

VII...Cas et Histoire

VII-1...Cas du déploiement national du processus 5S-KAIZEN-TQM en Tanzanie (Référence pour le chapitre I et II)

Écrit par Mr. Hisahiro Ishijima, Expert de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), désigné auprès du Ministère de la Santé et du Bien-être Social, la République Unie de Tanzanie

Le Déploiement National du processus 5S-KAIZEN-TQM en Tanzanie

La fourniture des soins médicaux de qualité est l'une des priorités du Plan Stratégique du Secteur de la Santé III en Tanzanie. Il est clairement indiqué que l'accent sera mis sur la mise en place des systèmes développés pour l'amélioration de la qualité et l'introduction d'une culture de qualité dans le secteur de la santé, ce qui crée chez les employés de la santé un sentiment de fierté et de confiance en soi.

Le Ministère de la Santé et du Bien Etre Social (MoHSW) a demandé la mise en place d'un programme AAKCP et a choisi le MRH comme un hôpital pilote. Ce dernier a démarré les activités des 5-S depuis août 2007.

Selon les opérations de suivi et d'évaluation des activités des 5-S au MRH, qui ont été menées en décembre 2007, le processus 5S-KAIZEN-TQM s'est avéré être une approche pratique, rentable et efficace pour l'amélioration de l'environnement du travail qui soutienne l'exécution efficace des approches d'amélioration de la qualité. Ainsi, le MoHSW a, officiellement, adopté le processus 5S-KAIZEN-TQM comme une base pour toutes les approches d'amélioration de la qualité dans le pays et a décidé de l'appliquer au sein d'autres hôpitaux.

Pour appliquer l'approche 5S-KAIZEN-TQM au niveau national, les étapes citées plus bas ont été suivies. La première étape concernait la diffusion du concept des 5S-KAIZEN-TQM au sein du MoGSW et des hôpitaux principaux pour obtenir l'approbation officielle de la mise en œuvre du programme pilote. Cela a été accompli par la démonstration de preuves illustrées d'amélioration à travers l'exemple de l'hôpital MRH et l'expérience de Sri Lanka. Un concept de base des 5S-KAIZEN-TQM a été introduit pendant ce séminaire, et les participants ont décidé d'exécuter le programme pilote au sein de deux hôpitaux : le Mbeya Referral Hospital (MRH) et le Muhimbili National Hospital.

L'étape suivante consistait en l'exécution des programmes pilotes au sein de Mbeya Referral Hospital et le Muhimbili National Hospital pour mieux observer l'efficacité, l'efficience et la rentabilité de l'approche. Les deux projets pilotes ont été exécutés avec succès et des rapports correspondants ont été soumis à l'administration du MoHSW. Elle a été adoptée officiellement comme une Approche d'Amélioration de la Qualité dans le secteur de la santé en Tanzanie.

La troisième étape a porté sur l'organisation et la coordination des programmes d'Amélioration de la Qualité. Le MoHSW a pris l'initiative d'harmoniser et organiser tous les Programmes d'amélioration de la qualité « QI » qui ont été introduit dans le secteur de la Santé à Tanzanie. Plusieurs méthodes QI ont été introduit dans le secteur de la santé. Cependant, ces approches d'amélioration de qualité « QI » n'ont pas été intégrées, et exécutées dans les zones. L'accent a été principalement mis sur des programmes verticaux, tels que le programme des soins et traitement du VIH, ce qui permet au MoHSW de les appliquer dans différents contextes. Grâce aux leçons apprises de l'introduction d'autres approches d'amélioration de qualité QI et des expériences des hôpitaux pilotes en relation avec le concept des 5S-KAIZEN-TQM, approches méthodes suivantes ont été exécutées:

- 1) Formation des Formateurs (FDF) sur le concept 5S-KAIZEN –TQM. La FDF a été menée 3 fois pour former tous les centres nationaux, régionaux, spécialisés et certains hôpitaux municipaux. 29 hôpitaux ont été formés en total.
- 2) Réunion de suivi de l'Etat d'avancement des activités (REA). Des réunions ont été organisées

pour assister les hôpitaux qui exécutent les activités des 5S. Ces réunions sont tenues deux fois par ans pour permettre aux hôpitaux de présenter leurs activités. Pendant le déroulement de ces réunions, les animateurs et les participants font part de leurs observations pour mieux améliorer les activités. Les sessions d'apprentissage sont organisées en parallèle avec les REA pour améliorer les compétences.

- 3) Visite de consultation et l'évaluation. Ces moyens ont permis d'assister l'équipe d'Amélioration de la Qualité des hôpitaux sur le terrain. Des consultants en 5-S visitent les hôpitaux qui exécutent les 5-S et évaluent la situation actuelle des activités. Un modèle standard de la feuille de suivi et d'évaluation de l'approche des 5-S est utilisé pour évaluer le progrès de l'exécution des 5-S et pour fournir des conseils techniques au QIT pour une meilleure mise en œuvre des activités 5-S.
- 4) Affiche 5S. Elle a été élaborée en anglais et Swahili en vue de diffuser le concept 5-S au personnel de la santé. Elle est distribuée et exposée au sein des hôpitaux publics.
- 5) « Guide d'exécution du processus 5S-CQI-TQM en Tanzanie ». Le guide a été élaboré pour guider le personnel de la santé à acquérir des connaissances sur le processus 5S-KAIZEN-TQM, et normaliser les étapes d'exécution pour permettre le déploiement du processus au niveau national.

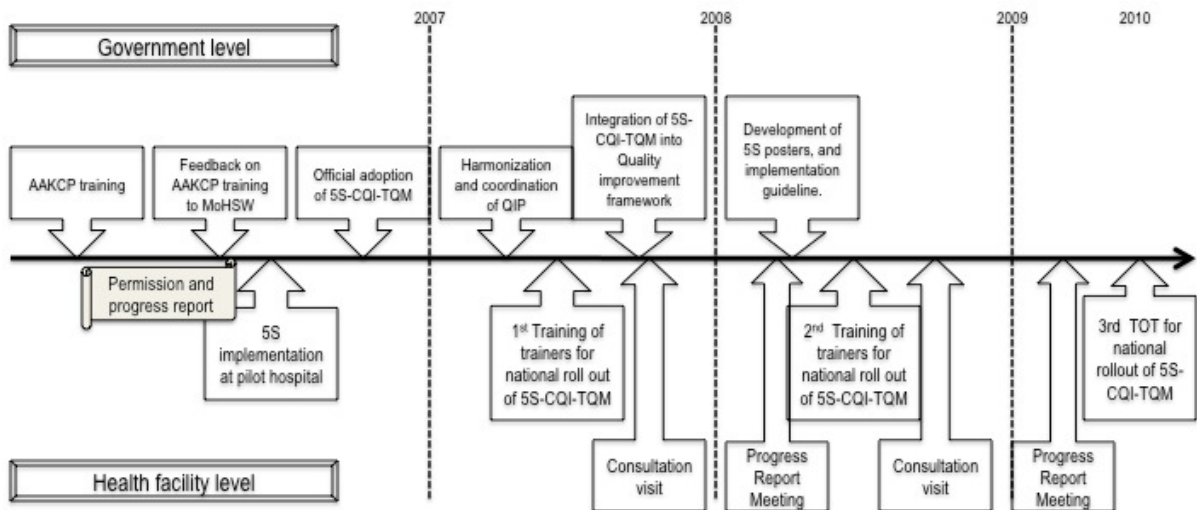


Figure 1 : processus de déploiement au niveau national (en Anglais)

Actuellement, un total de 36 hôpitaux pratique les activités de 5S-KAIZEN. Afin permettre la durabilité du concept des 5S-KAIZEN-TQM au sein des hôpitaux, le MoHSW organise des REA et des visites de consultation deux fois par an.

Il découle des expériences précédentes que le mécanisme de formation efficace, l'assistance technique périodique et le suivi des hôpitaux sont des moyens très importants pour atteindre une meilleure amélioration et durabilité.

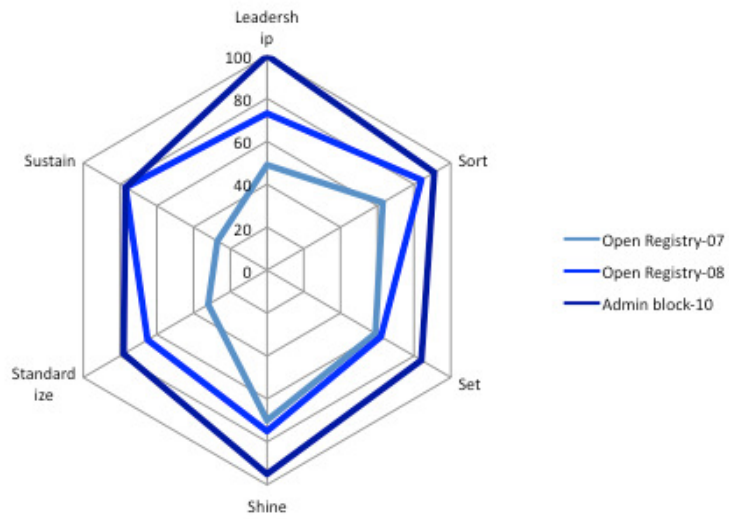


Figure 2 : Diagramme de Kiviat pour la vérification de l'état d'avancement



Figure 3 : Visite de consultation par les responsables du MoHSW

VII-2...Cas de la formation pour l'approche 5S-KAIZEN-TQM en Tanzanie (Référence pour le chapitre II)

Écrit par Mr. Hisahiro Ishijima, Expert de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), désigné auprès du Ministère de la Santé et du Bien-être Social, la République Unie de Tanzanie

Formation du personnel de la santé pour l'exécution du concept des 5S-KAIZEN-TQM -Cas d'une Formation des Formateurs à l'échelle nationale en Tanzanie-

Le Ministère de la Santé et du Bien-être Social (MoHSW) a adopté officiellement le concept des 5S-KAIZEN-TQM pour servir de base pour toutes les approches d'amélioration de qualité dans le pays depuis 2007. L'efficacité et l'efficience de l'approche 5S-KAIZEN-TQM a été démontré à travers le projet pilote au sein du Mbeya Referral Hospital. Le MoHSW a décidé d'améliorer dans ce sens la capacité de tous les conseillers, centres hospitaliers régionaux et spécialisés dans le pays.

En mars 2008, le personnel de la santé et les directeurs de santé, qui ont été formés sur l'approche 5S-KAIZEN-TQM et d'autres méthodologies d'amélioration de la qualité, se sont réunis et concertés sur la méthode adéquate et efficace que le MoHSW peut suivre pour former les consultants et le personnel des centres hospitaliers régionaux et spécialisés sur le processus 5S-KAIZEN-TQM. Ils ont abouti à la nécessité d'enseigner les domaines suivants aux hôpitaux :

- Concepts de base de qualité et d'amélioration de la qualité dans le secteur de la santé ;
- Connaissances et compétences de base pour l'exécution de l'approche 5S-KAIZEN-TQM ;
- Planification, coaching, suivi et évaluation du programme d'amélioration de la qualité.

À l'issue de cette décision, la Formation des Formateurs (FDF) sur l'approche des 5S-KAIZEN-TQM a été organisée. La sélection des participants a été également discutée. Au début, il a été discuté le point de « Formation du personnel clé dans la zone ». Cependant, selon la proposition des experts de l'approche 5S-KAIZEN-TQM et d'après les leçons apprises de l'expérience de Sri Lanka, il s'avère qu'il est nécessaire pour l'entité concernée par les activités des 5S de disposer de leadership fort et engagé pour garantir une exécution réussie de l'approche. Le MoHSW a pris en considération les conseils des experts, ainsi une stratégie a été établie pour former le personnel médical chargé des activités, l'infirmier en chef/patron et la secrétaire dans chaque hôpital.

À la suite du plan de déploiement, la FDF a été organisée sur une base annuelle depuis juillet 2008, et 29 hôpitaux publics ont bénéficié des formations. Malheureusement, l'efficacité de la 1^{ère} FDF n'a pas été évaluée quoique la nécessité de l'évaluation a été discutée lors de la réunion d'examen de la 1^{ère} FDF.

À partir de la 2^{ème} FDF, l'efficacité de la formation a été mesurée par l'évaluation ex ante et ex post, et l'évaluation des matières et de la logistique par les participants. Les mêmes questions ont été posées lors de l'évaluation ex ante et l'évaluation ex post pour la comparaison de l'amélioration des connaissances sur la qualité et l'approche de l'amélioration de la qualité. Pendant l'évaluation préalable à la formation, la majorité des participants (32 sur 39) ont obtenu une note faible (pourcentage de réponses correctes : inférieur à 65%). Cependant, dans l'évaluation post formation, 24 participants sur 39 ont répondu correctement à plus de 75% des questions. Toutefois, 4 participants sur 39 n'ont pas ou peu amélioré leurs connaissances.

Tableau 1 : Résultats de l'évaluation ex ante et l'évaluation ex post de la 2^{ème} FDF

| Evaluation | Résultats (%) | | |
|--------------------|---------------|-----------|---------|
| | Inférieur | Supérieur | Moyenne |
| Evaluation ex ante | 36 | 80 | 54.8 |
| Evaluation ex post | 46 | 98 | 76.1 |

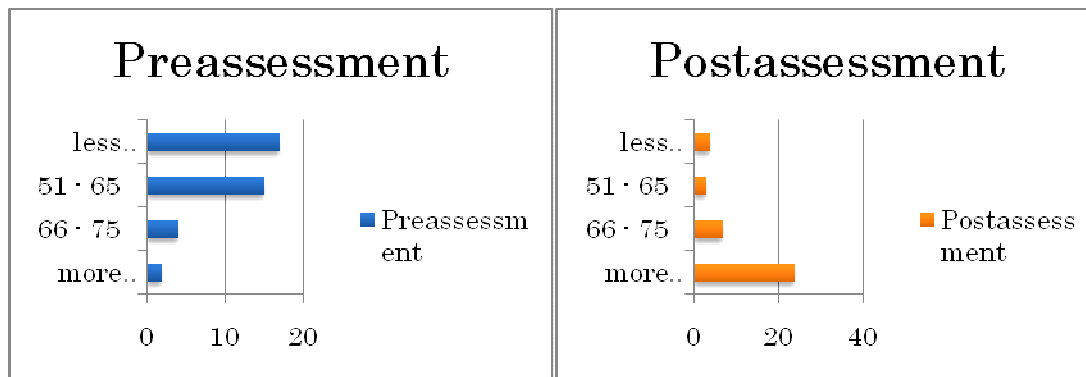


Figure 1 : Résultat de l'évaluation préparatoire de la 2ème FDF

Figure 2 : résultat après l'évaluation de la 2ème FDF

Afin de connaître l'efficacité de chaque matière et de la logistique, tous les cours et toutes les pratiques présentées lors de la FDF ont été citées sur la liste d'évaluation. Cette dernière comprend trois classements (« inutile », « utile », « très utile ») pour évaluer chaque matière et logistique.

Le pourcentage de la présence à la 2^{ème} FDF était de 97,5% alors que 65,2% ont mentionné que la formation était très utile. 25,1% ont indiqué que la formation était utile mais ils avaient besoin d'avoir plus de temps pour la pratique, certains exercices pratiques ont été accordés peu de temps par rapport au développement du Plan d'Action.

Sur la base des résultats de l'évaluation préalable et l'évaluation ex post sur l'efficacité de chaque matière et de la logistique, nous concluons que la formation était utile pour améliorer les connaissances et les compétences liées à l'amélioration de la qualité par l'approche 5S-CQI-TQM.

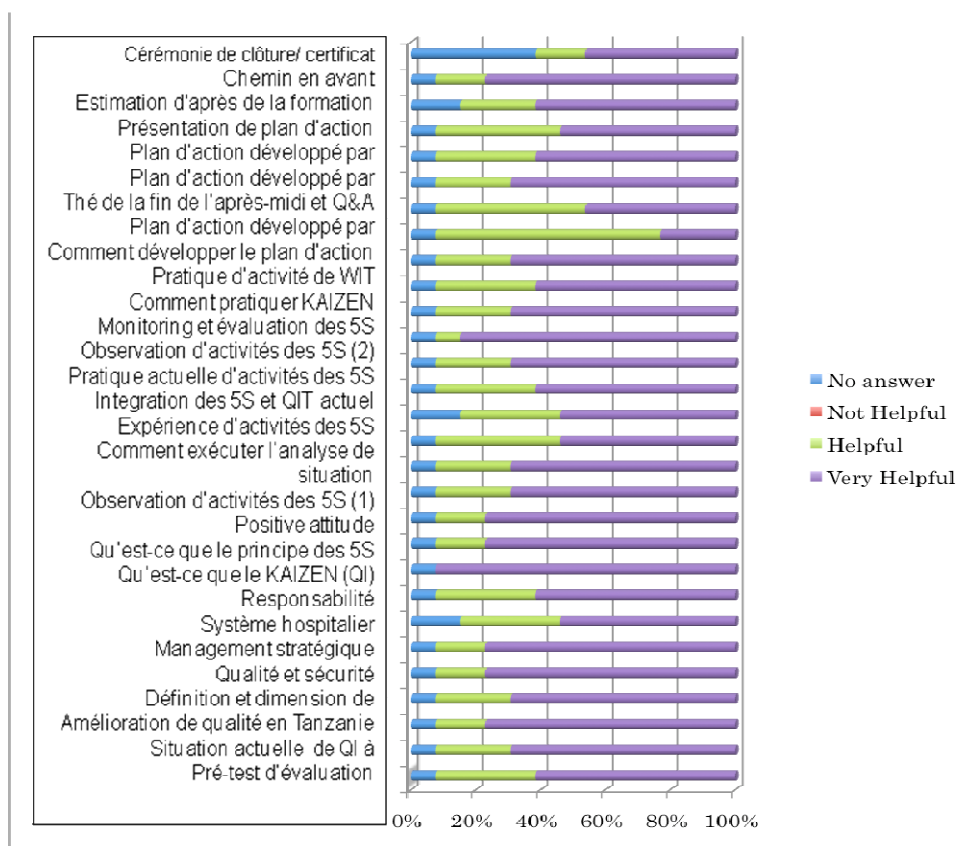


Figure 3 : Résultat d'évaluation des matières et de la logistique par les participants

VII-3...Cas de l'impact sur les services des soins infirmiers par l'approche 5S-KAIZEN-TQM à Madagascar (Référence pour le chapitre III)

Écrit par Dr. Noriaki Ikeda¹, Mme Olga Razanakiniana², Mme Catherine Cauchoix³
La Contribution de l'Amélioration de la Gestion des Soins Infirmiers à la « Qualité des Services » dans les hôpitaux. -Le Cas d'un Hôpital Universitaire à Madagascar-

¹Bureau de la Coopération Médicale Internationale, le Centre Médical International du Japon, Tokyo, Japon, ²Centre Hospitalier de l'Université du Mahajanga, Mahajanga, Madagascar, ³Coopération Française

Une évaluation de « l'Amélioration de l'Environnement Professionnel (AEP) » a été menée selon le Programme Asie-Afrique de Création Conjointe de Connaissances de la JICA (AAKCP) au Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga, Madagascar (CHUM) en février 2008. Le CHUM a été nommé parmi les 8 hôpitaux pilotes pour bénéficier du programme AAKCP dans 8 pays d'Afrique.

Une équipe d'évaluation conjointe constituée d'experts de Sri Lanka et du Japon a démontré que le CHUM avait atteint des réalisations importantes dans l'AEP, en comparaison avec les autres hôpitaux pilotes. La mission a également relevé des signes « d'Amélioration Continue de la Qualité (CQI=KAIZEN) » dans certains pavillons des malades à l'hôpital.

L'objectif de cette présentation est de montrer la manière par laquelle l'hôpital est arrivé à réaliser l'AEP selon un plan stratégique de gestion des hôpitaux, mettant l'accent, notamment, sur la gestion des soins infirmiers, et le rôle qu'elle peut jouer pour atteindre une amélioration de la qualité des soins hospitaliers.

La Coopération Française a procédé, en 2002, à une analyse approfondie de la situation de la gestion des soins infirmiers à l'hôpital. La première action prise par le CHUM suite à l'analyse était la création d'un Département des Soins Infirmiers (DSI) et le faire intégrer dans la structure administrative de l'hôpital. L'un des directeurs adjoints de l'hôpital a été ainsi désigné en qualité « d'infirmier chef général ». Cette réforme organisationnelle a contribué à la rationalisation de la gestion des ressources infirmières et à la création des systèmes ascendant et descendant bilatéraux de gestion dans l'administration de l'hôpital.

Le DSI a été autorisé à planifier et organiser des programmes de formation continue dans la gestion pour les chefs infirmiers, ainsi que des sessions d'amélioration des compétences de gestion pour le personnel infirmier. Ces formations ont été menées en collaboration avec l'Institut Régional de l'Enseignement Paramédical. Le DSI a effectué, par la suite, un suivi post-formation des « bonnes pratiques » en matière des soins infirmiers à l'hôpital.

De plus, le DSI a amélioré les activités routinières des infirmiers en matière de gestion par l'amélioration des outils de travail, tels que les dossiers de planification, les protocoles de soins, et les descriptifs des postes etc. Toutes les activités citées ont entraîné les résultats favorables suivants en terme des pratiques de gestion:

1. La méthode de gestion Planifier-Faire-Voir (Plan-Do-See) est mise en pratique quotidiennement dans la gestion des soins infirmiers,
2. Une meilleure traçabilité des activités infirmières et une transmission des informations entre le personnel grâce aux outils de gestion,
3. Amélioration de la communication entre le personnel et les patients.

En relation avec le développement des activités de DSI, une "Equipe de Contrôle d'Infection » a été constituée à l'hôpital. Un système d'information utile sur les patients, y compris les registres médicaux et l'enregistrement, a été mis en place et rendu fonctionnel dans le service d'accueil des patients.

Cette étude recommande vivement que le renforcement des pratiques de gestion des soins infirmiers à travers la réforme organisationnelle contribuerait à la mise en place et l'entretien de AEP, ce qui est essentiel pour le développement de l'infrastructure de gestion nécessaire au Processus d'amélioration continue de la qualité CQI=KAIZEN et pour la réalisation des objectifs de niveau supérieur en matière de la qualité des services fournis par les hôpitaux.

(23ème édition de l'Assemblée générale de l'Association Japonaise Internationale de Santé, octobre 2008, Tokyo)



Figure 1 : Exemple d'amélioration

Les bouteilles en plastique sont utilisées comme des porte-serviettes au lavoir dans la salle d'accouchement

VII-4...Cas de l'implantation réussie des 5S en Tanzanie (Référence pour le chapitre III et IV)

Écrit par Mr. Hisahiro Ishijima, Expert de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), désigné auprès du Ministère de la Santé et du Bien-être Social, la République Unie de Tanzanie

Les meilleures pratiques pour réussir la mise en œuvre de l'approche des 5S dans les hôpitaux -Cas d'un Hôpital en Tanzanie, le « National Referral Hospital »-

Comme un point de départ dans l'amélioration de la qualité des services médicaux, l'approche des 5S-KAIZEN-TQM a fait preuve de son efficacité dans différents secteurs. L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a programmé l'introduction de cette approche dans le secteur de la santé et a organisé le Programme AAKCP (Programme d'Asie-Afrique de Création Conjointe de Connaissances) en 2007.

La Tanzanie a participé à ce programme et le Ministère de la Santé et du Bien être Social (MoHSW) a choisi Mbeya Referral Hospital (MRH) comme un hôpital pilote de l'AAKCP. L'hôpital a entamé la mise en œuvre des activités 5S à partir du mois d'août 2007. Depuis, l'hôpital est devenu un pionnier national de l'exécution de l'approche des 5S, et a contribué à la réalisation d'un grand nombre d'activités liées à l'expansion de l'approche des 5S-KAIZEN en Tanzanie.

Pour suivre l'avancement des activités 5S-KAIZEMEN-TQM, le MoHSW et la JICA ont mené conjointement trois évaluations depuis août 2007.

La méthodologie utilisée pendant l'évaluation a inclus des entretiens avec les membres et me personnel de QIT dans les zones cibles, l'observation des zones concernées par l'approche des 5-S, et la prise des photos pour mémoriser le processus d'exécution de l'approche des 5-S. L'évaluation des zones cibles s'est basée sur la liste de vérification des notes normalisée et les résultats analysés.

Pendant la 3ème évaluation, 12 zones ont fait l'objet d'observation et d'évaluation. L'évaluation de l'avancement des activités des 5S-KAIZEN s'est faite par le biais d'un formulaire d'évaluation standard. Selon l'hôpital, les zones d'exécution du 5S ont été catégorisées en deux zones : Zones de la 1ère Tranche (début des activités de 5S en 2007) et zones de la 2ème Tranche (début des activités des 5S en 2009).

Les zones de la 1ère Tranche ont bien exécuté les activités des 5S, lesquelles activités étaient non seulement bien triées et mises en ordre, mais aussi le flux de travail était bien examiné et mis en pratique d'une manière normalisée. En outre, l'esprit d'équipe règne entre le personnel, permettant ainsi l'amélioration de l'environnement du travail et aussi du service médical. D'autre part, les zones de la 2ème Tranche, qui ont connu le démarrage des activités 5S en 2009, semblaient être comme celles de la 1ère Tranche. Ces zones exécutent actuellement les activités de S1 (Sort/Trier), S2 (Set/Mettre de l'ordre), et S3 (Shine/Faire briller) afin de créer les bases de l'amélioration de la qualité. Le personnel de l'hôpital qui travaille dans ces zones est bien formé et la majorité de ces zones avaient de l'engagement et un leadership affirmé pour créer un bon environnement de travail.

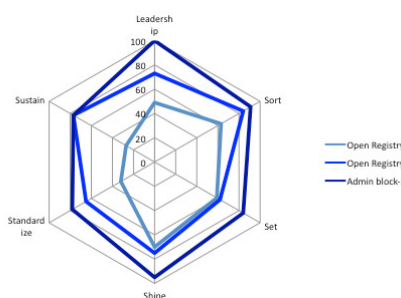


Figure1: comparaison des résultats de l'évaluation

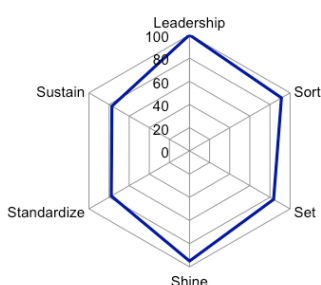


Figure2: résultats de la 3ème évaluation du bloc Administration



Les figures 1 et 2 présentent les résultats du bloc Administration de l'hôpital "MRH", caractérisés, notamment, par l'engagement de la direction du MRH et un leadership affirmé dans l'exécution du processus 5S-KAIZEN-TQM. Les résultats de l'évaluation des autres zones montrent la même tendance. Le personnel de l'hôpital qui travaille dans ces zones est bien formé et la majorité de ces zones disposaient d'un leadership fort et d'un engagement inébranlable pour pouvoir créer un bon environnement de travail.



