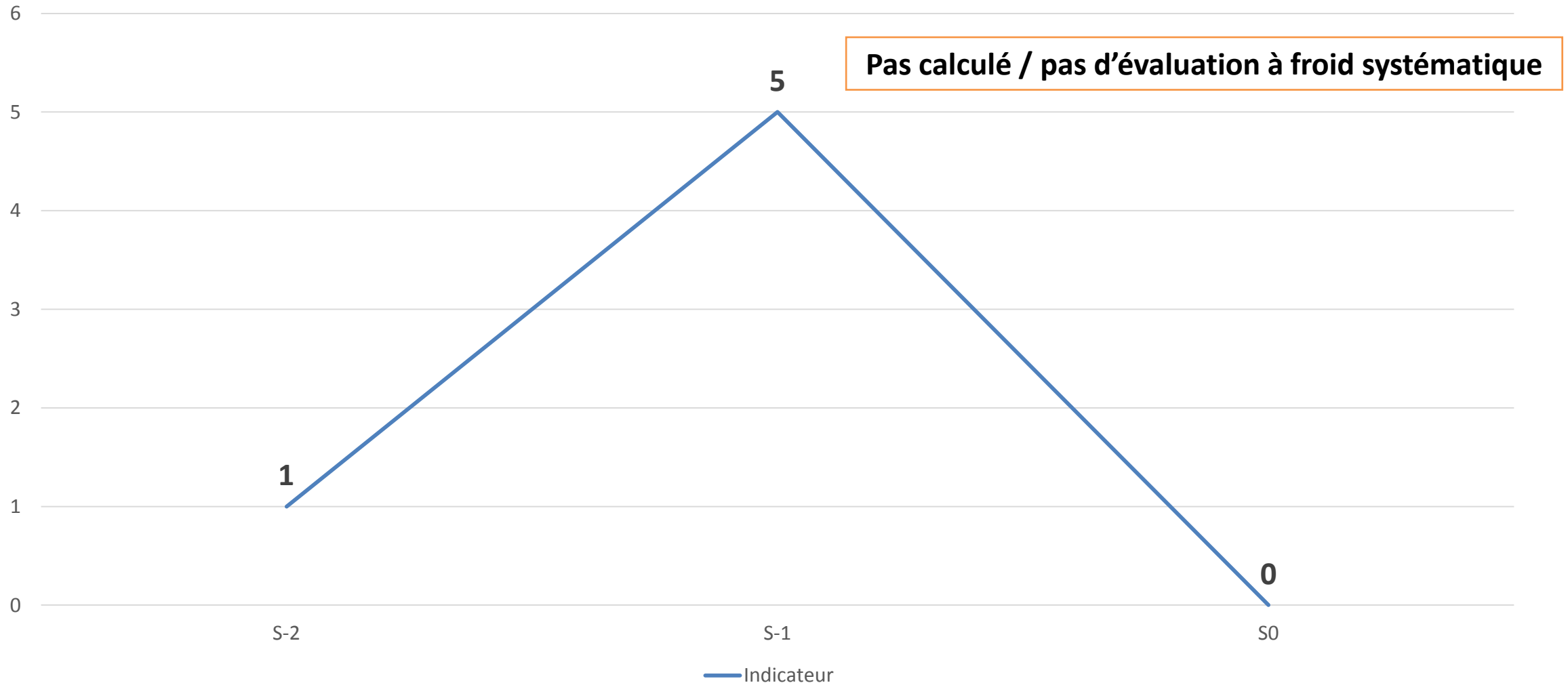
Taux de réalisation du plan de formation

