

Comité du 28 novembre 2019

Préparation de l'audit de suivi des 11 et 12 décembre



Point sur Qualipro

- Formation du 23 au 25 octobre
- Migration de la totalité du système documentaire interne. Il reste :
 - Une partie des enregistrements
 - Les documents externes
- Migration du système d'audits
- Migration de la planification des actions suite à audits. Il reste :
 - L'importation du plan d'actions courant
 - La gestion des fiches d'incidents
- Migration des fiches de vie des équipements médicaux. Il reste :
 - Les équipements informatiques
 - Les équipements électroménagers



Point sur Qualipro – Système Documentaire

- 43 documents en cours de révision

Code	Libellé	Etat	Type Document
PM01-FO0003	Tableaux de bord	ENVOYE POUR REDACTION	Formulaire
PM02-SI0017	Affiche Certification Qualité	ENVOYE POUR APPROBATION	Support Informant
PM02-SI0019	Affiche Programme Sage-Femme	ENVOYE POUR APPROBATION	Support Informant
PM02-SI0022	Support Vidéo Accueil	ENVOYE POUR APPROBATION	Support Informant
PO02-MO0001	Mode opératoire de tri des factures garants	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PO02-MO0002	Mode opératoire de facturation des garants - Ambulatoire	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PO02-MO0004	Mode opératoire de recouvrement et classification des garants	ENVOYE POUR REDACTION	Mode Opérateur
PO02-MO0005	Mode opératoire de transmission des dossiers	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PO02-MO0006	Mode opératoire de facturation et encaissement des patients - Ambulatoire - ESP	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PO02-MO0007	Mode opératoire de facturation et encaissement des patients - Hospitalisation	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PO02-MO0008	Mode opératoire de paiement des notes d'honoraires	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PO02-MO0009	Mode opératoire de facturation et encaissement des patients - Ambulatoire - PEC	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PO02-SI0007	Note d'informations - Tarifs	ENVOYE POUR VERIFICATION	Support Informant
PO02-SI0009	Grille tarifaire - Pharmacie	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PO04-FO0025	Fiche d'émargement	ENVOYE POUR REDACTION	Formulaire
PO04-MO0004	Mode opératoire de réfection des lits	ENVOYE POUR REDACTION	Mode Opérateur
PO04-PR0002	Procédure de transport et conservation des produits sanguins	ENVOYE POUR VERIFICATION	Procédure
PO05-PR0001	Procédure de gestion des urgences	ENVOYE POUR REDACTION	Procédure
PO05-SI0001	Affiche - Gestion des urgences	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PS01-FO0025	Réassortiment sous-stock plateau	ENVOYE POUR VERIFICATION	Formulaire
PS01-PR0003	Procédure d'approvisionnement et achats	ENVOYE POUR REDACTION	Procédure
PS02-FO0012	Contrat de prestataire médical	ENVOYE POUR REDACTION	Formulaire
PS02-PR0001	Procédure de gestion des prestataires médicaux et paramédicaux	ENVOYE POUR REDACTION	Procédure
PS02-SI0002	Politique RH	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PS02-SI0003	Livret d'accueil du personnel	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PS02-SI0018	Matrice des compétences	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PS04-CI0001	Carte d'identité - Gestion des ressources matérielles	ENVOYE POUR VERIFICATION	Carte d'Identité Processus

Point sur Qualipro – Système Documentaire

- 43 documents en cours de révision

Code	Libellé	Etat	Type Document
PS04-MO0001	Mode opératoire de mise au rebut	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PS04-MO0002	Mode opératoire de suivi de maintenance	ENVOYE POUR REDACTION	Mode Opérateur
PS04-SI0001	Exigences de la maintenance préventive	ENVOYE POUR VERIFICATION	Support Informant
PS04-SI0003	Maintenance et étalonnage des équipements biomédicaux	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PS05-CI0001	Carte d'identité - Gestion administrative et financière	ENVOYE POUR REDACTION	Carte d'Identité Processus
PS05-MO0001	Mode opératoire de réception et transmission des factures fournisseurs	ENVOYE POUR REDACTION	Mode Opérateur
PS05-MO0002	Mode opératoire d'inventaire des immobilisations	ENVOYE POUR REDACTION	Mode Opérateur
PS05-MO0003	Mode opératoire de versement interne	ENVOYE POUR REDACTION	Mode Opérateur
PS05-SI0001	Exigences légales et réglementaires	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PS06-MO0007	Mode opératoire sur les circuits des personnels et tenues vestimentaires	RENVOYE AU SUPERVISEUR PAR LE REDACTEUR	Mode Opérateur
PS06-MO0008	Mode opératoire d'utilisation de l'ascenseur	ENVOYE POUR VERIFICATION	Mode Opérateur
PS06-MO0010	Mode opératoire du nettoyage par zone	ENVOYE POUR REDACTION	Mode Opérateur
PS06-PR0001	Procédure de prise en charge des AES	ENVOYE POUR REDACTION	Procédure
PS06-PR0002	Procédure de prise en charge des infections nosocomiales	ENVOYE POUR REDACTION	Procédure
PS06-SI0001	Récapitulatif - Lavage des mains	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant
PS06-SI0012	Affiche - AES	ENVOYE POUR REDACTION	Support Informant



Point sur Qualipro – Système Documentaire

- Certains enregistrements disponibles dans Qualipro
- Enregistrements à mettre dans Qualipro par les pilotes (liste à envoyer)
- Documents externes : liste à produire par les pilotes et renseignement de Qualipro



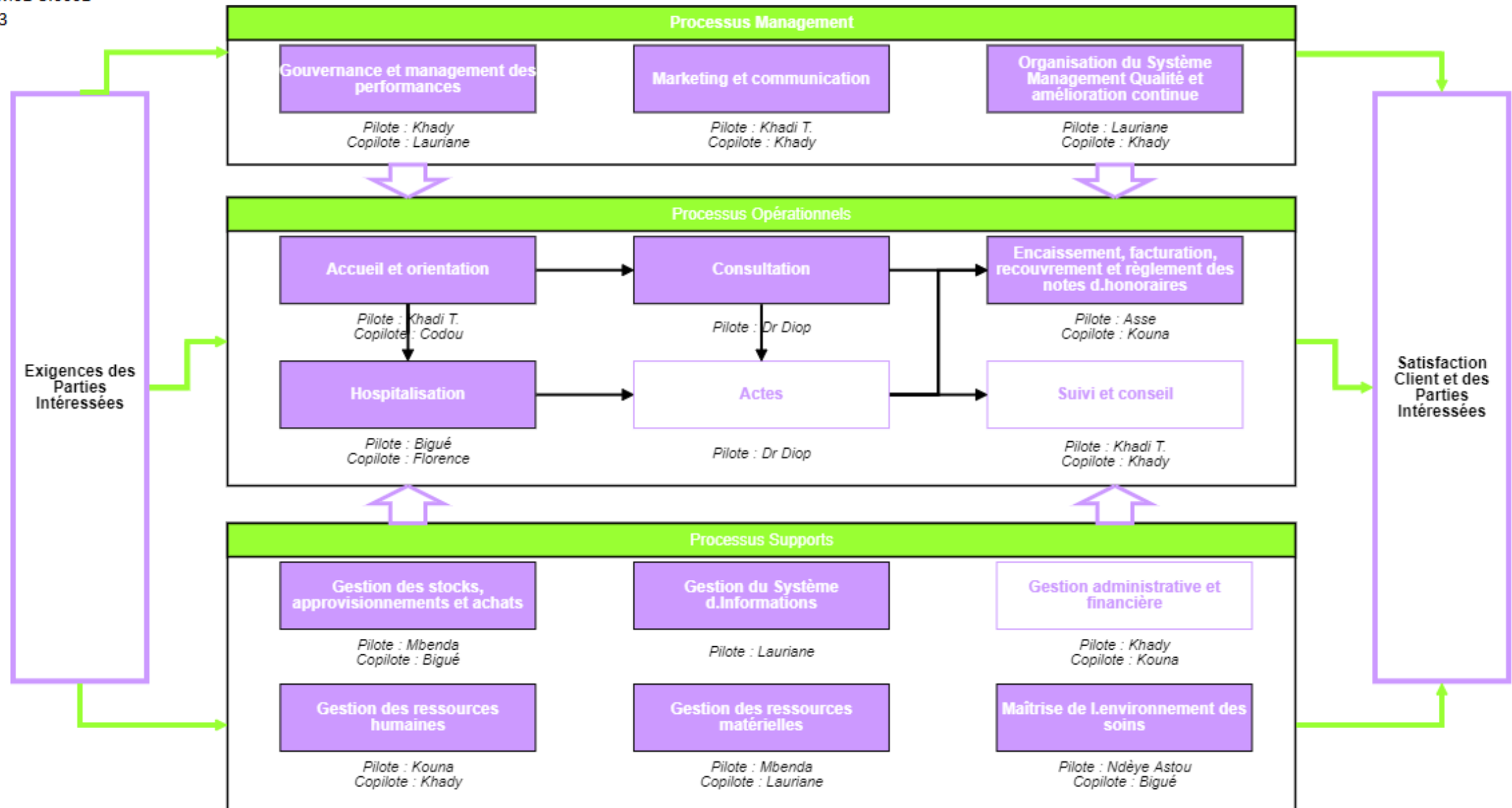
Rappel du domaine et périmètre d'application de la norme ISO 9001 pour l'audit de suivi

- Domaine d'application : **Accueil et Orientation Patient, Consultations, Hospitalisations et Suivi**
- Exclusions : **Conception et Développement (7.3)**. NEST FOR ALL n'a aucune activité de conception et de développement. Les exigences correspondant à ce chapitre ne sont donc non applicables.



Cartographie des processus présentée

PM01-SI0001
V3



Politique qualité

L'engagement de la direction

Depuis sa création en 2011, NEST FOR ALL a pour vocation d'offrir un suivi médical complet et de qualité aux femmes et aux enfants en Afrique de l'Ouest. Nos patients sont notre raison d'être et nos ressources humaines le moteur de notre succès, pour partager et entretenir avec nos partenaires l'amélioration de nos performances.

C'est ainsi que dans le secteur très exigeant de la Santé, NEST FOR ALL poursuit ses objectifs de satisfaction des besoins et exigences de ses patients, des exigences légales et réglementaires et celles de ses partenaires.

Pour soutenir sa vision d'être une société de référence pour le suivi de la Femme et de l'Enfant en Afrique de l'Ouest, NEST FOR ALL s'engage dans une démarche d'amélioration continue, à travers la mise en place d'un système de management qualité afin de :

- Apporter à nos patients les meilleurs soins possibles tout en assurant une prise en charge dans des conditions optimales de sécurité et de confort ;
- Apporter aux patients le conseil et la prévention nécessaires lui permettant de préserver la santé et le bien-être de leurs familles ;
- Améliorer l'écoute, la satisfaction des exigences et des attentes de nos patients et de leurs accompagnants ;
- Optimiser l'organisation et atteindre les objectifs de performance de l'entreprise ;
- Diminuer les risques inhérents à l'activité de soins pour garantir le plus haut niveau de sécurité à nos patients et à notre personnel ; et ce, dans une démarche apprenante, en construisant une gestion des risques axée sur la prévention ;

- Créer une véritable dynamique dans l'évaluation et l'amélioration de nos pratiques professionnelles ;
- Faire du retour d'expérience le socle de notre culture de qualité et de sécurité des soins ;
- Offrir une qualité de travail et des conditions permettant au personnel de s'épanouir et de s'engager pour la santé et le bien-être des patients et d'exprimer au mieux ses compétences ;
- Permettre le développement des compétences et l'évolution du personnel en favorisant la formation permanente ;
- Etablir et entretenir la relation de confiance avec nos investisseurs et nos partenaires ;
- Etablir et entretenir la relation de confiance avec nos fournisseurs et prestataires ;
- Se conformer aux exigences légales et réglementaires, contractuelles ou autres identifiées.

Gage d'une véritable culture d'établissement basée sur la recherche permanente du progrès, cette politique qualité doit être comprise, partagée et mise en œuvre au quotidien par tous afin de garantir son succès. NEST FOR ALL s'engage à promouvoir et développer avec toute l'équipe un système de management qualité soutenant notre dynamique d'excellence, gage de pérennité de notre entreprise.

Khadidiatou Diop Nakoulima, Présidente



Présentation des pilotes et copilotes



Abdoulaye Diop
Médecin-chef



Asse Ndiaye
Assistant Comptable



Codou Diakham
Secrétaire Médicale



Florence Sambou
Infirmière Responsable Nuserie



Khadidiatou Nakoulima
Présidente



Khadidiatou Touré
Responsable Marketing



Kouna Niang Sambe
Responsable administratif et financier



Lauriane Le Flour
Directrice des opérations



Ndèye Astou Ndaw
Référent Hygiène



Ndèye Bigué Ndiaye Ba
Maîtresse Sage-Femme

Mbenda Mbodji
Chargée des approvisionnements, achats
services généraux



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.

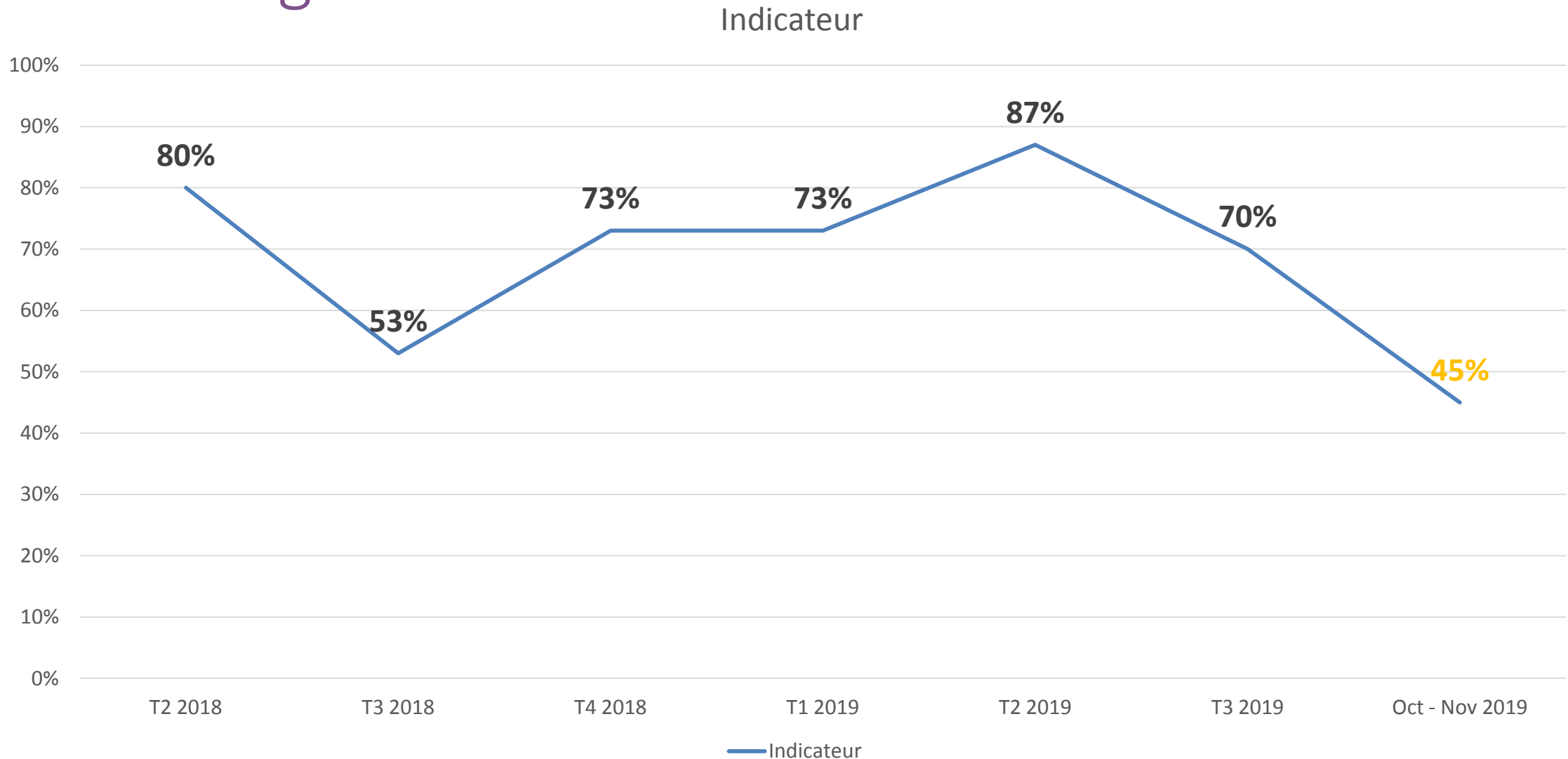


Indicateurs

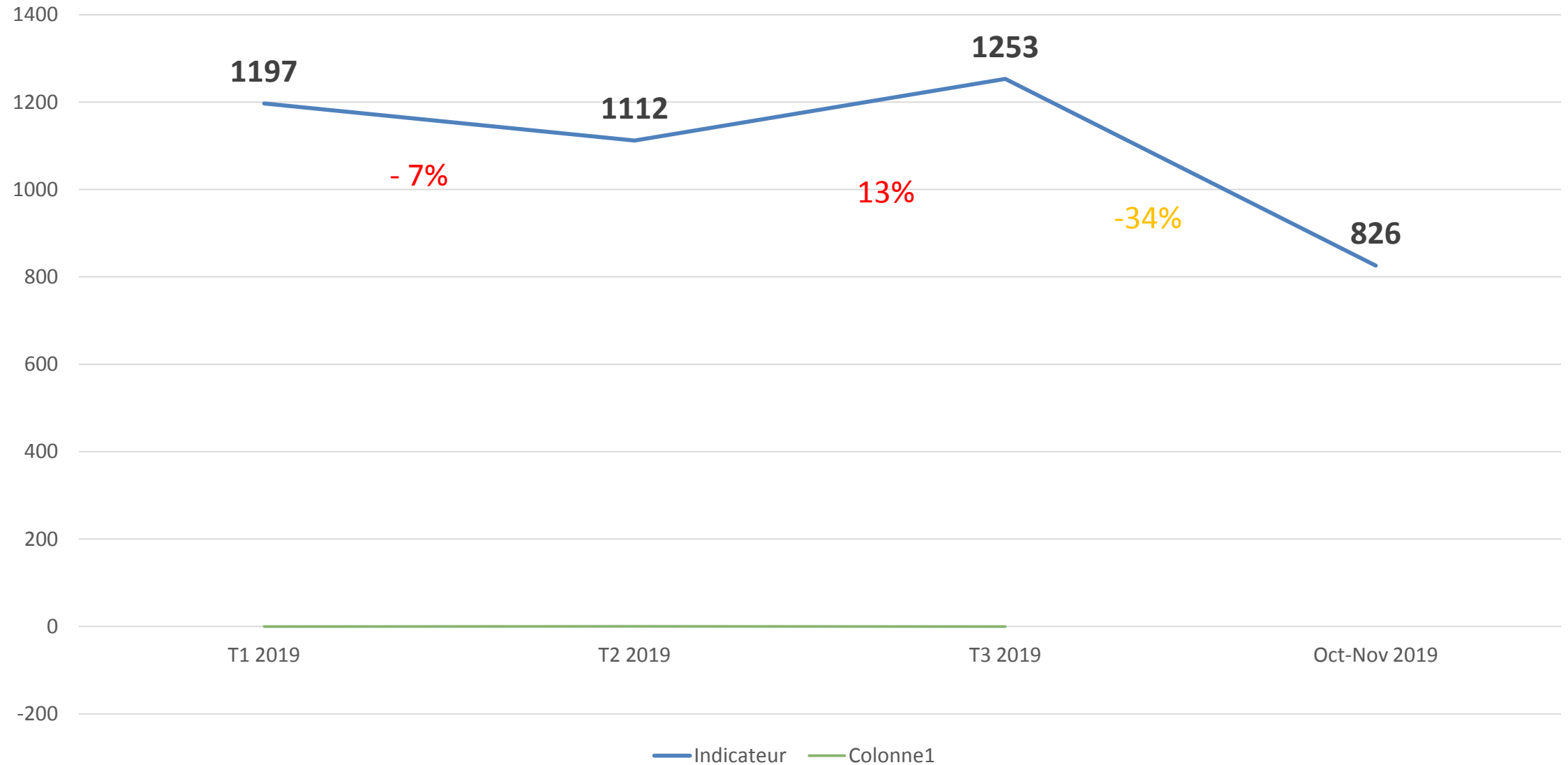
Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Taux de réalisation des actions marketing	Khadi TOURE Responsable Marketing	Trimestrielle	70%	Nombre d'actions réalisées / Nombre d'actions planifiées
Nombre de nouveaux patients	Khadi TOURE Responsable Marketing	Trimestrielle	+ 25%	Taux de variation 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	±	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