Août 2007 (avant les 5S)

Février 2008 (processus)



Août 2008 (après les 5S)

Mars 2010 (couleur filaire)

Figure 3: Section du registre du personnel au bloc Administration, MRH

Le succès qu'a connu l'exécution du 5S-KAIZEN à MRH a été reconnu non seulement en Tanzanie, mais aussi ailleurs dans d'autres pays qui ont participé au programme AAKCP et dans le siège social de la JICA. Par conséquent, la Mission d'Evaluation Conjointe a programmé d'exposer les facteurs qui permettent l'exécution réussie du processus 5S-KAIZEN-TQM au MRH, et a analysé les informations recueillies pendant les trois dernières évaluations.

En se basant sur les expériences et les résultats d'évaluation de l'approche des 5S-KAIZEN-TQM, la mission d'évaluation conjointe a conclu qu'il existe des meilleures pratiques pour réussir l'exécution des activités des 5S-KAIZEN. Ces meilleures pratiques peuvent être utilisées pour appliquer cette approche au niveau national. Elles peuvent être résumées comme suit :

- une bonne compréhension des rôles et responsabilités par la direction générale donne lieu à un leadership fort.
- Extension des zones cibles étape par étape, tout en assurant la formation appropriée (5 jours pour 5S et 3 jours pour KAIZEN) pour créer une base forte aux activités des 5S ;
- Structure adéquate pour l'Amélioration de la Qualité, et un ToR clair, rôles et responsabilités de l'Equipe d'Amélioration de Qualité (QIT) et de l'équipe d'Amélioration de Travail (WIT) ;
- Ouverture d'une politique de partage des informations bénéficiant à tout le personnel qui travaille à l'hôpital en utilisant les 5S ;
- Etre le modèle de l'approche des 5S-KAIZEN dans le pays et recevoir plusieurs visiteurs, ce qui augmente la motivation du personnel pour exécuter les activités des 5S-KAIZEN.

Le matériel pédagogique et les cours de la 3^{ème} Formation des Formateurs sur le concept des 5S-KAIZEN-TQM concrétiseront les conclusions citées plus haut. Le MoHSW et les conférenciers sont convaincus que ceci aidera les bénéficiaires de la formation à apprendre les tactiques permettant la réussite des activités des 5S-KAIZEN.

VII-5... KAIZEN : exemple de l'Hôpital Mbeya de Tanzanie. (Référence au chapitre trois)

VII-5-1...KAIZEN : exemple de magasin

Shizu Takahashi, Expert de l'Agence Japonaise de coopération Internationale (JICA) , projet de développement HRH, République Unie de Tanzanie.

Historique

L'hôpital de Mbeya initia les activités de KAIZEN en 2010, après que les dirigeants de cette institution aient participé à une formation au Japon en 2009. Déjà en 2007, quelques zones pilotes ont été déterminées pour introduire les activités des 5S comme première phase de l'approche 5S-Kaizen-TQM, à savoir l'OPD, le magasin central, le block administratif, la salle des archives, les pavillons chirurgical et pédiatrique. En 2010, une formation sur l'application des ces activités a été dispensée à l'interne au personnel.

Des équipes de mise en œuvre et de suivi des activités de KAIZEN furent composées dans chacune des zones expérimentales. Chaque équipe s'appropriera d'un thème des activités de KAIZEN comme objectif à atteindre :

- OPD : réduction du temps d'attente aux consultations pour les patients
- Magasin central : réduction des encombrements et élimination des stocks non nécessaires.
- Bloc administratif : amélioration de la collecte des recettes.
- Archives médicales : réduction du temps de recherche des dossiers patient
- Bloc opératoire : réduction des reports d'interventions chirurgicales
- Pédiatrie : réduction du recours aux prescriptions de la quinine injectable.

Un bon exemple de réussite d'application des activités KAIZEN est enregistré au niveau du magasin central où la réduction du « MUDA » (déchets), et l'amélioration du mode de gestion des stocks médicaux ont permis à l'hôpital de réaliser d'importantes économies.

Le magasin central constitue l'une des quatorze entités de l'hôpital de Mbeya, et est composé de deux sections fonctionnelles à savoir la section d'approvisionnement et celle de stockage.

A l'hôpital de Mbeya, le mode d'approvisionnement se résume par une identification préalable des produits par les différents départements qui soumettent leur requête au magasin central. Celui-ci assure la disponibilité des produits et en procure les demandeurs sur la base de leur requête.

Le personnel du magasin a reçu beaucoup de remarques des utilisateurs de leur service qui se plaignaient des ruptures de stock des produits et équipements médicaux en temps voulu, ou de l'incompatibilité des produits par rapport au besoin exprimé. Pour pallier aux désagréments, le personnel a mis sur pied une « équipe d'inspection » chargée de vérifier la conformité tant qualitative que quantitative des produits et équipements fournis en réponse à toute requête. Néanmoins, ces inspections n'ont pas proprement fonctionné et le système fut vite abandonné.

Le système d'approvisionnement au magasin central de l'hôpital de Mbeya devint au fil du temps un cercle vicieux où les produits étaient disposés en désordre, souvent sans être répertoriés. Ils se trouvaient empilés sans aucune logique, certains restaient très longtemps sans servir pendant que d'autres disparaissaient simplement derrière les étales. Finalement, les éléments étaient entassés et il a entraîné le stock redondant¹ et surstockage². Dans ces conditions, les fournisseurs profitaient de la mauvaise organisation du système au niveau du magasin central pour glisser des produits de pauvre qualité. En plus il devint très difficile de contrôler les petites rapines.

¹ « Le stock redondant » fait référence au matériel stocké pendant une longue période sans avoir à servir.

² Avoir à garder un stock au-delà de la quantité requise pendant un temps donné est appelé « sur stockage »

Dans la perspective d'améliorer la gestion de la situation globale au niveau du magasin central, une équipe de dix membres fut créée en Avril 2010, chargée de mettre en application les activités de KAIZEN.

Etape 1 : choix du thème

Au vue de la situation générale des stocks au niveau du magasin central, et à la lumière de tous les problèmes qui sont nés du mode de gestion, les discussions portèrent sur des éventuels aspects pouvant conduire à une amélioration suivant les résultats escomptés, à savoir : l'Impact, l'Urgence, la Réalisation, et la Disponibilité des Ressources. Les participants ont procédé à une notation des thèmes exposés, comme on peut le voir dans le tableau xx. « La réduction de la surcharge des stocks et de l'inadéquation des instruments et matériels médicaux » est retenue comme thème principal des activités du KAIZEN.

Table 1 : Table de choix du thème

| No. | Thèmes possibles | Impact | Urgence | Réalisation | Ressource | Total points |
|-----|---|--------|---------|-------------|-----------|--------------|
| 1 | Réduction de la surcharge des stocks et de l'inadéquation des instruments | ◎ | ○ | ◎ | ◎ | 11 |
| 2 | Réduction du taux d'insatisfaction des clients et autres partenaires | △ | × | △ | △ | 3 |
| 3 | Bonne gestion du magasin central | △ | ○ | △ | ○ | 6 |

Note : ◎= 3points, ○= 2points, △=1point, ×= 0point

Etape 2 : Analyse de la situation

Pour pouvoir bien analyser la situation de la surcharge des stocks et de la redondance du matériel médical au magasin central, le système d'approvisionnement a été d'abord révisé. Des informations sont récoltées à partir des observations et des expériences du personnel composé en groupes de discussion, mais aussi des données disponibles au niveau du magasin central.

Les demandes de produits ou matériels proviennent toujours des unités ou départements utilisateurs. Ils déterminent leur besoin, remplissent une fiche de requête et la présentent à l'approbation de leurs responsables. La requête est ensuite acheminée au magasin, visée par l'agent de service, et servie suivant les règles en vigueur. Les produits proviennent habituellement des entrepôts médicaux, des réserves de l'état, des fournisseurs privés, des dons des organisations nationales ou internationales, et d'autres partenaires au développement qui collaborent directement avec l'institution.

A leur réception, les produits et matériels sont inspectés, puis rangés respectivement sur les étals au magasin central. Toutefois, les spécifications des différents produits ne pouvaient être confirmées par les utilisateurs vue qu'ils ne disposaient pas toujours de techniciens appropriés.

Au magasin central, la plupart du travail se faisait à la main, et les fiches n'étaient pas toujours remplies. Pendant les jours des activités 5S, le personnel a reconnu le désordre excessif des stocks, et a procédé au tri général afin de mieux les séparer et les nettoyer. La tâche fut cependant laborieuse vue que certains matériels et équipements médicaux demeuraient encore utiles, et donc pas possible de les ranger ou de les déclarer « inutiles ».

Table 2 : Table des fréquences et accumulations

| No. | Type de stock observé | Nombre d'articles | Fréquence cumulative | Ratio d'accumulation (%) |
|-----|------------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 | Equipement /instrument | 32 | 32 | 51.6 |
| 2 | Equipements médicaux | 13 | 45 | 72.6 |
| 3 | Fournitures de bureau | 8 | 53 | 85.5 |
| 4 | Matériel de nettoyage | 5 | 58 | 93.5 |
| 5 | Médicaments | 4 | 62 | 100 |
| | Total | 62 | - | - |

Ensuite les objets qui constituaient « les stocks surchargés », et « redondants » étaient répertoriés et classés par catégories connues comme « équipement/instruments », « matériel médical », « fournitures de bureau », « matériel de nettoyage », et « médicaments ». Il est ressorti que certains équipements médicaux sont restés dans le magasin pendant huit à dix ans sans servir, c'est le cas des machines d'anesthésie, des supports de perfuseur, et des microscopes. L'empilement des objets a souvent rendu difficile l'accès à certains produits dont il fallait acheter de nouveau alors qu'ils se trouvaient dans le magasin, cachés par d'autres produits.

Développement des graphiques Pareto

L'instauration d'un graphique pour identifier et classer les problèmes à résoudre suivant leur importance, une graphique Pareto a été instaurée comme suit :

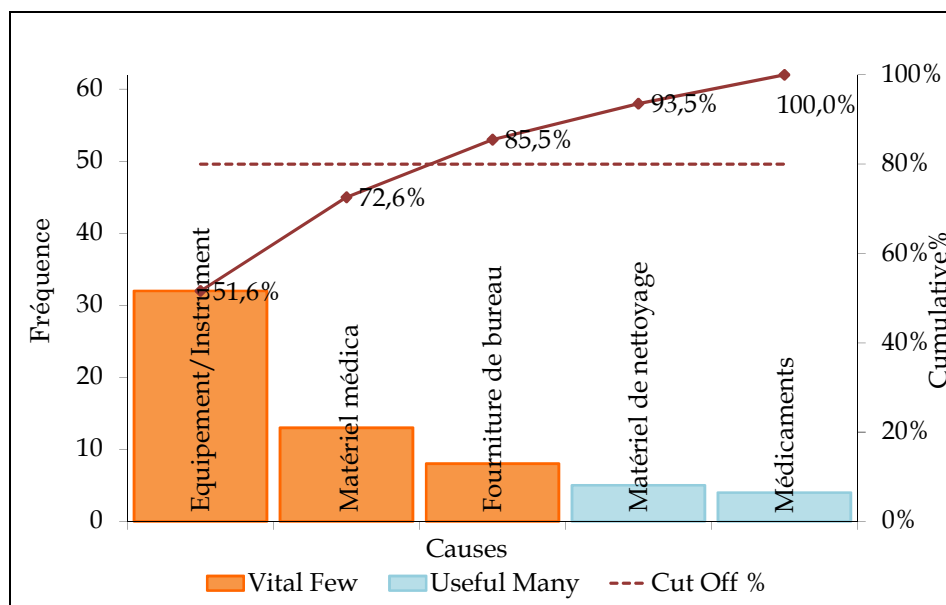


Figure 1 : Courbe des objets encombrants ou inutiles.

Suivant le Figure 1, le point d'arrêt était de 80%, et l'objectif assigné aux activités était de réduire le taux de surcharge et d'inadéquation des articles de 60% dans les six mois pour obtenir un bon niveau d'ordre. A partir de la courbe ainsi établie, il ressort que les causes auxquelles il faut s'attaquer dans le magasin central se situent au niveau des équipements/instruments médicaux, les stocks des médicaments et les fournitures de bureau, qui auraient occupé 85,5% des toutes les causes.

Etape 3 : Analyse des causes fondamentales

Analyse parallèle

A l'étape trois, une analyse parallèle (Diagramme d'Ishiykawa) a été utilisée pour déterminer la relation cause- effet en rapport au problème identifié. On peut trouver ci-dessous les diagrammes ainsi ressortis.

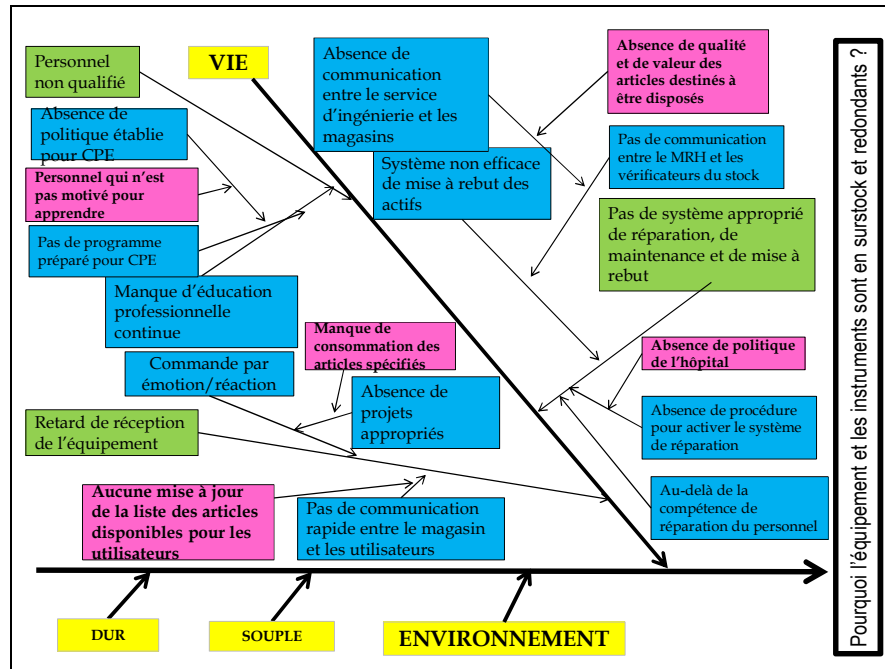


Figure 2 : Analyse parallèle (Vie)

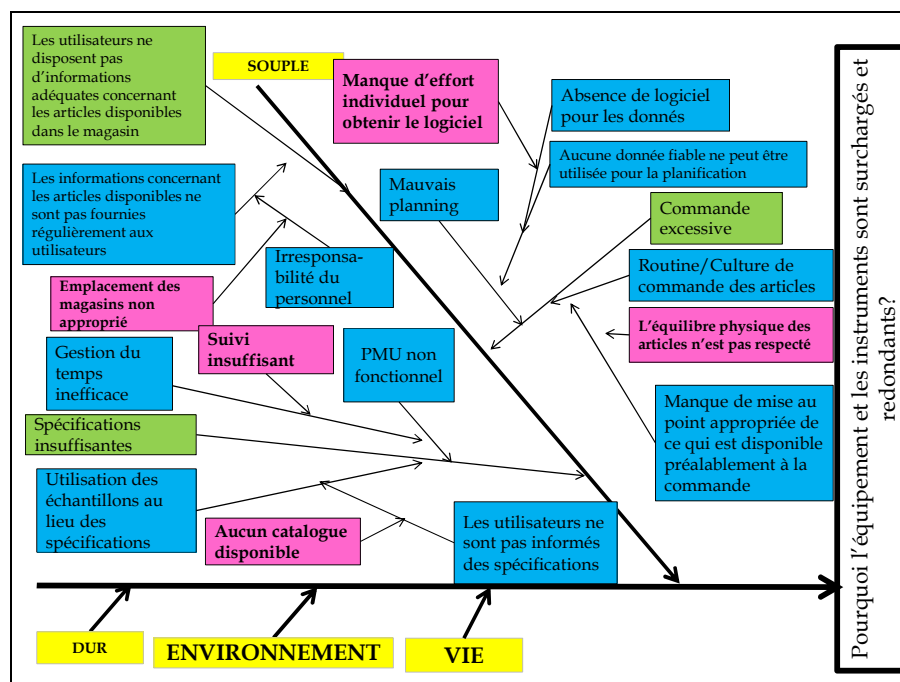


Figure 3 : Analyse parallèle (Souple)

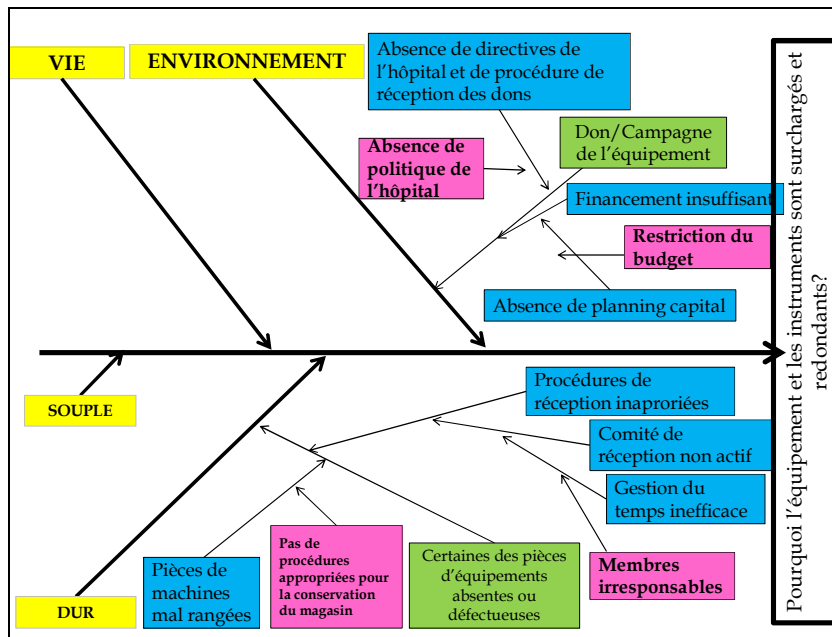
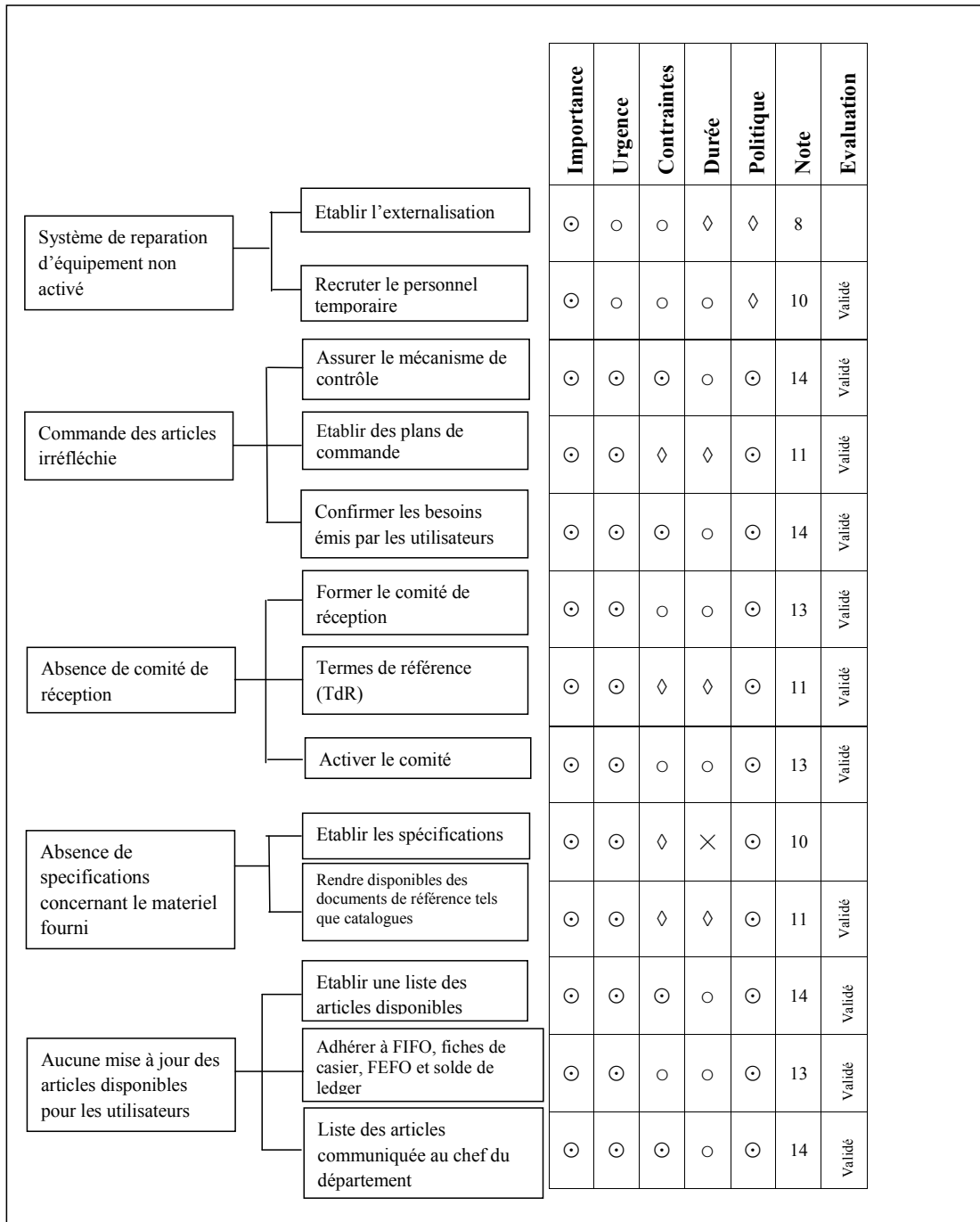


Figure 4 : Analyse parallèle (Dur, et Environnement)

Etape 4 : Identification des contre-mesures

A cette étape, l'équipe d'application des principes du KAIZEN a développé un diagramme afin d'identifier les contre-mesures pour solutionner les causes principales reconnues à l'étape trois du processus. Les participants ont ressorti plusieurs contre-mesures qu'ils ont évaluées et notées les possibilités de faisabilité suivant les critères d' « Importance », de l' « Urgence », des « Contraintes », de la « Durée », et de la « Politique ».



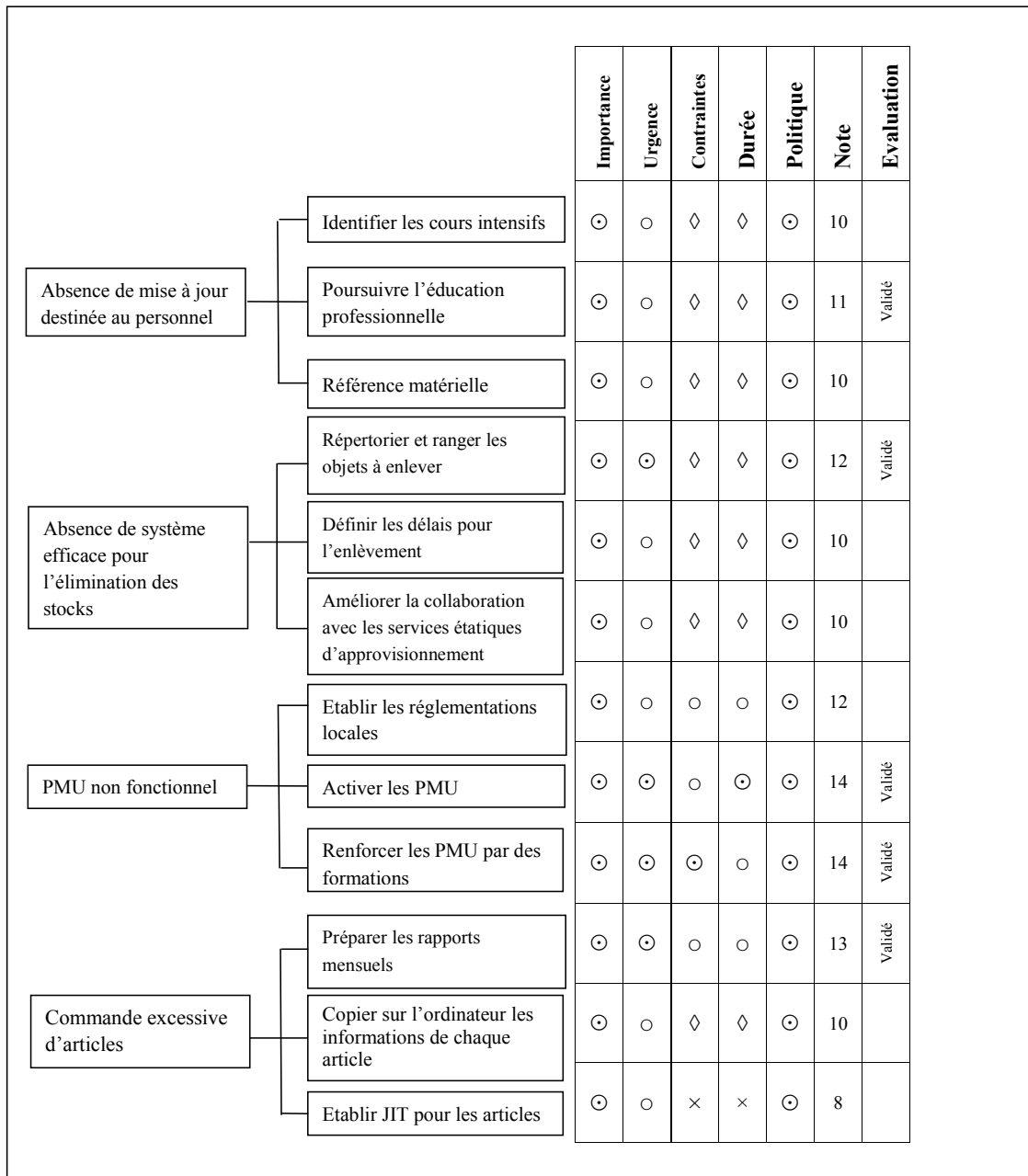
⊙ (3 points) = de grande importance ou facile à exécuter

○ (2 points) = moyen

◇ (1 point) = de peu d'importance ou pas facile à exécuter

× (0 point) = très difficile à faire

Figure 5 : Représentation en arbre (à gauche) et Représentation en matrice (à droite) -1



- ⊙ (3 points) = de grande importance ou facile à exécuter
- (2 points) = moyen
- ◇ (1 point) = de peu d'importance ou pas facile à exécuter
- × (0 point) = très difficile à faire

Les acteurs de l'équipe d'application des principes du KAIZEN, ont convenu de retenir les contre-mesures qui ont reçu une note supérieure ou égale à onze points comme réalisables, et celles qui n'avaient que dix points feraient l'objet d'une révision avant d'être considérées.