Indicateur

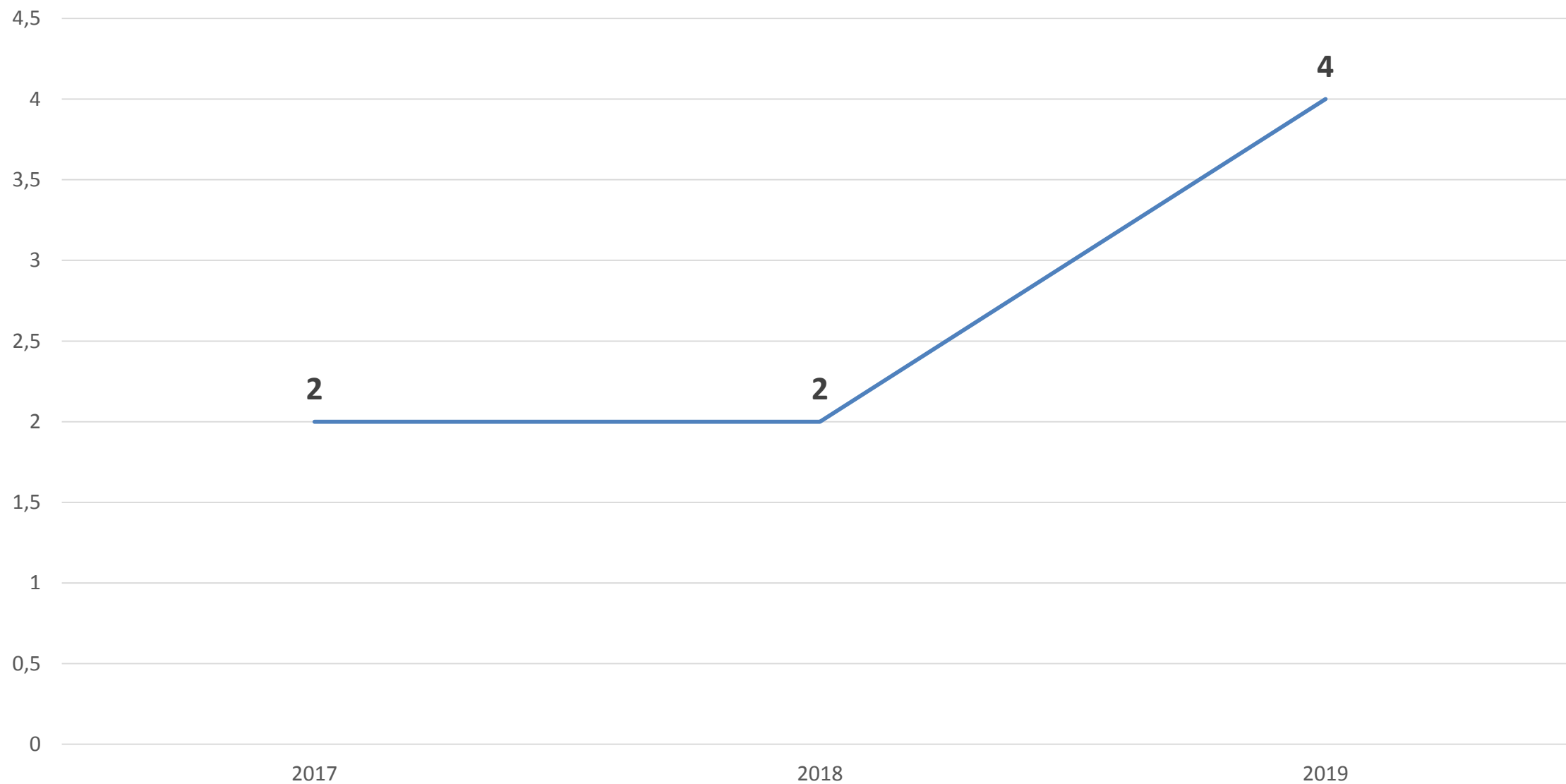


Efficacité des actions de formation

Indicateur



Nombre de démissions



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes : 3
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 7
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 70%

- | |
|--|
| 1. Perte d'information dans la centralisation des candidatures spontanées > Le responsable RH n'a pas accès à l'adresse Email « recrutement@nest.sn » qui en regroupe un certain nombre. |
| 2. Le cadre d'application et le contenu de la procédure disciplinaire non mentionné dans le processus de gestion des ressources humaines |
| 3. Révision de l'organigramme annuelle + permettre à l'ensemble du personnel d'avoir la vision globale des membres du personnel et/ou de son service |



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

2

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

1

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

50%

- Date du dernier audit :

26/03/2019

- Date du prochain audit



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés :

9

- Nombre d'écart soldés :

7

- Pourcentage d'écart soldés :

77,7%

- Liste des écarts ouverts :

- Le badge n'est pas porté par le personnel administratif conformément aux exigences du livret d'accueil du personnel (préciser dans le livret qu'il est exigé pour les personnes en contact direct avec les patients).
- Créer le règlement intérieur



Fiche d'identité du processus

- **Processus** : PS03 – Gestion du Système d'Informations
- **Entrée** : Besoin en ressources informatiques et informationnelles
- **Sortie** : Ressources informatiques et informationnelles disponibles, accessibles et fiables
- **Finalité** : Garantir la fiabilité du Système d'Informations et une bonne gestion des ressources informatiques et informationnelles afin d'automatiser les processus et faciliter l'aide à la décision