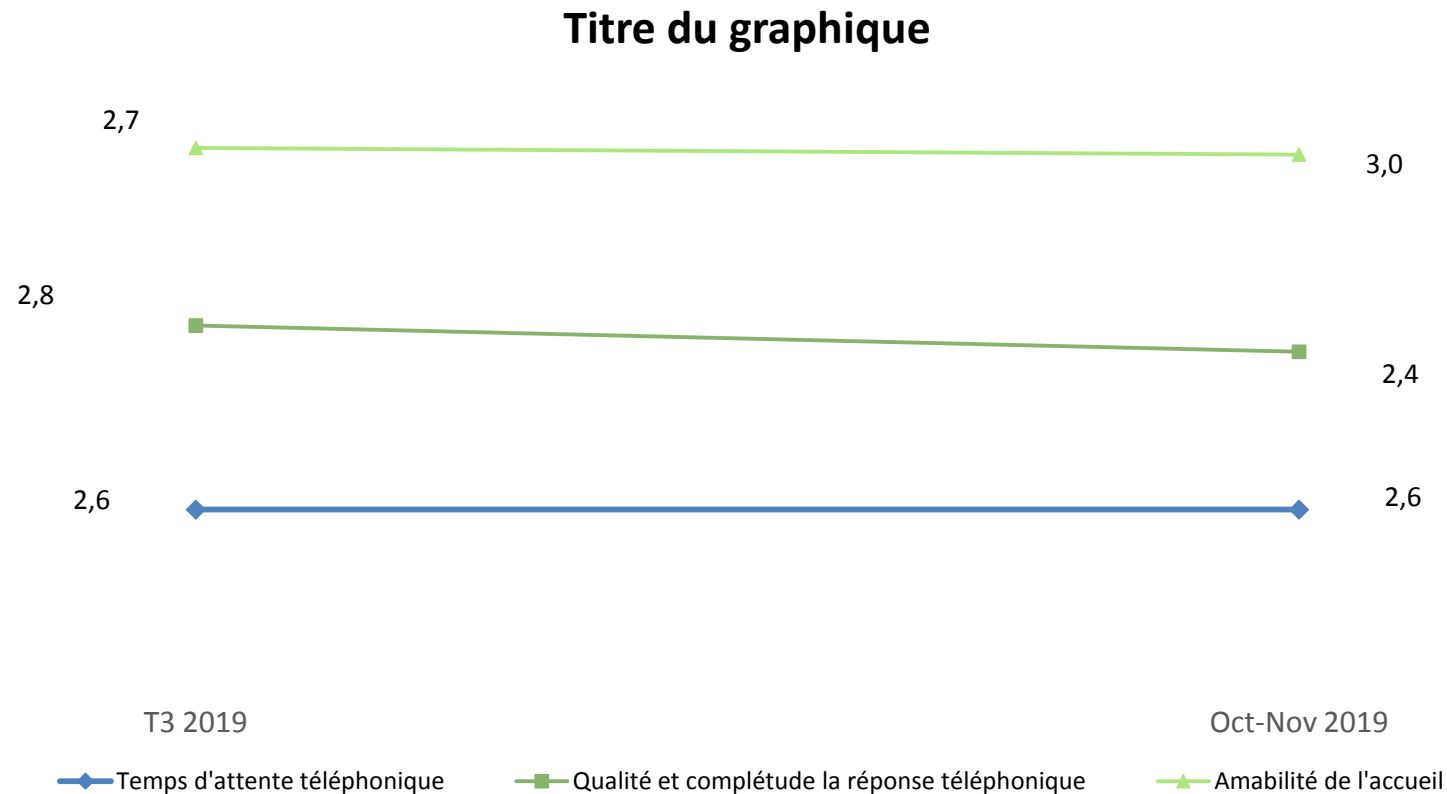
Niveau de satisfaction des patients

- **Pourcentage des patients n'ayant aucun motif d'insatisfaction:**
93,5% (principaux motifs d'insatisfaction : linge, TV/ téléphone)
- **Pourcentage des patientes qui recommanderaient NEST :**
99,5%

*Nombre de fiches de réclamation :
8 fiches déposées dans les urnes sur T4 2019
(Annulation RDV)*



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 : 2,4 / 3

Amabilité: 3/ 3

Nb : A mettre en place au plateau



Réclamations sur le processus

- Nombre de réclamations ouvertes :
- Nombre de réclamations résolues :
- Pourcentage de réclamations résolues :



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



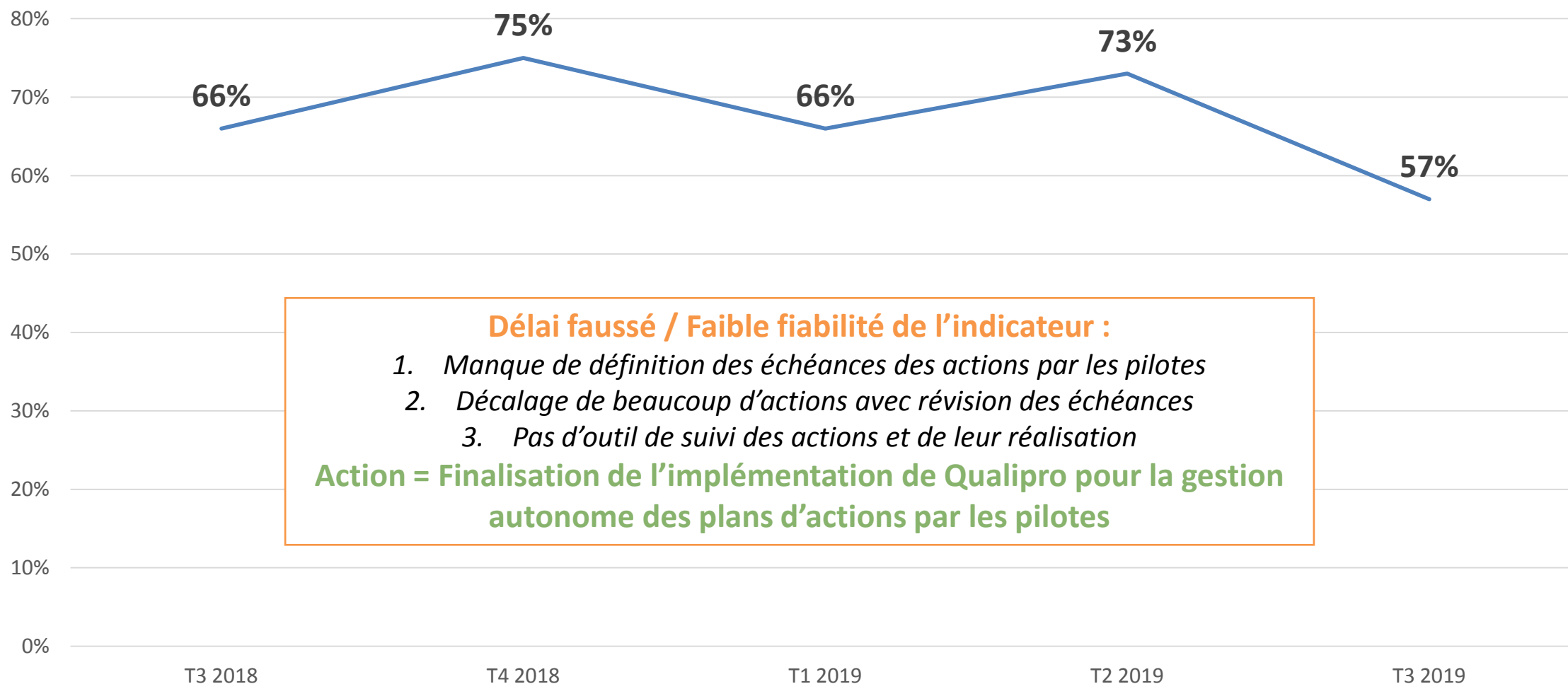
Indicateurs

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 (calculé sur les actions soldées)
Nombre de non-conformités répétées	Pilote	Semestrielle	5	Décompte du nombre de non-conformités répétées



Indicateur trimestriel

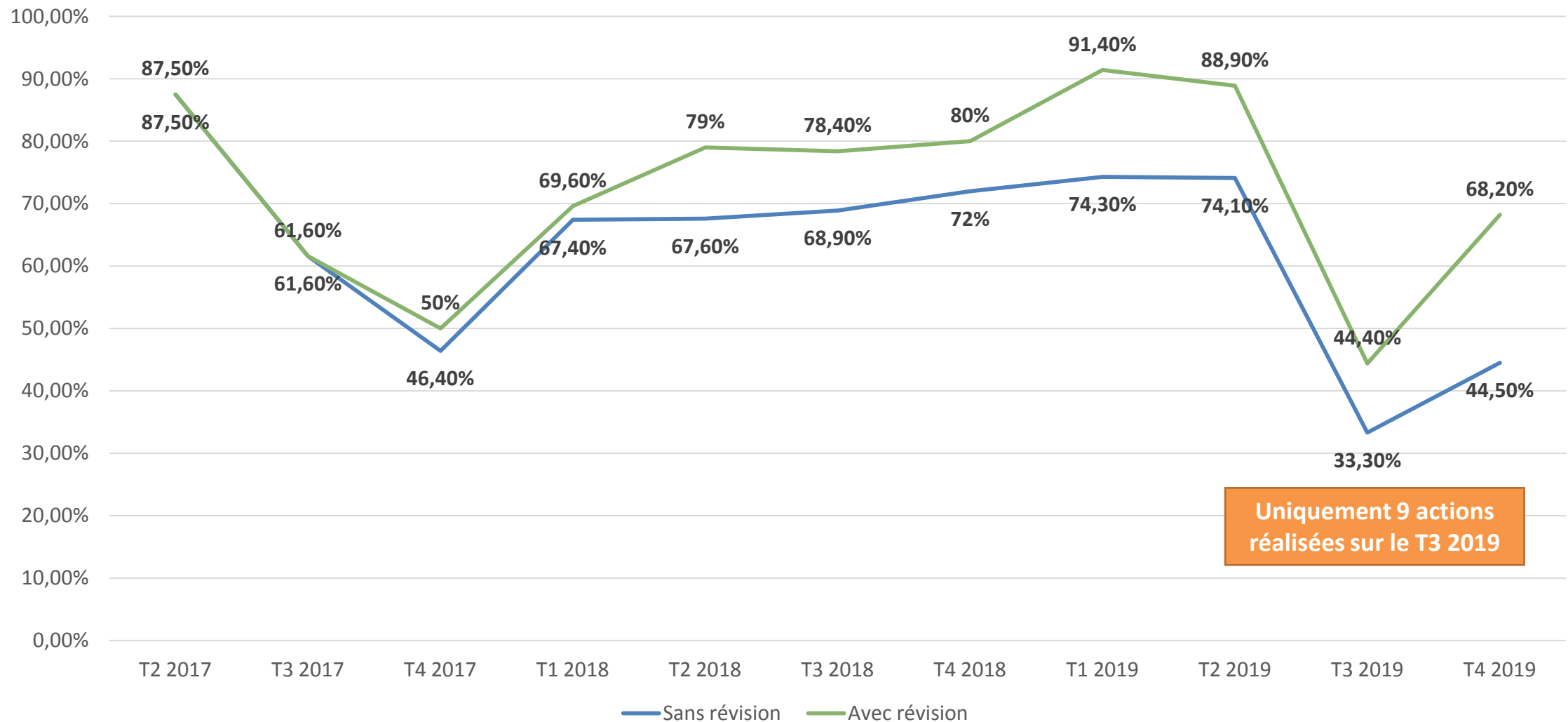
Niveau de respect des délais des actions d'amélioration suite aux audits et aux fiches d'incident



Indicateur trimestriel

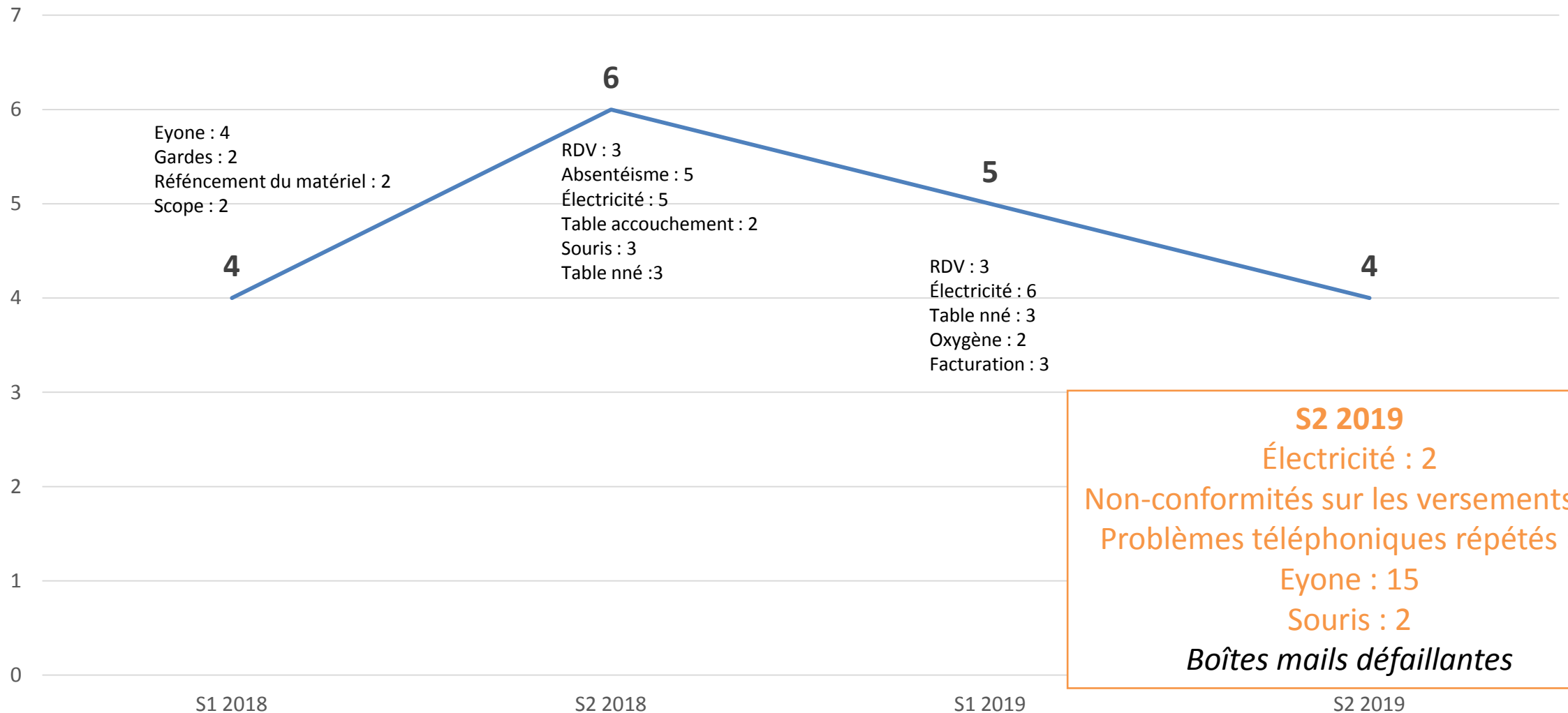
Nouveau calcul en distinguant avec et sans révision d'échéance uniquement sur les actions soldées

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 : 30
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 288
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 89,6%

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'écart identifiés : 3
- Nombre d'écart soldés : 3
- Pourcentage d'écart soldés : 100%
- Liste des écarts ouverts : -



Fiche d'identité du processus

- Processus :