Figure 6 : Représentation en arbre (à gauche) et Représentation en matrice (à droite) -2

Etape 5 : Mise en œuvre des mesures retenues

Pour pouvoir appliquer les contre – mesures identifiées à l'étape quatre, l'équipe de KAIZEN a élaboré un plan sur la base de « 5W1H ». Dix activités étaient déclarées réalisables pour apporter une solution définitive à dix causes principales. L'équipe a prévu d'atteindre cet objectif dans un délai de six mois.

Tableau 3 : Plan d'exécution

| Contre-mesure | Qui | Quand | Où | Pourquoi | Quoi | Comment |
|---|---------------------------|-----------|---------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------|
| Requête de recrutement de personnel temporaire | SO I/C | Juin 2012 | Magasin et Administration | Equipement et exploitation | Maintenance et réparation | Cotation |
| Assurer le mécanisme de contrôle | Agent d'approvisionnement | Sept 2011 | Magasin central | S'assurer de l'exactitude des quantités commandées | Instaurer un système de contrôle | Développer |
| Confirmer les besoins émis par les utilisateurs | Agent d'approvisionnement | Août 2011 | Magasin central | Contrôler les stocks | Instaurer un plan de vérification | Développer |
| Etablir des plans de commande | Agent d'approvisionnement | Sept 2011 | Magasin central | Contrôler les commandes | Etablir des plans de commande | Développer |
| Former le comité de réception | Agent d'approvisionnement | Oct 2011 | L'hôpital entier | Renforcer leur connaissance et leur capacité | Formation | Stages |
| Motiver le comité | Agent d'approvisionnement | Sept 2011 | L'hôpital entier | Amélioration de réception des matériels | Comité actif | Emploi de temps/aide mémoire |
| Rendre disponible un catalogue de références | Agent d'approvisionnement | Sept 2011 | L'hôpital entier | Obtenir des informations spécifiques | Mise en place des spécifications | Développer |
| Etablir une liste des articles disponibles | Magasiniers | Août 2011 | Magasin central | Mise à jour des utilisateurs | Liste des articles disponibles | Développer |
| Communiquer la liste au chef du département | Magasinier | Août 2011 | Magasin central | Rendre les articles disponibles aux utilisateurs | Mise en place des listes des articles | Développer |
| Adhérer aux normes FIFO d'enregistrement | Magasinier | Sept 2011 | Magasin central | Utilisation du matériel dans les délais | Mise en place des fiches | Fiches préparées |
| Continuer la formation professionnelle | Chef de département | Oct 2011 | Magasin central | Actualiser les questions courantes | Formation assurée | Identifier les cours |
| Répertorier et ranger les objets à enlever | Chef de département | Juin 2011 | Magasin central | Simplifier le processus | Arranger les objets à enlever | Prélèvement des stocks |
| Définir les délais pour | Chef de département | Mai 2011 | Magasin central | Avoir un temps | Emploi de temps | Préparer |

| Contre-mesure | Qui | Quand | Où | Pourquoi | Quoi | Comment |
|--|---------------------|-----------|------------------|---|--------------------------------------|--|
| l'enlèvement | | | | raisonnable pour l'enlèvement | préparé | |
| Améliorer la collaboration avec les services étatiques d'approvisionnement | Chef de département | Mai 2011 | Magasin central | Avoir un système efficace d'enlèvement d'objets | Arranger les objets dans les délais | Accélérer l'amélioration des relations |
| Etablir les règlements intérieurs /SOP | Chef de département | Oct 2011 | L'hôpital entier | Améliorer le système d'approvisionnement | SOP en place | Développer |
| Activer les PMU | Chef de département | Oct 2011 | L'hôpital entier | Améliorer le système d'approvisionnement | Système d'approvisionnement amélioré | Réunion régulière |
| Renforcer les PMU par des formations | Chef de département | Sept 2011 | L'hôpital entier | Améliorer le système d'approvisionnement | PMU bien formé | Assurer la formation |
| Préparer les rapports mensuels | Magasiniers | Juin 2012 | Magasin central | Avoir le bilan exact du stock | Fiche de suivi du stock | Pratique |

Etape 6 : Vérifier l'efficacité des contre-mesures

Pour vérifier l'efficacité du recours aux contre-mesures, le même graphique Pareto a été utilisé comme à l'étape deux. L'équipe d'application des activités du KAIZEN a procédé, comme dans l'étape deux, à l'identification des fréquences des événements, et, la « réduction des fréquences », et la « réduction des taux » furent calculées. Le tableau xx montre la différence des fréquences avant et après les activités du KAIZEN, et le taux de réduction (0%). En utilisant les figures, la courbe sert pour créer les différences visibles, comme le Figure 7 le montre.

Table 4 : Les différences Avant et Après KAIZEN

| SN | Type de stock observé | Avant | | Après | | Réduction | |
|-------|-----------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | | Fréquence | C.f.% | Fréquence | C.f.% | Fréquence | C.f.% |
| 1 | Equipement/Instrument | 32 | 51.6 | 22 | 56.4 | 10 | 31.3 |
| 2 | Matériel médical | 13 | 72.6 | 8 | 76.9 | 5 | 38.5 |
| 3 | Fourniture de bureau | 8 | 85.5 | 6 | 92.3 | 2 | 25 |
| 4 | Matériel de nettoyage | 5 | 93.5 | 3 | 100 | 2 | 40 |
| 5 | Médicaments | 4 | 100 | 0 | 100 | 4 | 100 |
| Total | | 62 | - | 39 | - | 23 | 37.1 |

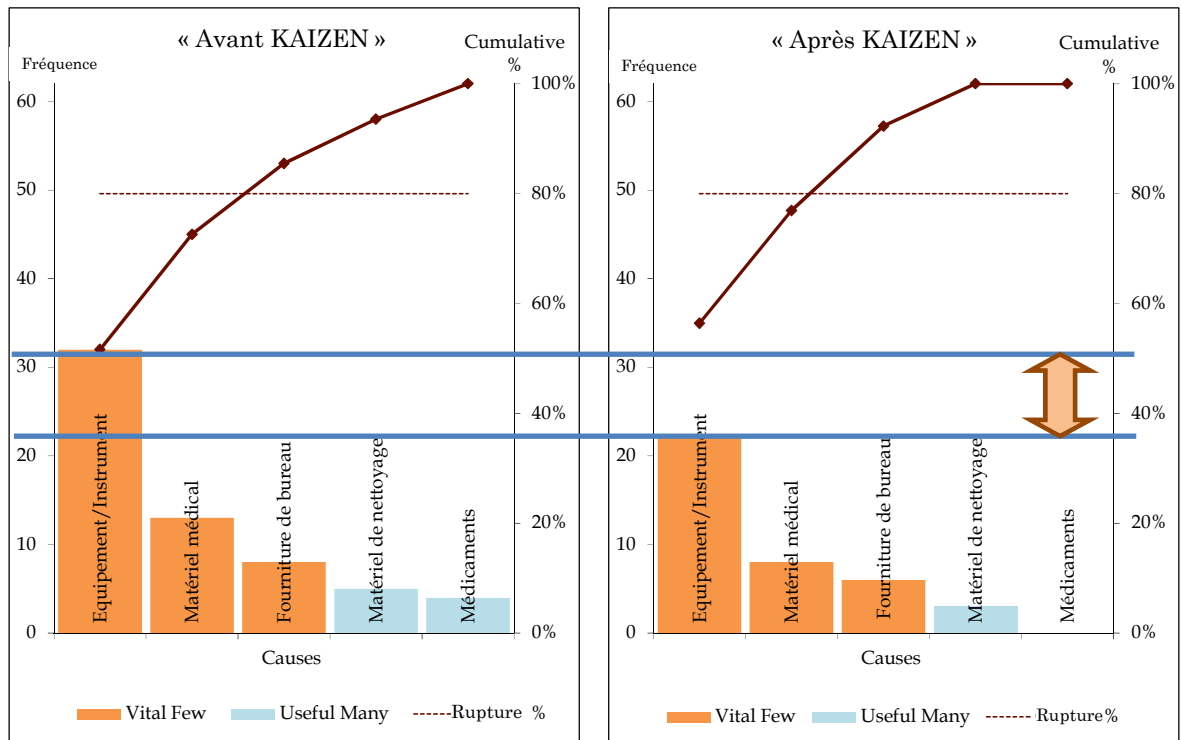


Figure 7 : Graphique Avant et Après KAIZEN

L'objectif était de réduire de 40% la fréquence des trois premières causes fondamentales ; cependant, le taux réel de réduction n'était que de 37.1% comme il ressort du tableau xx. Alors, les contre – mesures adoptées ont été jugées pas suffisamment efficaces pour l'objectif fixé.

Malgré que l'objectif n'ait pas été atteint, des effets remarquables ont été observés suite à l'application des activités du KAIZEN. Ces activités sur la surcharge et l'inadéquation des stocks ont permis de limiter une perte équivalant à onze millions de Shillings Tanzanien (soit près de 6900 Dollars Américains). Aussi, ces problèmes au niveau des stocks de médicaments ont été réduits à zéro, qui veut dire que la fréquence de réduction était de 100%.

Etape 7 : Standardisation de mesures efficaces (Hadome)

Le management du magasin central a adopté les contre – mesures reconnues efficaces après évaluation, et a élaboré un plan d'action et une check – liste afin de les consolider. Ces mesures ont été régulièrement appliquées, et la viabilité des activités a été confirmée lors des travaux semestriels d'évaluation de mise en application du KAIZEN.

VII-5-2...Cas de KAIZEN aux archives médicales de l'hôpital Mbeya en Tanzanie (Référence au chapitre trois)

Trouvons ici un autre cas d'application des activités de KAIZEN menées au niveau des archives médicales de l'hôpital Mbeya, dont nous avons eu autorisation de présenter.

Mr David Njalali, Hôpital de référence de Mbeya, République Unie de Tanzanie

Etape 1 : Sélection du thème

« Rétention des patients à la réception des archives médicales ».

La rétention des patients au niveau de la réception des archives médicales est mise en évidence par la formation de longues queues d'attente, les plaintes et l'insatisfaction affichée des clients, le favoritisme des agents pour leurs relations, et les plaintes du personnel de l'hôpital en général, insatisfait de sa performance.

Le personnel de la réception pense que son premier problème est le retard occasionné aux malades à leur niveau, puis le favoritisme des autres agents de l'hôpital au profit de leur parent, et troisièmement, la part très importante de leur travail de bureau. Le problème principal auquel il faut s'attaquer au niveau de la réception est sélectionné suivant le résultat/impact sur la solution, l'urgence, la faisabilité, et la disponibilité des ressources sur le processus de résolution.

Table 1 : Table de sélection de thème

| S/No | Possible | Impact | Urgence | Faisabilité | Ressources | Score |
|------|---|--------|---------|-------------|------------|-------|
| 1 | Retard du patient à la réception | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ○ | 11 |
| 2 | Favoritisme du personnel et parents | ○ | ○ | × | ○ | 6 |
| 3 | Trop de travail sur papier à la réception | ◇ | ◇ | ◇ | ◇ | 4 |

Note: ⊙ = 3Pts, ○ = 2Pts, ◇ = 1Pt, × = 0Pt

Etape 2 : Analyse de la situation

Le département des archives et de la réception de l'hôpital Mbeya reçoit des malades à l'interne comme à l'externe. Pour ces deux catégories de malades, on y trouve qui sont du IPPM, NHIF et ils payent comptant. Les malades sont organisés comme suit : d'abord il leur est attribué un numéro d'ordre, puis ils se rendent à la perception pour payer les frais d'enregistrement, et après on leur attribue le bulletin de consultation.

Dans ce département, le personnel est composé de six agents d'enregistrement et de cinq assistants, qui s'occupent en moyenne de trois cent cinquante malades par jour ouvré. Chaque jour, c'est à peu près cent deux cas de nouveaux patients qui se présentent, deux cent Quarante six cas de patients sont externes, et trente cas d'admission à l'interne. Parmi les tâches abattues au quotidien dans cette unité, on distingue l'accueil des malades, l'enregistrement et l'orientation des malades internes et externes, les activités de CTC, le codage et la classification des maladies, la relève des équipes, le tri des dossiers des malades nouvellement admis et ceux en fin de séjour. Il y a chaque matin une équipe qui est de repos.

Malgré que la plupart du personnel de l'hôpital est présent déjà entre sept heures trente et huit heures dix minutes le matin, le travail à proprement parler ne commence qu'entre huit heures trente et huit heures quarante minutes. Et cela est dû aux réunions d'information quotidiennes, et aux prises de café

matinales. Au moment de commencer le travail, de longues queues sont déjà formées devant les points de service NHIF, Clinique, Enregistrement, Pharmacie, et Comptabilité. Chaque queue est composée en moyenne de quarante et trois patients au moment de commencer le travail.

Les agents de santé et leurs parents ne prennent jamais place dans les lignes d'attente. Ils contournent pour accéder aux services sans passer par la queue. En moyenne une vingtaine de cas se présente par jour pour recevoir un traitement de faveur.

Selon l'établissement, le département des archives médicales a un besoin permanent d'au moins dix-huit agents de santé. Mais en réalité, seuls onze agents sont disponibles, débordés et insatisfaits de ces longues files d'attente et particulièrement des interventions de leurs collègues. Depuis que le département ait opté d'appliquer les activités des 5S- CQI- TQM en Août 2007, les plaintes des patients furent réduites de cinq pour cent en une semaine. La majorité des plaintes des patients est relative aux difficultés d'accès aux services cliniques par les simples faits que leur fiche respective était introuvable ni aux archives ni dans les services traitants. Cela conduisait souvent à créer de nouveaux dossiers pour permettre aux patients d'accéder aux soins.

Au moins six agents de santé en moyenne viennent des autres unités ou de l'intérieur du département des archives à la recherche des dossiers de patients qui ne sont plus disponibles à leur niveau ; et cela perturbe sérieusement le travail des agents sur place. D'autres causes de perturbation proviennent des éventuels déplacements des agents d'enregistrement partis chercher des faveurs de service à leurs parents, ou simplement aller rendre des visites à des malades de leur connaissance.

Le nombre des malades qui arrivent à l'hôpital est plus élevé les Mardis et les Jeudis plus que tous les autres jours de la semaine. Cela résulte de l'organisation des différents services cliniques et des rendez-vous fixés par les unités. Le nombre des patients s'accumule à la réception entre sept heures trente et onze heures chaque matin à intervalle minimale. Les attroupements commencent à se décongestionner normalement entre douze heures trente et treize heures trente. Selon une étude menée au niveau de l'hôpital, la moyenne totale de temps d'attente à la réception est de soixante quatorze minutes.

La plupart des données sont collectées à travers les observations, les échanges entre groupe de discussion, et les registres disponibles au département, sur une période de deux semaines en Mars 2011.

Analyse de graphique

Tableau 2 : Tableau résumé

| Numéro | Problèmes observés | Nombre de personne | Cf. | Cf ;% |
|--------|--------------------------------|--------------------|-----|-------|
| 1 | Patients retardés | 43 | 43 | 50.6 |
| 2 | Interventionnisme du personnel | 20 | 63 | 74.1 |
| 3 | Agents démotivés | 11 | 74 | 87.1 |
| 4 | Dossiers perdus | 6 | 80 | 94.1 |
| 5 | Patients sans carte | 5 | 85 | 100 |

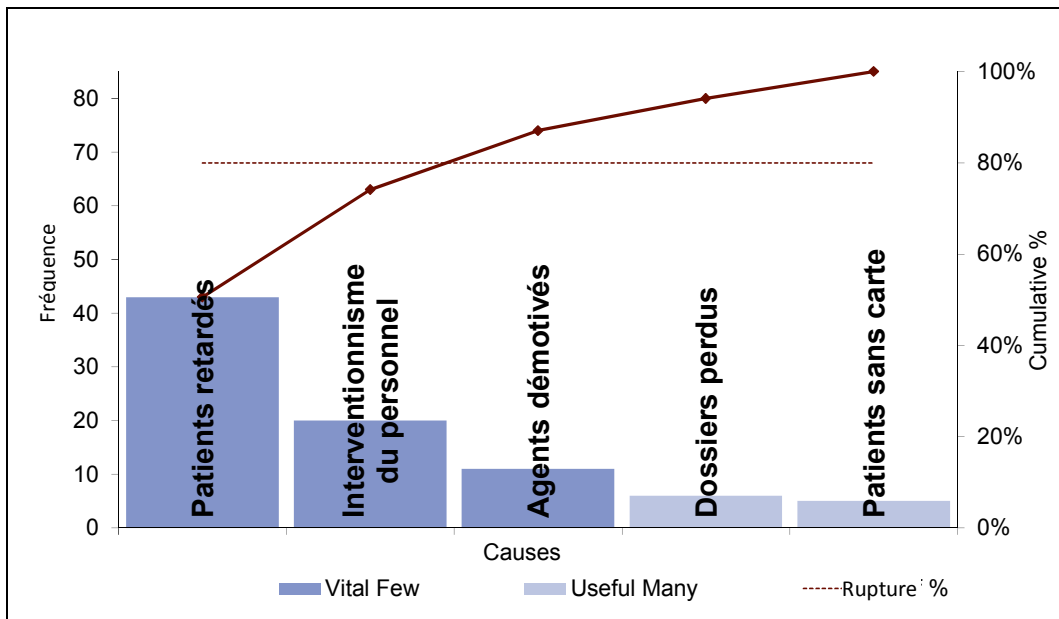


Figure 1 : Analyse du graphique

A partir du graphique l'équipe de mise en œuvre des activités de KAIZEN du département des archives doit s'atteler à résoudre les problèmes de rétention des patients et des interventions de faveur.