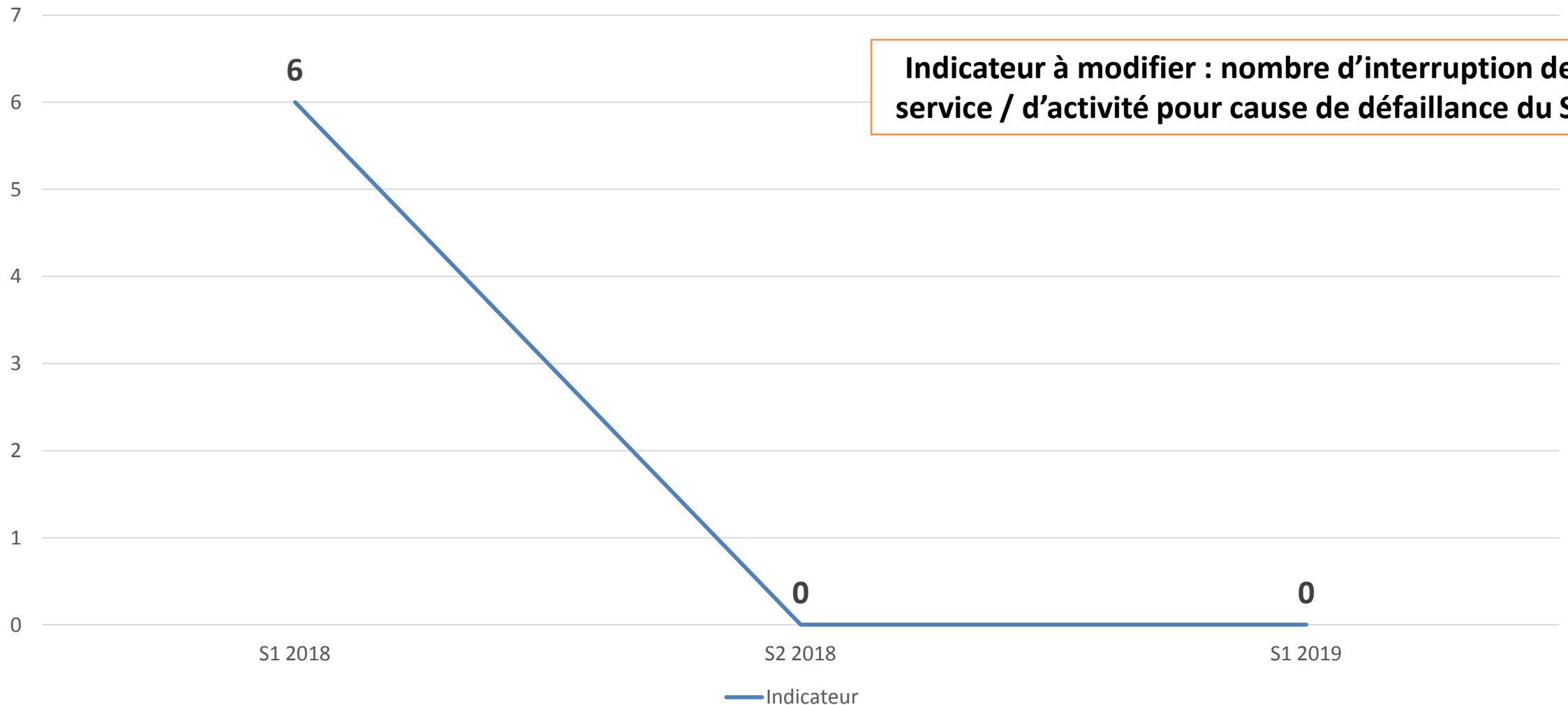
Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Nombre d'interruptions des ressources informationnelles de plus d'une heure (indisponibilité, inaccessibilité...)	Pilote	Semestrielle	6	Décompte du nombre d'interruptions du service informationnel
Taux de satisfaction des utilisateurs du SI	Pilote	Annuelle	70%	Enquête de satisfaction auprès des utilisateurs



Indicateur semestriel

Nombre d'interruptions des ressources informationnelles de plus d'une heure



Indicateur annuel (2018)

- Taux de satisfaction des utilisateurs du SI
 - 74%



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes : 1
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 10
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 91%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus : 1
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus : 1
- Pourcentage d'audits internes clôturés : 100%
- Date du dernier audit : 13/09/2018
- Date du prochain audit : Octobre 2019 (Kouna et Mame Diarra)



Fiche d'identité du processus

- Processus :