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

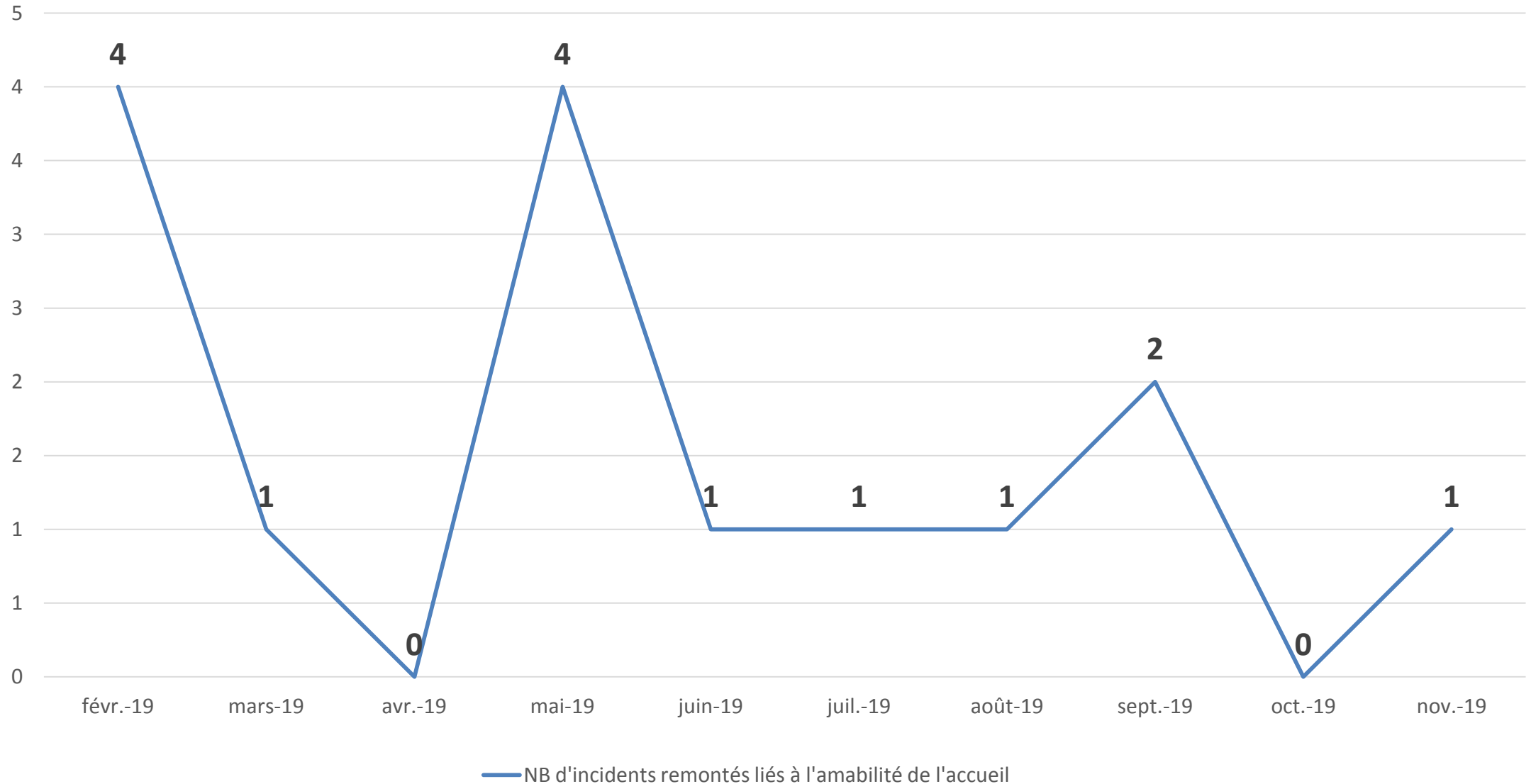


Indicateurs

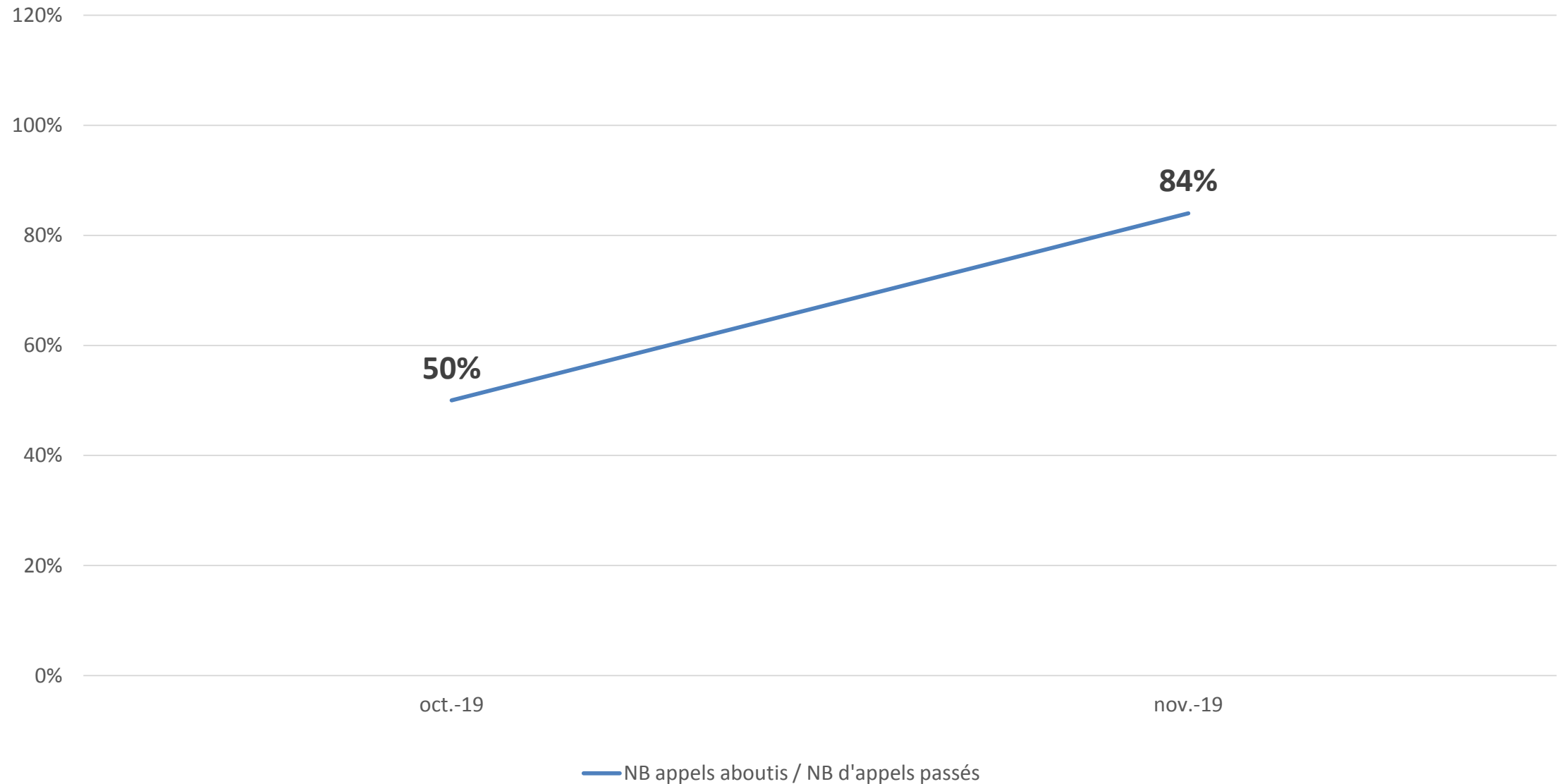
INDICATEURS	RESP.	FREQ.	CIBLE	METHODE DE CALCUL
Mesure de l'amabilité de l'accueil	Pilote	Mensuelle	0	Nombre d'incidents identifiés ou remontés sur le mois mettant en cause l'amabilité du personnel
Disponibilité du secrétariat	Pilote	Mensuelle	90%	Nombre d'appels passé / nombre d'appels aboutis
Qualité et conformité de la réponse	Pilote	Mensuelle	100%	Demandes renseignées / demandes reçues



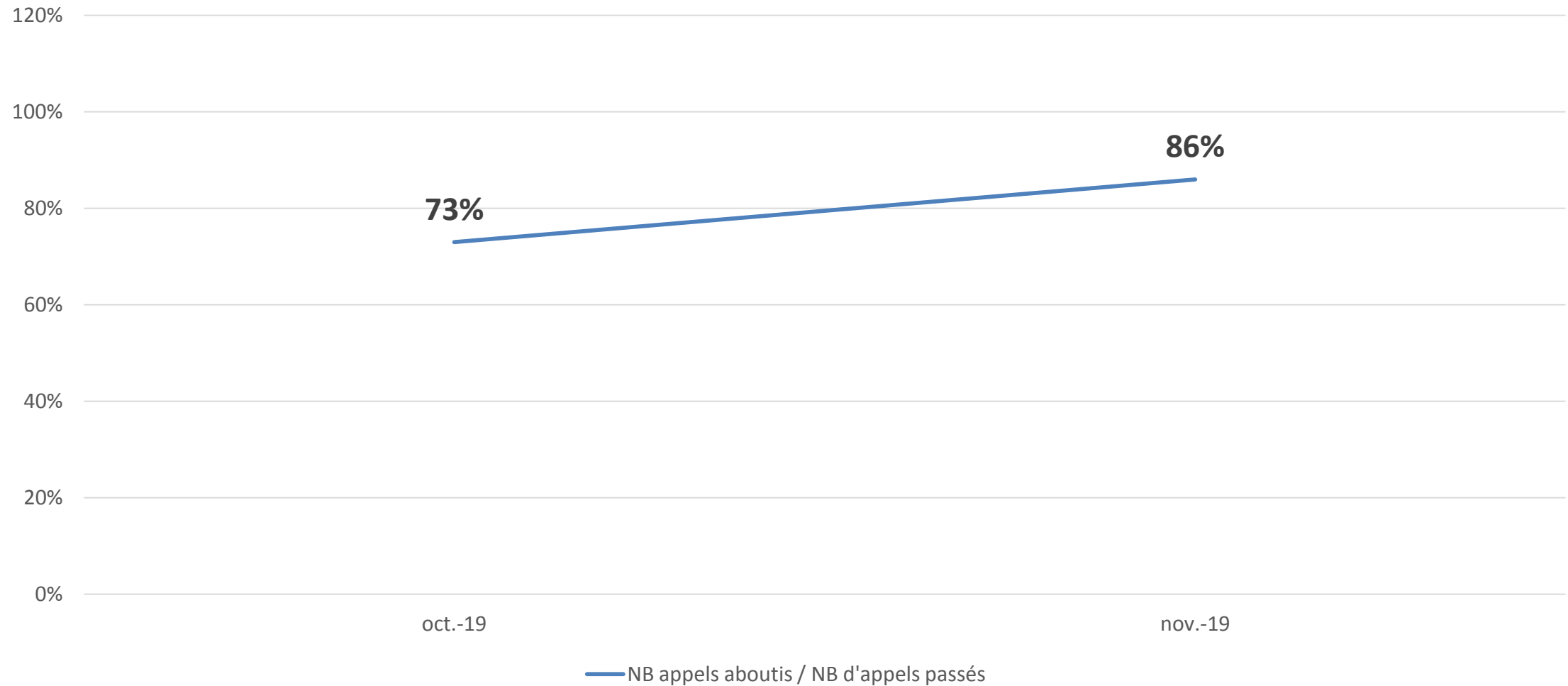
Indicateur mensuel : Mesure de l'amabilité de l'accueil



Indicateur mensuel : Disponibilité du secrétariat



Indicateur mensuel : Qualité et conformité de la réponse



Réclamations sur le processus

- Nombre de réclamations ouvertes : 7
- Nombre de réclamations résolues : 7
- Pourcentage de réclamations résolues : 100%



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 : 02/2019
- Date du prochain audit : Décembre 2019



Écarts sur le processus

- Nombre d'écart identifiés : 2
 - Le registre des appels n'est pas systématiquement rempli surtout pendant la nuit et les weekends.
 - Les indicateurs du processus ne sont pas calculés
- Nombre d'écart soldés : 1
- Pourcentage d'écart soldés : 50%
- Liste des écarts ouverts :

Le registre des appels n'est pas systématiquement rempli surtout pendant la nuit et les weekends.



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

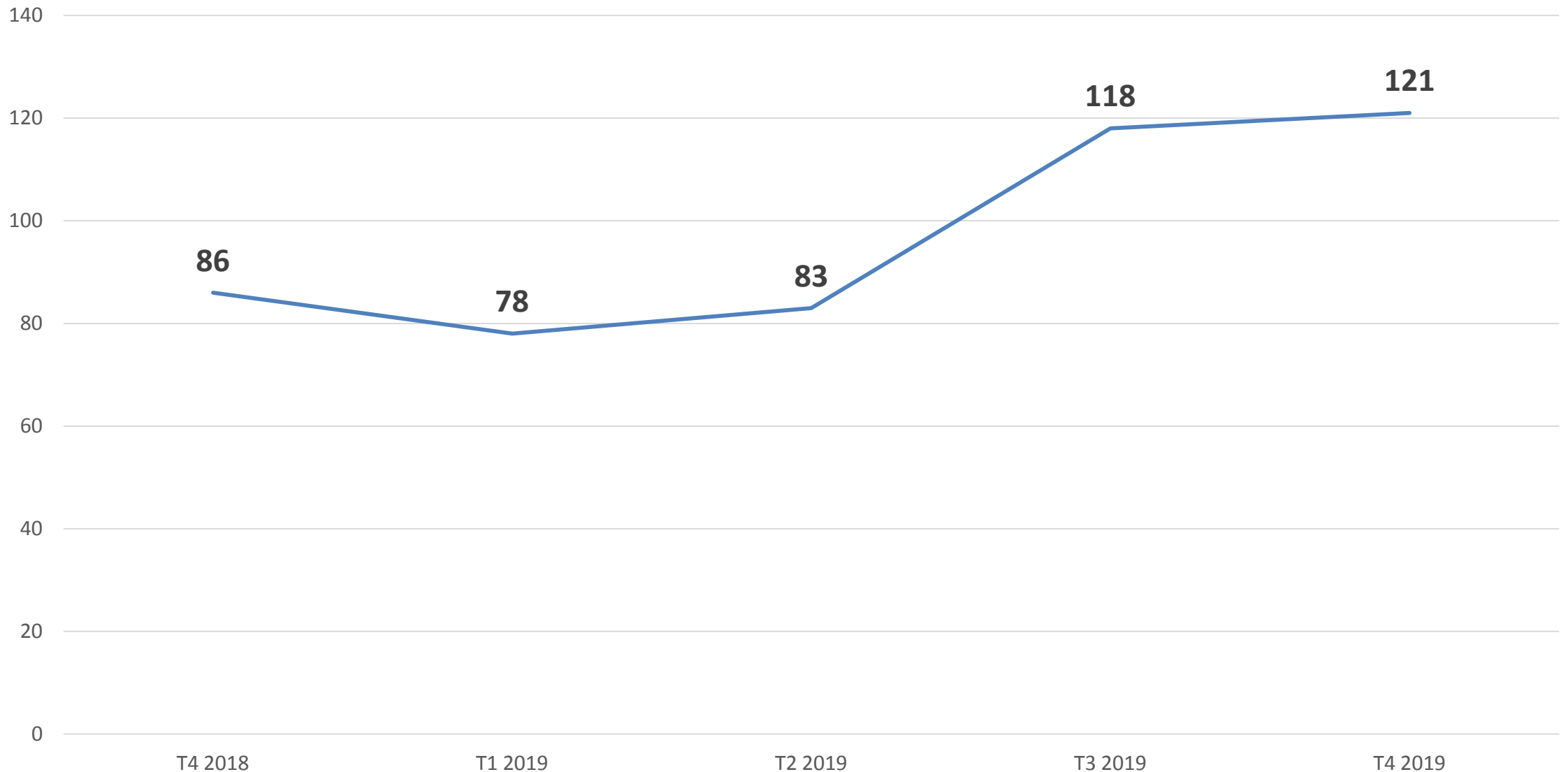


Indicateurs

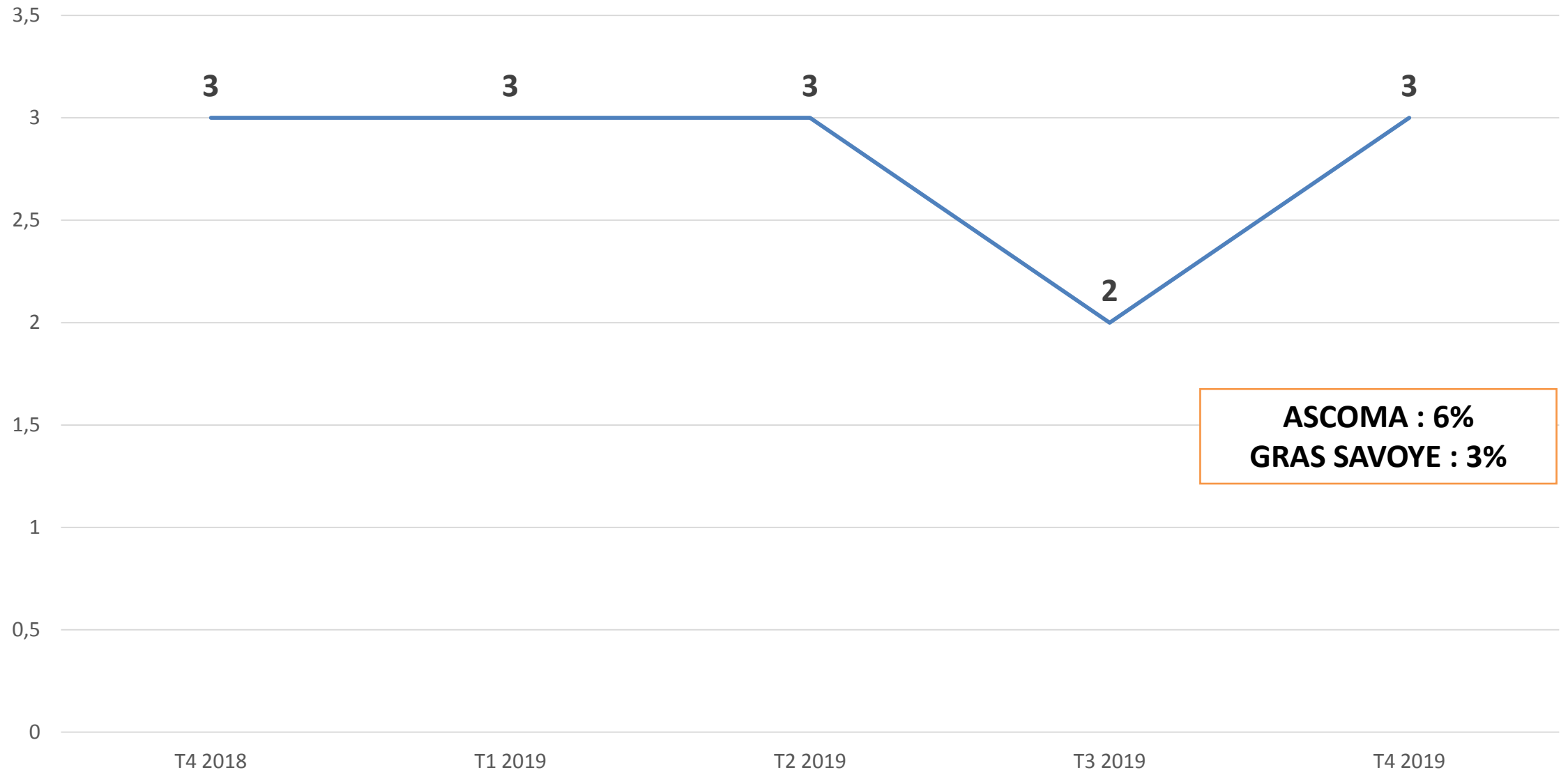
Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Délai moyen de paiement des garants	Pilote	Trimestrielle	60 jours	Moyenne des délais de tous les paiements reçus
Taux de réclamations ou rejets des garants sur la facturation	Pilote	Trimestrielle	5%	Nombre de réclamations ou rejets des garants / 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