Etape 3 : Analyse des causes fondamentales

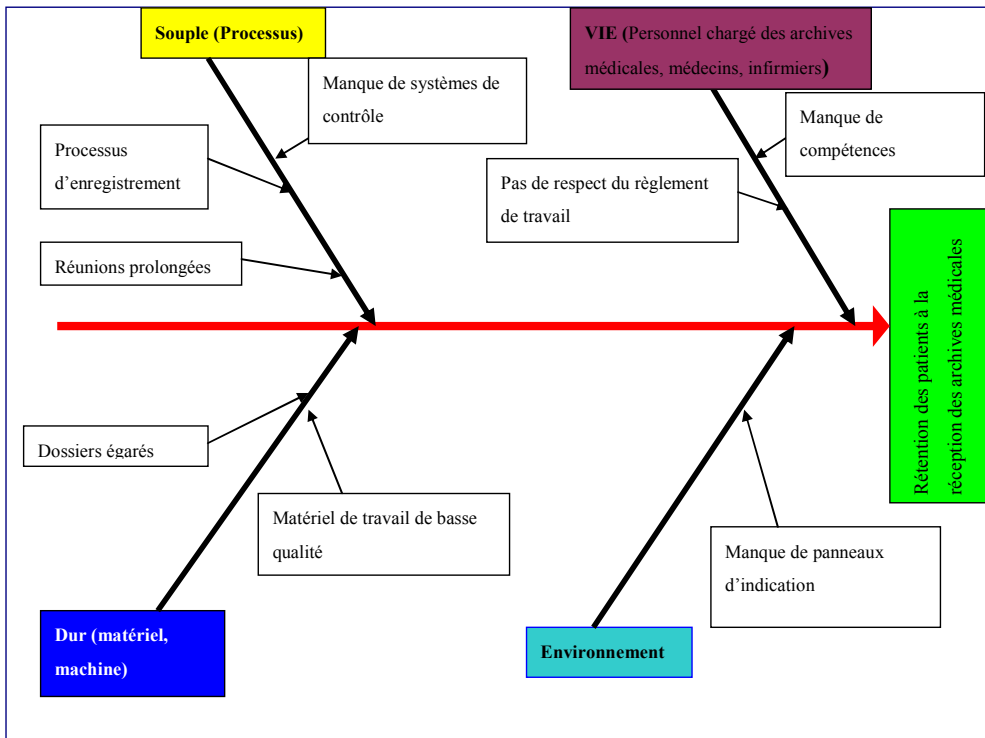


Figure 2 : Diagramme en arêtes de poisson 1

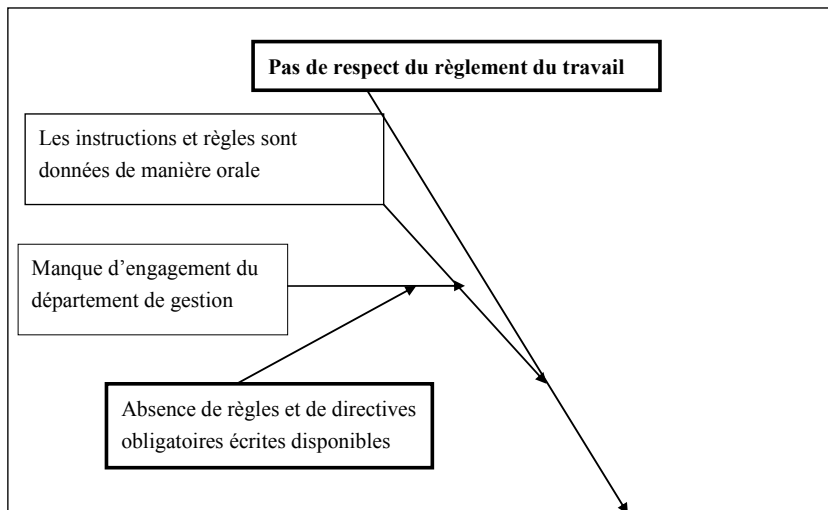


Figure 3 : Diagramme en arêtes de poisson 2

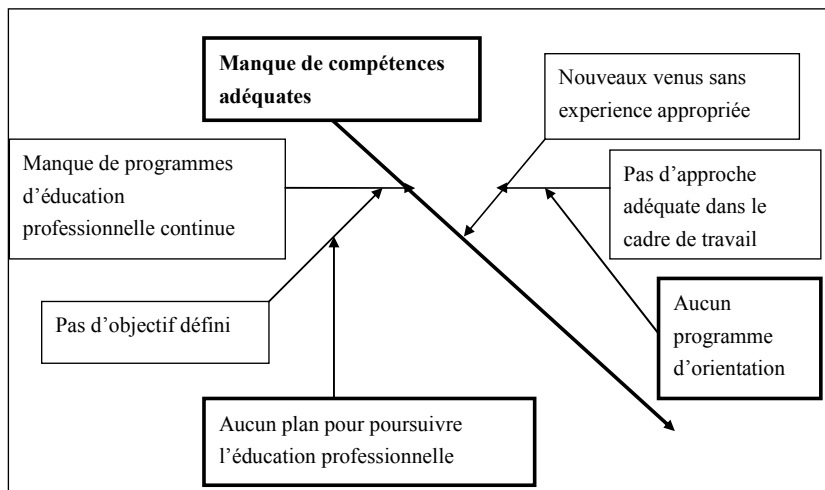


Figure 4 : Diagramme en arêtes de poisson 3

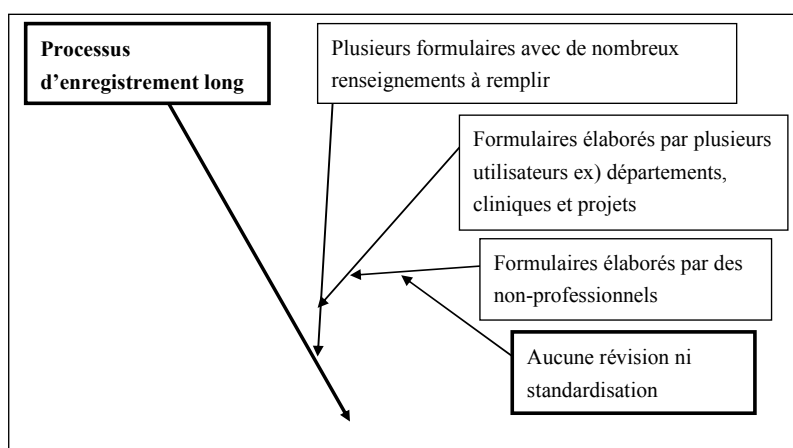


Figure 5 : Diagramme en arêtes de poisson 4

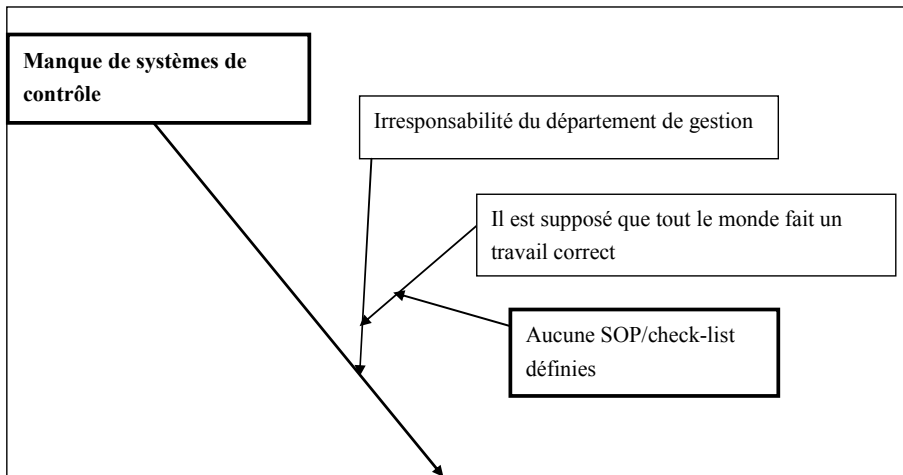


Figure 6 : Diagramme en arêtes de poisson 5

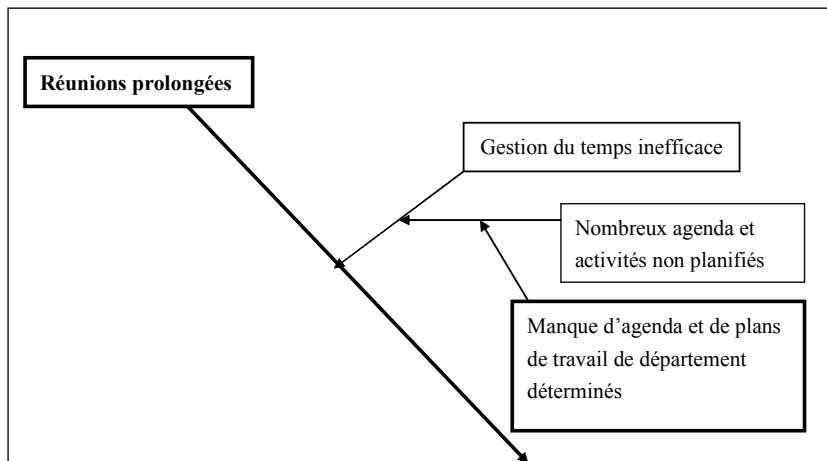


Figure 7 : Diagramme en arêtes de poisson 6

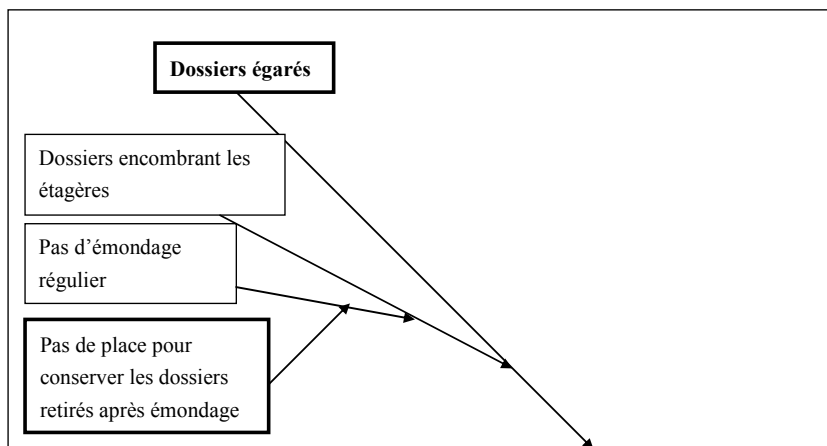


Figure 8 : Diagramme en arêtes de poisson 7

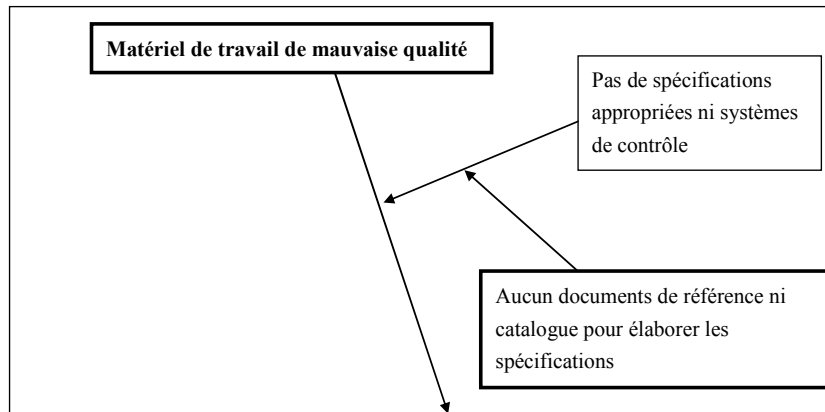


Figure 9 : Diagramme en arêtes de poisson 8

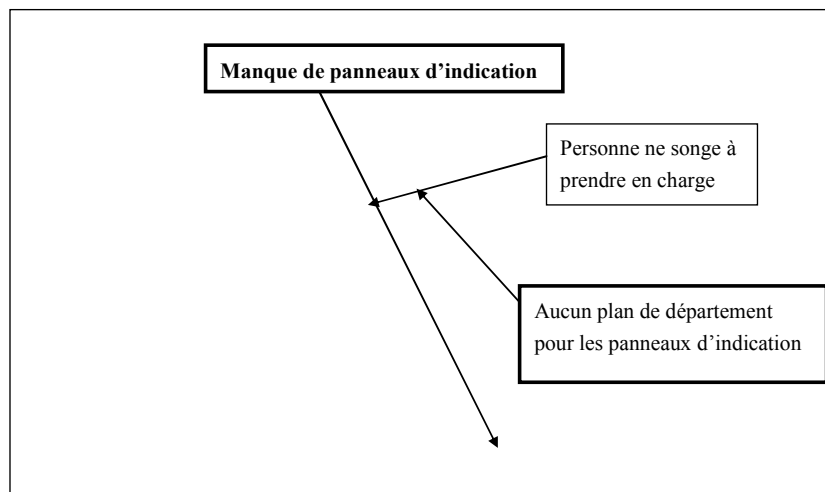


Figure 10 : Diagramme en arêtes de poisson 9

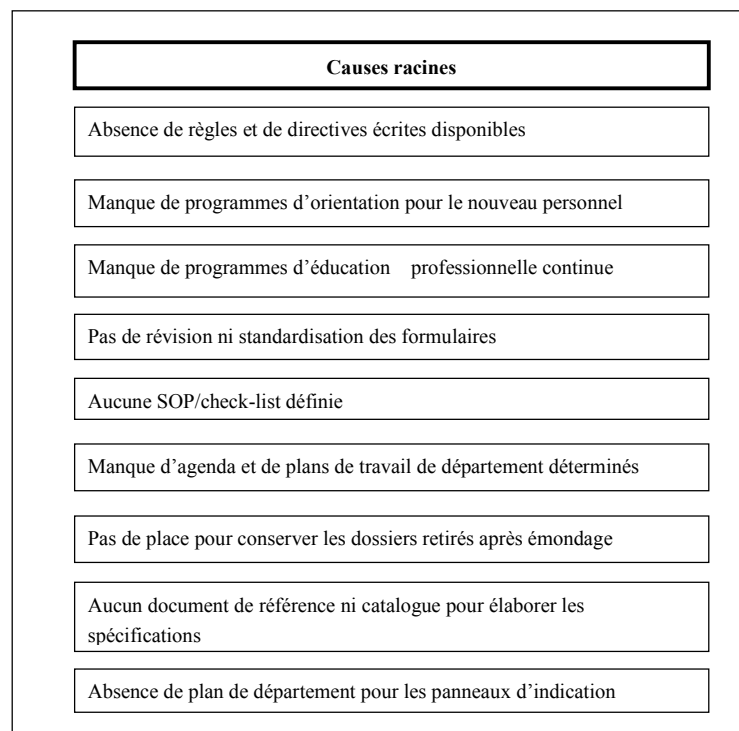
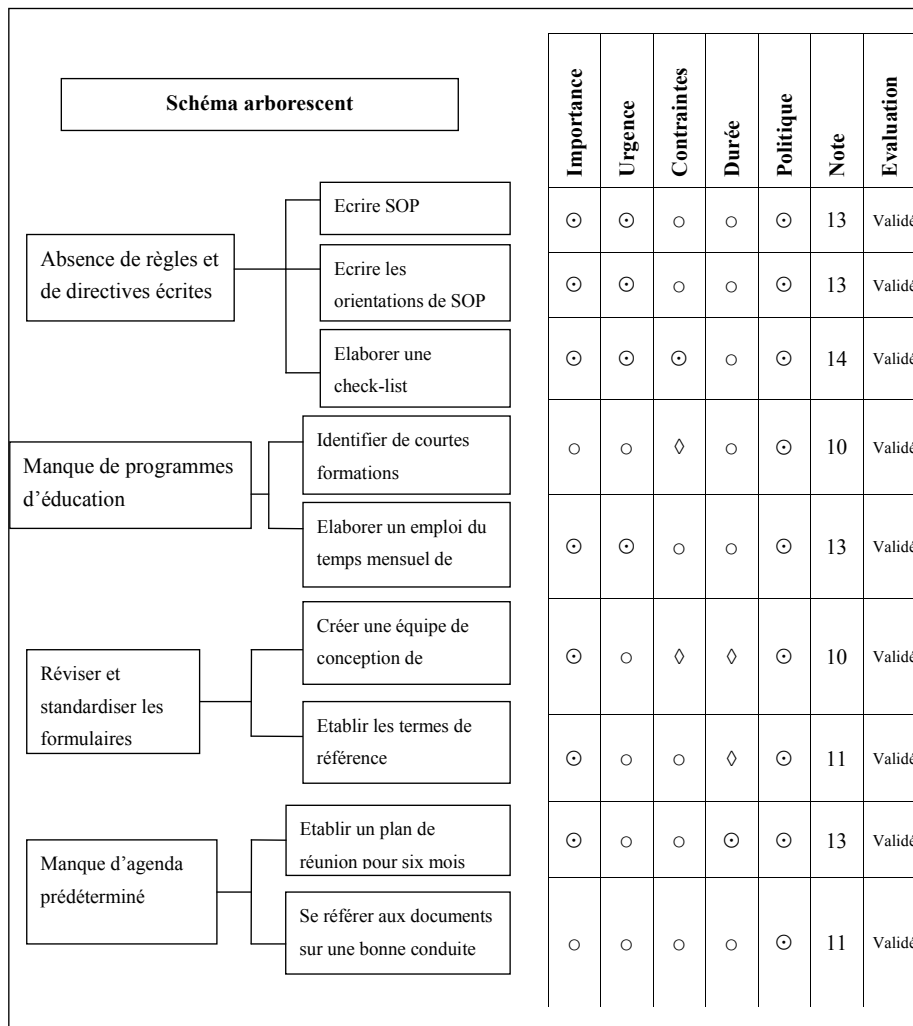


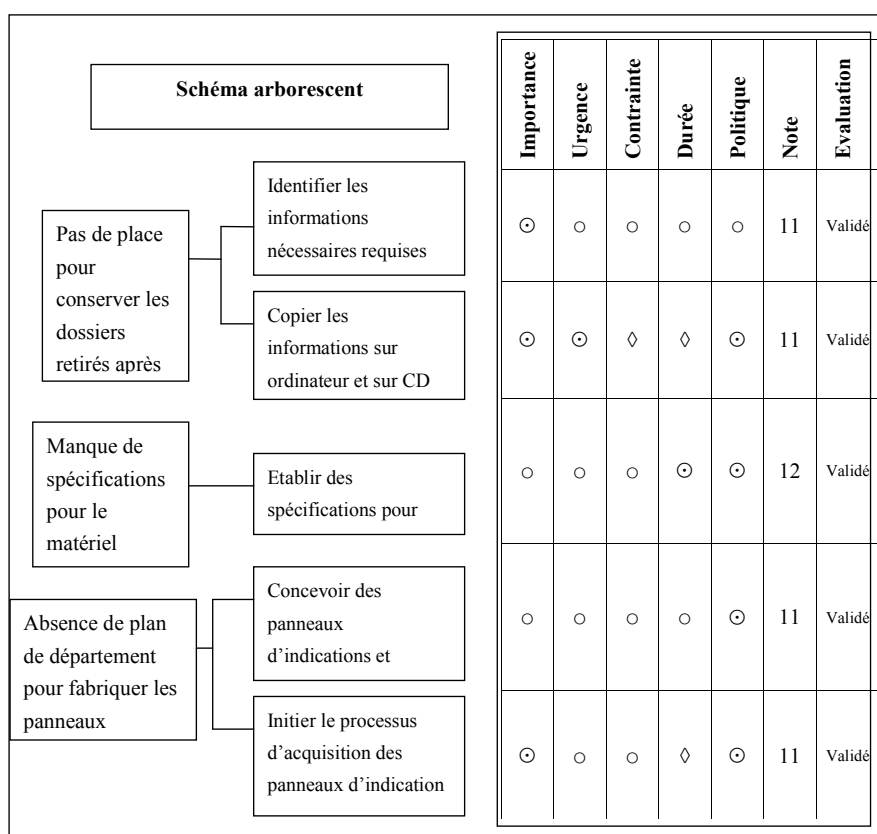
Figure 11 : Causes racines

Etape 4 : Identification des contre- mesures (Matrice et arbre graphique)



Note: ⊙ = 3Pts, ○ = 2Pts, ◇ = 1Pt, × = 0Pt

Figure 12 : Dendrogramme 1



Note: ⊙ = 3Pts, ○ = 2Pts, ◇ = 1Pt, × = 0Pt

Figure 13 : Dendrogramme 2

Etape 5 : Plan d'exécution

Tableau 3 : Tableau de Qui, Quand, Où, Pourquoi et Quoi 1

| Contre-mesure | Qui | Quand | Où | Pourquoi | Quoi | Comment |
|--|----------------------------|--------------|--------------------|--|------------------|----------------|
| Ecrire SOP | Chef de département | Juillet 2011 | Archives médicales | Assurer de suivre les activités SOP | SOP | Développer SOP |
| Ecrire les orientations de SOP | Chef de département et HRT | Août 2011 | Archives médicales | Assurer l'application des orientations SOP | SOP | Orienter |
| Elaborer une check-list | Chef de département et HRT | Juin 2011 | Archives médicales | Personnel doit suivre les instructions | Check-list | Elaborée |
| Identifier de courtes formations | HOR | Sept 2011 | Archives médicales | Assurer une formation au personnel | Petits contrôles | Intensifier |
| Elaborer un emploi de temps mensuel de formation | Chef de département et HRT | Août 2011 | Archives médicales | S'assurer que le personnel a reçu la formation | Programmer | Dessiner |
| Créer une équipe de conception | Chef de département et HRT | Sept 2011 | Archives médicales | S'assurer du caractère standard du | Former | Formulation |

| Contre-mesure | Qui | Quand | Où | Pourquoi | Quoi | Comment |
|---|----------------------------|--------------|--------------------|--|-----------------------------------|------------|
| de formulaire | | | | formulaire | | |
| Etablir un terme de référence | Chef de département | Juillet 2011 | Archives médicales | Assurer la qualité du formulaire | Former | Etablir |
| Etablir un plan de réunion pour six mois | Chef de département et HRT | Juillet 2011 | Archives médicales | Pour réduire la perte de temps | Réunion | Etablir |
| Soumettre un texte sur la conduite de réunion | Chef de département | Juillet 2011 | Archives médicales | Garantir un texte sur la conduite des réunions | Contrôler les temps des réunions | Référence |
| Identifier les informations nécessaires requises des dossiers | Chef de département et HRT | Août 2011 | Archives médicales | Réduire les accumulations inutiles | A partir des dossiers des malades | Identifier |
| Copier les informations sur ordinateur et sur CD | Chef de département et HRT | Juin 2011 | Archives médicales | Réduire l'entassement des dossiers | CD | Copier |
| Etablir des spécifications pour chaque article | Chef de département et HRT | Août 2011 | Archives médicales | Réduire la pénurie des articles | Catalogue | Etablir |
| Concevoir des panneaux d'indications | HRT | Juillet 2011 | Archives médicales | Assurer un meilleur sens d'orientation aux clients | Direction | Concevoir |
| Initier le processus d'acquisition des panneaux d'indications | Chef de département | Août 2011 | Archives médicales | Assurer le processus d'acquisition | Ordinateur | Initier |

Objectif : le problème de retardement du patient est réduit de 40%.

Délai : Six mois à compter de Mars 2011.

Etape 6 : Vérifier l'efficacité des contre - mesures

La mise en œuvre des contre – mesures s'étale sur une période de six mois. Pour procéder à l'évaluation de l'efficacité des contre- mesures, on utilisera les Chiffres, les Graphiques, et la carte Pareto. Le moyen utilisé pour comparer les situations avant et après KAIZEN est la carte Pareto.

Tableau 4 : Différence Avant et Après KAIZEN

| Numéro | Problèmes observés | Fréquence avant KAIZEN | Fréquence après KAIZEN | Réduction de fréquence | Taux de réduction |
|--------|--------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|
| 1 | Patients retardés | 43 | 34 | 9 | 20% |
| 2 | Interventionnisme du personnel | 20 | 12 | 8 | 40% |
| 3 | Agents démotivés | 11 | 8 | 3 | 27.3% |
| 4 | Dossiers égarés | 6 | 2 | 4 | 33.3% |
| 5 | Patients sans carte | 5 | 2 | 3 | 60% |
| | Total/moyenne | 85 | 58 | 27 | 31.8% |

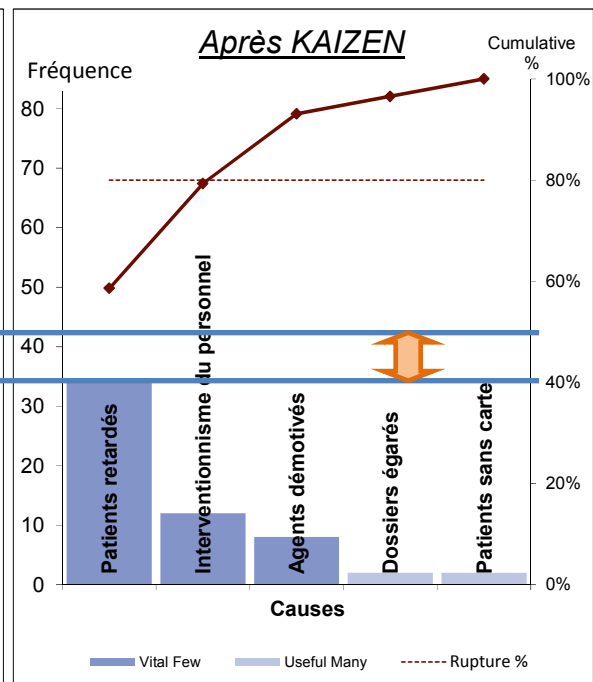
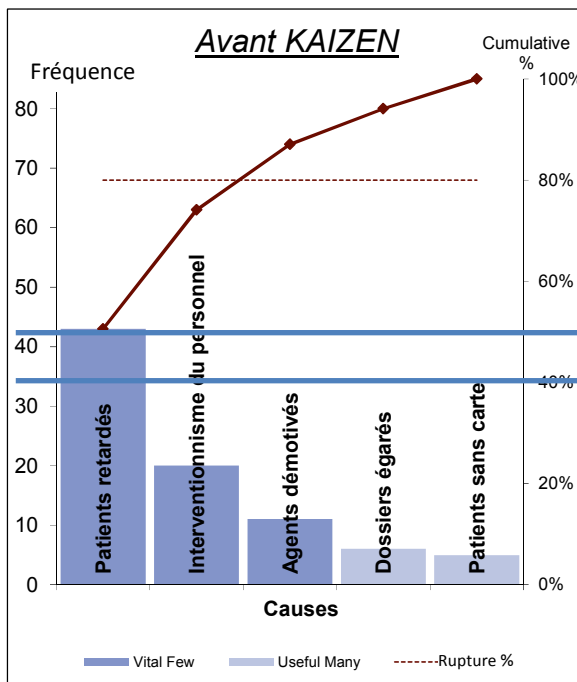


Figure 14 : Diagramme Pareto avant KAIZEN

Figure 15 : Diagramme Pareto après KAIZEN

L'objectif visé était de réduire la fréquence de 40% dans la situation courante. Comme nous pouvons le constater, le taux réel dans le cas présent est de 31.8%, qui signifie que les contre- mesures adoptées n'étaient pas très efficaces. Ceci veut dire que les activités de KAIZEN sélectionnées sont énormes qu'il faut plus de temps pour escompter de grands résultats tangibles.

Etape 7 : Standardisation des contre- mesures

Tableau 5 : Tableau de Qui, Quand, Où, Pourquoi et Quoi 2

| Pourquoi | Qui | Quand | Où | Quoi | Comment |
|--|---|-----------------|------------------------------------|-----------------------|-------------------|
| Ecrire SOP | A la charge du département des archives médicales | Après deux mois | Département des archives médicales | SOP écrite | Pratique continue |
| Ecrire une check-list | A la charge du département des archives médicales | Mensuel | Département des archives médicales | Check-list écrite | Pratique continue |
| Elaborer un plan de réunion pour six mois | Assistant au chef de département | Mensuel | Département des archives médicales | Emploi de temps | Pratique continue |
| Concevoir et préparer les messages des panneaux d'indication | A la charge du département des archives | Après deux mois | Département des archives médicales | Panneaux d'indication | Révision |

Tableau 6 : Feuille de confirmation

| Date | Contrôler par | Mesure standardisée | Situation de mise en œuvre | |
|------|---------------|--|----------------------------|--------------------------------|
| | | Ecrire SOP | Soutenue Non soutenue | Suivant STD Pas suivant STD |
| | | Ecrire check-list | Soutenue Non soutenue | Suivant STD Pas suivant STD |
| | | Elaborer plan de réunion pour six mois | Soutenue Non soutenue | Suivant STD Pas suivant STD |
| | | Concevoir et préparer les messages des panneaux d'indication | Soutenue Non Soutenue | Suivant STD Pas suivant STD |

VII-6...Cas de KAIZEN à l'hôpital Aso Iizuka, Japon lors de la compétition annuelle de TQM en 1993 (Référence pour le chapitre III)

Écrit par Dr. Hiromi ANDO, Ms Teruko NISHIMOTO, Ms Reiko HIGUCHI, Ms Youko DOUSAKI, Ms Mitsue NAKASHIMA, Aso Iizuka Hospital (AIH), Iizuka, Préfecture Fukuoka, Japon

1. Thème Réduction de médicaments endommagés

2. Raison du choix du thème

Suite à l'étude sur la pharmacie et le service de matériels, il a été constaté nombreux cas de la détérioration de médicaments au niveau du pavillon A. Ayant formé un cercle du contrôle de la qualité (QC cercle), le personnel de ce pavillon a entamé l'amélioration afin de rétablir cette situation déshonorante et de prévenir les graves problèmes dans le futur.

3. Compréhension de la situation actuelle

Afin de saisir la situation actuelle de la détérioration des médicaments, le personnel a procédé à l'étude durant 1 mois. Le diagramme de Pareto (Figure-1) montre le résultat de cette étude.

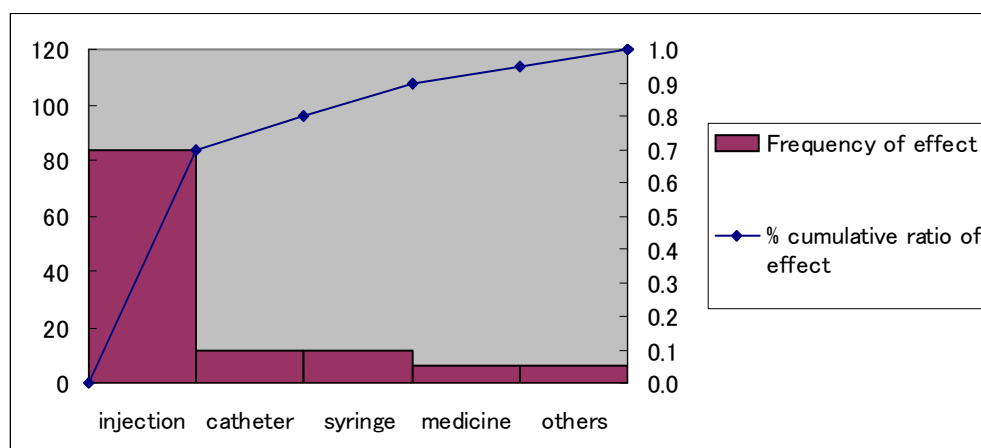


Figure 1 : Tableau Pareto; Médicament endommagé avant Kaizen au pavillon A.

Environ 80% de médicaments endommagés étaient ceux pour injection. Ainsi, le personnel a décidé d'essayer de réduire la détérioration de médicaments pour injection. D'abord, on a vérifié l'écoulement du travail pour la prise de conscience mutuelle par tous les membres du cercle du processus faisant l'objet.

La procédure normale est comme suit. Le médecin remplit l'ordonnance sur une liasse d'indication composée de 4 feuilles dont la première est remise à la comptabilité, la deuxième est laissée en tant qu'enregistrement médical, la troisième est gardée par l'infirmière en tant qu'enregistrement d'ordonnance et la quatrième est utilisée comme fiche de travail pour l'ordonnance de médicament pour injection. Or, il y avait un médecin qui remplissait directement la fiche médicale, l'infirmière était obligée de transcrire sur l'ordonnance composée de 4 feuilles.

4. Analyse des facteurs

Il a été procédé à l'analyse des causes sur la base du diagramme d'arrête de poisson (diagramme d'Ishikawa) en effectuant le brainstorming. Il a été examiné par 4 points de vue de l'aspect;

- humain (médecin/infirmier/patient)

- logiciel (texte et enregistrement)
- matériel (installations et équipements)
- environnemental du travail

| Causes | |
|--|---|
| 1. Pas d'étagères à usage exclusif pour les injections | 7. Dénomination similaire des injections |
| 2. Non utilisation du plateau à usage exclusif | 8. Utilisation des abréviations médicales |
| 3. Pas de boîte à usage exclusif pour le dépôt des cartes | 9. L'injection ne correspond pas l'usage pour le patient concerné |
| 4. Trop occupé pour contrôler | 10. Pas de disposition à usage exclusif pour les injections |
| 5. Interruption du travail à cause de l'appel d'un patient | 11. Matériel inutile occupant l'espace |
| 6. Difficulté de voir l'expression de la carte | 12. Pas de conformité au travail standard |
| | 13. Mauvaise gestion du stock |

Tableau -1 Cause de l'effet des injections endommagés

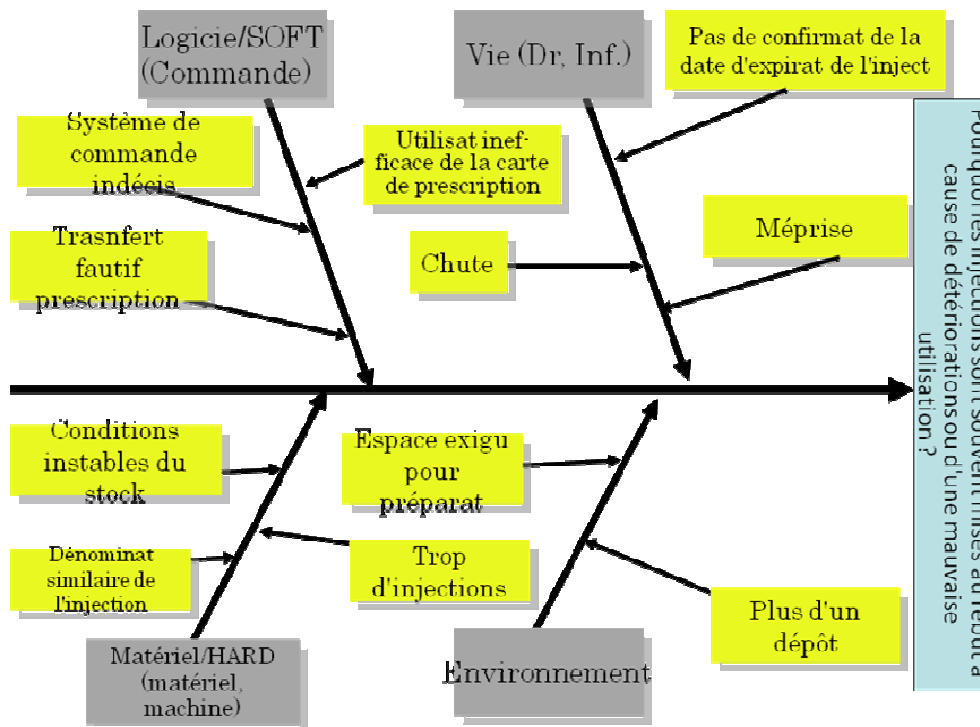


Figure 2: L'analyse à la façon de l'échine dorsale de poisson ;

La première étape des causes de la racine rigoureuses de l'effet est présentée comme dommages de l'injection et de l'usage des drogues. Les parties en rapport avec les causes existantes du "Effet" précité ont été analysés en utilisant mSHEL (gestion, logiciel, matériel, environnement et vie) analyse.