Gestion des ressources matérielles

- Entrée :

Besoin ou défaillance matérielles

- Sortie :

- Ressources matérielles fonctionnelles et de qualité mis à disposition

- Finalité :

Assurer l'accessibilité, le fonctionnement et un état entretenu des ressources matérielles



Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréq.	Cible	Méthode de calcul
Rupture d'activité pour cause d'indisponibilité du matériel	Pilote	Trimestri.	3	Décompte du nombre de ruptures d'activité
Nombre de pannes/dégradations de matériel par catégorie (médicale, informatique, électroménager et mobilier)	Pilote	Trimestri.	25	Décompte du nombre de pannes
Délai des interventions de maintenance pour les équipements informatiques	Pilote	Trimestri.	1 Jour	Mesure moy. des délais des interventions
Délai des interventions de maintenance pour les équipements électroménagers	Pilote	Trimestri.	1 Jour	Mesure moy. des délais des interventions
Délai des interventions de maintenance pour les équipements médicaux	Pilote	Trimestri.	1 Jour	Mesure moy. des délais des interventions



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :

7

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

82

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :

92%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

1

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

• 1

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

100%

- Date du dernier audit :

6 juin 2018

- Date du prochain audit

Juillet 2019 = audit repoussé



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés :

2

- Nombre d'écart soldés :

2

- Pourcentage d'écart soldés :

100%

- Liste des écarts ouverts :

Aucun



Fiche d'identité du processus

Ndèye Astou = Pilote / Référent Hygiène
Maîtresse sage-femme copilote

- **Processus :**

Maitrise de l'environnement des soins

- **Entrée :**

Identifications de exigences relatives à l'hygiène, la sécurité et l'environnement.

- **Sortie :**

Respect des exigences relatives à l'hygiène, la sécurité et l'environnement.

- **Finalité :**

Assurer des prestations de qualité dans le respect des exigences relatives à l'hygiène, la sécurité et l'environnement