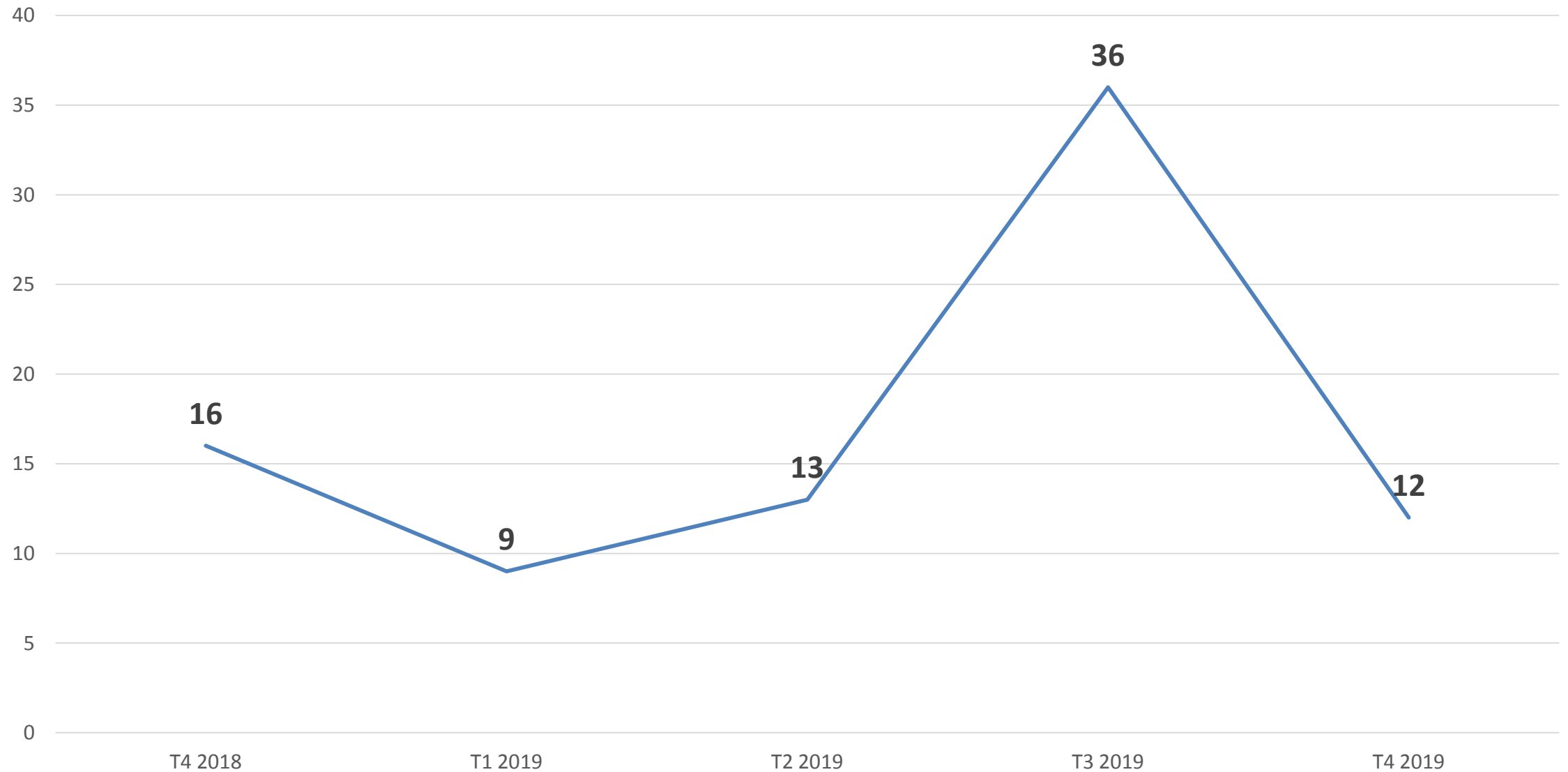
Délai moyen de paiement des garants



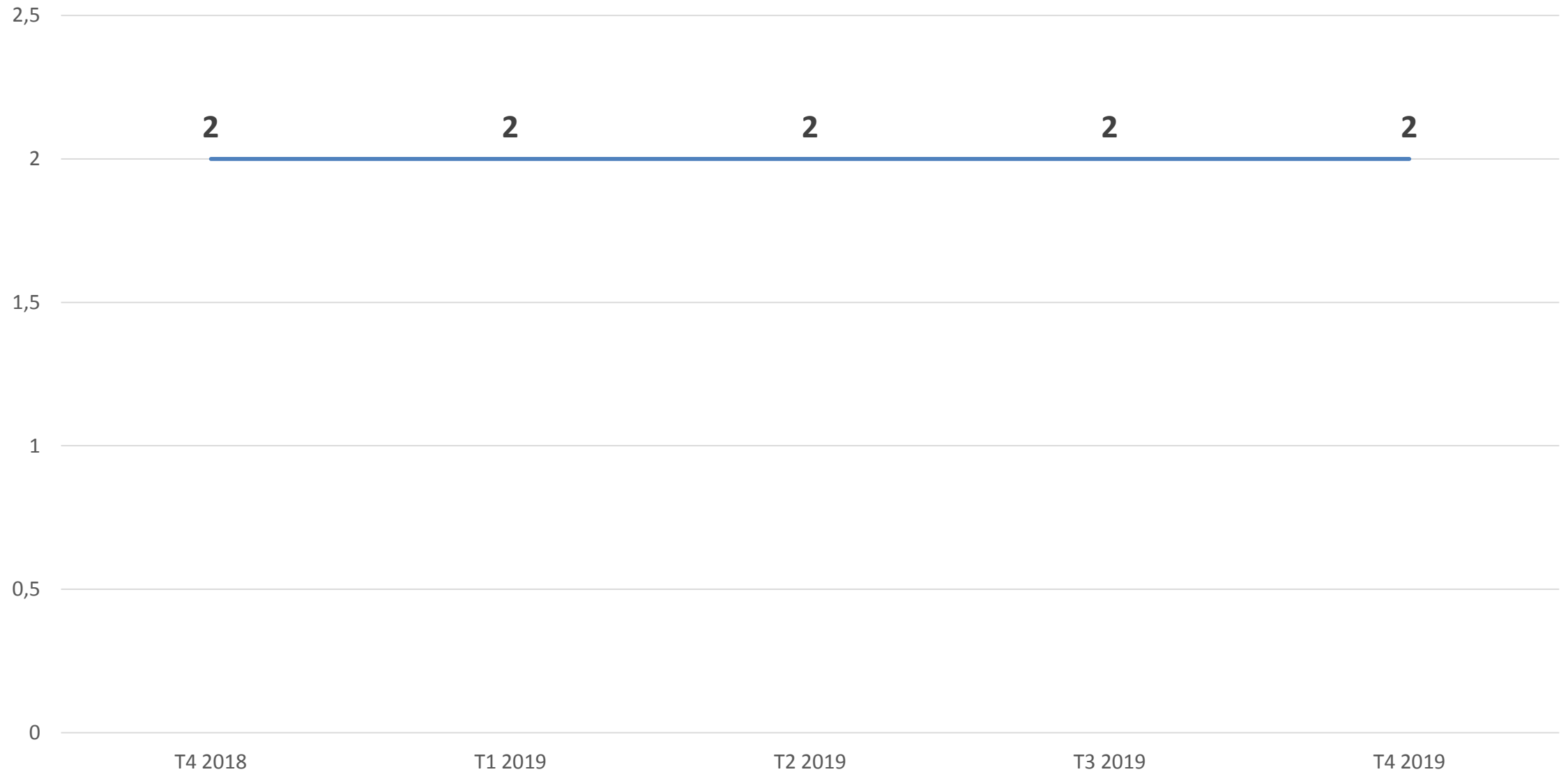
Taux de réclamations ou rejets des garants sur la facturation



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 : 0
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 17
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 100%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus : 03
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus : 02
- Pourcentage d'audits internes clôturés : 67%
- Date du dernier audit: 27/11/2019
- Date du prochain audit: 2020



Écarts sur le processus

- Nombre d'écartS identifiés : Rapport d'audit en cours d'élaboration
- Nombre d'écartS soldés : Rapport d'audit en cours d'élaboration
- Pourcentage d'écartS soldés : Rapport d'audit en cours d'élaboration
- 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

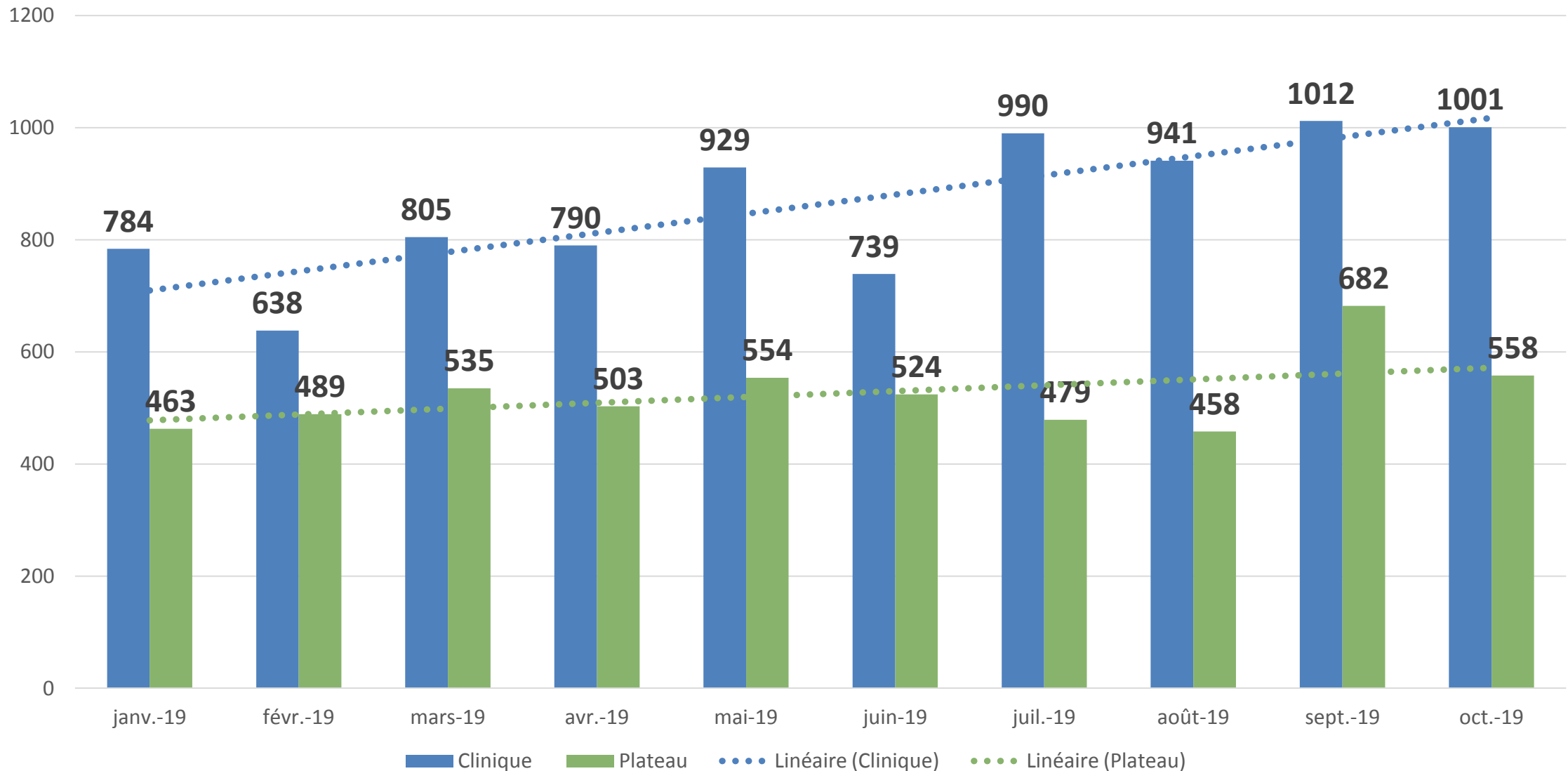


Indicateurs

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 :

1

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

13

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 92%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

4

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

3

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

75%

- Date du dernier audit :

03/10/2019

- Date du prochain audit

2020



Écarts sur le processus

- Nombre d'écarts identifiés :

5

- Nombre d'écarts soldés :

4

- Pourcentage d'écarts soldés :

80%

- Liste des constats ouverts :

314	PO03	10/22/2019 11:25:58	Mame Diarra Fall	9/26/2019	Audit 16 - Écart 2	Le plateau médical n'est pas intégré au processus et ne répond pas à ses exigences
-----	------	------------------------	------------------	-----------	-----------------------	--