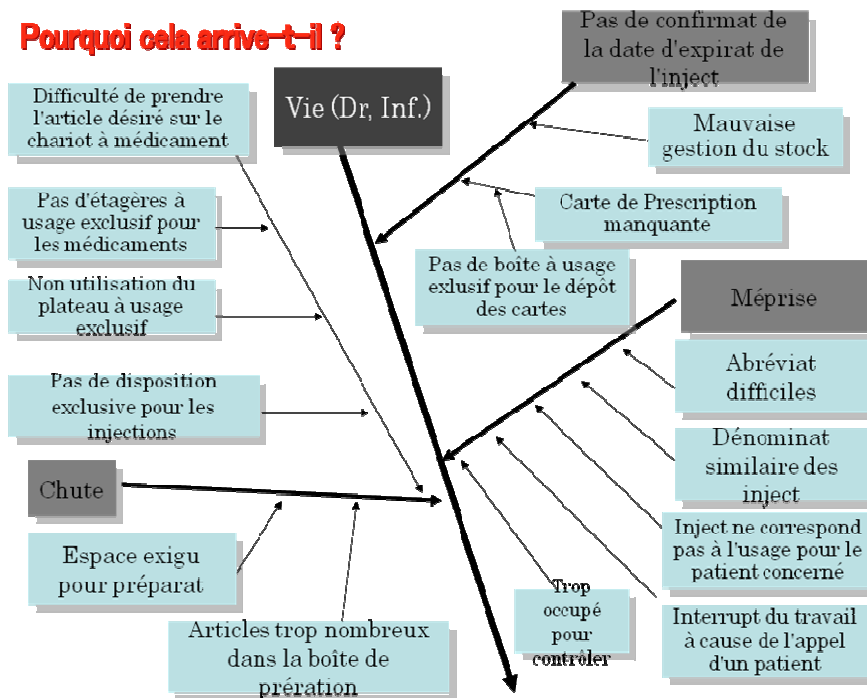


Figure 3: L'analyse à la façon de l'échine dorsale de poisson ;Le processus analytique etait nécessaire plus pour détecter les causes de la racine.

5. Elaboration et mise en œuvre des mesures

Les mesures pour prévenir les problèmes (détérioration de médicaments pour injection) ont été élaborées par le brainstorming à l'aide d'un dendrogramme pour chacun de 13 facteurs importants (Figures- 4 et 5). Ainsi, les 14 mesures (remèdes) indiquées au Tableau – 2 ont été élaborées.

L'efficacité de ces mesures a été évaluée par la relation avec l'importance, l'urgence, la difficulté, l'orientation par rapport aux principes d'organisation ou la durée d'activité à l'aide du diagramme matrice (Figure – 4). Ainsi, 12 points suivants ont été retenus.

| Mesures | |
|--|--|
| 1. Achat d'étagères à usage exclusif pour les injections | 7. Soulignage en rouge pour avertir en cas d'injection similaire |
| 2. Plateau à usage exclusif pour chaque patient | 8. Glossaire terminologique |
| 3. Etui à carte à usage exclusif pour chaque équipe en vue de notifier | 9. N° de la chambre et nom du patient sur le flacon |
| 4. Signature après fin de la préparation | 10. Seiton (Arrangement) |
| 5. Personnel dédié exclusivement à la préparation des injections | 11. Seiri (Ajustement) |
| 6. Cartes à usage exclusif pour chaque équipe en vue de notifier | 12. Insertion de la carte expirée dans un dossier prescription |

Tableau -2 : Mesures appliquées pour l'exécution de Kaizen

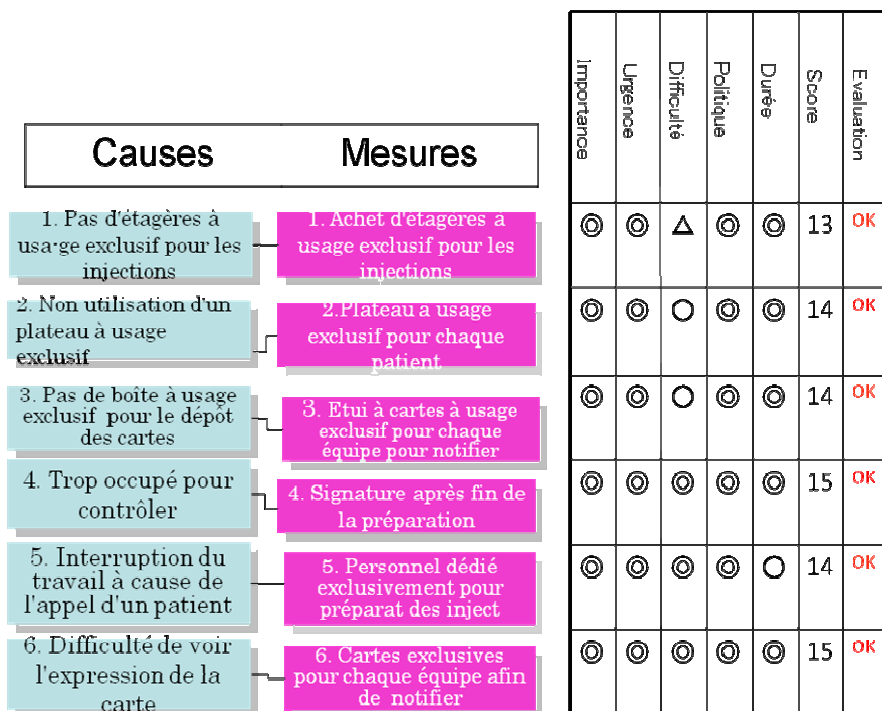


Figure 4 :Le diagramme structurel hiérarchique (gauche) a été utilisé pour les mesures planifiées de causes. Diagramme de la matrice (droit) a été utilisé pour sélectionner et rendre effectif des mesures.

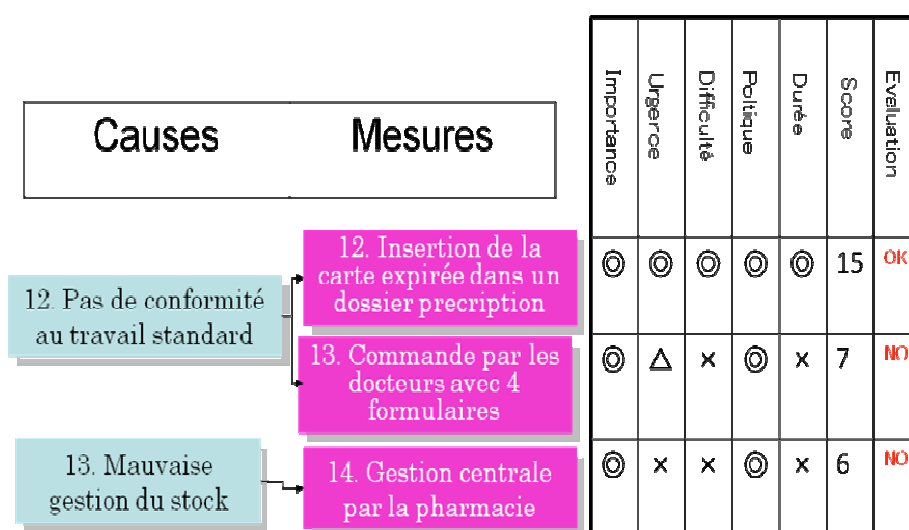


Figure 5 : Deux mesures (#13 et #14) n'a pas été appliqué en vérifiant le diagramme de la matrice

En déterminant les principes et les responsables de mise en œuvre pour tous les 12 mesures sur la base de 4W1H (Qui, Quoi, Quand, Ou, et Comment : Who, What, When, Wherer, How).

6. Confirmation du résultat

Comme le cas pour la compréhension de la situation actuelle effectuée avant l'amélioration, il a été procédé à l'étude sur la situation de détérioration des médicaments etc. pendant 1 mois. Ainsi, les cas

d'amélioration ont été observés au niveau de médicament pour injection, de cathéter, de seringue, de médicament à usage interne et d'autres avec respectivement 14 cas, 5 cas, 4 cas, 4 cas et 3 cas (30 cas au total) par rapport à 84 cas, 12 cas, 12 cas, 6 cas, et 6 cas (total 120 cas) avant la mise en œuvre des mesures d'amélioration (Figure-6).

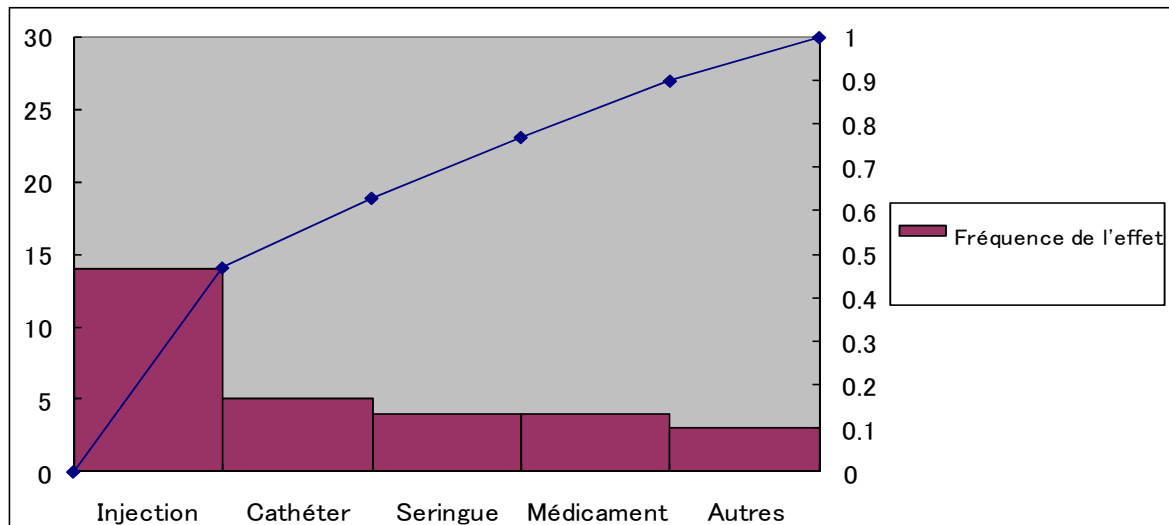
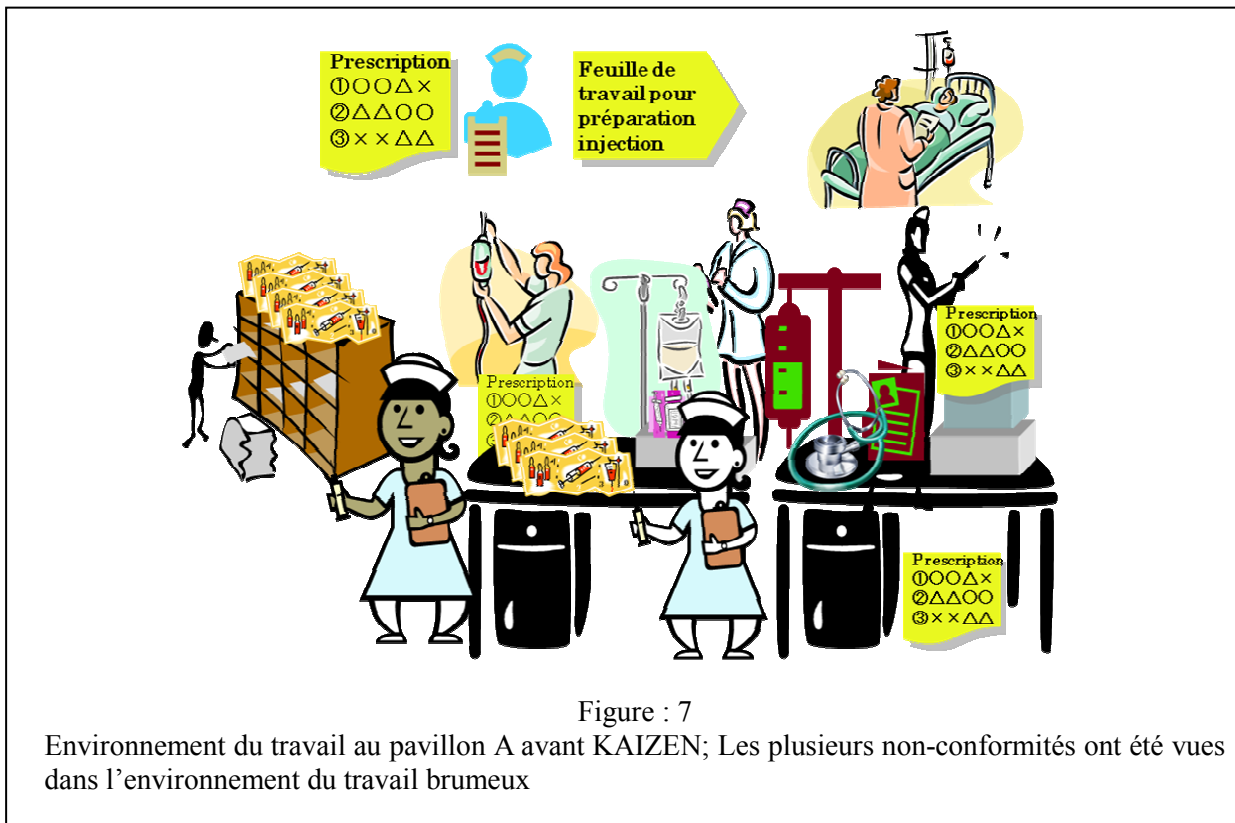


Figure 6 : Tableau Pareto après l'exécution de mesure ;
 Nombre d'injection endommagé ont été réduit nettement de 84 au 14. En même temps, les dommages et intérêts d'autres articles ont aussi été réduits.

7. Conclusion

Les situations de l'environnement du travail d'avant et d'après les activités d'amélioration sont mentionnées aux Figures-7 et 8. Comme on peut constater ici, le résultat d'activités d'amélioration aboutit à l'introduction du 5S. Par contre, l'introduction du 5S pouvant stimuler la pensée sur les activités d'amélioration, le 5S et le KAIZEN semblent avoir une synergie.



VII-7...Cas du sondage sur la satisfaction des patients en Ouganda (Référence pour le chapitre IV)

Écrit par Mr. Hisahiro Ishijima, Expert de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), désigné auprès du Ministère de la Santé et du Bien-être Social, la République Unie de Tanzanie

Opinion des clients externes sur les changements atteints suite à l'exécution du 5S-Cas d'un General Hospital à Uganda-

Tororo General Hospital à Uganda a été choisi pour servir de site pilote pour le Programme AAKCP de la JICA (Programme Asie-Afrique de Création Conjointe de Connaissances) et l'hôpital a commencé l'exécution des activités 5S depuis août 2007.

Pendant les deux ans d'exécution de l'approche 5S, la Direction de Tororo General Hospital a programmé une petite enquête sur la réaction des clients externes (visiteurs, patients) vis-à-vis les changements effectués par l'hôpital à travers l'approche 5S-KAIZEN.

Durant l'enquête, trois questions ont été préparées pour vérifier la reconnaissance des changements par la communauté. Ces questions ont été posées sur les clients externes de Tororo General Hospital;

Que pensez vous des services médicaux de l'Hôpital Tororo?

Pensez vous que l'Hôpital Tororo a changé par rapport aux années précédentes?

Si vous répondez par "oui" à la 2^{ème} question, veuillez expliquer brièvement les changements que vous avez constatés? Comment?

104 échantillons ont été sélectionnés et analysés. Sur le tableau suivant figure les informations sur l'échantillon de l'étude.

Tableau 1 : Exemple d'informations de l'étude

| | | | |
|---|----------------|------------|----|
| 1 | Sexe | Homme | 54 |
| | | Femme | 50 |
| 2 | Age | <20 | 14 |
| | | 21-30 | 47 |
| | | 31-40 | 26 |
| | | 41-50 | 12 |
| | | >50 | 5 |
| 3 | Arrondissement | Tororo | 94 |
| | | Les autres | 10 |

Pour la première question " Que pensez vous des services médicaux de l'Hôpital Tororo?", seulement 29% des personnes ont répondu que l'Hôpital de Tororo fourni des services de faible qualité et moins de 71% sont satisfait des services médicaux de l'Hôpital de Tororo.

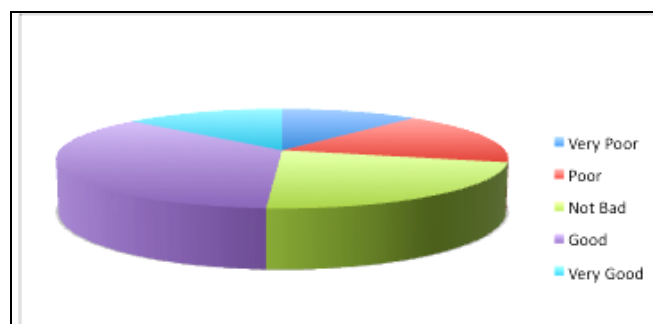


Figure 1: Réponses à la 1^{ère} question

Pour la deuxième question, " Pensez vous que l'Hôpital Tororo a changé par rapport aux années précédentes? "90% des personnes ont trouvé que l'atmosphère de l'hôpital a favorablement changé.

Les personnes ayant répondu "oui" à la deuxième question ont apporté leurs explications dans la 3^{ème} question "Veuillez expliquer brièvement les changements constatés? Comment?" 95% pensent qu'une amélioration est constatée au niveau de la propreté, 73% des personnes ont trouvé que l'attitude du personnel s'est améliorée, 50% des personnes pensent que le temps d'attente est réduit, et 71% trouvent que la fiabilité des services médicaux s'est améliorée.

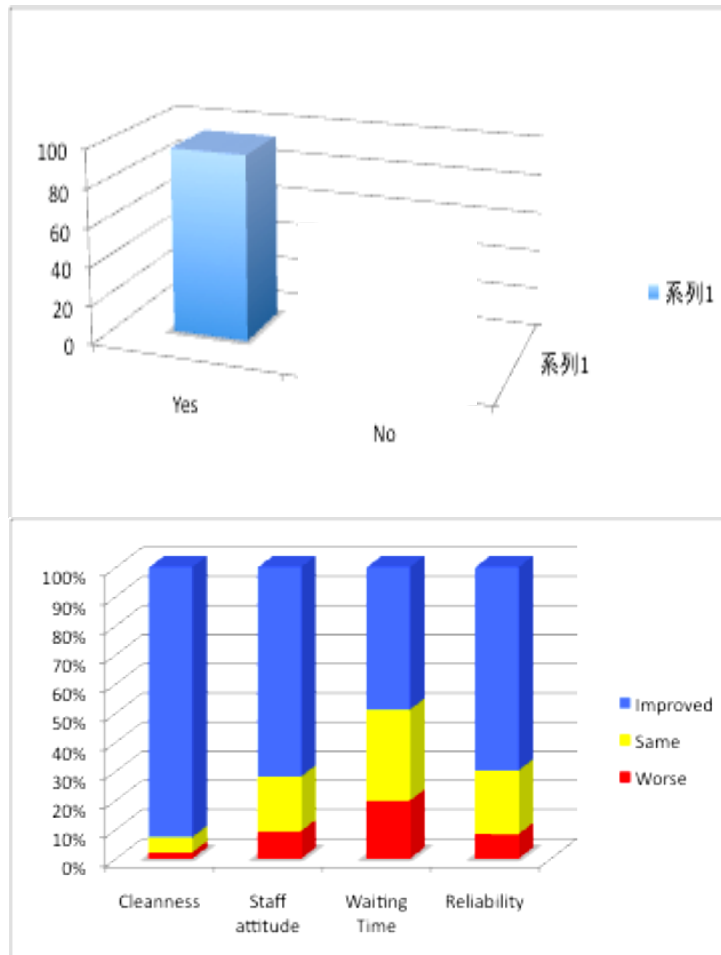


Figure 2: Réponses à la 2^{ème} question
 Figure 3: Réponses à la 3^{ème} question

Il ressort des résultats susmentionnés que les clients externes (patients, assistants des malades, visiteurs, etc) reconnaissent les changements que l'hôpital de Tororo a subis dans les dernières années. Cela signifie que Tororo General Hospital a amélioré l'environnement du travail et le contenu de certains services à travers l'exécution des activités 5S.

La direction de l'hôpital a conclu que ces changements ont été effectués suite à l'exécution de l'approche 5S-KAIZEN. Les résultats de l'enquête ont poussé la direction de l'hôpital à décidé de continuer l'exécution et le développement de l'approche 5S-KAIZEN à travers l'hôpital.

Ce résultat a été communiqué au Ministère de la Santé à Uganda, ainsi l'impact de l'approche des 5S-KAIZEN a été reconnu à Tororo General Hospital. Les Services Cliniques du Ministère de la Santé ont décidé de diffuser les approches des 5S-KAIZEN au niveau national, en collaboration avec la JICA, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale.

VII-8...Histoire de l'installation des 5S dans les centres de santé au Sénégal

Écrit par Mr. Atsuyuki KADO, IC Net Limited

< Exemple 1 > Etablissement du « Module de formation participative du 5S » et expérience d'essai d'application- avec le personnel médical de la région de Tambacounda de la République du Sénégal-

L'approche 5S a été présentée au Centre Hospitalier Régional de Tambacounda de la République du Sénégal en 2007. Deux ans après, il a été procédé à un essai pour la vulgarisation des expériences acquises au niveau de ce CHR de Tambacounda aux 7 Centres de santé de la région. Ensuite, en récapitulant les résultats obtenus par cet essai, un module de formation participative pour l'apprentissage de la méthode 5S a été élaboré en mars 2010 par un travail collectif de l'expert Japonais et du personnel médical de cette région. Dans le cadre de cette formation de deux jours, on aborde les thèmes de « Seiri (Séparer): S1 », « Seiton (Situer/Systématiser) : S2 » et « Seiso (Salubrité) : S3 » à la première journée et les thèmes de « Seiketsu (Standardiser) : S4 » et « Sitsuke (Se discipliner/Sincérité) : S5 » à la deuxième journée³. Si un formateur doté de la capacité de facilitation ou d'entraînement permettant d'apprendre ensemble avec les participants se charge de cette formation au lieu d'enseigner d'une manière unilatérale, cette formation apporte plus d'efficacité.

L'expert Japonais a assuré seulement la première partie de cette formation en laissant l'organisation de la deuxième partie au personnel local. Par ailleurs, en demandant à participer spontanément à l'annonce de la formation, à la préparation de la formation (lieu et matériel etc.) afin d'adopter les personnes ayant plus de volonté ou la capacité de facilitation en tant que formateur de la formation suivante. Les points essentiels de ce module de formation sont les suivants.

[1^{ère} journée de la formation] Méthode participative pour communiquer les étapes de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systématiser) et de S3 (Seiso/Salubrité)

La formation de la première journée est composée des 3 programmes à savoir de, « la partie de fourniture des connaissances » consistant en cours théorique donné par le formateur, de « la partie de l'analyse participative » dont les participants effectueront l'analyse de la situation actuelle eux-mêmes pour déterminer les actions à prendre, et de « la partie de la formation sur le tas » qui consiste à mettre en pratique tout de suite les 3 étapes de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systématiser) et de S3 (Seiso/Salubrité).

Ce style de formation participative a été inventé par l'observation de raisons de non réussite de vulgarisation de pratiques du 5S dans le CHR etc. Or il est constaté l'existence de nombreuses personnes n'arrivant pas à saisir une occasion de démarrer la pratique du 5S. En plus, il a d'ailleurs été élaboré en supposant qu'en n'apportant pas la prise d'initiative, le style de formation par les cours théoriques réalisé jusqu'alors laisse un problème de pérennisation.

³ Les détails du module de la formation sont décrits au rapport du résultat de mise en œuvre des travaux sur place (version française) de l'Expert en renforcement de la capacité administrative de la santé de la région de Tambacounda de la République du Sénégal (gestion de la santé/gestion du terrain médical).

Tableau 1 : Programme de la 1^{ère} journée de formation sur S1 (Seiri/Séparer), S2 (Seiton/Situer/Systématiser) et S3 (Seiso/Salubrité)

| | | |
|----------|--|--|
| 60 min. | A- <u>Cours théorique (Introduction)</u> | Présentation d'introduction de l'approche 5S. Expliquer le concept du 5S ou les exemples de pratiques au Sénégal et au Sri Lanka dans le cadre de cours théorique. |
| 270 min. | B- <u>Analyse participative interne de l'hôpital</u> | Travaux en groupe : a) Investigation de l'intérieur de l'établissement, b) Cartographie de l'intérieur de l'établissement ⁴ , c) Identification des points forts et faibles, d) Etablissement du mini plan d'action. |
| 120 min. | C- <u>Formation sur le tas sur S1/S2/S3</u> | Travaux en groupe : Mettre en pratique par style de formation sur le tas en identifiant les points susceptibles à mettre en œuvre immédiatement dans le mini-plan d'action en ce qui concerne S1 (Seiri/Séparer), S2 (Seiton/Situer/Systématiser) et S3 (Seiso/Salubrité). |
| 60 min. | D- <u>Cours théorique</u> | Cours relatif à l'«Attitude positive ». Il s'agit d'un programme qui a été accueilli favorablement par les participants des pays africains dans le cadre de la formation du 5S réalisée au Sri Lanka. |



Analyse participative en investiguant l'intérieur de l'établissement



Cartographie pour identifier les points forts et les points faibles



Découverte dans le cadre de la mise en pratique de 3S par la formation sur le tas, beaucoup d'aiguilles usées sur le terrain de l'établissement.