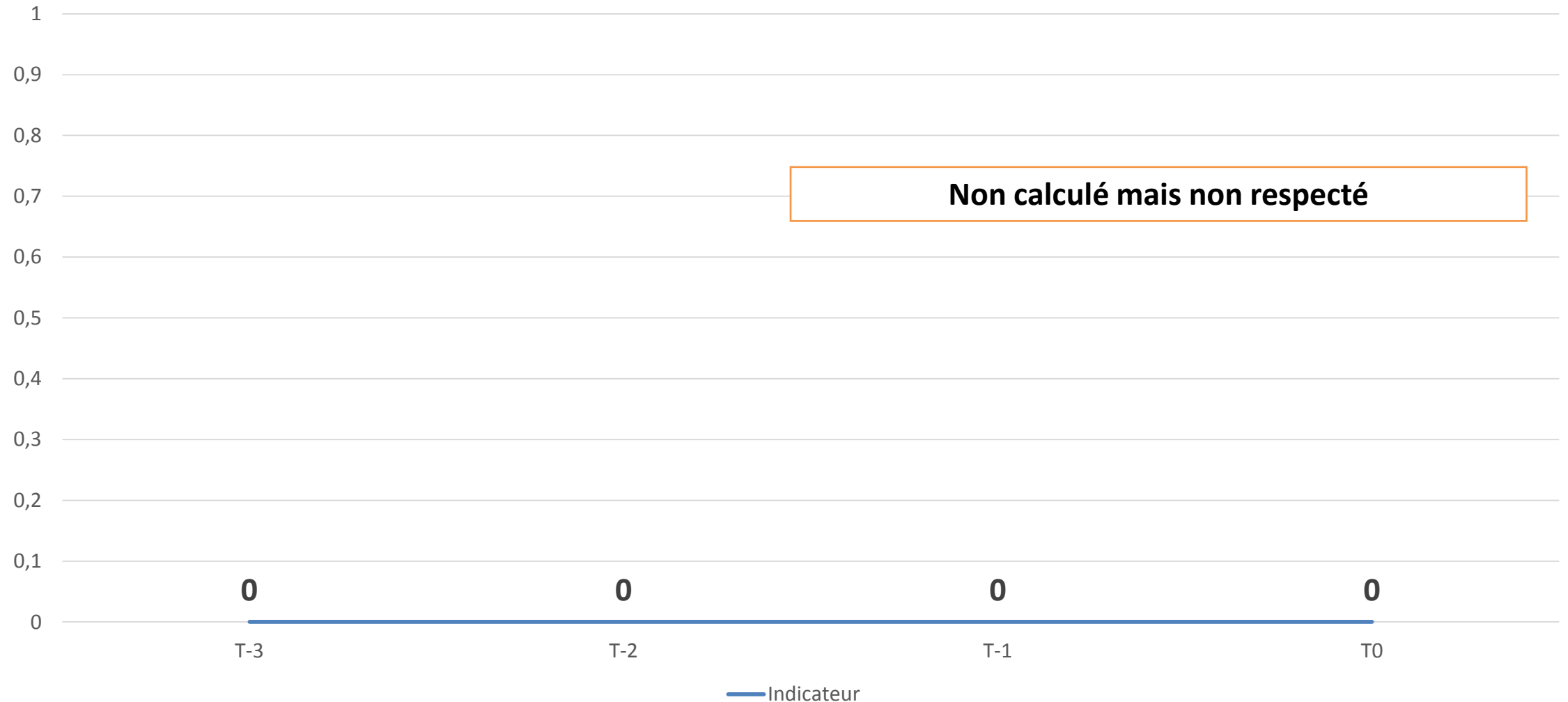


Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréq.	Cible	Méthode de calcul
Nombre de non-conformités aux instructions sur les tenues et le lavage des mains	Copilote	Trimestrielle	6	Décompte du nombre de fiche de non-conformité
Nombre d'infections post-opératoires	Pilote	Trimestrielle	0	Décompte du nombre d'infections