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

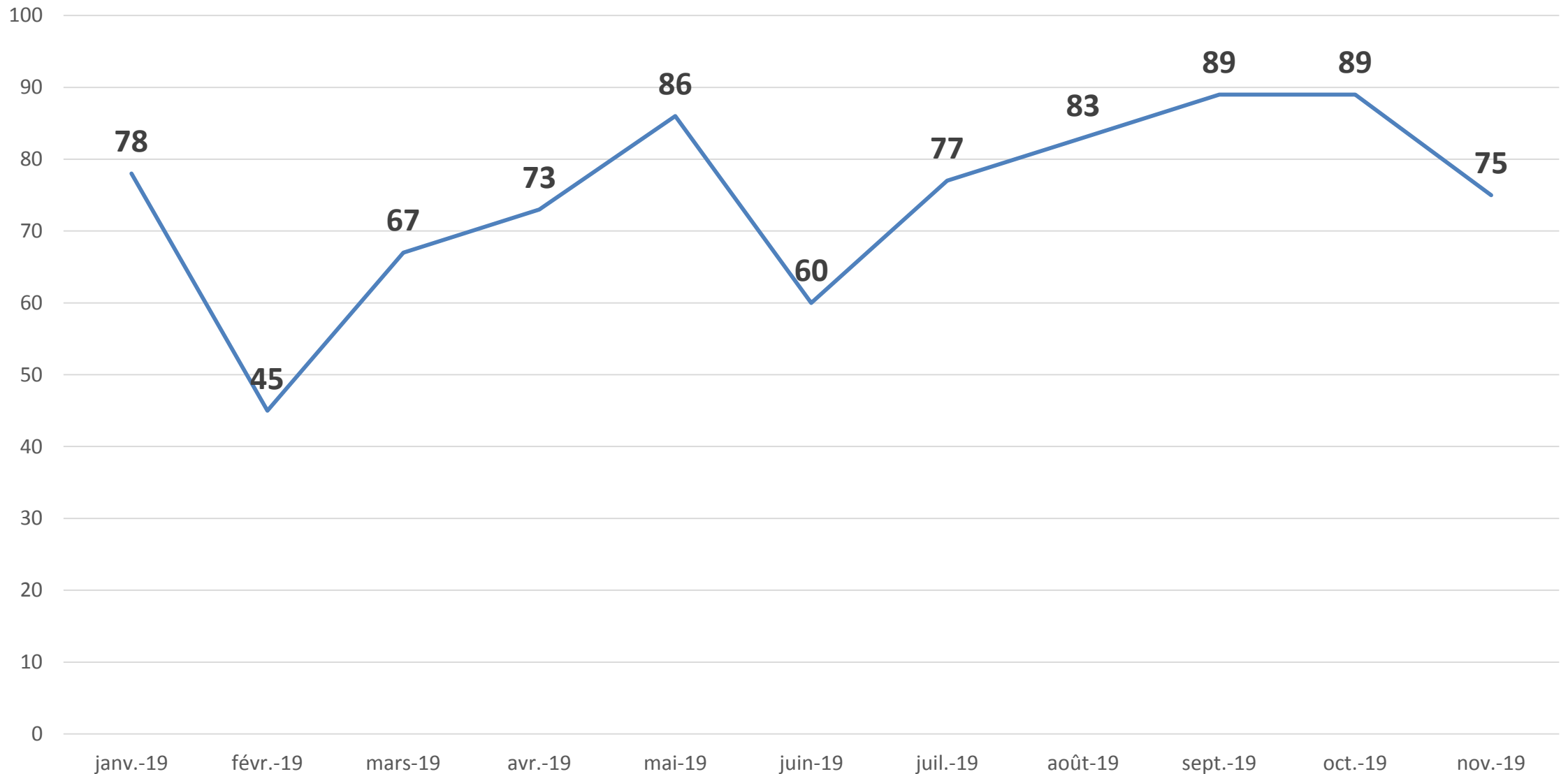


Indicateurs

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

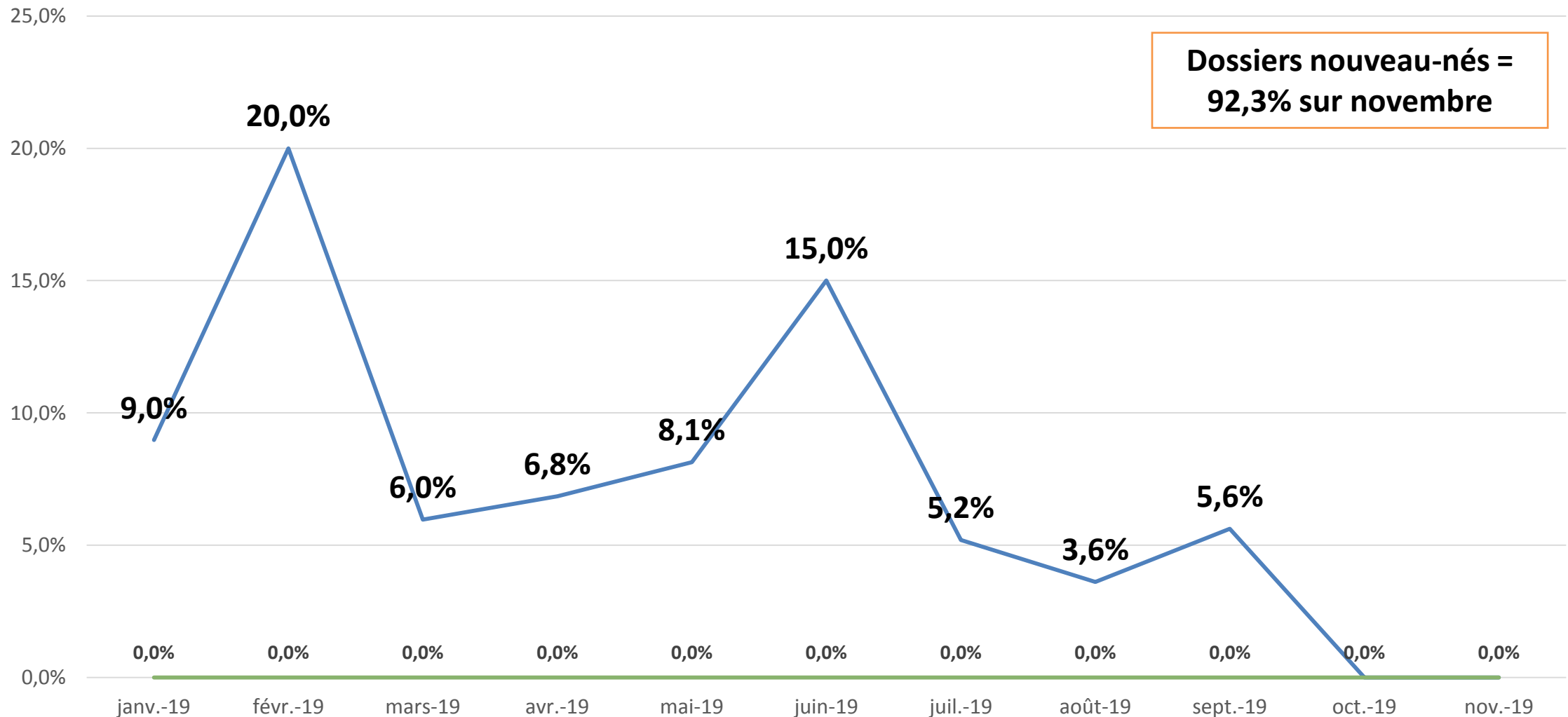


Nombre de patients hospitalisés par mois

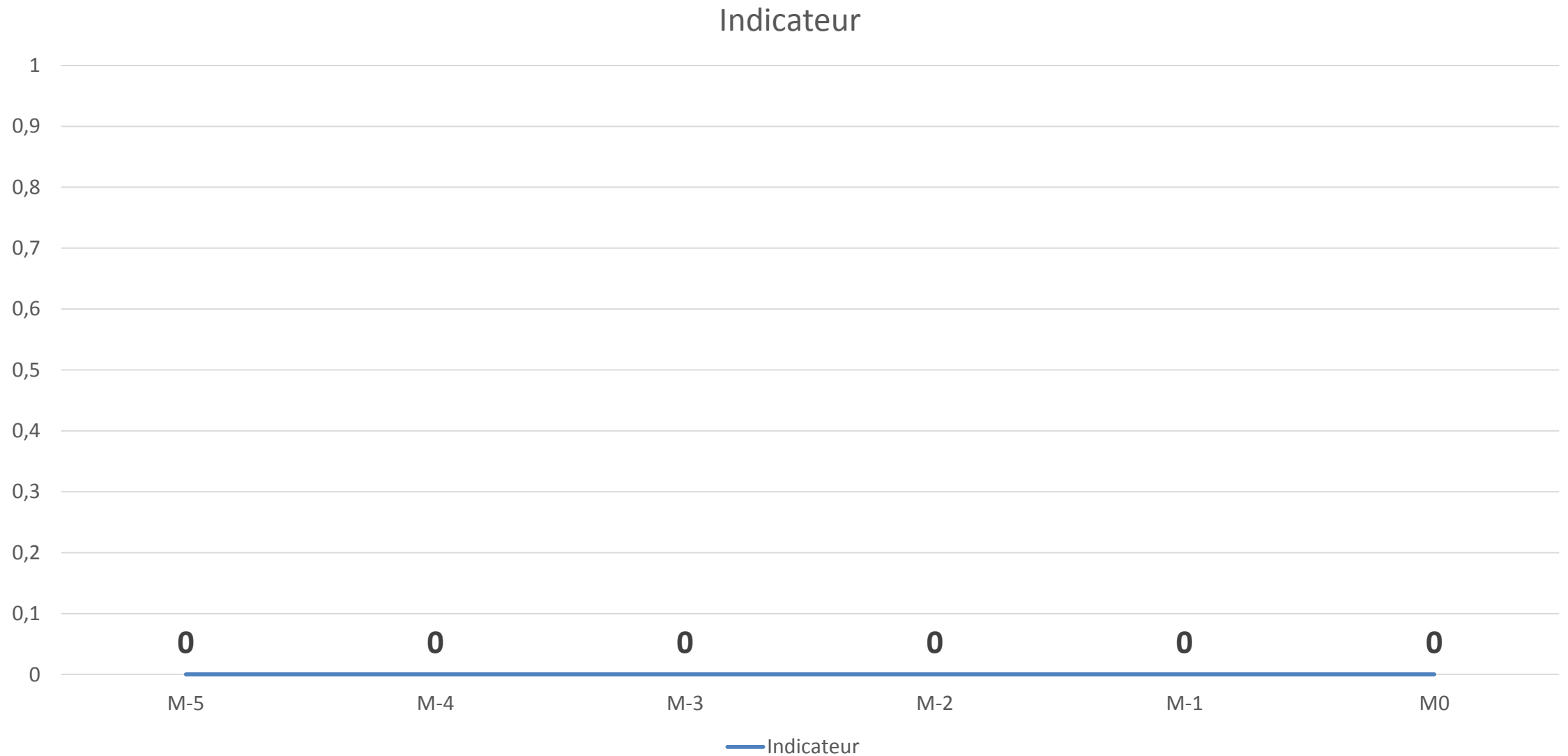


Taux de dossiers patients non-conformes

Dossiers d'hospitalisation et accouchements



Nombre d'infections nosocomiales



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :
aucune
- Nombre de fiches d'incidents clôturées :
32
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :
100%



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

4

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

3

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

75%

- Date du dernier audit :

30/09/2019

- Date du prochain audit

2020



Écarts sur le processus

- Liste des constats :

Respect de la mise à jour des staffs médicaux : proposer une fréquence minimale pour les staffs	Respect de la mise à jour des staffs médicaux : proposer une fréquence minimale pour les staffs	Application	Piste d'amélioration	56	50	50
Inclure les dossiers pédiatriques dans le contrôle des dossiers	Inclure les dossiers pédiatriques dans le contrôle des dossiers	Application	Piste d'amélioration	57	100	88
L'analyse de risque n'est pas à jour.	L'analyse de risque n'est pas à jour.	Documentation	Écart	54	100	100
Non disponibilité des comptes rendus de staffs	Non disponibilité des comptes rendus de staffs	Documentation	Écart	55	50	50
Le registre de réfection des lits est incomplet	Le registre de réfection des lits est incomplet	Application	Écart	49	83	33
La procédure sur la planification des soins existe mais n'est pas respectée	La procédure sur la planification des soins existe mais n'est pas respectée	Application	Écart	50	100	100
Les indicateurs ne sont pas à jour et ne sont pas disponibles auprès du pilote	Les indicateurs ne sont pas à jour et ne sont pas disponibles auprès du pilote	Application	Écart	51	100	0
La procédure de gestion du linge n'est pas respectée	La procédure de gestion du linge n'est pas respectée	Application	Écart	52	100	100
La procédure de sortie n'est pas respectée	La procédure de sortie n'est pas respectée	Application	Écart	53	100	75

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

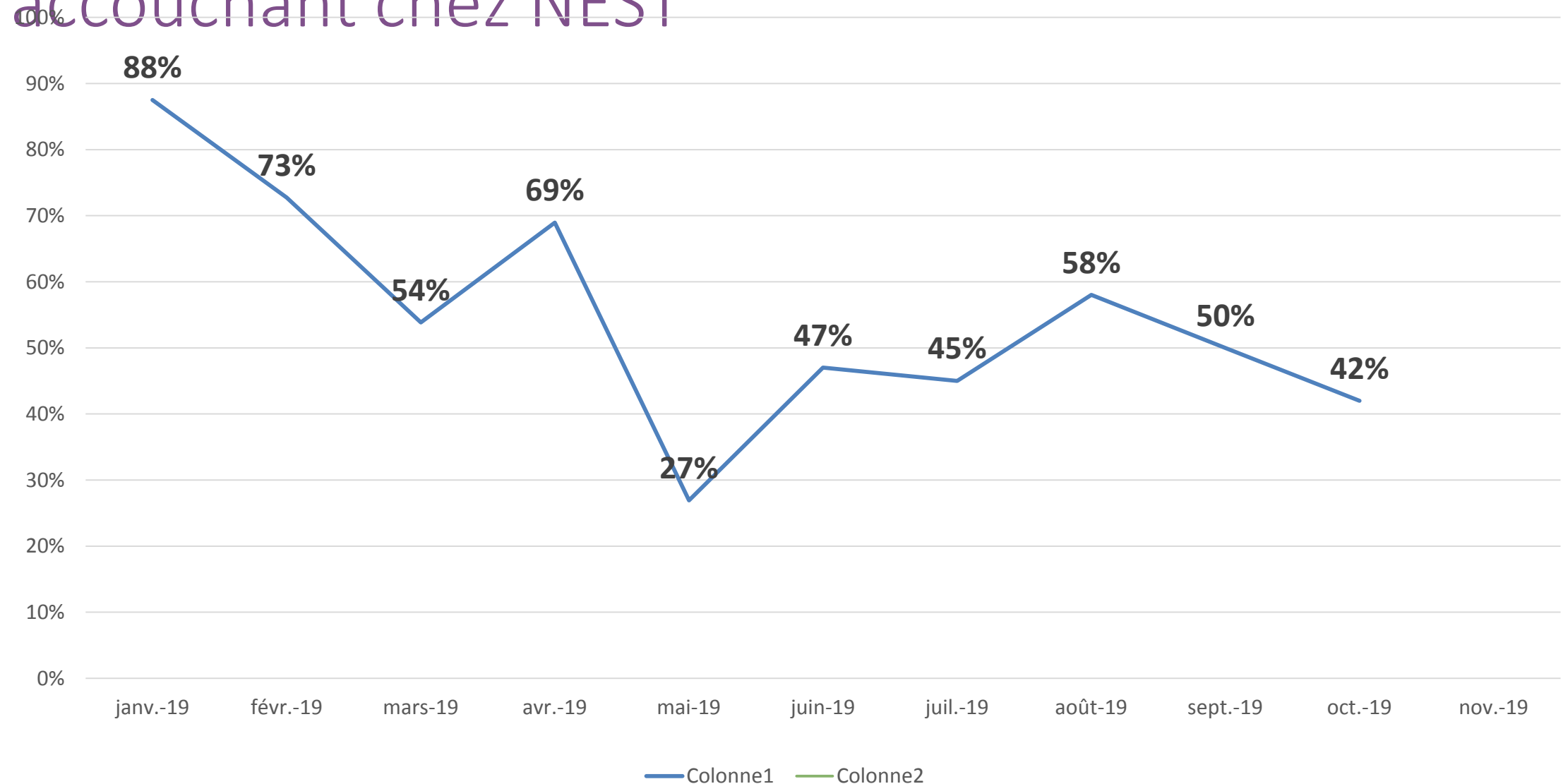


Indicateurs

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: 2020



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)

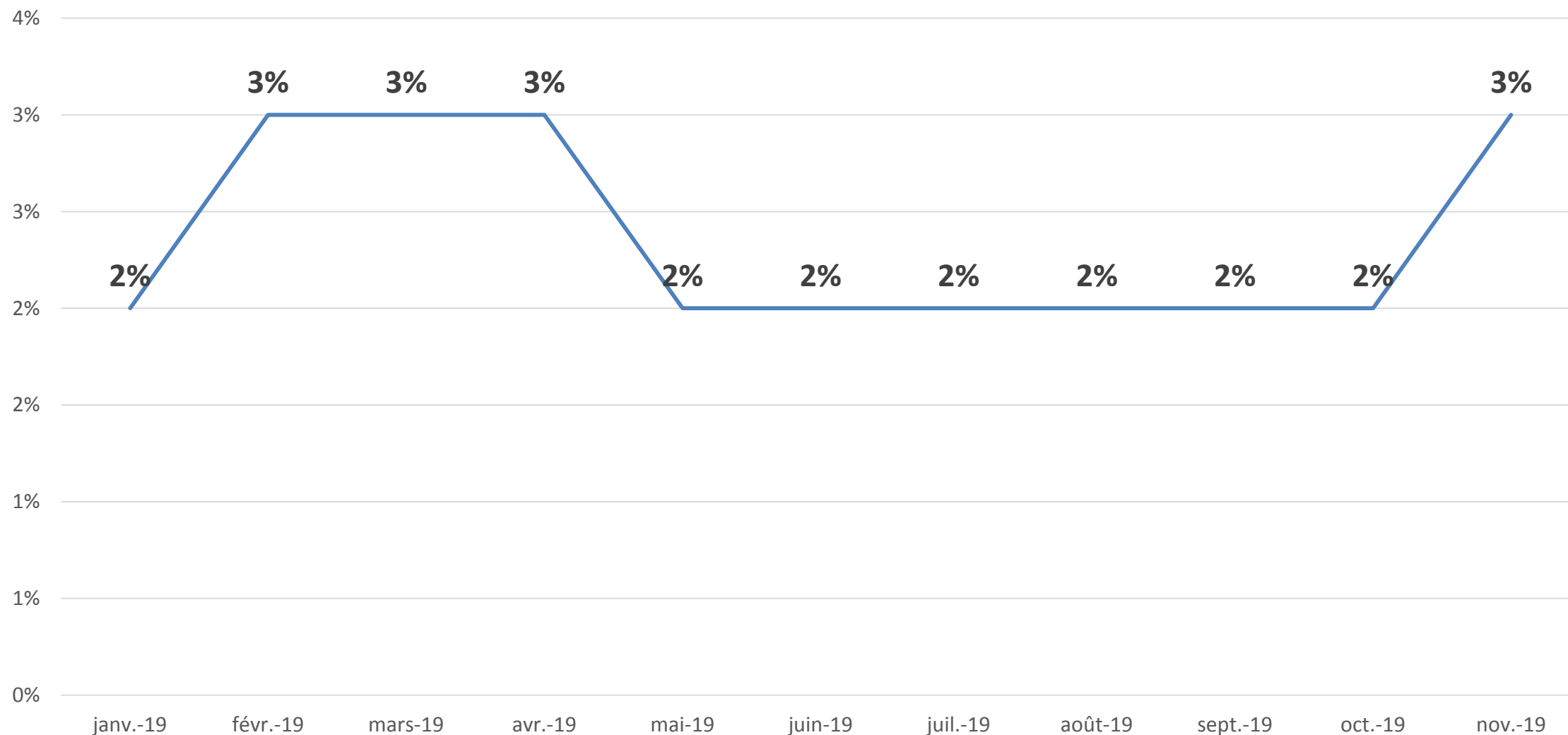


Indicateurs

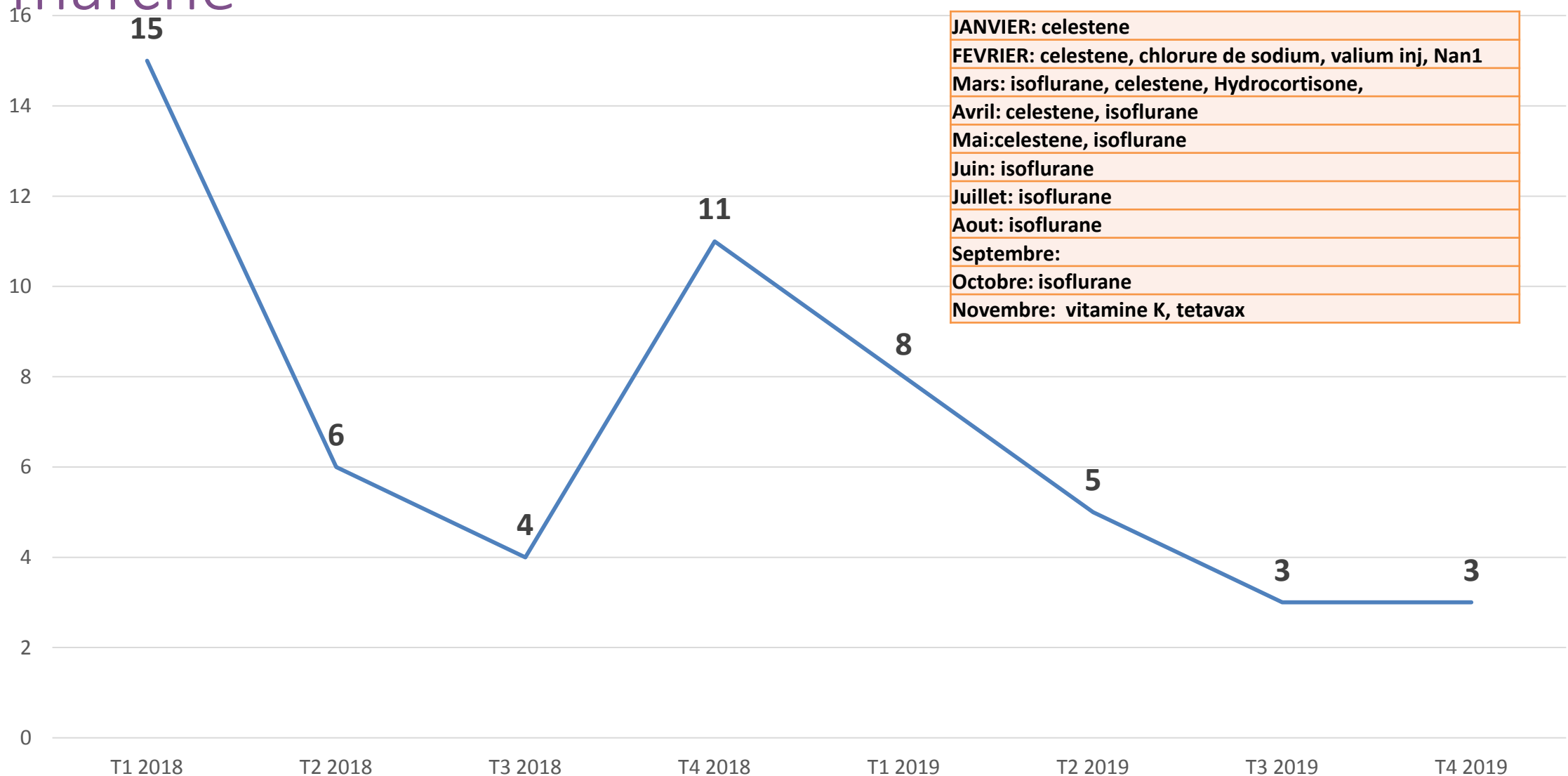
INDICATEURS	RESP.	FREQ.	CIBLE	METHODE DE CALCUL
Taux d'indisponibilité de produits médicaux sensibles sur le marché	Pilote	Mensuelle	5%	Nombre de produits sensibles indisponibles sur le marché/Nombre de références
Nombre de rupture de produits médicaux sur le marché	Pilote	Trimestrielle	0	Décompte des ruptures sur le marché
Taux d'indisponibilité des produits médicaux dans nos stocks	Pilote	Mensuelle	2%	Nombre de ruptures signalées (fiche d'incident) / Nombre de références de notre stock
Nombre de défaillances à l'utilisation (produits non conformes)	Pilote	Trimestrielle	5	Décompte des fiches d'incidents
Nombre et valeur des écarts entre le stock théorique et le stock réel	Pilote	Mensuelle	40	Décompte