Figure 1 : 1^{ère} journée de la formation participative du 5S (juillet 2009 dans la région de Tambacounda)

⁴ La cartographie est l'un des outils représentatifs utilisée par la MARP (Méthode Active de Recherche et de Planification Participative)(en anglais : PRA(Participatory Rural Appraisal).

La partie pour l'acquisition de connaissances par les cours théoriques est importante pour faire reconnaître la « nouvelle notion » du 5S aux participants. D'autant plus, il est important de laisser aux participants le temps pour la prise d'initiative en leur laissant le temps de penser comment ils vont appliquer l'approche 5S et à jusqu'à quels niveaux (parties) de leur établissement. Par exemple, les participants d'un centre de santé ont exprimé de son souhait de résoudre le problème des aiguilles usées en constatant l'importance de ce problème à travers les pratiques de 3S dans le cadre de la formation sur le tas.

Il est important de passer des étapes de demander de citer aux participants les points positifs de leur établissement et de discuter sur les points d'amélioration ensuite lors d'une formation de ce type.

Lors de la vulgarisation des bons exemples aux autres services de l'établissement ou de l'établissement du mini-plan d'action indiquant les points d'amélioration, les participants étaient priés de mentionner les 3 points des « actions concrètes », « responsable(s) pour la mise en pratique de ces actions » et « échéance pour la mise en œuvre » qu'on peut mettre en pratique immédiatement sur les papiers. Ce qu'il faut faire attention ici, c'est le fait que les participants ne mentionnent pas leurs noms en tant que responsable en marquant les noms des supérieurs ou des personnes d'autres sections telles que le Directeur de l'établissement, les réparateurs d'équipement ou du comptable. Alors, il faut expliquer que chaque membre de l'équipe doit prendre en charge d'au moins d'une tâche même s'il s'agit des tâches légères dans le cadre des activités du 5S.

Il y a toujours des personnes exprimant qu'il n'est pas possible de commencer « la gestion de la qualité » sans approvisionnement d'outils ou d'appui financier. Or, en pratiquant les 3 étapes de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systematiser) et de S3 (Seiso/Salubrité) dans le cadre de la formation sur le tas, on peut faire reconnaître qu'il est facile à commencer avec les matériels qu'on dispose sur place.

【2^{ème} journée de la formation】 Méthode participative pour communiquer les étapes de S4 (Seiketsu/Standardiser) et de S5 (Shitsuke/Se discipliner/Suivre)

Malgré l'existence de diverses interprétations, « Seiketsu (Standardiser : S4) » consiste en général à vulgariser les activités des 3 étapes de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systematiser) et de S3 (Seiso/Salubrité) aux personnes concernées. C'est pour cela que le mot « Standardiser » est la traduction appropriée en français de ce terme (« Standardize » en anglais). Quant au mot « Shitsuke (Se discipliner/Suivre: S5), il a été expliqué qu'il s'agit d'un mot qui signifie « respecter les règlements déterminés (formation d'esprit) ». Or, on peut faciliter la compréhension chez les participants des pays africains en ajoutant les deux sens du suivi et de la supervision à ce mot.

Par ailleurs, pour ces deux étapes de S4 (Standardiser) et de S5 (Se discipliner), on peut faciliter la compréhension en utilisant le mot « Comité » en français (Committee en anglais) que les gens utilisent quotidiennement.

Il est idéal de terminer la formation si on peut avoir le temps pour la discussion de synthèse ou un programme de questions-réponses (devinettes) de récapitulation à la fin de la formation de la 2^{ème} journée.

Tableau 2 : Programme de la 1^{ère} journée de formation sur les étapes de S4 (Seiketsu/Standardiser) et de S5 (Shitsuke/Se discipliner/Suivre)

| | | |
|----------|--|---|
| 45 min. | <u>E-Cours théoriques</u> | Expliquer les techniques du 5S. Expliquer les pratiques de S4 (Seiketsu/Standardiser) et de S5 (Shitsuke/Se discipliner/Suivre) en même temps que « le Comité et le Suivi ». |
| 150 min. | <u>F-Atelier pour établissement du comité</u> | Travaux en groupe : a) Sketch, b) Identification de tous les membres de l'organisation et séparation en équipes, c) Zonage, d) Confirmation des missions et des rôles du comité etc. e) Elaboration du plan d'action jusqu'à l'établissement du comité. |
| 45 min. | <u>G-Cours sur les disciplines et le suivi</u> | L'auto-suivi (suivi par soi-même) et le suivi par personnes externes pour atteindre l'objectif de se discipliner. qui consistent en (1) photos, (2) fiches de suivi et (3) méthode de suivi rapprochée etc. |
| 90 min. | <u>H-Temps de récapitulation</u> | Réaliser un programme récapitulatif en fonction de jugement du formateur. Les méthodes d'application de l'approche 5S ont été imaginées par les questions et réponses (Quiz) au Sénégal. |

Dans la deuxième journée, on organise un « atelier relatif à l'établissement du comité » après avoir expliqué par un cours théorique « le comité et le suivi » qui mène aux deux étapes de S4 (Seiketsu/Standardiser) et de S5 (Shitsuke/Se discipliner/Suivre).

Au début de ces travaux en groupe, on joue un « a) Sketch » avec séance d'un comité comme thème avec participation des participants pour leurs donner la motivation si on dispose du temps. Le sketch est un outil efficace lorsque les personnes analphabètes (par exemple les nettoyeurs etc.) participent à la formation. Ensuite, on passe à l'étape de l'« b)) Identification de tous les membres de l'organisation et séparation en équipes⁵ ». Il s'agit de créer les équipes en mentionnant les noms de toutes les personnes travaillant dans un établissement concerné pour que tout le monde appartienne à une équipe (s ous-comité).



Figure 2 : Exemples d'indication des noms de toutes les personnes travaillant dans l'établissement et de séparation en équipes ⁶



Figure 3 : Exemple de zonage

Une fois divisé en plusieurs groupes (sous-comités), procéder au « c) Zonage ». Lors du zonage,

⁵ Les équipes signifient ici les équipes d'amélioration du travail (EAT).

⁶ Cette photo montre un exemple d'un centre de santé composé d'environ 30 personnes. En séparant le centre en 6 équipes, les noms de 5 personnes (en moyenne) sont mentionnés (6 équipes x 5 personnes = 30 personnes).

réaliser les croquis de l'ensemble du centre si les participants appartiennent aux petits centres de santé ou de leur service si les participants appartiennent à un grand hôpital.

Ensuite, on détermine les zones de chacune de ces équipes venant d'être fixées en traçant les lignes de frontière sur la carte d'une manière visuelle. Expliquer dans le cadre de la formation par exemple qu'on trouve souvent les déchets délaissés derrière le bâtiment des établissements de la santé. C'est parce que personne ne sait qui doit s'occuper du nettoyage de cette zone.

Si on dispose encore du temps, aborder aux thèmes suivants d'imaginer « les responsabilités et les rôles du chef (manager), du comité 5S et des sous-comités du 5S ». Identifier ensuite les actions à effectuer chacun au niveau de son établissement juste après la formation en mentionnant environ 3 points pour établir le « e) plan d'action jusqu'à l'établissement du comité ». Il s'agit d'élaborer un plan par exemple, « organiser une réunion pour sensibiliser les personnes qui n'ont pas pu participer à la formation » ou « procéder à l'élection pour l'établissement du comité 5S ».

Il a été expliqué qu'une série d'actions ci-dessus de a) Sketch, b) Identification de tous les membres de l'organisation et séparation en équipes, c) Zonage, d) Confirmation des missions et des rôles du comité etc., et e) Elaboration du plan d'action jusqu'à l'établissement du comité, sont les travaux préparatoires pour la réalisation de l'étape de S4 Seiketsu (Standardiser).

Dans le cadre de l'explication sur S5 Sitsuke (se discipliner/suivre), il a été expliqué de la méthodologie pour effectuer le suivi (la supervision) en plus du point de « respecter les règlements » (voir l'histoire 3 pour l'explication plus détaillée).

Enfin, procéder à la discussion de synthèse de deux journées de formation à la fin. On peut organiser une séance de Quiz qui permet de mesurer le degré de compréhension des participants.

< Exemple 2 > Méthode d'explication du 5S ventilée en étapes concrètes pour faciliter la compréhension

Les actions du 5S étant celles assidues d'aménagement de l'environnement quotidien, il est difficile de faire comprendre avec seule l'explication de sa notion. Ici, nous montrons les étapes de l'approche 5S en appliquant les exemples à chaque étape à l'aide d'une partie des matériels utilisés dans le cadre de la formation.

(1) Explication sur l'application des étapes de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systématiser) et de S3 (Seiso/Salubrité) aux bouteilles d'oxygène

La Figure A (de la page suivante) montre la situation d'avant et d'après l'application. Comme montre la photo de la situation d'avant de gauche, les bouteilles d'oxygène pleines et vides étant mélangées, les actions inutiles de déplacer les bouteilles vides à l'endroit d'utilisation etc. étaient souvent provoquées. De ce fait, on a fixé un règlement de mettre les bouteilles pleines au côté gauche et celles vides au côté droit du couloir. Il s'agit d'une action consistant à séparer « les choses nécessaires et les choses inutiles ». Et, comme montre la photo de droite, un panneau d'affichage « Bouteilles pleines » et un autre « Bouteilles vides » sont fixés sur les deux côtés du couloir. Ici, on voit l'action de systématiser de rendre facile à utiliser les matériels nécessaires tout en facilitant la compréhension de tout le monde.

Ensuite, il faut expliquer de l'importance du nettoyage jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de déchet en rendant l'endroit propre et scintillé.

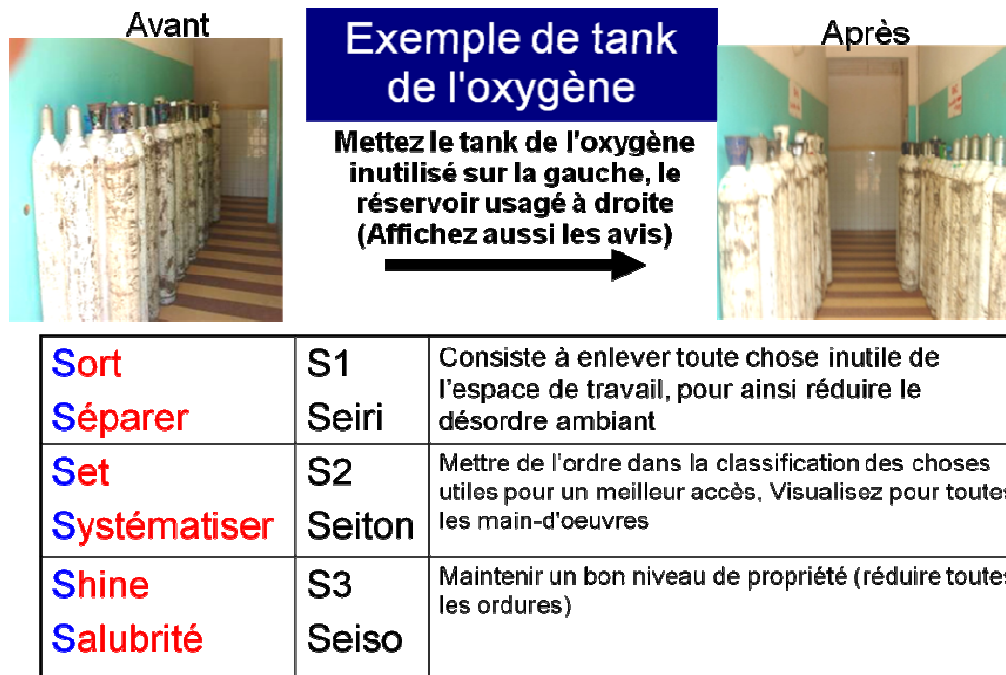


Figure 4 : Exemple de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systematiser) relatif aux bouteilles d'oxygène



Figure 5 : Exemple de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systematiser) relatif au magasin de médicaments

(2) Explication de S1 (Seiri/Séparer) et de S2 (Seiton/Situer/Systematiser) dans un magasin de médicaments

Avec la photo d'avant (photo de gauche) du magasin de médicament, on peut apercevoir les cartons ou les boîtes de médicaments dispersés. Ce qu'il faut faire ici, l'action de séparer les matériels nécessaires et les cartons inutiles (S1 : Seiri/Séparer). Ensuite, si on voit la photo de droite, on voit que les noms

de médicaments sont indiqués sur les armoires. Ceci est le résultat de l'action de S2 (Seiton/Situer/Systématiser) qui indique où il faut mettre les médicaments. On explique que le fait de déterminer un endroit pour mettre chaque matériel comme tout le monde a sa maison qu'il rentre tous les soirs, est la manière de pensée de l'étape de S2 (Seiton/Situer/Systématiser).

En effet, il existait nombreux cas de rupture de stock ou de médicaments périmés au niveau du magasin de stockage de médicament du centre de Tambacounda. Une des raisons était non-existence d'actions de S1 (Seiri/Séparer) et de S2 (Seiton/Situer/Systématiser). Découper les boites vides de médicament pour afficher sur les étagères est une méthode visuelle efficace (cette méthode est adoptée par le Centre National de Recherche Médicale du Japon).

- (3) Explication des étapes de S1 (Seiri/Séparer), de S2 (Seiton/Situer/Systématiser), et de S4 (Seiketsu/Standardiser) avec l'exemple du parking d'établissement de la santé

Terrain de parking de l'hôpital provincial (en 2007)



| | | |
|---|----------------------------|---|
| Sort Séparer | S1 Seiri | Consiste à enlever toute chose inutile de l'espace de travail, pour ainsi réduire le désordre ambiant |
| Systematize Systématiser | S2 Seiton | Organiser tous les nécessaires en ordre adéquat pour l'opération facile |

Figure 6 : Exemple de S1 (Seiri/Séparer) et de S2 (Seiton/Situer/Systématiser)

Généralisation de l'hôpital provincial au département des affaires médicales provinciales

**Hôpital provincial
Tanbacounda En 2007**



**Département des affaires
médicales provinciales
Tanbacounda en 2010**



| | | |
|---|------------------------------|--|
| Standardize Standardiser | S4 Seiketsu | Développer les normes pour les procédures de 3S: Seiri, Seiton, Seiso |
|---|------------------------------|--|

Figure 7 : Exemple de standardisation du parking

Comme on voit souvent les carcasses de véhicules ou les pneus usés dans les établissements de la santé du Sénégal, on prend les vieux pneus usés comme thème (Figure 3). Nous avons déjà parlé que le tri des matériels utiles et inutiles consiste à l'étape S1 (Seiri/Séparer). Or, ici, les gens ont trouvé l'utilité des vieux pneus usés. La photo de la Figure 3 montre qu'on peut gérer systématiquement le stationnement des véhicules (S2 : Seiton/Situer/Systématiser) jusqu'alors garés d'une manière désordre.

Ce qui est intéressant ici, ces exemples du CHR de Tambacounda sont vulgarisés aux autres établissements de la santé. Si la photo de la Figure 3 montre l'exemple du CHR, étant prise en février 2010, la photo de droite de la Figure 4 montre la Direction Régionale de la Santé où les aires de stationnement ont été fixés depuis.

Le mot « Seiketsu (S4) » signifie que « les 3S de Seiri (Séparer), de Seiton (Situer/Systématiser) et de Seiso (Salubrité) sont standardisés est maintenus » dans l'approche 5S. Ici, la standardisation signifie « (que les 3S) sont répandus et ancrés ». Dans le cadre de la formation, il a été expliqué que les 3 étapes suivantes de standardisation existent.

- Dans un service donné, les actions de 3S de Seiri (Séparer), de Seiton (Situer/Systématiser) et de Seiso (Salubrité) sont élargies d'une partie à l'ensemble du personnel. Par exemple, l'étape où les actions du 3S sont élargies au niveau de tout le personnel (15 personnes) du service obstétrique or seules quelques personnes les pratiquaient au début.
- L'étape où les actions sont élargies au niveau des autres services tels que la médecine interne, la chirurgie ou le magasin de stockage de médicaments alors qu'elles étaient pratiquées seulement au niveau d'une partie de l'hôpital tel que le service obstétrique.
- L'étape où l'exemple de pratique d'un centre de santé est élargi au niveau de l'ensemble de la zone tel que les autres centres de santé.

L'exemple d'ingéniosité du parking ci-dessus correspond à l'étape c) étant donné qu'il s'agit d'un exemple d'élargissement du CHR à la Direction Régionale de la Santé.

<Exemple 3> Essai au Centre de santé de Tambacounda de la région de Tambacounda de la République du Sénégal (Première partie : Formation du 5S mise en œuvre spontanément)

Le personnel du Centre de santé de Tambacounda ayant reçu la formation des leaders sur les S1 (Seiri/Séparer), S2 (Seiton/Situer/Systématiser) et S3 (Seiso/Salubrité) a organisé la formation du 5S spontanément le 1^{er} août 2009. 45 personnes qui correspondent à environ 70% du Centre de santé de Tambacounda y compris les nettoyeurs, les gardiens ou les accoucheuses ont participé à cette formation. Sans l'aide financière de la JICA, les repas, les perdiemes ou les frais de déplacement (3000 FCFA = 6.5 USD par personne (avec le taux de change du 1er août 2009) ont été financés à 100% par le budget du Centre.

La Directrice du Centre de santé de Tambacounda a présenté le contenu de cette formation en recherchant elle-même les sites webs français des affaires traitant le thème du 5S. En circulant l'intérieur du Centre préalablement, elle a même montré les points d'amélioration en prenant les photos numériques.

La grande partie de cette partie de la formation a été réalisée en wolof (langue locale). Les personnes qui n'ont pas appris le français ou qui ne savent pas lire ni écrire travaillent avec le personnel qualifié de médecins ou d'infirmiers. Il est donc nécessaire de prendre en considération de la langue utilisée pour la formation ou de la fréquence d'utilisation des lettres. Les personnes analphabètes ont participé à l'analyse en dessinant les cartes etc. Les outils participatifs visuels de la cartographie etc. sont conçu pour permettre la participation de tout le monde (les personnes alphabétisées et analphabètes). Dans la partie d'après midi de la formation, en mettant en pratique les actions du 5S immédiatement, les participants ont rangé les bureaux ou les bureaux en séparant en plusieurs groupes. Un groupe a mené une activité d'enlever une centaine d'aiguilles de dépistage de VIH usées qui étaient jetées sans soin particulier.

En effectuant la discussion après les travaux pratiques, les participants ont compris qu'il s'agissait des aiguilles qui ont été apportées par quelqu'un du centre de la jeunesse qui se trouve à l'extérieur du Centre de santé. De ce fait, une opinion qu'il est nécessaire de surveiller les personnes pénétrant dans l'enceinte du centre par les gardiens de l'entrée de l'établissement qui participaient à cette formation a été exprimée.

Or, la Directrice du Centre a exprimé son opinion qu'il faut arrêter de chercher le criminel qui a jeté les aiguilles de dépistage. Si on doit respecter de jeter ce genre d'aiguilles dans une boîte de sécurité (carton), c'est notre centre qui a un incinérateur⁷ doit prendre en charge. Nous devons aborder à ce problème tout en sollicitant la participation du Directeur Régional de la Santé afin d'examiner les méthodes de collecte des aiguilles usées par les postes de santés ou les centres de jeunesse.

(Deuxième partie) Des pas en avances et en arrières au niveau du Centre de la santé causés par l'inexistence du Leadership

L'expert Japonais a effectué une visite environ 6 mois plus tard. Les nombreux points d'amélioration tels que le traitement des déchets accumulés ou l'introduction d'un nouveau système de transport des aiguilles usées par la boîte de sécurité au niveau des centres de jeunesse, ont été observés. D'un autre côté, les activités du comité 5S stagnaient. La principale raison de cette stagnation était le départ des personnes qui prenaient l'initiative par la mutation ou le départ à la retraite des 3 membres centraux tels que la Directrice et des membres centraux du comité.

Avec cette situation, l'importance du programme de formation sur les S4 Seiketsu (Standardiser) S5 Sitsuke (se discipliner/suivre) a été reconnue de nouveau. Selon notre enquête, les activités du comité 5S de ce centre étant menées d'une manière déséquilibrée comme le cas de beaucoup d'autres établissements, par une partie des cadres supérieurs, les sous-comités, c'est-à-dire les équipes d'amélioration du travail (EAT) n'étaient pas formés dans l'organisation. La plupart du personnel ne

⁷ Les aiguilles usées sont traités par l'incinération en général dans cette région.

pouvant pas participer aux activités réelles d'une manière quotidienne dans de telle situation, il est difficile d'avoir une motivation pour participer aux activités du 5S.

Alors, nous avons sollicité aux toutes les personnes travaillant dans l'établissement d'appartenir à quelconque sous-comité en organisant le programme participatif de la formation de la deuxième journée en mentionnant les noms de tout le monde. En travaillant ainsi en équipe, on peut laisser une possibilité d'avoir un successeur du leader au cas où le leader serait muté ailleurs, comme la mutation du personnel est souvent observée au Sénégal.

<Exemple 4> Faux pas du CHR de Tambacounda et propositions d'amélioration

Les problèmes que nous venons de voir ci-dessus des petits centres de santé ont été aussi observés au niveau de l'hôpital régional dont la taille est relativement important avec un personnel d'environ de 180 personnes. Dans les grands hôpitaux, même si nombreux comités ou commissions ont été formés avec les responsables désignés, la plupart de ces instances est presque momifiée (quasi inexistante).

De même, il n'y a qu'une dizaine de personnes qui participent d'une manière vive aux activités du comité 5S qui a été crée il y a deux ans. C'est-à-dire, plus de 170 personnes ne participent pas aux activités du 5S d'une manière active. Les points d'amélioration ci-dessous ont été donc discutés avec les personnes concernées de l'hôpital.

- Renforcer à la fois le comité 5S qui se situe à l'amont de la gestion, faire participer tout le personnel en le faisant appartenir à quelconque sous-comité en créant les sous-comités (équipes) au niveau de chaque service (médecine interne, gynécologie, chirurgie etc.).
- Créer une situation d'une compétition amicale (Friendly Competition en anglais) entre les équipes de l'hôpital. Une réunion de présentation de résultats à la fin de chaque échéance avec la remise de prix 5S est une possibilité.
- Quant au Président du comité 5S, la tendance de rester d'une manière semi-permanente une fois élu étant constatée, prévoir un mandat d'une année ou deux années. Il est aussi élire le Président par le vote.
- Effectuer la formation du 5S en deux étapes. Première étape qui est la formation sélective consiste à effectuer la formation destinée aux leaders (représentants) de chaque service. Deuxième étape qui est la formation non sélective est destinée à tout le personnel y compris les nettoyeurs, les gardiens ou les chauffeurs d'ambulances (la formation non sélective dont tout le personnel participe est effectuée dans le cadre des formations de 5S etc. au niveau de l'hôpital modèle du 5S-KAIZEN-GQT au Japon de l'Hôpital d'Iizuka).

Suite à ces discussions, une élection pour sélectionner un nouveau Président du comité 5S étant organisée au mois de février 2010, il y a eu un changement du Président. Nous devons garder un regard attentif si le 5S peut être ancré au niveau de cet établissement ou pas.

<Exemple 5> Méthode pour expliquer « Shitsuke (S5 : se discipliner/suivre) » à l'aide d'exemples du suivi

Nous expliquons le mot « Shitsuke (S5: se discipliner/suivre) » en utilisant le terme de « se discipliner (Self-Discipline en anglais) » pour faire comprendre sa notion.

Ce terme a été par ailleurs expliqué à l'aide du mot « Supervise » en anglais qui signifie « l'action de superviser » ou du mot « Suivre » qui signifie « l'action du suivi » en français⁸.

En effet, pour mener les activités du 5S d'une manière durable, il est nécessaire d'établir le système du suivi ou de la supervision. On peut alors penser que le non-ancrage des activités du 5S dans cette région est causé par l'absence de ce genre de système.

⁸ Le mot « Suivre » veut dire « effectuer le monitoring (suivi) », et « garder l'attention ». On trouve aussi la traduction du mot « Shitsuke » en français de « Suivre des Règles » dans les documents sur l'approche 5S traduits en français.

Même s'il existe plusieurs méthodes pour effectuer le suivi assurant la durabilité des activités du 5S, nous avons sélectionné 3 points de vue suivants suite à l'examen conjoint avec les personnes s'occupant de la santé et de la médecine ou le personnel de la Direction Régionale de la Santé de la région de Tambacounda.

- a. Point de vue de metteur en œuvre du suivi
- b. Point de vue de l'occasion du suivi
- c. Point de vue de la méthodologie du suivi

(1) Point de vue de metteur en œuvre du suivi

(« Auto-suivi » et « suivi par personne externe »)

Premier point de vue mettant l'accent sur la personne effectuant le suivi, nous séparons en auto-suivi que le metteur en œuvre des actions effectuée lui-même et en celui effectué par les personnes d'extérieur.

Pour le cas du CHR de Tambacounda, on peut considérer le suivi effectué par les sous-comités comme auto-suivi, et celui des sous-comités effectué par le comité 5S comme suivi externe.

En prenant les 7 centres de santé dispersés dans la région de Tambacounda, le suivi effectué par le personnel de chaque centre peut être considéré comme auto-suivi. Le personnel de la Direction Régionale de Tambacounda procède à la supervision des centres une fois tous les 3 mois en effectuant la patrouille. Or, si on effectue le suivi à cette occasion, on peut le considérer comme partie du suivi des personnes d'extérieur.

Le problème qui se pose ici, c'est comment former les moniteurs qui jouent le rôle moteur (les personnes ayant le niveau de la « ceinture noire ») étant donné que la plupart des personnes n'a jamais vu une organisation idéale qui a atteint au niveau où les étapes de 5S sont dépassées qu'on peut voir au Japon ou au Sri Lanka.