Nombre d'AES	Pilote	Trimestrielle	0	Décompte du nombre d'AES constatés
Nombre d'intoxication alimentaire	Pilote	Trimestrielle	0	Décompte du nombre d'intoxication alimentaire
Nombre d'incidents sur la gestion des déchets	Copilote	Trimestrielle	6	Décompte du nombre d'incidents constatés

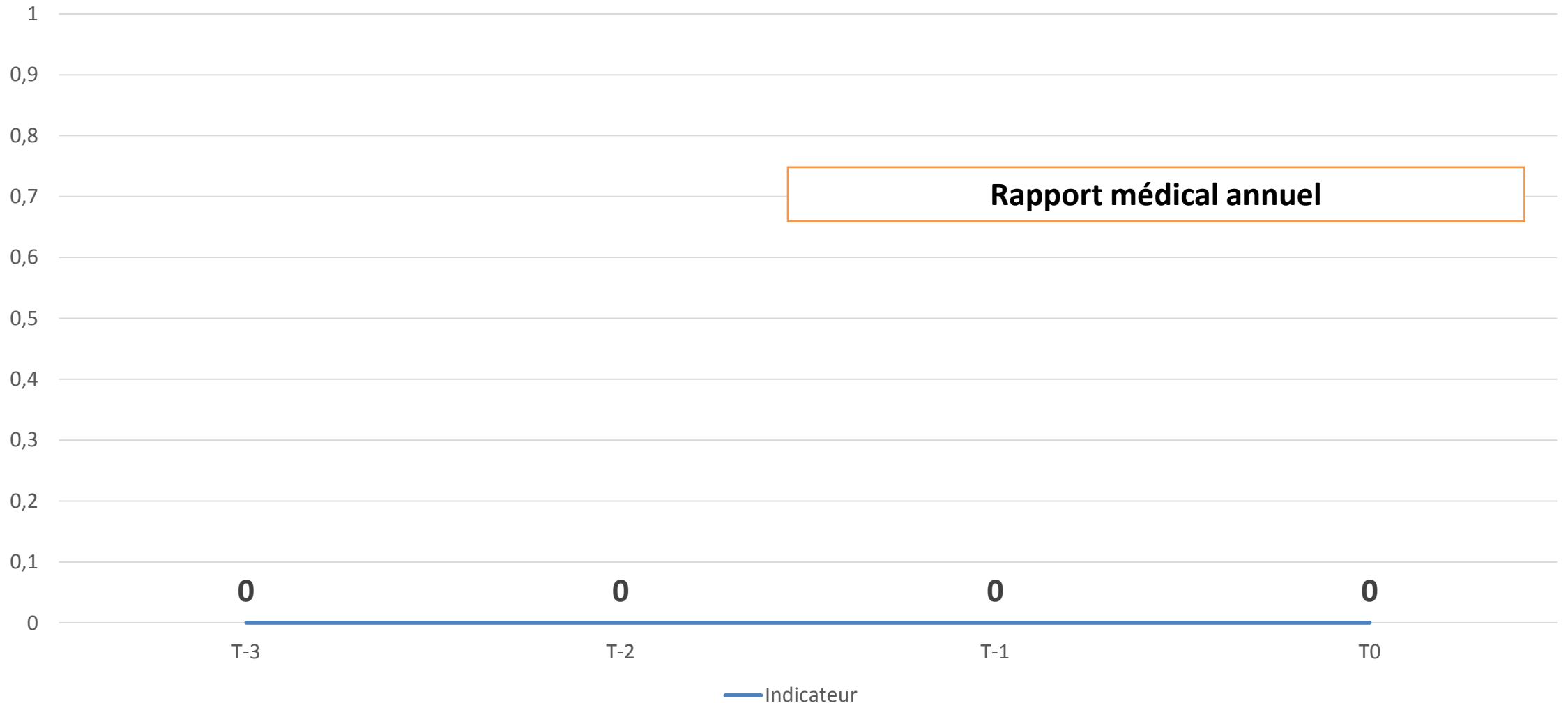
Nombre de non-conformités aux instructions sur les tenues et le lavage des mains