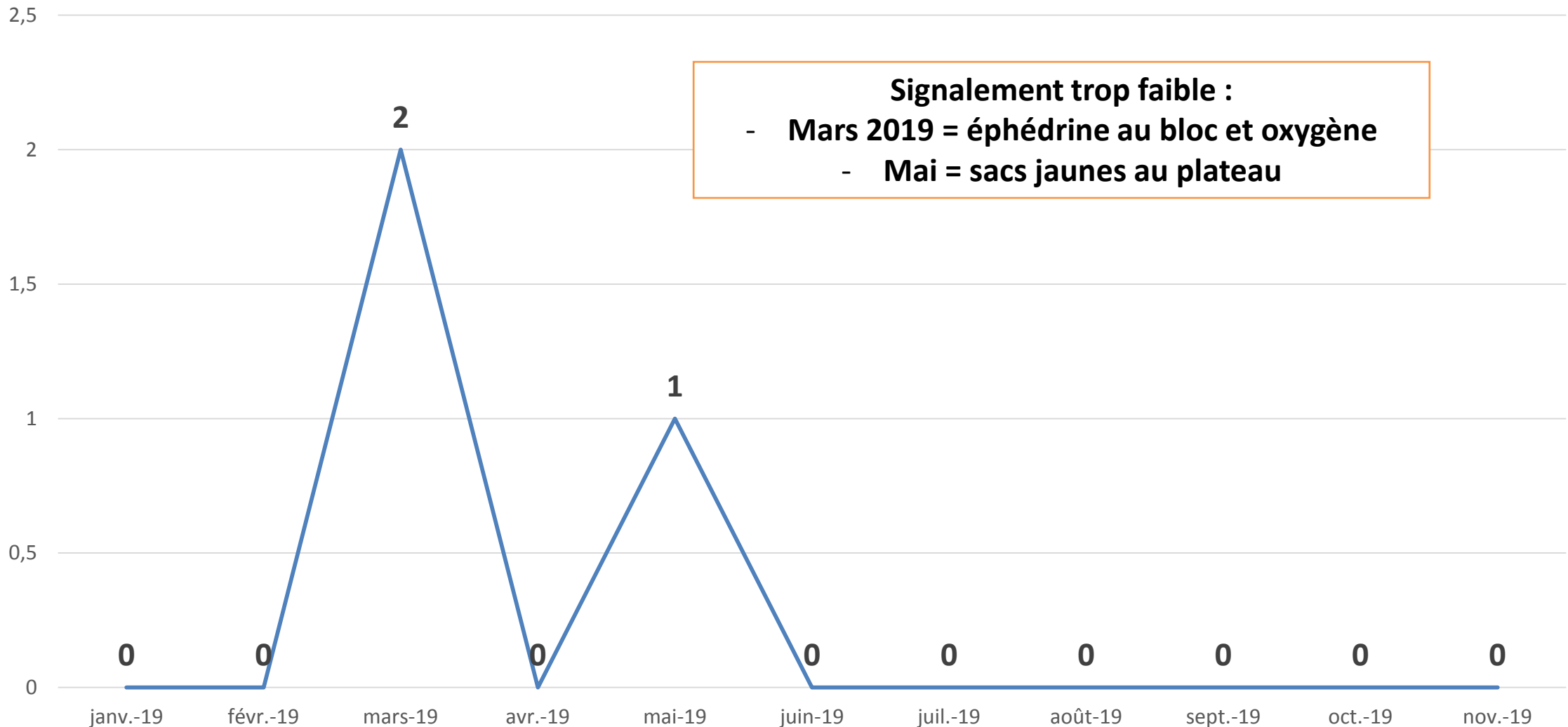
Taux d'indisponibilité de produits médicaux **sensibles** sur le marché



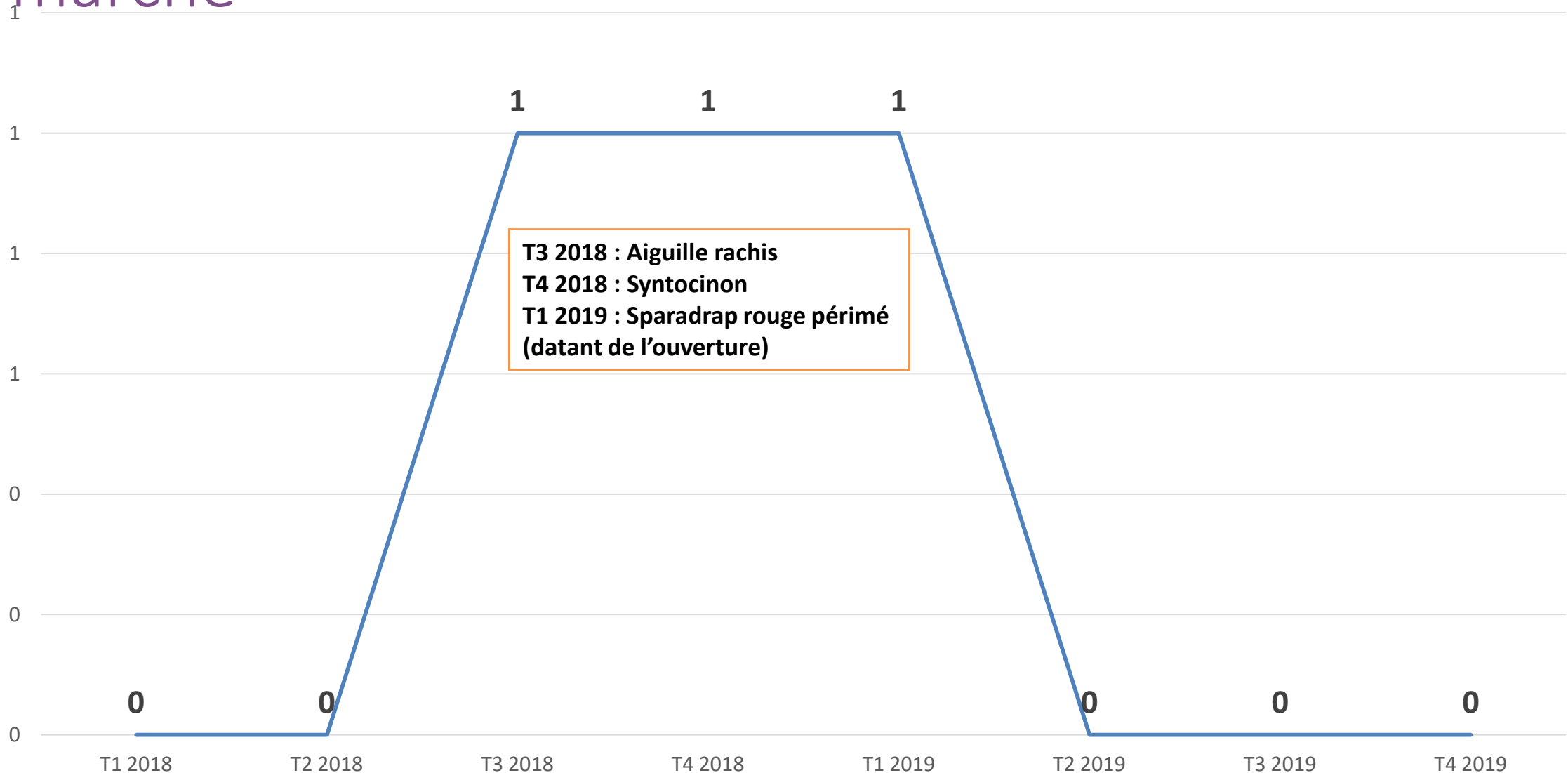
Nombre de rupture de produits médicaux sur le marché



Taux d'indisponibilité des produits médicaux dans nos stocks // Nombre de fiches d'incidents



Nombre de rupture de produits médicaux sur le marché



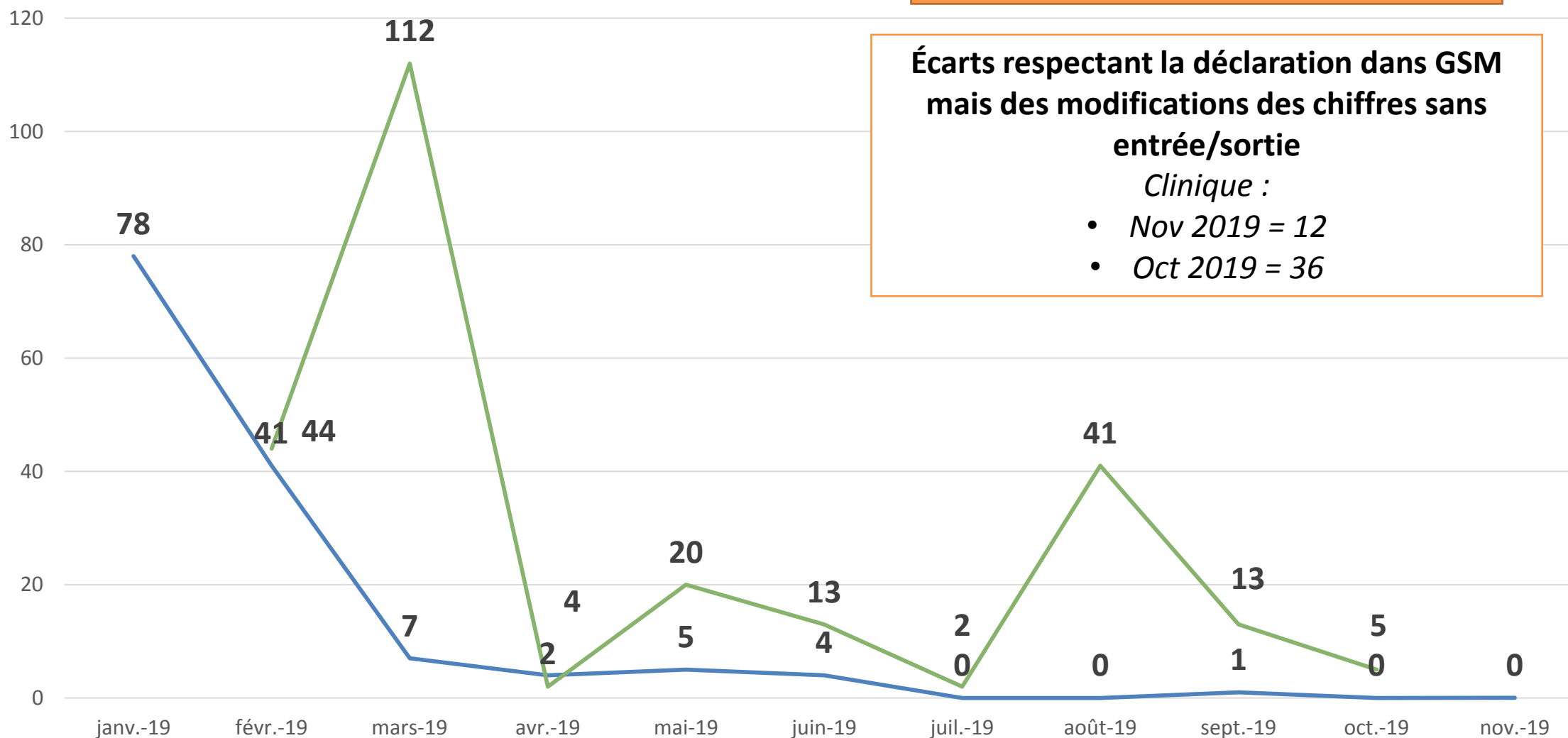
Nombre et valeur des écarts entre le stock théorique et le stock réel

Inventaires manquants à la clinique et au plateau

Écarts respectant la déclaration dans GSM mais des modifications des chiffres sans entrée/sortie

Clinique :

- Nov 2019 = 12
- Oct 2019 = 36



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :

2

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

10

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :

83%

3/16/2019	Non-conformité	Rupture d'ephedrine au bloc
12/22/2018	Audit 20 - Écart 4	Prévision des besoins mensuelles : personne-dépendant (Dr Mariane ou Hélène, Dr Diop) sans procédure



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :

3

- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :

1

- Pourcentage d'audits internes clôturés :

66%

- Date du dernier audit :

31/10/2019

- Date du prochain audit

Décembre 2019



Écarts sur le processus

- Liste des constats ouverts :

Suivi de l'amélioration continue	Peu de visibilité sur le plan d'actions et les fiches d'incidents concernant le processus et ses pilotes	Application	Piste d'amélioration
Calcul des indicateurs	Confusion autour des 3 premiers indicateurs dans la fiche-processus	Application	Point faible
Commande et Livraison	Pas de traçabilité suffisante de la procédures de commande de matériel : Origine de l'expression du besoin Nombre de factures proformas requis	Documentation	Écart
Activité Commande et Livraison	Pas de vision sur les budgets alloués aux achats	Application	Écart
Commande et Livraison	Pas de bons de livraison systématiques - Certains fournisseurs n'en fournissent pas.	Application	Écart
Oxygène	Procédure concernant l'oxygène non respectée	Application	Écart
Agrément	Classeur des fournisseurs et prestataires agréés avec les fiches d'agrément perdu	Application	Écart
Inventaire	Inventaire fait par la seule gestionnaire des stocks sans contrôleur	Application	Écart
Indicateurs	Ecart entre le stock theorique et le stock réel non calculé	Application	Écart



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

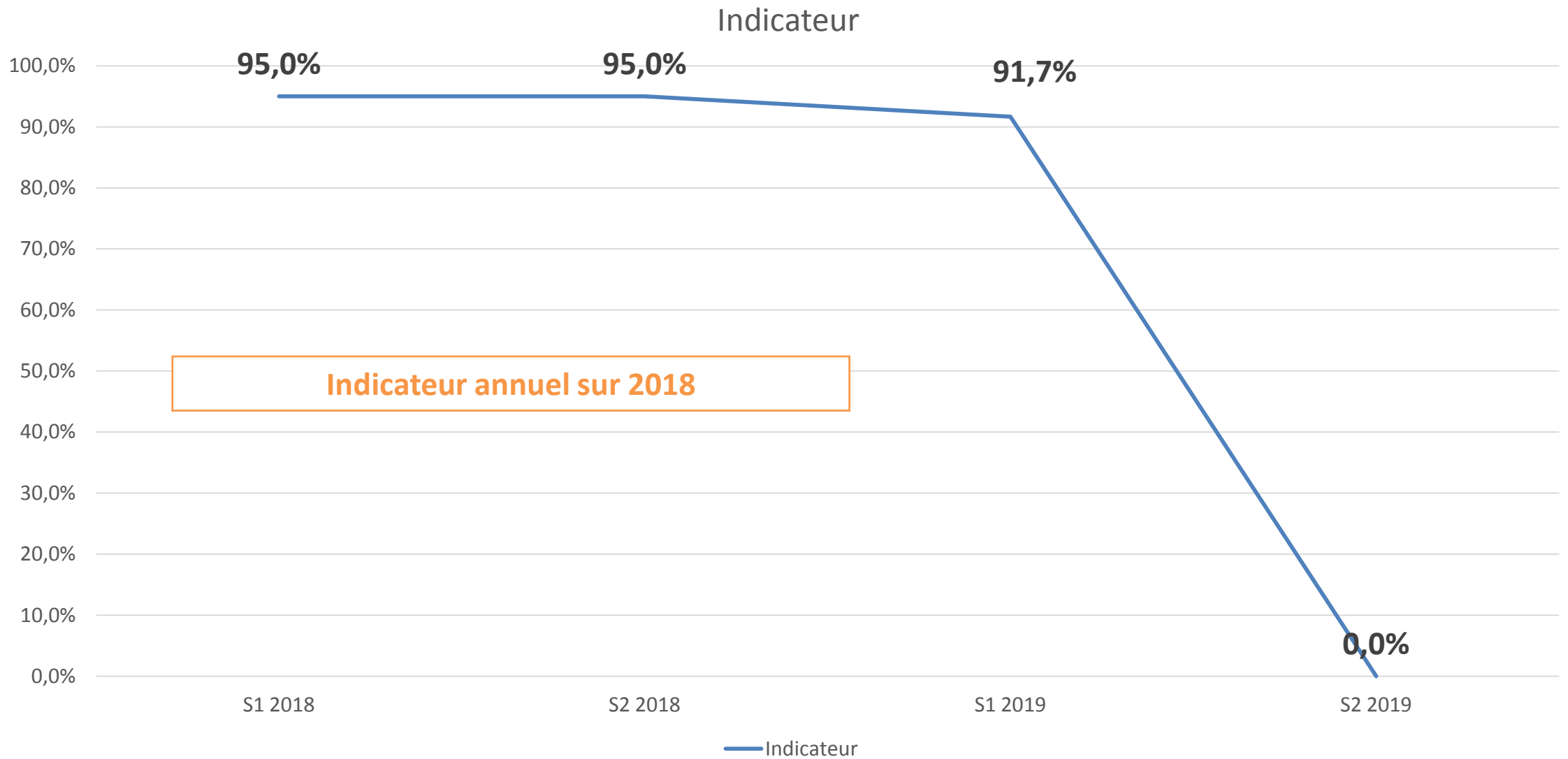


Indicateurs

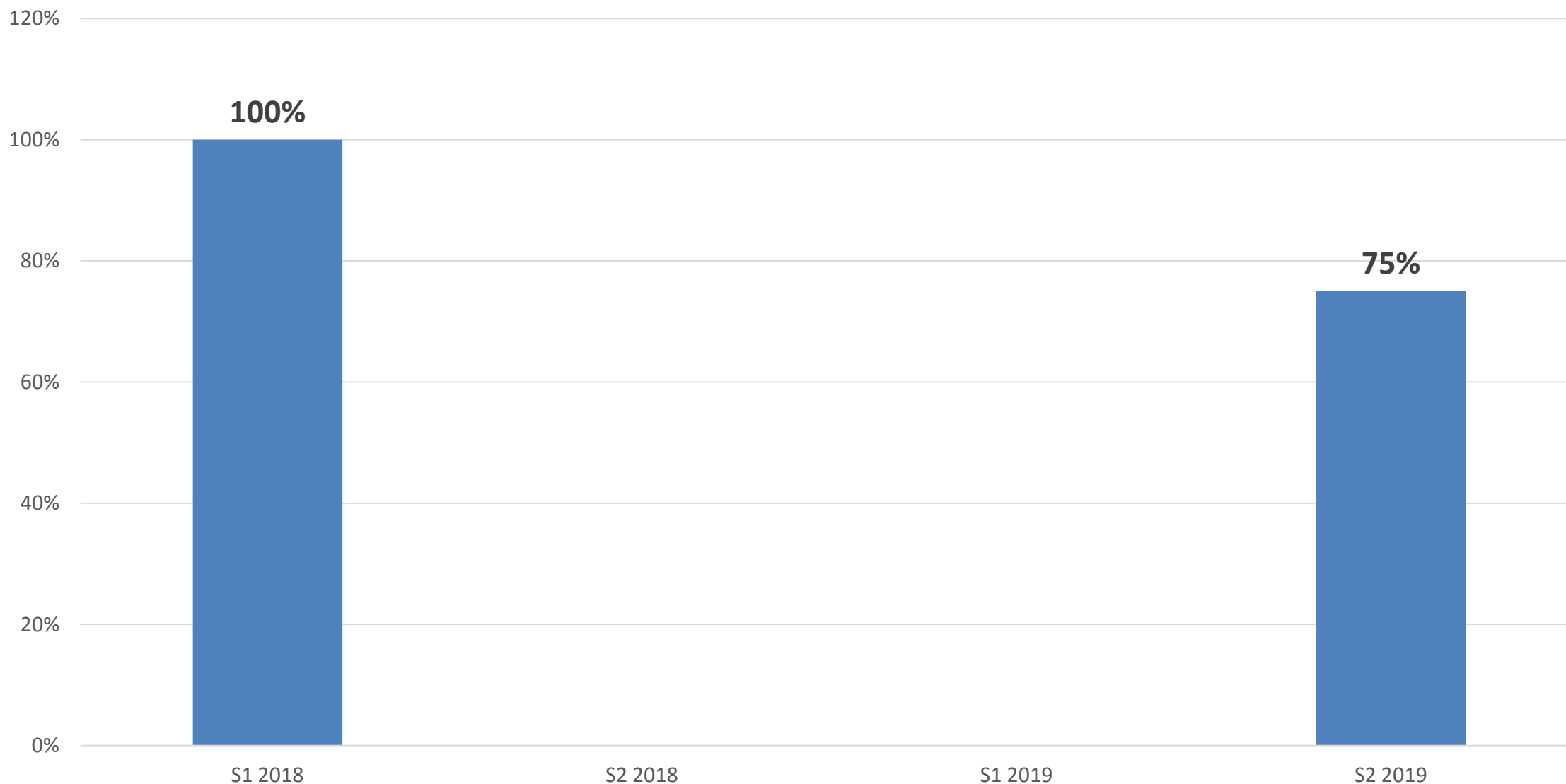
Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Pourcentage de collaborateur évalués	Pilote	Semestrielle	48,48%	Nombre de collaborateurs évalués / nombre d'évaluations prévues
Taux de réalisation du plan de formation	Pilote	Semestrielle	0%	Actions réalisées / Actions prévues échues
Efficacité 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