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des metteurs en œuvre de l'auto-suivi et du suivi des personnes externes (exemple de la région de Tambacounda)

| | Auto-suivi | Suivi des personnes externes |
|--|--|--|
| Cas de 7 centres de santé (environ 20-60 personnes pour un centre) | Personnel du centre | Personnel de la Direction Régionale de la Santé etc. |
| Cas du CHR (environ 180 personnes) | Chaque sous-comité (équipe d'amélioration du travail) du CHR | Comité du 5S du CHR ou gestionnaire du 5S (Direction Régionale de la Santé etc.) |

(2) Point de vue de l'occasion du suivi (suivi ambulante et suivi par réunion)

Deuxième point de vue consiste en occasion du suivi qui peut être résumé comme suit (voir le Tableau 4).

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des occasions du suivi ambulante et du suivi par réunion (exemple de la région de Tambacound)

| | Suivi ambulante | Suivi par réunion |
|--|--|--|
| Cas de 7 centres de santé (environ 20-60 personnes pour un centre) | Occasion de la supervision ambulante effectuée 1 fois tous les 3 mois par le personnel de la Direction Régionale de la Santé | Occasion de la réunion de coordination tenue 1 fois tous les 3 mois sous l'initiative de la Direction Régionale de la Santé |
| Cas du CHR (environ 180 personnes) | Occasion de la visite ambulante du gestionnaire du 5S ou du comité 5S des activités des sous-comités de chaque service etc. | Occasion de présenter les résultats d'activités en réunissant les membres de chaque service de consultation (réunion du comité de 5S est possible aussi) |

Le fait qu'on peut aborder aux problèmes sur place avec l'ambiance réelle est l'avantage du suivi ambulatoire et le partage de mêmes informations par les personnes venant de plusieurs établissements (ou services) est celui du suivi par la réunion. Comme il y a des points forts et faibles pour chaque méthode, il est souhaitable de les combiner.

(3) Point de vue de la méthodologie du suivi

Les 3 points suivants sont proposés comme méthodologie concrète du suivi permettant d'atteindre à l'étape de « Shitsuke (S5: se discipliner/suivre) ».

- a. Suivi profitant des photos (méthode d'observation stationnaire)
- b. Suivi profitant de fiches de suivi
- c. Suivi rapproché (supervision)

a. Suivi profitant des photos (méthode d'observation stationnaire)

Il s'agit d'une méthode d'observation appelée l'« observation stationnaire », fréquemment utilisée sur le terrain où le 5S est appliqué au Japon, qui consiste à prendre plus de deux photos sous le même angle en périodes différentes d'avant et d'après. Nous pensons que cette méthode est praticable vu le nombre croissant de personnes possédant les appareils photos numériques ou les téléphones portables équipés d'appareil photo numérique au niveau de tous les hôpitaux ou les centres de santé.

Surtout, pour l'auto-suivi, les membres d'un sous-comité (EAT) devront prendre par exemple les photos de 10 endroits qu'ils veulent améliorer avant de mettre en œuvre les activités. Il est possible d'afficher les photos imprimées (en noir et blanc par exemple) pour montrer la volonté d'améliorer ces points. Et prendre des photos sous les mêmes angles 1 mois ou deux mois après afin de voir le degré d'amélioration.

Pour le suivi par les personnes d'extérieur, le personnel de la Direction Régionale de la Santé effectue par exemple la visite ambulatoire de 7 centres de santé dans la même période pour prendre respectivement 5 et 10 photos des bons exemples et des points à améliorer. Et montrer les 70 photos au total prises au niveau de 7 centres de santé lors d'une réunion du suivi organisée 1 fois tous les 3 mois. On peut récompenser les 3 meilleures améliorations en prévoyant les prix de 5S (et afficher le résultat au niveau des tableaux d'affichage de chaque établissement de la Santé etc.).

La visualisation a une importance majeure dans le processus de l'approche 5S. Or, facilitant la compréhension des participants, le suivi à l'aide des photos est un outil remarquable qui permet aussi la compréhension chez les personnes analphabètes.

b. Suivi profitant de fiches de suivi

Cette méthode semble être appropriée lors de l'évaluation des plusieurs établissements d'une manière horizontale. Par exemple, en cas d'évaluation par points des 7 centres de santé par la Direction Régionale de la Santé ou des divers services du CHR par le comité 5S, cette méthode peut donner maximum d'efficacité.

En plus, ce format de suivi peut être utile par rapport à la méthode d'observation stationnaire, lors de l'évaluation de la fréquence d'organisation des réunions du comité 5S qui est difficile à rendre visuelle.

Il s'agit d'une méthode où la même personne (groupe) visite plusieurs établissements une fois tous les 3 mois, voire tous les 6 mois en marquant les résultats sur les fiches de suivi et présente les valeurs ainsi obtenues lors de la réunion du suivi. Donnant les résultats (classement) précis, cette méthode apporte plus d'efficacité.

D'un autre côté, ayant plus de personnel analphabète surtout au niveau du personnel non médical, l'utilisation de fiche de suivi pour l'auto-suivi des établissements de la Santé a certaine limite en fonction des régions. Il faut penser aussi au fait que le résultat obtenu n'a pas beaucoup de sens comme l'évaluation est faite par les personnes différentes avec point de vue différent, même si on

donne des fiches d'auto-évaluation à chaque établissement pour puiser un résultat par l'organisme en amont.

c. Suivi rapproché (supervision)

Il s'agit d'une méthode qui est proche de la supervision ou de l'entraînement pour la recherche de solution par discussion, adoptée lorsque les personnes d'extérieur ou le leader de chaque sous-comité effectuent un suivi tête-à-tête des autres membres. Les personnes sur le terrain ne peuvent pas avoir une image d'un exemple concret si elles ne connaissent pas d'«une méthode de rangement ». Alors, si la personne s'occupant du suivi peut penser ensemble les solutions ou dispose d'un peu de temps pour faire la démonstration du rangement, les effets deviennent plus importants.

Le suivi qu'on parle ici ne vise pas forcément de laisser les enregistrements comme le cas des points a. et b. ci-dessus, il est quand même recommandé de prendre des photos ou de prendre des notes.

< Exemple 6 >

Écrit par Ms Kasumi OGAWA, IC Net Limited

Exemple de proposition de mesure d'amélioration de méthode de traitement des aiguilles usées par la notion du 5S

Nous avons compris que le traitement des déchets médicaux à savoir les aiguilles usées est le premier problème à résoudre dans cette région à travers les formations et les études. De ce fait, un programme suivant composé de quiz et des exposés (présentations) relatifs au traitement des déchets médicaux a été réalisé dans le cadre de la formation du 5S.

Pour les quiz, divisés en plusieurs équipes (par organisme d'appartenance), les participants ont joué les jeux par équipes. L'objectif de ces quiz était à la fois de partager les connaissances et le savoir-faire entre les participants et de faire proposer les solutions à travers la discussion en ciblant uniquement sur le thème du traitement de déchets médicaux. Les questions devaient mettre à l'évidence à la fois la situation actuelle et les problèmes existants sur la base du résultat de l'étude et des documents existants (et l'étude de la situation actuelle) des programmes nationaux ou de l'OMS sur la prévention des infections nosocomiales. Ci-dessous est un exemple de questions posées.

| | |
|----------|--|
| Question | Choisir la réponse exacte parmi les choix suivants. Au cas où un centre de santé devrait effectuer le traitement intermédiaire et définitif des déchets médicaux dans son enceinte, quelle est la méthode de tri recommandée par l'OMS ? |
| Choix | <ol style="list-style-type: none"> 1) Déchets tranchants et autres types de déchets (2^{ème} catégorie) 2) Déchets tranchants, déchets infectés et déchets non-infectés (3^{ème} catégorie) 3) Déchets tranchants, déchets infectés, déchets pathologiques et déchets non-infectés (4^{ème} catégorie) 4) Déchets tranchants, déchets infectés, déchets recyclables, et déchets biodégradables (4^{ème} catégorie) |
| Réponse | 2) Déchets tranchants, déchets infectés et déchets non-infectés (3 ^{ème} catégorie) |

La raison par laquelle on a choisi cette question était que les 5 centres de santé de cette région effectuent la méthode de tri du 1) or la méthode recommandée par l'OMS et du 2). Avant et après répondre à la question, les participants ont procédé à la discussion au sein de leur équipe ou entre les équipes sur les sujets suivants.

- La réponse qu'on pense exacte et la raison.
- Pourquoi la méthode recommandée par l'OMS est-elle souhaitable ? La situation de l'établissement que chacun appartient et pourquoi ils ne mettent pas en œuvre la méthode recommandée par l'OMS chez eux

Les informations relatives au problème du traitement de déchets médicaux de la région ont été partagées à travers ces discussions. Surtout, l'existence d'établissement de la santé utilisant les

aiguilles de couture pour le perçage (des oreilles etc.) et de la réutilisation des aiguilles était constatée par notre étude. Le fait de partager les informations sur la pratique ou la coutume dont les risques sont élevés et les problèmes existants entre les établissements de la santé de la région était une occasion pour l'amélioration de la situation actuelle du traitement des déchets médicaux.

Comme le montre le Tableau 3 ci-dessous, les points concrets des activités de 5S relatifs au traitement des aiguilles usées peuvent être résumés comme suit⁹. Nous avons présenté les exemples concrets des activités du 5S aux participants en indiquant ce tableau récapitulatif et les bons et mauvais exemples des points d'activités par les photos en vue de faciliter la compréhension la méthode du 5S.

Tableau 5 : 5S dans le cadre du traitement des aiguilles usées

| | | |
|------------------------------------|----|---|
| Seiri (Séparer) | S1 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rejeter les aiguilles usées sans exception (ne doivent pas être réutilisées) ✓ Trier les aiguilles usées et les autres déchets d'une manière appropriée |
| Seiton (Situer/Systématiser) | S2 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduire et mettre en œuvre un système à haute sécurité à toutes les étapes. <ul style="list-style-type: none"> · Mettre en place les boîtes de sécurité aux endroits appropriés. · Faire le codage en couleur ou le marquage facile à comprendre sur les récipients ou les lieux de stockage des déchets médicaux. · Les aiguilles usées devront être mises dans une boîte de sécurité immédiatement après leur utilisation. · Fixer le lieu de collecte des boîtes de sécurité. · Déterminer l'itinéraire et le calendrier de collecte et de transport des boîtes de sécurité. · Les déchets infectés doivent être stockés dans les lieux sûrs (qu'on peut fermer à clé etc.) où seules les personnes concernées peuvent pénétrer. · Obliger le port et l'utilisation d'équipements de protection aux personnes traitant les déchets. · Enregistrer l'incinération des boîtes de sécurité. · Incinérer les boîtes de sécurité avec la fréquence appropriée. |
| Seiso (Salubrité) | S3 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ne laisser jamais les seringues ou les aiguilles usés à l'intérieur et à l'extérieur des salles. ✓ Tenir propre les lieux d'utilisation et de stockage des matériels tels que l'aiguille. |
| Seiketsu (Standardiser) | S4 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Standardiser les actions des étapes de S1 à S3 afin de diminuer les accidents par les aiguilles ou d'infection. |
| Sitsuke (Se discipliner/sincérité) | S5 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectuer la fourniture des informations/sensibilisation/suivi en faisant connaître les règlements au personnel et aux utilisateurs pour que chacun puisse les respecter d'une manière durable. |

⁹ Les points des activités du 5S mentionnés ici, ont été établis sur la base des points mentionnés dans les documents de l'OMS en tant que règlement de base ou du contenu d'encadrement des organismes médicaux du Plan Elargi de Vaccination (PEV).

VII-9...Histoire de l'installation de 5S-KAIZEN à l'hôpital de base au Sri Lanka

Écrit par Dr. S Sridharan MD (USSR), M-Sc (Med.Admn.), MD (Col.), Dip. En Informatique, Directeur, Organisation & Développement, Ministère de la Santé, Sri Lanka
Mahiyangana Base Hospital : Hôpital gouvernemental moyen à un hôpital repère

Mahiyangana est l'une des villes anciennes de Sri Lanka. Certains ouvrages rapportent que Bouddha a visité ce lieu sacré. Cette ville est bien connue par le Raja Maha Viharaya, notamment pendant le festival poson assistés par des pèlerins venant des différentes villes du pays. Le secteur agricole constitue la source principale des revenus de la population. Cette ville et ses agglomérations sont connues par une forte concentration de la communauté autochtone (Vedhas).

Un Dispensaire Central, qui existait depuis longtemps dans la ville de Mahiyangana, a été amélioré et devenu ainsi un Hôpital d'Arrondissement, considéré gouvernemental à l'époque, et ce afin de mieux servir les malades. Ensuite, en 1998, en vertu du Plan Directeur de la Santé, l'hôpital a été amélioré pour devenir un « Base Hospital ». Mais ce n'était qu'en 2003 que des consultants ont été affectés à cet hôpital. Même si cet hôpital de Base est situé à l'arrondissement de Badulla, il sert d'autres arrondissements tels que Kandy, Matale, Moneragala, Ampara, puisque Mahiyangana est lié à tous ces arrondissements. Les issus de tous ces cinq arrondissements se rendent donc à cet hôpital. Puisque l'hôpital fait parti du conseil provincial, la direction financière de l'hôpital a été constituée par l'Office du Directeur Régional des Services de la Santé.

En 2004, l'hôpital comptait un personnel de 204 personnes avec cinq consultants et 34 Médecins Examineurs. Cet hôpital comprenait quatre spécialités avec 204 lits. La moyenne des malades du DPE était de 456/jour, et la moyenne des malades au niveau régional était de 267/jour.

L'hôpital a lancé depuis cinq ans le Programme d'Amélioration de la Qualité Continue sous un nouveau leadership. Le superviseur Médical a travaillé au sein de l'Unité de Gestion de Qualité (UGQ) de Castle Street Hospital pour les Femmes (Enseignement) et en qualité de personne-ressource au Secrétariat de la Qualité au sein du Ministère de la Santé et de Nutrition. Il était conscient de l'importance de l'exécution des programmes de l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux. A l'hôpital, il a été clair que "5S est la Solution Adéquate pour Améliorer la Productivité, la Qualité et la Sécurité dans les hôpitaux". Il a été décidé de commencer le programme avec l'introduction des techniques de Kaizen et 5S. Le programme a été réparti en cinq phases comme suit:

- La phase préparatoire;
- La phase d'introduction;
- La phase d'exécution;
- La phase d'expansion; et
- La phase de durabilité.

La phase préparatoire

Au début, une analyse des points forts, faibles, opportunités et menaces « SWOT » a été effectuée. Il a été identifié que la force principale de l'hôpital résidait dans le personnel et son unité. La faiblesse était le manque de connaissance de productivité et de la qualité entre le personnel. Une autre faiblesse concernait l'impossibilité d'identifier les donateurs. L'opportunité était l'assistance fournie par les villageois et l'engagement politique. Une autre opportunité vitale était la volonté du Directeur Régional des Service Médicaux à soutenir le programme. La menace venait de certaines parties influentes du village qui essayaient d'utiliser l'hôpital selon leur propre agenda.

Une équipe consistant de neuf membres, y compris les Médecins Examineurs, les Infirmières en Chef, le Personnel Para Médical, le Personnel Mineur et d'autres catégories de personnel ont été identifiées. Le recrutement de cette équipe a garanti l'inclusion de toutes les catégories du personnel. Les membres de l'équipe ont été soigneusement choisis de manière à intégrer des membres qui

jouissent d'un esprit positif et créatif. Plus tard, cette équipe est devenue une "Equipe d'Amélioration de la Qualité". Cette équipe a été chargée de l'analyse de la situation de l'hôpital. Par ailleurs, elle a détecté les zones vitales qui nécessitent l'amélioration. Pendant l'analyse de la situation, des photos qui montrent la situation ont été prises. L'équipe a identifié 26 zones vitales. La priorité a été donnée à ces zones vitales, en utilisant la matrice importance- performance suite à la discussion avec les chefs des sections de l'hôpital. Lors de l'identification des zones prioritaires, il a été pris en considération des points tels que les soins aux patients, la satisfaction des clients à travers la satisfaction des employés, les attentes des malades non liées à la santé, le temps d'attente etc. Les plus importantes zones identifiées:

1. Système de Décharge;
2. Organisation des gardes, et d'autres unités et établissement de CSSD, CLSD;
3. Besoins humains de base;
4. Qualité de l'environnement du travail & la qualité de la vie professionnelle;
5. Etablissement des magasins de condamnation ;
6. Analyse des informations;
7. Gestion pharmaceutique (Mahiyangana était loin de Badulla par 68 km et s'il y avait un besoin d'urgence d'un médicament, il était nécessaire d'envoyer une ambulance à Badulla; ce qui durerait au moins quatre heures pour avoir le médicament) ;
8. Renforcement des compétences de gestion des directeurs principaux et des cadres moyens;
9. Plans de propositions par les employés, patients, leurs visiteurs et mécanisme de traitement des réclamations ; et
10. Suivi du mécanisme et développement des indicateurs de performance.

La vision, la mission et les valeurs ont été identifiées et diffusées à toutes les catégories du personnel. La vision de l'hôpital est " un Hôpital Respectueux de l'Environnement avec un Service de Qualité fourni au Malade par un Personnel Dévoué », la mission est la suivante « un hôpital public pour fournir, à travers un personnel satisfait, un service de qualité basé sur les besoins et les attentes des gens, en utilisant les ressources de l'hôpital gérées de manière efficace en focalisant la sécurité environnementale » ; la valeur est « des Soins aux Malades en premier lieu ».

Un plan d'action a été développé sur la base des activités citées ci-dessus. Un délai d'exécution était décidé et des personnes responsables ont été identifiées pour chaque activité. Les Directeurs Régionaux et Provinciaux des Services Médicaux ont été informés de l'avancement des activités afin d'approuver les projets à venir.

La phase d'Introduction

La phase d'introduction a été exposée à travers un ensemble de cours présentés par Dr. Wimal Karnadagoda du secrétariat de la Qualité au sein du Ministère de la Santé et de la Nutrition, Mr. Sena Pieris du Centre de la Production Propre et le chef de service de l'hôpital. A ce moment, il paraissait difficile d'inviter les conférenciers de Colombo. Par conséquent, le Chef de Service de l'hôpital a lui-même préparé un programme de formation de quatre heures pour tout le personnel chaque lundi pendant trois mois. Ce programme de formation se base notamment sur les 5S, Kaizen, Equipe d'Amélioration du Travail, Qualité et Productivité. Deux programmes ont été réalisés sur le leadership pour les cadres moyens. Mr. M Thilakasiri, Médecin Consultant de SLIDA, a par la suite présenté deux cours visant le changement des attitudes du personnel. Six mois après le lancement du programme, des formations ont été organisés pour l'arrondissement de Badulla par le Secrétariat de Qualité, accompagnés des visites d'étude, et ce à travers le fonds de la Banque Mondiale.

L'autre activité principale consistait des visites quotidiennes par le superviseur médical. L'infirmier en Chef/ l'infirmier en charge et un organisateur de travail, toujours accompagnés par un SM. Pendant cette visite, ces cadres supérieurs veilleront au transfert des acquis à toutes les catégories du personnel ; ils les enseigneront, les surveilleront, et les formeront. Pendant les week-ends, le SM a visité tous les locaux externes en compagnie du directeur administratif et de l'organisateur de travail. Cette visite a aidé à l'amélioration de l'utilisation de l'espace inutilisé.

La vision, la mission, et les valeurs de l'hôpital ont été exposées dans toutes les unités. Ceci a permis de démontrer au personnel le changement à venir prochainement ; Ce qui a aidé à l'initiation des changements et à la préparation du personnel au changement.

La phase d'exécution

L'exécution des 5S a débuté à la garde obstétrique, la garde pédiatrie, la pharmacie interne, l'OPD comme une étude pilote. Cette exécution a été bien menée par la direction générale. Pendant l'exécution, les dix zones importantes déjà identifiées ont été prises en considération.

- Un processus a été développé pour le système de gestion des déchets (collecte, séparation, transportation et l'élimination finale), et les déchets ont été ramassés suivant le code de couleur standard identifié par l'OMS.

Le code de couleur identifié est précisé comme suit:



Figure 1: Codage couleur à l'hôpital (1)

Exécution de l'organisation des 5S des hôpitaux. Les activités mises en œuvre sont présentées comme suit :

- Les articles indésirables de chaque unité ont été retirés de ces unités en utilisant des bandes rouges, puis envoyés aux magasins de condamnation. Une fois au magasin de condamnation, si un article est jugé utile et nécessaire pour d'autre unité, il est transféré à l'unité qui en a besoin. Si l'article n'est pas nécessaire, il doit être envoyé à d'autres hôpitaux qui ont en besoin. Par exemple, une lampe de la salle d'opération non utilisée à l'hôpital a été envoyée à la salle d'opération de l'hôpital provincial Badulla après la permission du département d'ingénierie médical du Ministère de la Santé. Ces articles indésirables sont contrôlés davantage pour vérifier s'ils nécessitent une réparation. En cas de réparation mineure, les fonds de caisse sont utilisés. Mais pour les réparations majeures, les articles sont envoyés à l'office RDHS pour réparation, en utilisant les procédures d'appel d'offre. Si les articles indésirables sont jugés condamnés, ils seront donc envoyés au conseil de condamnation.

* Un système de contrôle visuel a été développé en utilisant un code de couleur standard. Ils sont :

- Général – Noir
- Infection – Jaune
- Rouge – non stérile, risque élevé, toute chose négative
- Bleue – Stérile, toute chose positive, salle de repos
- Vert – hors danger, quelque chose liée à la qualité
- Marron – indésirables, articles périmés
- Gris – magasins
- Orange –salle froide, produits en caoutchouc réutilisable

- Par exemple les photos suivantes expliquent comment les bouteilles d'oxygène remplies (bleue) et vide (rouge) sont conservées :



Figure 2 : Un code couleur à l'hôpital (2)

- L'alignement et la numérotation ont été insérés dans les tableaux d'affichage, mise en ordre des médicaments, articles médicaux et non médicaux, etc. Par exemple



- Les signes de sécurité ont été affichés en cas de besoin.



- Des “isles” ont été préparés en cas de besoin.



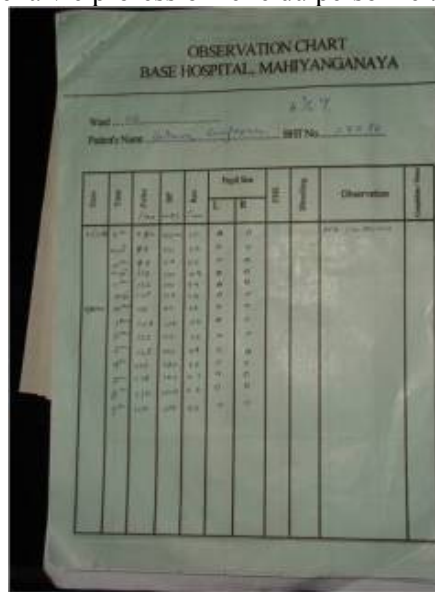
- Les cartes de site, le conseil d'administration et les panneaux de signalisation ont été établies suivant les codes de couleurs standard.



- Des symboles appropriés ont été utilisés là où le besoin est identifié



- Formulaires imprimés, graphiques des médicaments, et les listes de vérification ont été introduites pour éviter toute erreur et améliorer la Qualité de la vie professionnelle du personnel.



- Etablissement et organisation des registres et d'autres documents



- Manque de communication avec le personnel médical dans les gardes. Afin de surmonter cet obstacle, une liste téléphonique a été affichée. Cette procédure a assuré la disponibilité du personnel appelé en temps réel.



- Le Nettoyage Total est l'étape qui précède "la Gestion de la Qualité Totale". Par conséquent, plus d'importance a été donnée à la propreté en utilisant les programmes et des listes de vérification de nettoyage.



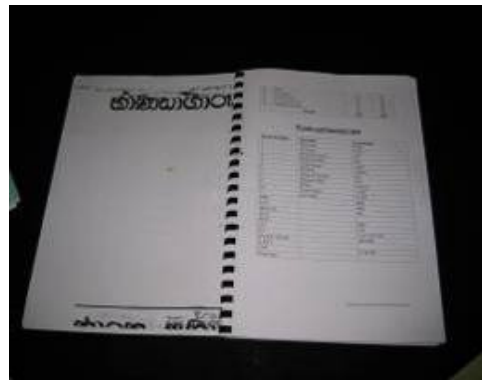
- L'accent a été mis sur les Besoins Humains de Base en augmentant la fourniture des équipements nécessaires aux malades et au personnel, permettant l'accès à l'eau potable, l'amélioration de la propreté des toilettes, le linge et les draps de lit propres etc.,



- L'amélioration de l'environnement professionnel a été effectuée en assurant un environnement propre, aéré et lumineux. Par la suite, toutes les chaises ont été remplacées par des chaises pivotantes; ce qui a permis au personnel de se sentir à l'aise et a réduit l'un des MUDA dans la démarche de KAIZEN au poste de travail (Gemba) ex. mobilité. La qualité de la vie

professionnelle a été améliorée par la simplification du travail du personnel. Celle-ci est effectuée par l'introduction des formulaires imprimés, des graphiques (ces graphiques devront être plus tard élaborés par des infirmiers) des listes de vérification nécessaires, tels que les listes de vérification préopératoire, les listes de vérification de décharges, les listes de vérification postopératoires etc.,

- Le mode de traitement des articles indésirables au sein de l'hôpital a été cité au début. Ces articles indésirables ont été stockés jusqu'au traitement final dans les magasins de stockage généraux et chirurgicaux.
- Plus d'importance a été donnée à l'analyse des informations. Chaque garde tient ses statistiques et l'Assistant chargé du Registre Médical a recueilli toutes ces statistiques et a gardé les statistiques de l'hôpital. D'autres statistiques vitales ont été affichées sur le tableau d'affichage.



- Afin d'éviter un manque de médicaments vitaux, essentiels et coûteux, l'analyse ABC & VEN a été utilisée pour réserver les médicaments; ce qui a permis la disponibilité des médicaments au temps opportun.



- Plus d'importance à la dignité des patients



- Enquêtes sur la satisfaction des clients, propositions, propositions du personnel étaient des composants essentiels de l'amélioration. Les propositions du personnel étaient encouragées par l'Equipe d'Amélioration de Travail (EAT/WIT) et les Plans de Proposition Kaizen. Les Enquêtes de Satisfaction du Client ont été menées et les résultats ont été diffusés lors des réunions partielles des directeurs. Les clients ont été encouragés à exprimer leurs propositions à travers les boîtes de propositions. Par ailleurs, des lettres ont été envoyées dans des enveloppes libellées à l'adresse de l'expéditeur à des malades sous traitement à l'hôpital choisis au hasard. Les lettres souhaitent aux malades une bonne santé et demandent leurs points de vue pour améliorer le service de l'hôpital. Leurs points de vue ou propositions ont été ainsi soulignées à la réunion partielle des directeurs.