Indicateur



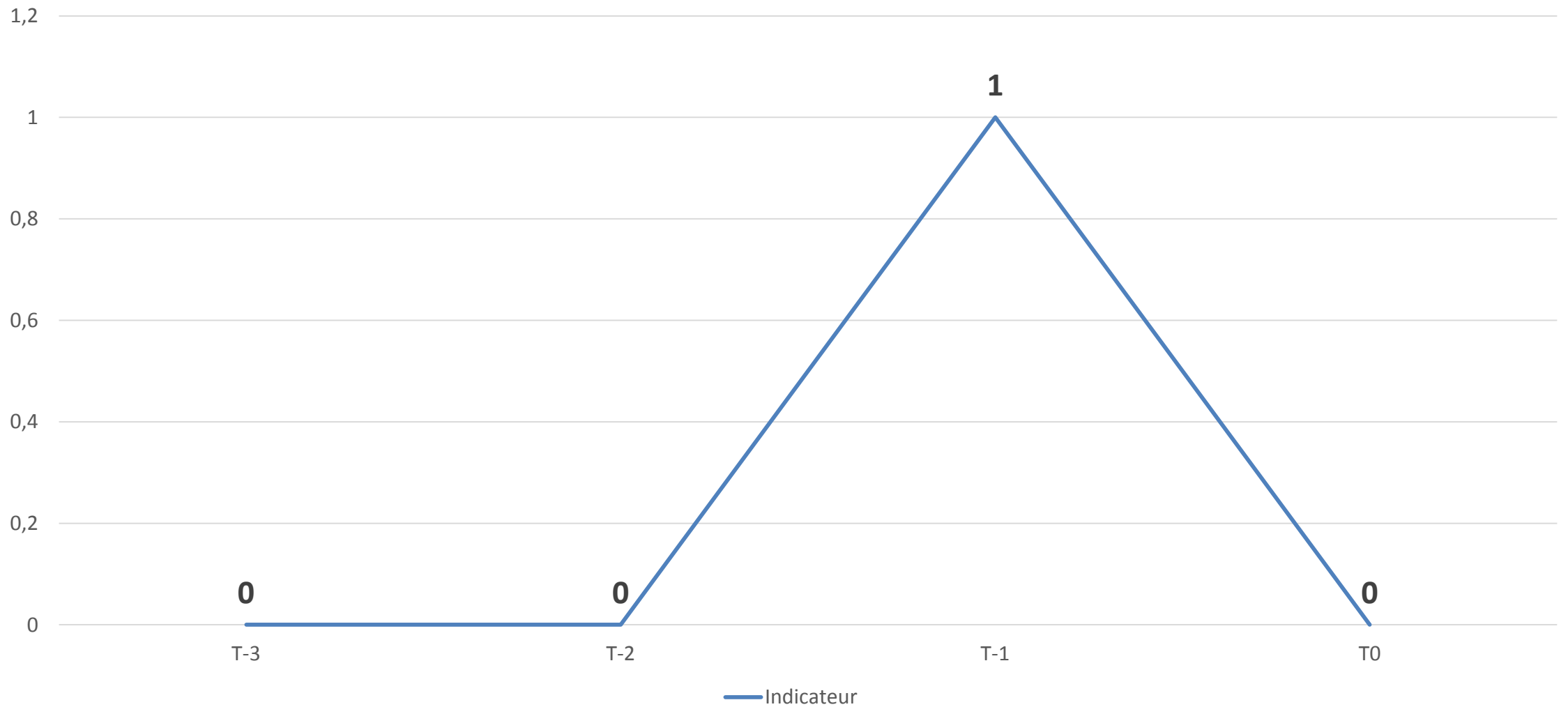
Nombre d'infections post-opératoires

Indicateur



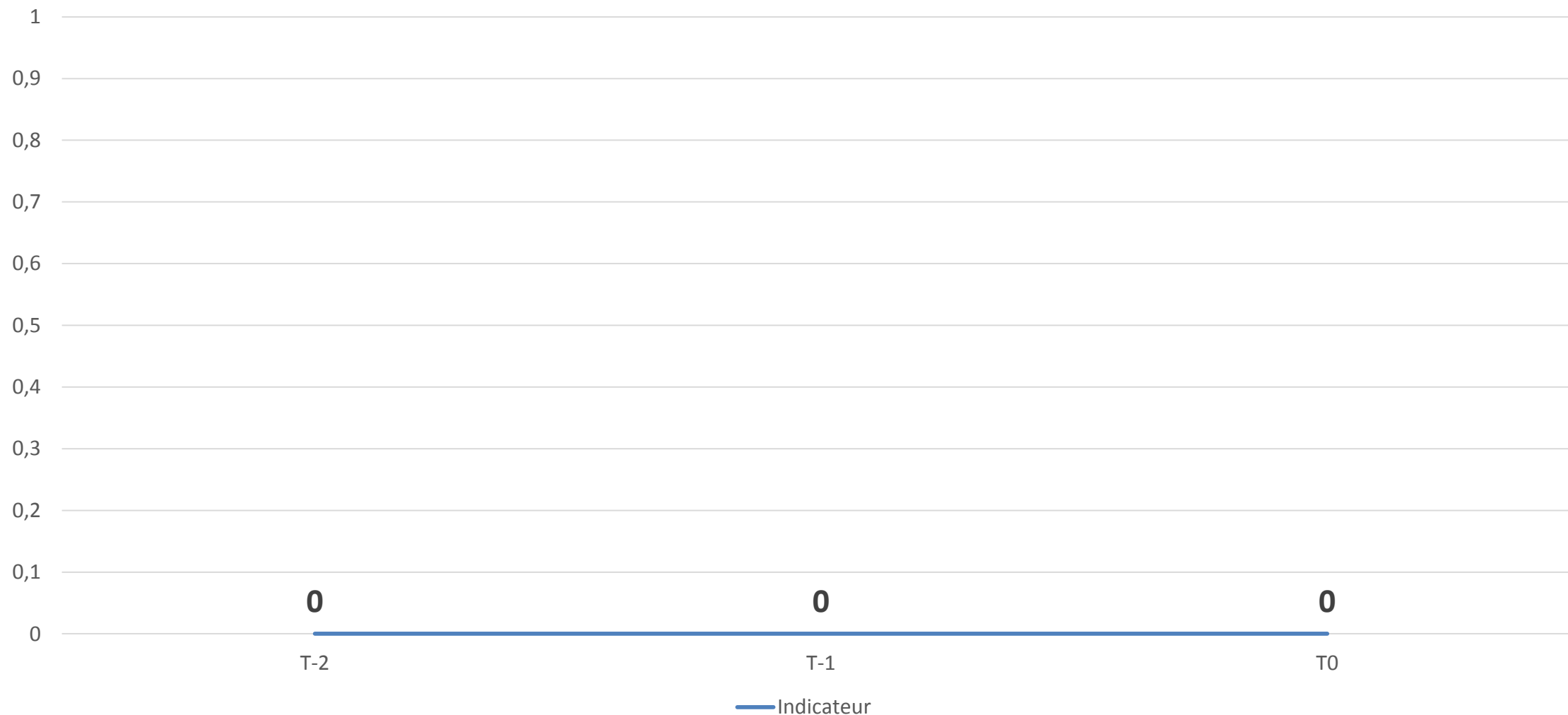
Nombre d'AES

Indicateur

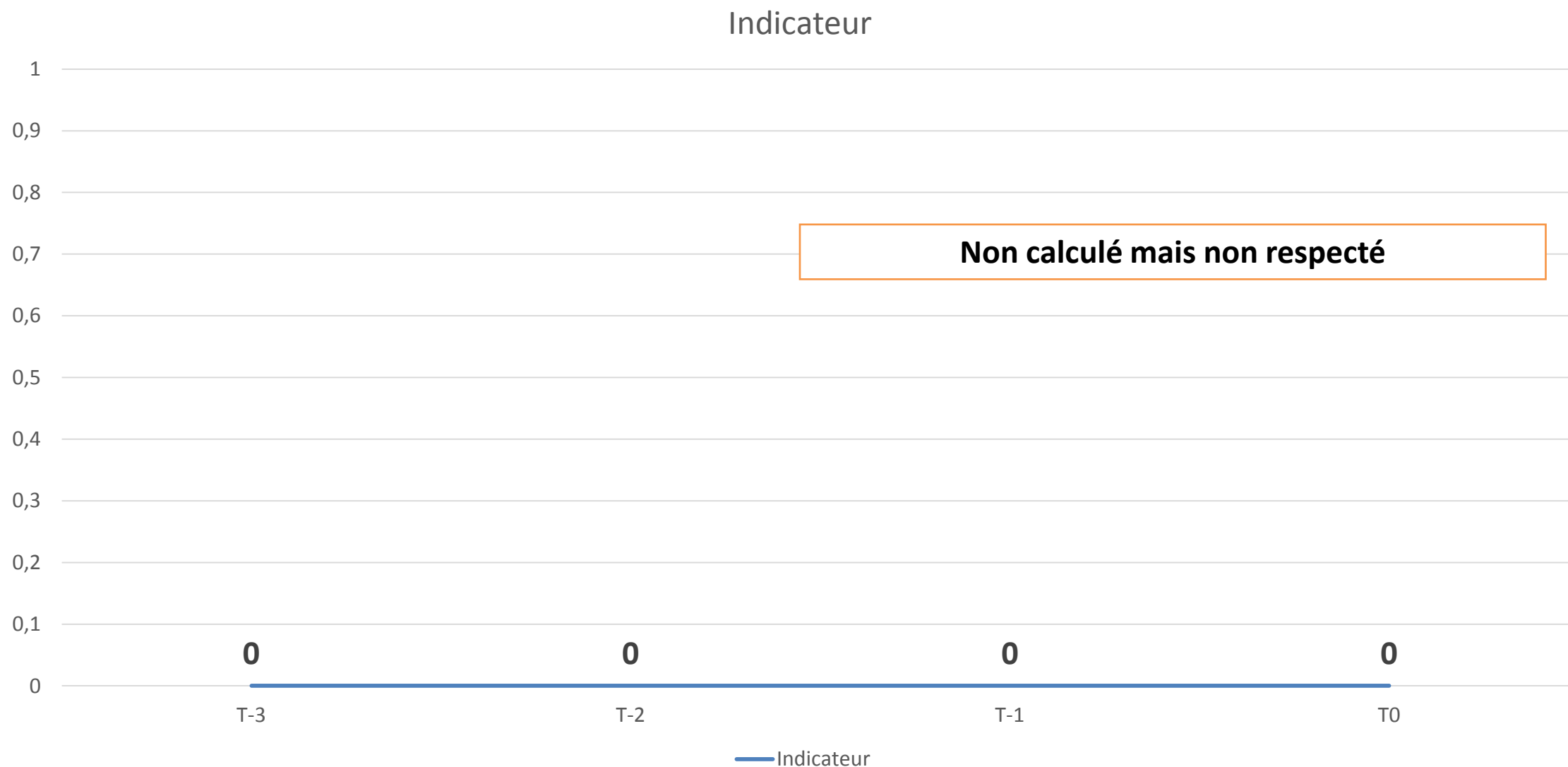


Nombre d'intoxication alimentaire

Indicateur



Nombre d'incidents sur la gestion des déchets



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :

1

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

Aucune

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :

0%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

4

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

2

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

66%

- Date du dernier audit :

29/05/2019

- Date du prochain audit :

Novembre 2019



Écarts sur le processus

- Nombre d'écarts identifiés :
- 17
- Nombre d'écarts soldés :
- 6
- Pourcentage d'écarts soldés :
- 35%
- Liste des écarts ouverts :
 - Absence d'autoclave pour stérilisation
 - Blouses nominatives pour éviter les mélanges
 - Pas de responsable linge (mentionné sur la fiche processus)
 - Pas de suivi du ménage en dehors des chambres
 - Le mode opératoire de la gestion des déchets pas à jour
 - Le personnel sort en tenue à l'heure des repas
 - Pas d'affichage hygiène au bloc
 - Processus pas révisé depuis sa formalisation en avril 2017
 - Indisponibilité Essuie-Mains au niveau des toilettes
 - Lieu de Stockage du Linge et des déchets
 - Le protocole de nettoyage par zone n'est non appliqué