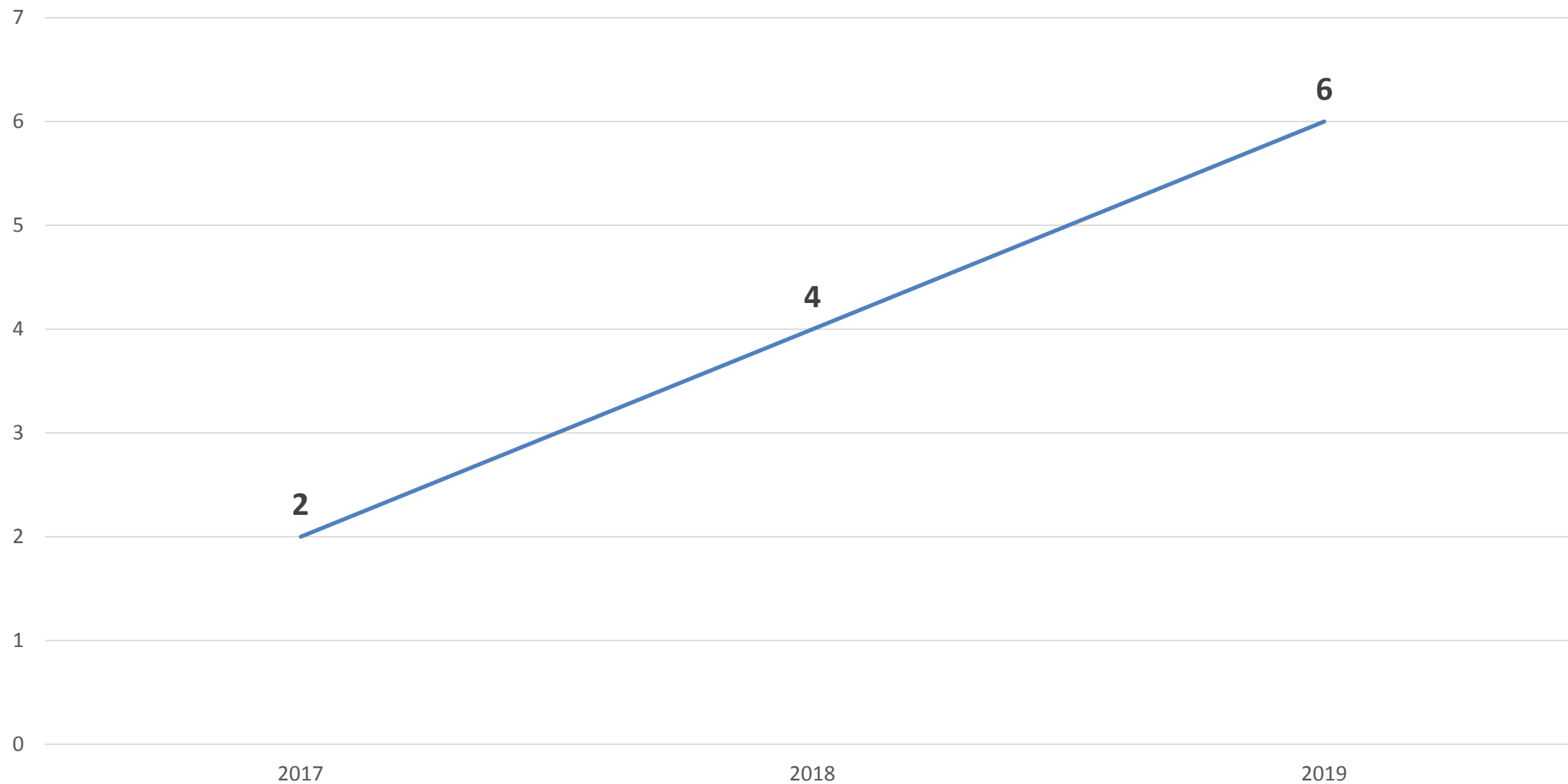
Taux de réalisation du plan de formation



Efficacité des actions de formation



Nombre de démissions



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes : 1
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 28
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 96%

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).



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 :
26/03/2019
- Date du prochain audit :
2020



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



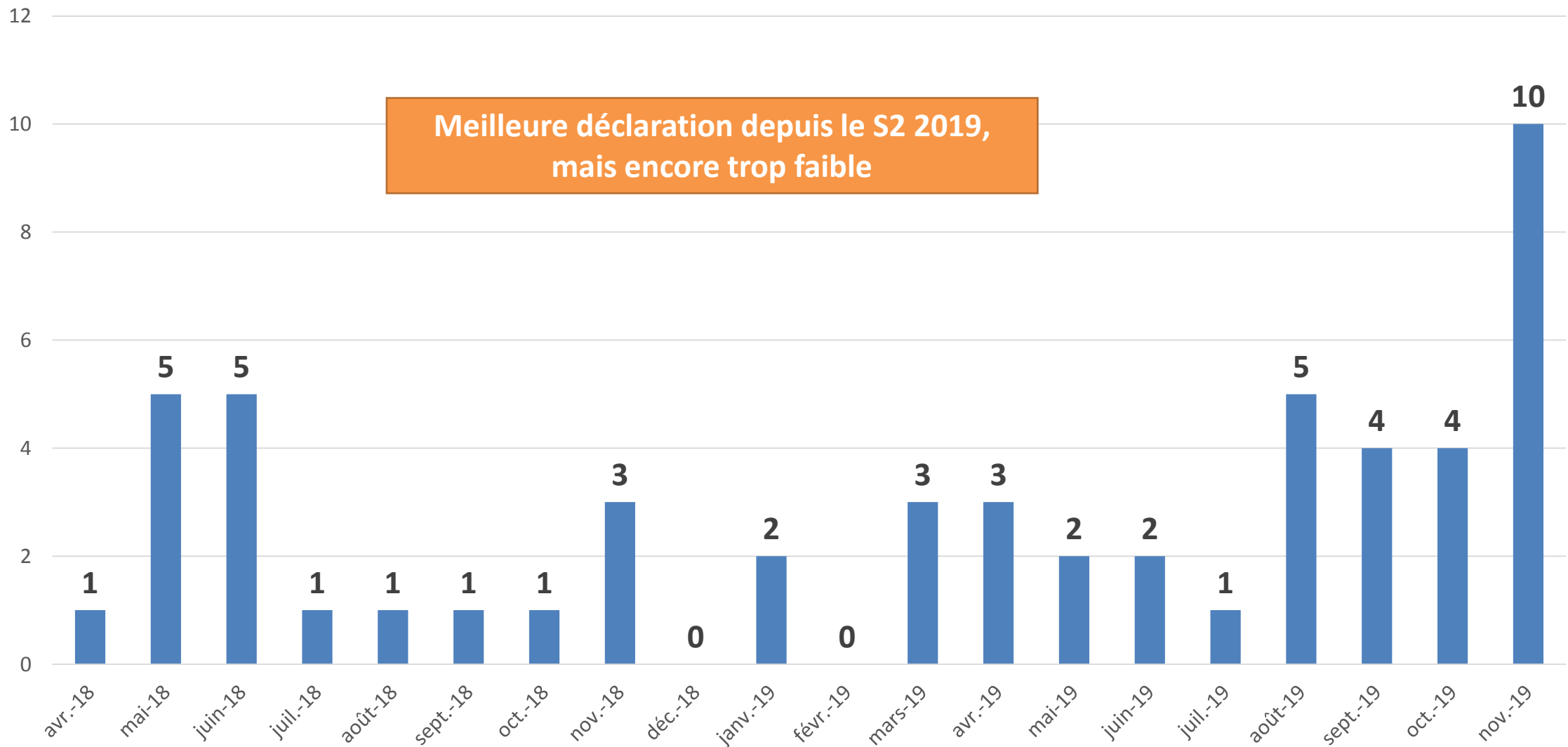
Indicateurs

Indicateur	Responsable	Fréquence	Cible	Méthode de calcul
Nombre d'interruptions des ressources informationnelles de plus d'une heure (indisponibilité, inaccessibilité...) Nombre d'incidents déclarés sur les ressources informatiques et informationnelles	Pilote	Semestrielle Mensuelle	5	Décompte des fiches d'incident
Taux de satisfaction des utilisateurs du SI	Pilote	Annuelle	70%	Enquête de satisfaction auprès des utilisateurs



Indicateur semestriel

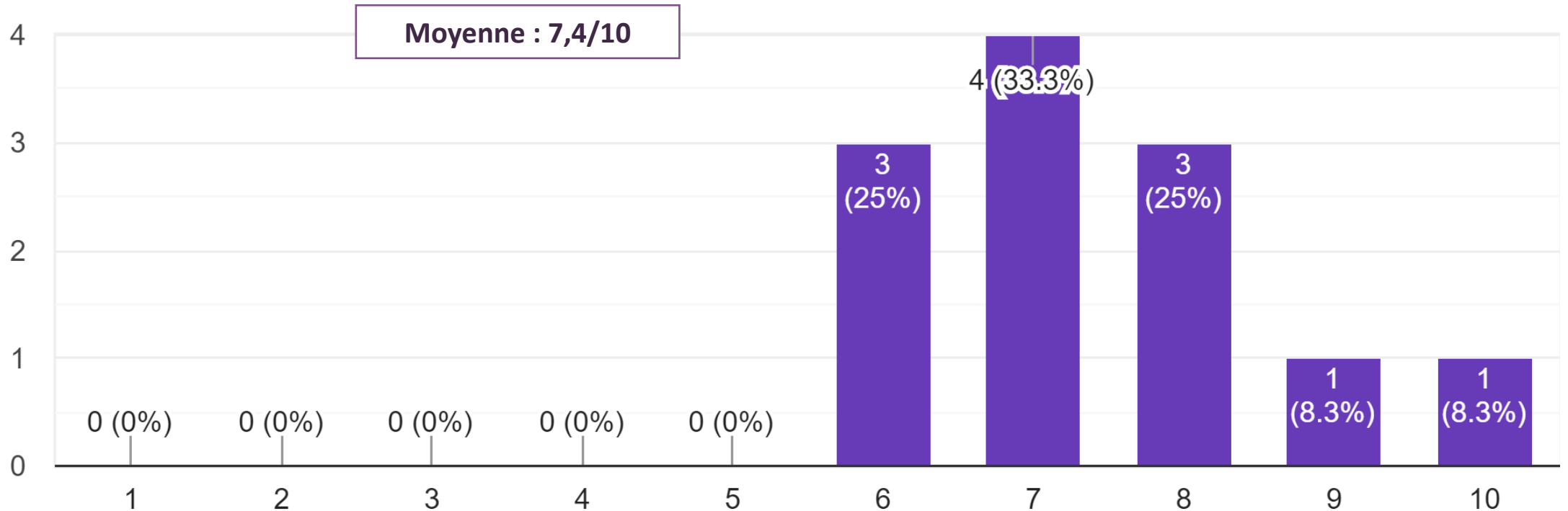
Nombre d'incidents déclarés sur les ressources informatiques et informationnelles



Indicateur annuel (2018)

- Taux de satisfaction des utilisateurs du SI : **74%**

12 responses



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes : 4
- Nombre de fiches d'incidents clôturées : 32 sur 2019
- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées : 87,5%



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 : 29/10/2019
- Date du prochain audit : 2020



Constats sur le processus

- Nombre d'écarts identifiés :

2

- Nombre d'écarts soldés :

2

- Pourcentage d'écarts soldés :

100%

- Liste des constats ouverts :

Après plusieurs relances les éditeurs n'ont pas mis à disposition leurs documentations technique comme stipulé dans leurs contrats	Documentation	Point faible
Les utilisateurs ont été relancés plusieurs à propos de l'utilisation du formulaire en ligne ou les fiches roses d'incidents afin de signaler ces derniers	Application	Point faible
Le pilote est sollicité sur plusieurs actions à la fois ce qui peut entraîné un retard de réponse.	Application	Point faible



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



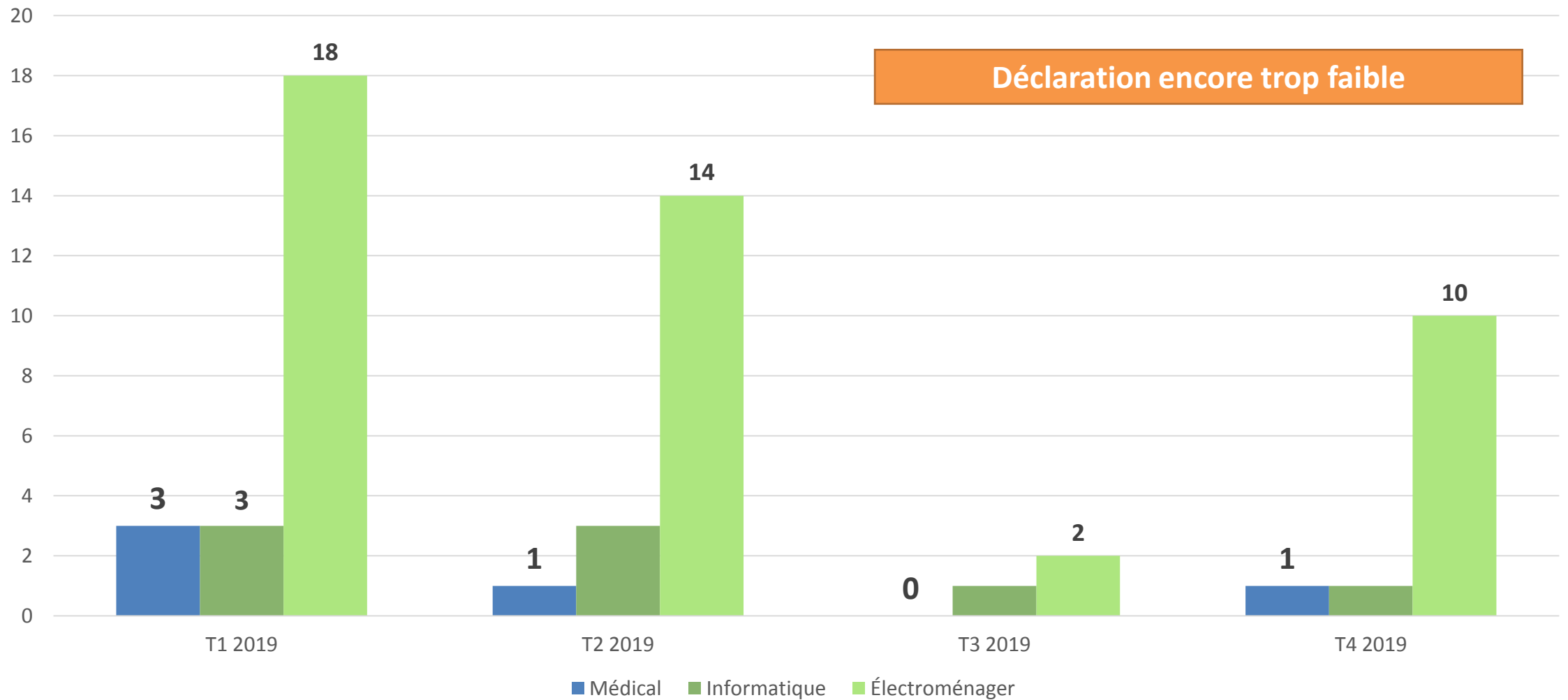
Indicateurs

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
<i>Délai des interventions de maintenance pour les équipements informatiques</i>	<i>Pilote</i>	<i>Trimestri.</i>	<i>1 Jour</i>	<i>Mesure moy. des délais des interventions</i>
<i>Délai des interventions de maintenance pour les équipements électroménagers</i>	<i>Pilote</i>	<i>Trimestri.</i>	<i>1 Jour</i>	<i>Mesure moy. des délais des interventions</i>
<i>Délai des interventions de maintenance pour les équipements médicaux</i>	<i>Pilote</i>	<i>Trimestri.</i>	<i>1 Jour</i>	<i>Mesure moy. des délais des interventions</i>



Indicateur semestriel

Nombre de pannes/dégradations de matériel par catégorie (médicale, informatique, électroménager et mobilier)



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :

5

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

81

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :

94%



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 :

22 novembre 2019

- Date du prochain audit

2020



Écarts sur le processus

- Liste des constats ouverts :

Trouver un prestataire pour le suivi du matériel à mettre à rebut	Documentation	Piste d'amélioration
Étiqueter des fiches de vie et des interventions sur les matériels	Documentation	Piste d'amélioration
Mettre à disposition des fiches de suivi des températures des réfrigérateurs	Documentation	Point faible
la fiche du processus n'est pas jour (dernier revu avril 2019)	Application	Écart
A l'absence du Pilote, les tableaux de suivi ne sont pas remplis et les indicateurs non calculés	Application	Écart
Le matériel du Laboratoire et des nouvelles appareils (échographie, couveuse ...) ne sont ni référencés ni étiquetés.	Application	Écart
Le tableau de suivi des interventions n'est pas systématiquement mis à jour (dernier mis à jour le 13 mai 2019)	Application	Écart



Fiche d'identité du processus

Pilote = Référent Hygiène
Copilote = Maîtresse sage-femme

- **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

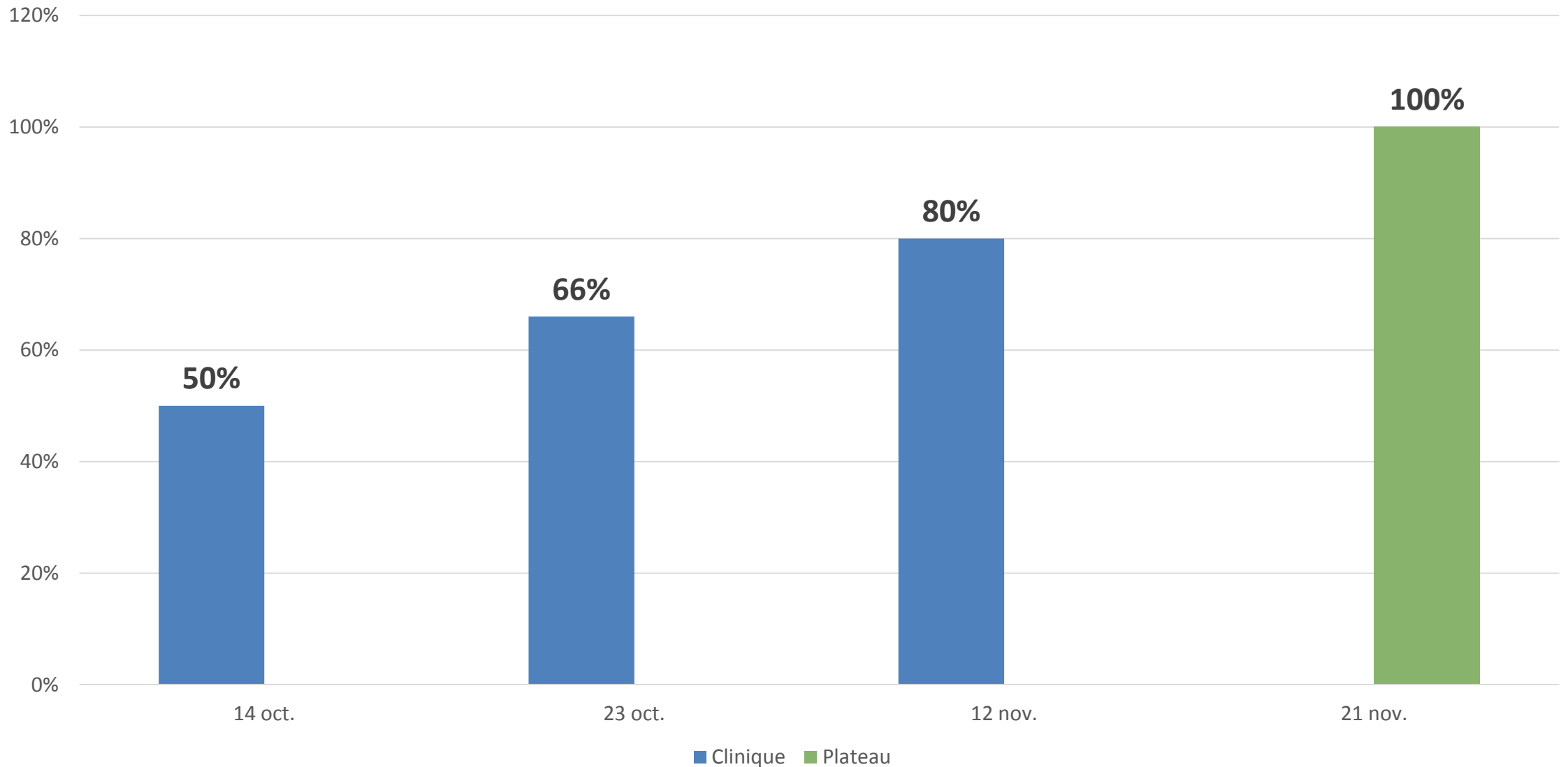


Indicateurs

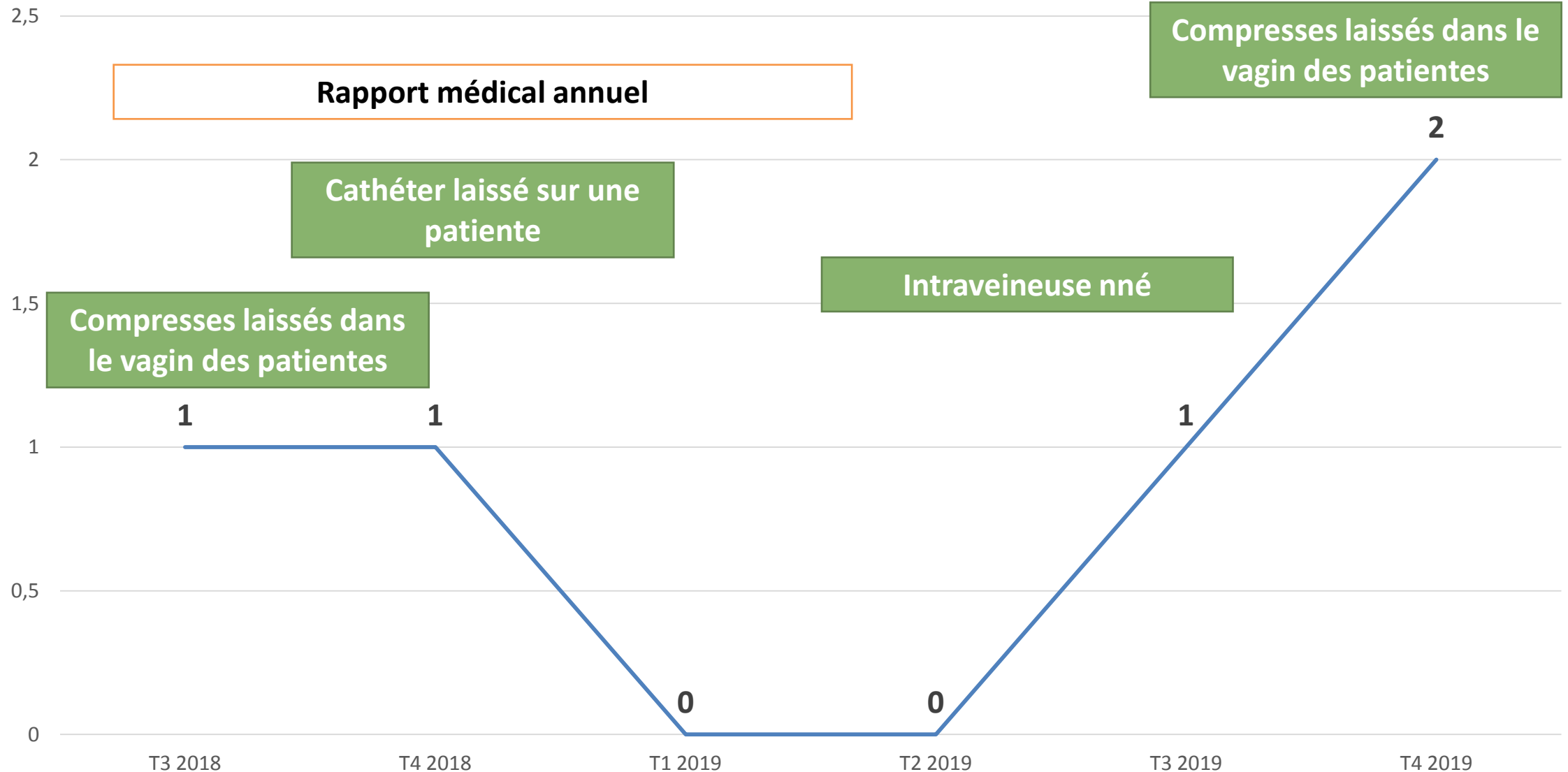
INDICATEURS	RESP.	FREQ.	CIBLE	METHODE DE CALCUL
Qualité du nettoyage par zone	Copilote	Trimestrielle	6	Moyenne des tableaux de contrôle de nettoyage
Nombre d'infections post-opératoires	Pilote	Trimestrielle	0	Décompte du nombre d'infections
Nombre d'AES	Pilote	Trimestrielle	0	Décompte du nombre d'AES 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	Moyenne des tableaux de contrôle de nettoyage



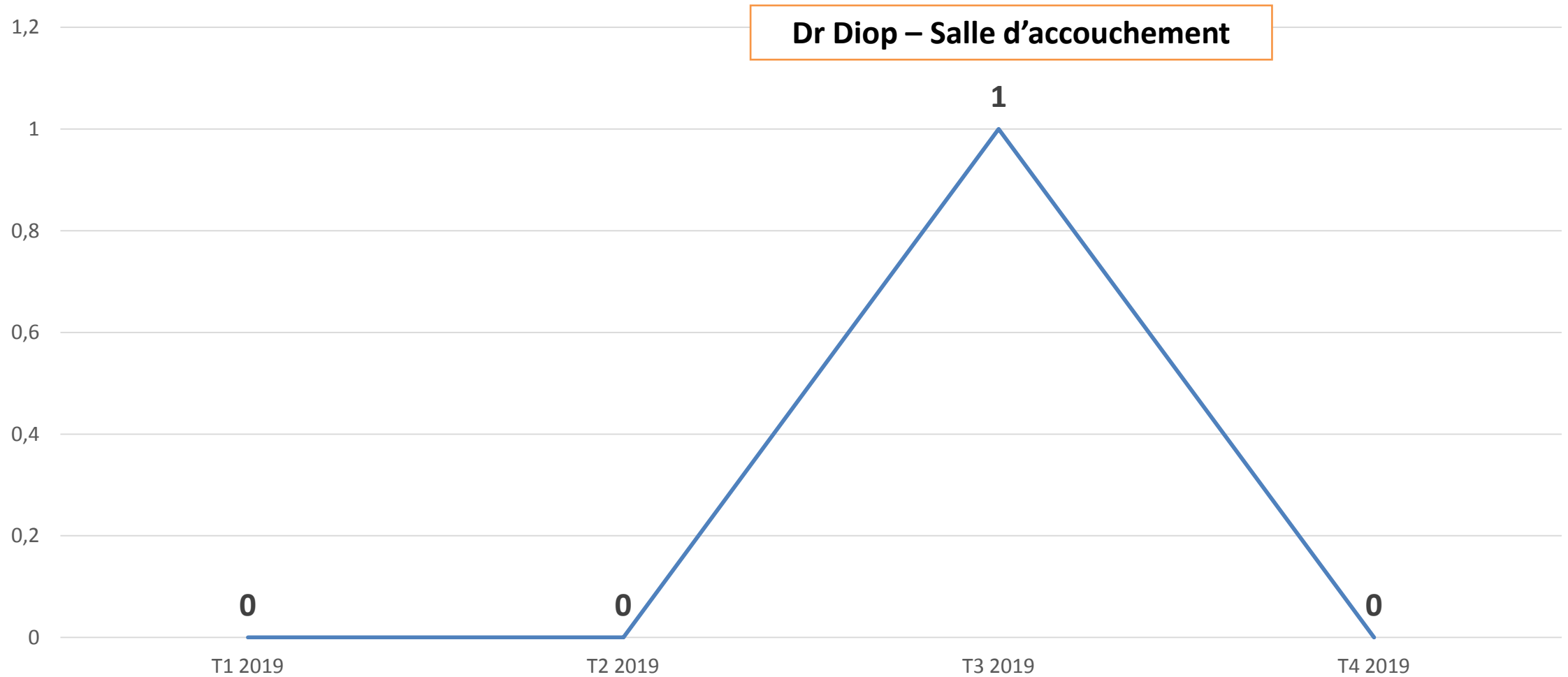
Qualité du nettoyage par zone



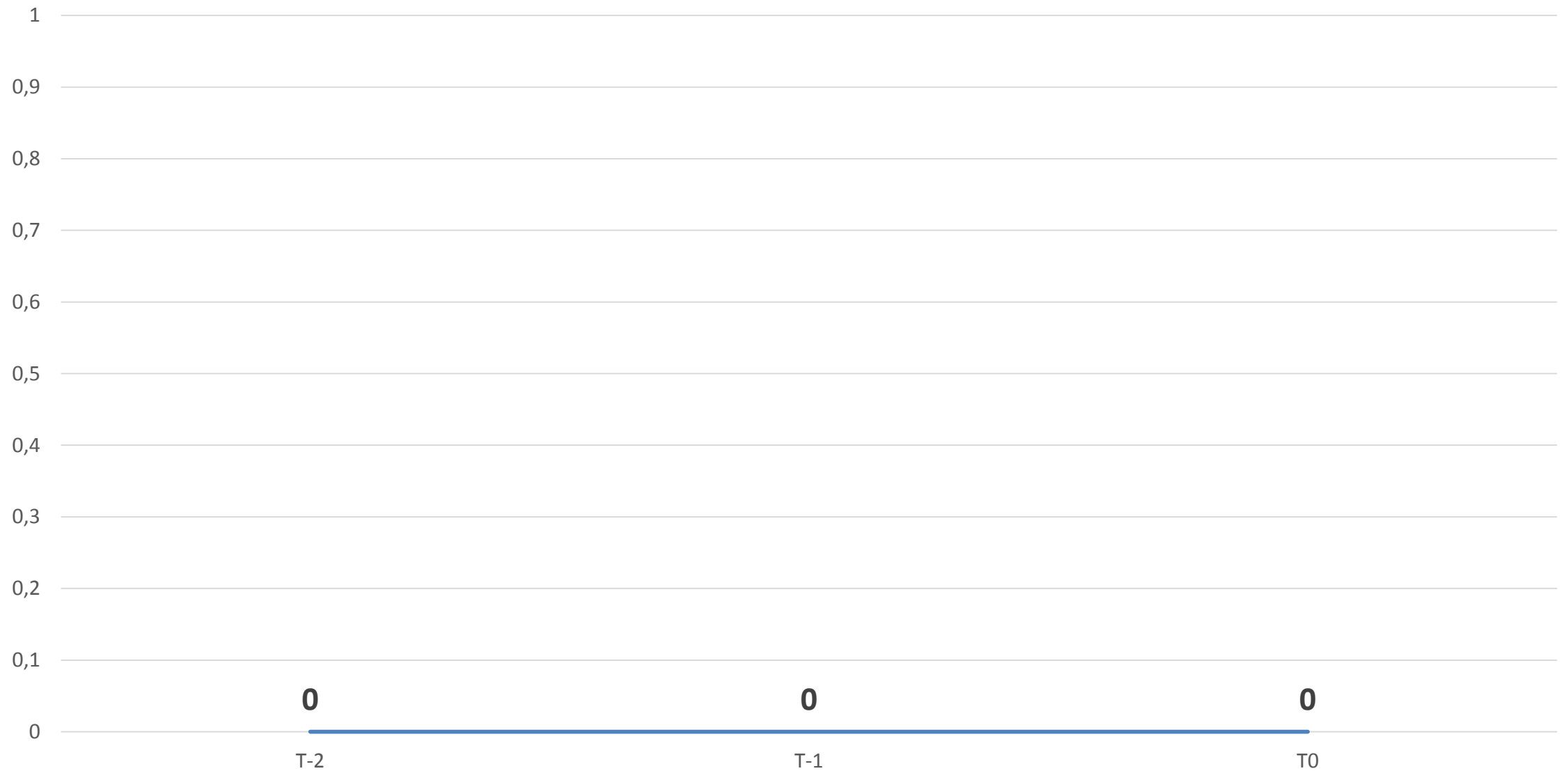
Nombre d'infections post-opératoires



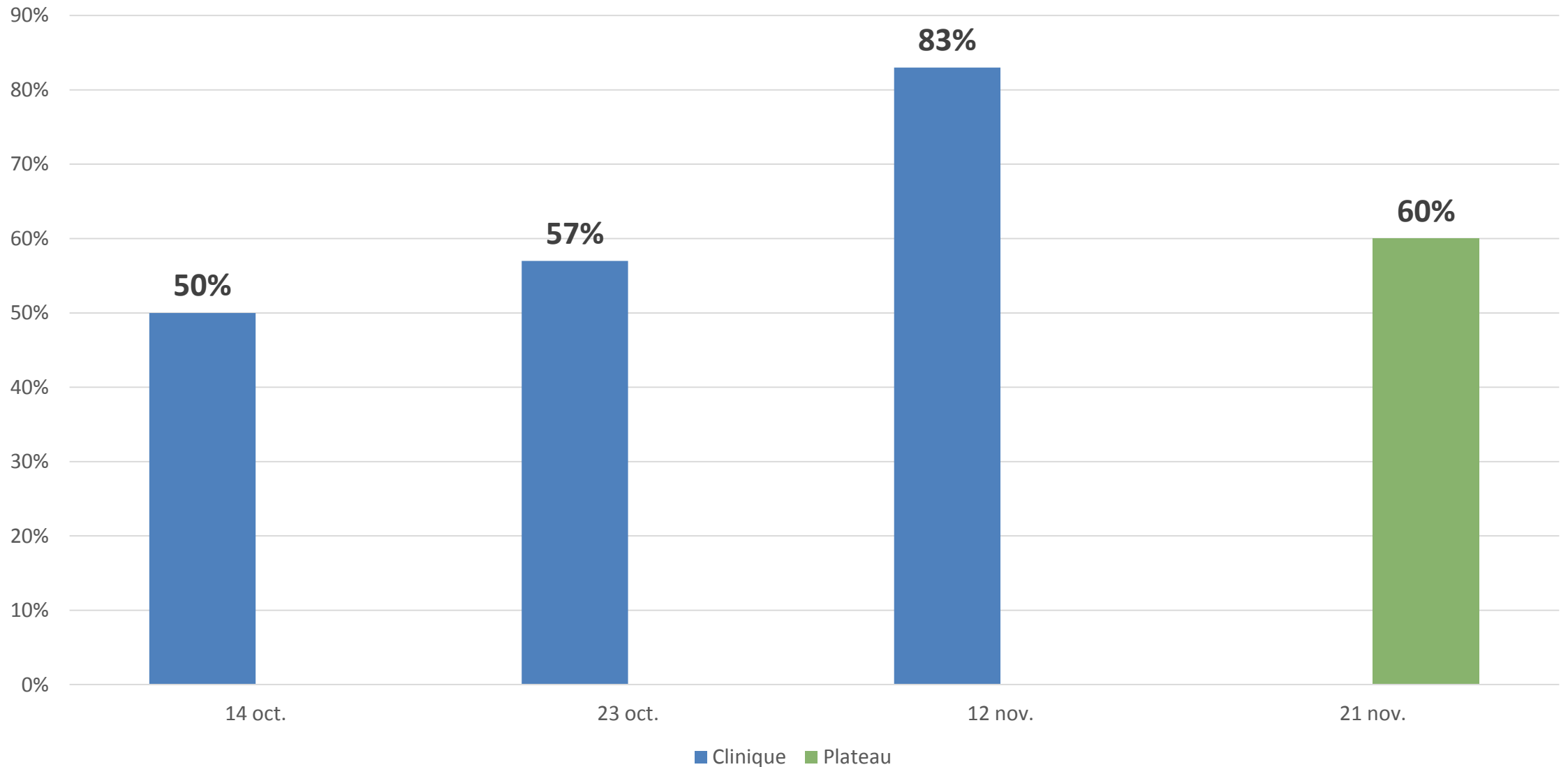
Nombre d'AES



Nombre d'intoxication alimentaire



Nombre d'incidents sur la gestion des déchets



Fiches d'incident sur le processus

- Nombre de fiches d'incidents ouvertes :

6

- Nombre de fiches d'incidents clôturées :

18

- Pourcentage de fiches d'incidents clôturées :

75%

Pas de chariot pour le ménage
Lieu de Stockage du Linge et des déchets
Indisponibilité Essuie-Mains au niveau des toilettes
Pas d'affichage hygiène au bloc
Le personnel sort en tenue à l'heure des repas
Blouses nominatives pour éviter les mélanges



Audits du processus

- Nombre d'audits internes réalisés sur le processus :
4
- Nombre d'audits internes clôturés sur le processus :
4
- Pourcentage d'audits internes clôturés :
100%
- Date du dernier audit :
29/05/2019
- Date du prochain audit :
29/11/2019