- Le Contrôle, le suivi et la formation professionnelle ont été d'autres facteurs importants qui ont contribué à l'amélioration.



- Des réunions cliniques hebdomadaires ont été organisées en vue d'améliorer les connaissances du personnel médical sur les sujets actuels. Des cas intéressants et rares traités pendant cette semaine ont été discutés pour que le personnel médical se familiarise avec ces cas.
- Le bien-être et la santé spirituelle du personnel ont été pris en considération. Ces activités développent une ambiance conviviale entre les différentes catégories de personnel.



La phase d'expansion

Les leçons apprises pendant la phase d'introduction ont été échangées entre les directeurs de différents niveaux. Cela a inspiré la confiance des directeurs qui n'étaient pas positive à l'égard de ce programme. Finalement, toutes les unités ont tiré profit du Programme d'Amélioration Continue de la Qualité à travers l'approche des 5S, la productivité.



En ce moment, après un an passé depuis le lancement de ce programme, le Superviseur Médical devait quitter cet hôpital. Le Superviseur Médical intérimaire a continué l'exécution de ce programme avec beaucoup de motivation parce qu'il était aussi impliqué lors du lancement de ce programme. Ensuite, comme déjà mentionné, l'Equipe d'Amélioration de la Qualité était bien informé des activités à poursuivre. Cela indique que ce programme d'amélioration peut bien continuer même après le départ raisonnablement motivé du directeur de l'institution.

- L'établissement du CSSD et du CLSD est aussi important pour réduire le taux d'infection et la tâche de l'inventaire des infirmiers en charge. Par conséquent, le CSSD et le CLSD ont commencé par les ressources disponibles.



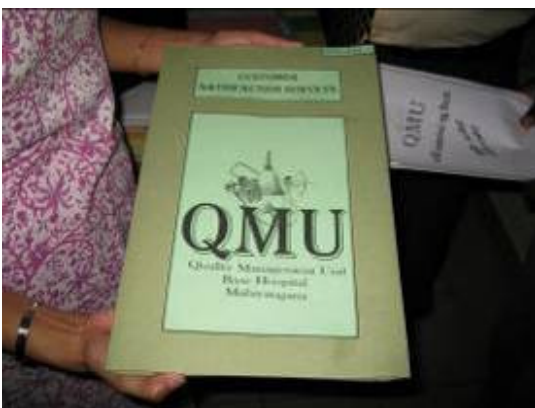
- Les critères de sélection des meilleurs employés parmi les différentes catégories du personnel sont arrêtés par l'Equipe de Développement de la Qualité après consultation de toutes les catégories du personnel. Par la suite, les employés de différentes catégories ont été sélectionnés selon ces critères.
- Les enquêtes sur la satisfaction des clients et la satisfaction des employés étaient en cours. Ces enquêtes ont été bénéfiques pour l'identification des attentes des clients. Quand le plan d'action a été élaboré, ces enquêtes étaient prises en considération.
- Les réunions d'évaluation de la performance et les audits cliniques ont été menées de manière régulière. Le personnel de toutes les catégories et quelques soit leurs postes était invité à prendre part à ces réunions.
- L'hôpital a été apprécié par le PDHS, RDHS, et d'autres organisations gouvernementales ainsi que par le public. Il a été décidé de nommer l'hôpital comme hôpital de référence pour tous les hôpitaux dans l'arrondissement de Badulla.

- Le personnel est informé des objectifs de l'hôpital en plus de la vision, la mission et des valeurs.

La phase de durabilité

La phase de durabilité a commencé après l'exécution des 5S et du concept de productivité dans toutes les unités. L'Equipe de l'Amélioration de la Qualité a grandement contribué au succès de la durabilité.

- Pour plusieurs raisons, l'Unité de Gestion de la Qualité n'était pas établie et le travail lié à la qualité était effectué directement par le Chef de service Médical. Pendant cette phase, l'Unité de Gestion de la Qualité a été établie, doté d'un personnel permanent pour organiser le travail lié à la qualité.



A ce stade, le personnel au niveau opérationnel et le personnel mineur étaient impliqués et formés. Même si le service de nettoyage et de sécurité était un service sous-traité, les employés de ces services avaient aussi un rôle important dans le programme.

Les enquêtes sur la satisfaction des clients et des employés continuent à être exécutées et les résultats sont utilisés comme les cas précédents.

Les réunions d'évaluation de performance et de contrôle se poursuivent.

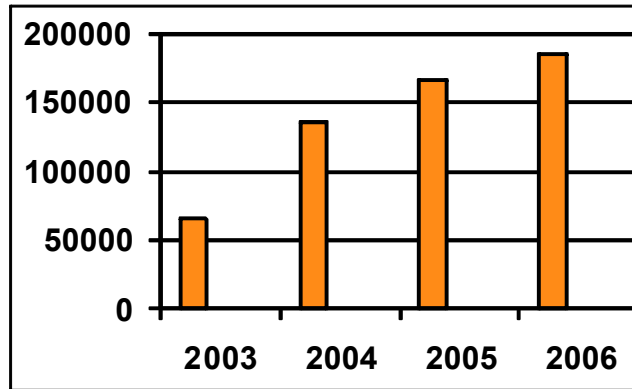
A cette étape, plus d'importance a été donnée aux activités de Kaizen et aux plans de proposition de Kaizen.

L'hôpital a déposé sa candidature pour remporter des prix. Il a effectivement remporté plusieurs prix, y inclus le prix de Productivité, Taiki Akimoto Award etc,

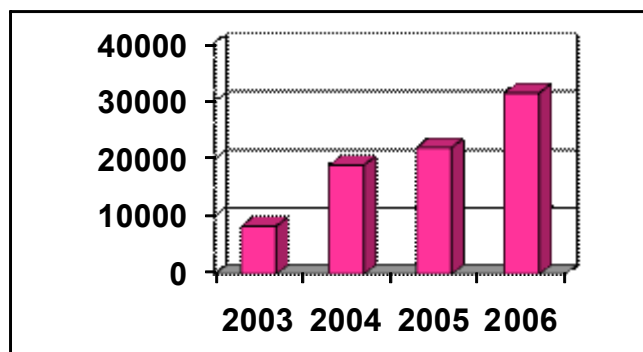
Résultats

Les résultats de ce changement ont été très bénéfiques. Certains résultats sont présentés ci-dessous.

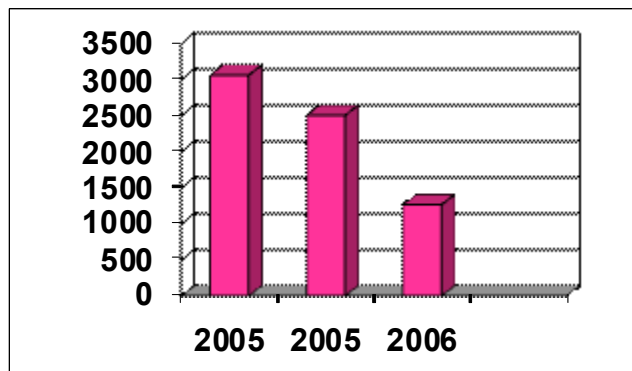
- Le nombre des malades qui visitent le Département des Patients Externes a considérablement augmenté.



- Le nombre des malades visitant les cliniques médicales a considérablement augmenté.



- Forte baisse dans les taux d'infection, et des décès maternels.
- Etablissement de l'analyse des coûts. Elle assure une réduction considérable du coût. Le graphique suivant présente le coût par malade.



Comparaison avant et après l'exécution du programme :

Il est toujours intéressant de comparer la situation avant et après l'exécution. Ces changements sont illustrés comme suit :

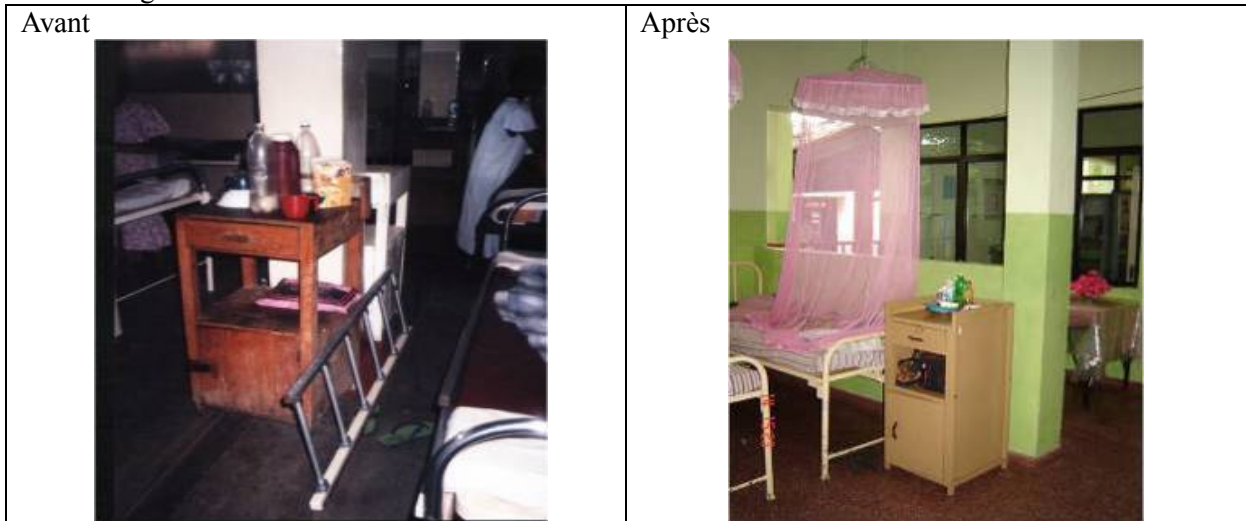
- L'entrée au Département des Patient Externe



- La salle d'attente



- Les gardes



- Les Besoins Humains de Base

Avant



Après



- Cuisine

Avant



Après



- Elimination des déchets

Avant



Après



- Environnement sain



- Toilets



Conclusion:

En fin des années 1990 et début 2000, l'hôpital Mahiyangana était connu comme un lieu de transfert de la peine. Aujourd'hui, plusieurs organisations gouvernementales et privées choisissent l'hôpital Mahiyangana pour leur voyage d'étude. En 1997, des participants venant de huit pays africains ainsi que des délégués japonais ont visité cet hôpital dans le cadre d'une visite d'étude financée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA). Depuis, plusieurs directeurs médicaux internationaux ont visité cet hôpital pour assister à l'amélioration remarquée. La plus part des commentaires des visiteurs faisaient référence aux changements réalisés à moindre coût et ils ont trouvé que pour l'exécution de l'approche des 5S, des concepts de Productivité et de Qualité, ils n'ont pas besoin d'argent, mais d'une grande attitude et d'un état d'esprit très positif.

VIII...Templates

VIII-1...Fiche de Contrôle et Evaluation de l'avancement des Activités de 5S

FICHE DE CONTRÔLE ET D'EVALUATION D'AVANCEMENT DES ACTIVITES DU 5S

Date: / /

(jour / mois / an)

| | HOPITAL | DÉPARTIMENT | | | | | remarques - entrer le résultat dans cette colonne |
|----------|---|----------------------------------|----------|------------|------|-----------|---|
| | | Mal | Passable | assez bien | bien | très bien | |
| 1 | DIRECTION DU CEO ET DE GESTION DU 5S Rôle et engagement de la direction, durabilité des activités du 5S, programme de formation des managers intermédiaires, mise en place des comités du 5S, campagnes du 5S | | | | | | |
| 1.1 | Engagement, connaissances, conscience sur les 5S de la Direction et des superviseurs | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1.2 | Réunion de progrès 5S, évaluation, formation conduites par l'équipe de supervision et l'unité QIT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1.3 | Preuves de formation effectuée pour les managers et les personnels de santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | TOTAL | Maximum points 15 | | | | | 0 |
| | | points acquis/ 15 x 100 = | | | | | 0 |

| | | | | | | | |
|----------|---|-----------------------------------|---|---|---|---|----------|
| 2 | SEIRI (S'éparer) Environnement sans désordres dans les locaux, bureaux et lieux de travail, etc. Preuves de débarras des choses inutiles doivent être évident partout | | | | | | |
| 2.1 | Objets inutiles débarrassés des locaux, bureaux et lieux de travail, y compris les tiroirs, cabinets et étagères | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2.2 | Les murs sont débarrassés de vieux posters, calendriers et images | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2.3 | Les panneaux d'affichage - des notes courantes avec des instructions de débarras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2.4 | Codage en couleurs pour les déchets maintenus et le standard respecté | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | TOTAL | Maximum points 20 | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 20 x 100 = | | | | | 0 |

| | | | | | | | |
|----------|--|-----------------------------------|---|---|---|---|----------|
| 3 | SEITON (situer/systématiser) Capacité de trouver ce qui est nécessaire avec un retard minimum, preuves d'éliminer des gaspillages du temps dans toute institution/organisation | | | | | | |
| 3.1 | Preuves photographiques avant et après l'exécution des 5S | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3.2 | Méthode de control visuel adoptée pour prévenir le mélange des objets (dossiers, équipements, outils, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3.3 | Tableaux d'indication de l'entrée de l'hôpital aux services (bureaux, pavillons, laboratoire, etc.) et les couloirs sont clairement marqués | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3.4 | Toutes les machines/salles/toilettes/interrupteurs/ ventilateurs, etc. portent une étiquette d'identification | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3.5 | Tous les matériels sont rangés selon le principe de "peut voir" "peut amener" "peut ramener" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3.6 | Alignement sur les axes X-Y est évident partout | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | TOTAL | Maximum points 30 | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 30 x 100 = | | | | | 0 |

| | | | | | | | |
|----------|---|-----------------------------------|---|---|---|---|----------|
| 4 | SEISO (salubrité) Salubrité tout autour de l'institution doit être maintenue selon le concept de 5S | | | | | | |
| 4.1 | Sols, murs, fenêtres, toilettes et vestiaires sont propres et en ordre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4.2 | Schéma de la responsabilité de nettoyages est affiché | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4.3 | Exécution de la stratégie de poubelles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4.4 | Utilisation du matériel adéquat de nettoyage | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4.5 | Stockage du matériel de nettoyage (balais et autre équipement) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4.6 | Machines / Appareils / Outils / Meubles à un niveau élevé de propreté et d'entretien des horaires s'affichent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | TOTAL | Maximum points 30 | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 30 x 100 = | | | | | 0 |

| | | | | | | | |
|--------------|---|--------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 5 | SEIKETSU (standardiser) Niveau élevé de la standardisation dans toutes les activités de SEIRI, SEITON et SEISO, et des preuves de tels standards exécutés partout | | | | | | |
| 5.1 | Procédures des 5S adoptées et standardisées avec la check-list, l'étiquette dans les couloirs/passages/allées | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 5.2 | Standardisation de la maintenance/stockage des dossiers/enregistrement/ordre du mobilier/équipements dans les bureaux, les lieux de travail, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 5.3 | Standardisation des check-lists pour les procédures administratives communes dans l'hôpital et le département | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| TOTAL | | Maximum points 15 | | | | | 0 |
| | | | | | | | Points acquis / 15 x 100 = 0 |

| | | | | | | | |
|--------------------|--|---------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 6 | SHITSUKE (se discipliner/sincérité) Preuves d'approche disciplinée des activités des 5S à travers la formation et le développement qui montrent la durabilité à long terme | | | | | | |
| 6.1 | Preuves de programme de formation régulière pour les employés de toutes les catégories dans cette section | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6.2 | Preuves d'activités en groupe des 5S et la promotion du système du KAIZEN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6.3 | Preuves d'exécution de l'audit interne par le QIT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6.4 | Preuves d'autodiscipline parmi les visiteurs de l'établissement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6.5 | Preuves d'autodiscipline dans tout établissement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| TOTAL | | Maximum points 25 | | | | | 0 |
| | | | | | | | Points acquis / 25 x 100 = 0 |
| GRAND TOTAL | | Maximum points 160 | | | | | 0 |

KAIZEN

| | | | | | | | |
|--------------|--|--------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 7 | Productivité/Services Mesurer comment utiliser efficacement les intrants et extrants pour produits les biens et services avec une meilleure technique de gestion et la méthode de travail. | | | | | | |
| 7.1 | Preuves de méthode et du système adoptés pour améliorer la productivité/employés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 7.2 | Efficient et efficacité, utilisation de la méthode innovante pour promouvoir et pérenniser les productivités | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 7.3 | Preuves d'utilisation du processus 5S pour promouvoir la productivité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| TOTAL | | Maximum Points 15 | | | | | 0 |
| | | | | | | | Points acquis / 15 x 100 = 0 |

| | | | | | | | |
|--------------|---|--------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 8 | QUALITE L'objectif est de satisfaire les clients en faisant le travail correct à 100%, répondant rapidement aux exigences chaque fois et ainsi obtenir la confiance | | | | | | |
| 8.1 | Plan de communication est évident dans la mise en œuvre de l'Amélioration de la Qualité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 8.2 | Preuves de peu de déchets, moins de gaspillage et réduction de retravail à travers le processus de 5S | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 8.3 | Qualité dans le processus de fabrication/service par l'exécution des 5S | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| TOTAL | | Maximum Points 15 | | | | | 0 |
| | | | | | | | Points acquis / 15 x 100 = 0 |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 9 | COUT Coût intrinsèque de la fourniture des produits/services par rapport au standard déclaré par un processus spécifié de la première fois et toujours | | | | | | |
| 9.1 | Preuves de réduction des coûts de matériel, main d'œuvre, énergie et des frais généraux, et baisse des défaut, etc. avec l'introduction du concept des 5S | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 9.2 | Avantages tangibles des coûts à travers l'utilisation de la méthode de 5S par la maîtrise de la gestion des déchets | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 9.3 | Preuves de réduction des coûts d'inventaire avec l'utilisation de la méthode de 5S | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| TOTAL | | Maximum Points 15 | | | | | 0 |
| | | | | | | | Points acquis / 15 x 100 = 0 |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|-----------------------------------|---|---|---|---|--|----------|
| 10 | SECURITE La sécurité globale des employés et des visiteurs, et la propriété est clairement affichée avec l'utilisation des 5S | | | | | | | |
| 10.1 | Preuves d'effets des mesures de sécurité basée sur un plus bas taux d'accidents survenus dans l'année | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10.2 | Méthode adoptée pour des mesures de sécurité sur les machines et équipements | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10.3 | Méthode adoptée pour protéger les employés/visiteurs des accidents | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10.4 | Preuves de mesures de sécurité adoptées pour fournir un produits/service d'excellence | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10.5 | Preuves de connaissances et de savoir-faire parmi les employés concernant la sécurité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | TOTAL | Maximum Points 25 | | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 25 x 100 = | | | | | | 0 |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|-----------------------------------|---|---|---|---|--|----------|
| 11 | LIVRAISON Preuves de réduction du temps de livraison des produits/services à travers l'exécution du processus des 5S | | | | | | | |
| 11.1 | Preuves de livraison à temps des produits/services | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 11.2 | Effet global sur l'institution/organisation de la réduction du temps de livraison | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 11.3 | Preuves de contribution des employés dans la réduction du temps de livraison | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 11.4 | Preuves de concept "juste à temps" à l'hôpital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | TOTAL | Maximum Points 20 | | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 20 x 100 = | | | | | | 0 |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|-----------------------------------|---|---|---|---|--|----------|
| 12 | Morale Preuves d'amélioration du moral dans l'institutions/organisation à travers l'exécution des 5S | | | | | | | |
| 12.1 | Niveau du moral affiché par la Direction/personnel/ travailleurs | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 12.2 | Preuves de projets effectués par les employés pour afficher un bon niveau du moral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 12.3 | Preuves d'esprit des 5S, d'esprits du KAIZEN ou de culture de TQM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | TOTAL | Maximum Points 15 | | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 15 x 100 = | | | | | | 0 |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|-----------------------------------|---|---|---|---|--|----------|
| 13 | ORGANISATION, EQUIPE D'AMELIORATION DU TRAVAIL (WIT) rôle et activités du WIT | | | | | | | |
| 13.1 | Nombres de membres actifs du WIT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 13.2 | Fréquence des activités du WIT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 13.3 | Fréquence de séances de supervision par l'Equipe de Gestion de la Qualité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | TOTAL | Maximum Points 15 | | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 15 x 100 = | | | | | | 0 |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|-----------------------------------|---|---|---|---|--|----------|
| 14 | RENFORCEMENT DU PERSONNEL HOSPITALIER A TRAVERS 5S KAIZEN TQM Opportunité et environnement pour le renforcement des capacités du personnel par lui-même | | | | | | | |
| 14.1 | Opportunités d'acquisition pour le 5S KAIZEN TQM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 14.2 | Fréquence de tenue de séminaires pour 5S KAIZEN TQM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | TOTAL | Maximum Points 10 | | | | | | 0 |
| | | Points acquis / 10 x 100 = | | | | | | 0 |

VIII-2...Contrôle et Evaluation de l'avancement des Activités de 5S Points à observer (Version de Février 2012)

| | DESCRIPTION | POINTS A OBSERVER |
|----------|---|---|
| 1 | DIRECTION DU CEO ET GESTION DE 5S Rôle et engagement des dirigeants ; Pérennité des activités 5S ; Programme de formation des responsables moyens ; Elaboration des comités 5S ; Campagnes de 5S. | |
| 1.1 | Engagement, connaissances, et conscience de l'Instance Dirigeante et des Superviseurs sur les 5S. | Observer l'exécution des activités de 5S et l'attitude du personnel, et poser des questions à la section en charge et au personnel, pour évaluer leur connaissance et leur engagement pour les 5S. |
| 1.2 | Réunion des progrès 5S, évaluation, et formation conduites par les superviseurs de l'Equipe de Promotion de la Qualité. | Demander les sections en charge et le personnel de vous présenter les rapports des réunions, et autres documents sur les 5S. Vérifier les contenus et juger leur conservation et leur accessibilité à tous. |
| 1.3 | Preuves des formations dispensées aux dirigeants et au personnel de la santé. | Demander aux sections en charge et au personnel de vous présenter les rapports/ modules/matériels de formation dispensée à l'interne |
| 2 | SEIRI (Séparer) Environnement sans désordres dans les locaux, bureaux et lieux de travail, etc. Preuves évidentes de débarras des choses inutiles tout autour. | |
| 2.1 | Objets inutiles enlevés des locaux, bureaux, et lieux de travail, y compris les tiroirs, cabinets et étagères. | Observer les endroits indiqués et vérifier si les choses inutiles ont été entièrement enlevées. |
| 2.2 | Les murs sont débarrassés de vieux posters, calendriers et images | Observer si les murs, les portes et tableaux d'affichage ne portent pas de vieux posters, de calendriers ou de notes de service. |
| 2.3 | Les panneaux d'affichage portent des notes courantes et instruction de débarras | Vérifier les informations affichées sur les tableaux. Il est aussi important de vérifier s'il existe des instructions sur la période de validité des informations courantes. |
| 2.4 | Codage par couleurs pour le système d'enlèvement des déchets, et respect de la standardisation | Observer si le codage par couleurs est appliqué au système d'enlèvement des déchets, et si les instructions d'usage du codage par couleurs sont connues par tout le personnel. |
| 3 | SEITON (situer/systematiser) Capacité de retrouver tout ce qui est nécessaire avec un minimum de retard, preuve d'élimination de gaspillage de temps au sein de l'organisation/institution | |
| 3.1 | Preuves par images des situations Avant et Après l'exécution des 5S. | Observer si la section affiche ou même possède des images sur la situation Avant 5S. Si à chaque demande on vous répond que « les Images sont gardées par l'Equipe d'Amélioration de la Qualité », <u>ne pas attribuer une note au delà de 3 (passablement exécutée)</u> |
| 3.2 | Méthode de contrôle visuel adoptée pour prévenir le mélange des objets (dossiers, équipements, outils, etc.) | Observer et vérifier si la section utilise le système de contrôle visuel ou pas. Noter que l'étiquetage et l'utilisation des symboles ne sont pas une « méthode de contrôle visuel », à moins qu'il leur soit attribué un tel rôle de gestion ou de contrôle de certaines opérations. |
| 3.3 | "Les panneaux d'indication de direction sont clairement marqués de l'entrée principale de l'hôpital, à tous les départements (bureaux, pavillons, | Observer et vérifier si les panneaux d'indication des sections sont bien placés, pas dans les couloirs ni aux entrées. |

| | | |
|--|---|--|
| | laboratoire, etc.) | |
| 3.4 | Les machines, les salles, les toilettes, les interrupteurs, les ventilateurs, etc. portent une étiquette d'identification. | Observer et vérifier si toutes les machines, toutes les salles, toutes les toilettes, tous les interrupteurs, tous les régulateurs de ventilateur, etc. portent une étiquette d'identification. |
| 3.5 | Tout le matériel est rangé selon le principe de « peut voir », « peut amener », « peut ramener ». | Observer et vérifier si équipements et matériels de travail sont bien rangés de sorte à minimiser la perte de temps dans leur recherche pendant le travail. |
| 3.6 | Evidence de disposition des articles suivant l'axe d'alignement « X-Y ». | Observer et vérifier si tous les articles/équipements de travail sont rangés sur les étales, les papiers et posters sont disposés au tableau suivant l' « axe X-Y ». |
| 4 SEISO (Salubrité) La Salubrité doit être maintenue tout autour de l'institution | | |
| 4.1 | Les sols, les murs, les fenêtres, et les vestiaires sont propres et ordonnés | Observer l'état de propreté générale dans la section, c'est-à-dire, vérifier l'état de salubrité et de fonctionnement des sols, des murs, des fenêtres, des toilettes, et des vestiaires. |
| 4.2 | Un schéma d'attribution de responsabilité des opérations de nettoyage est affiché | Vérifier si la section possède un système d'attribution de responsabilité pour les opérations de nettoyage, et s'il existe une liste des parties à nettoyer |
| 4.3 | Mise en place d'une stratégie adaptée de poubelles | Vérifier si la section possède un système approprié d'enlèvement des déchets, avec des poubelles, et si les déchets sont séparés ou non. <u>Même si le codage par les couleurs est appliqué au système des poubelles, si les déchets ne sont pas séparés, il ne pas attribuer une note supérieure à 3 (passablement appliquée).</u> |
| 4.4 | Utilisation de matériel de nettoyage adéquat | Observer et vérifier si la section possède du matériel approprié de nettoyage tels les éponges, les balais, et autres outils de nettoyage. Si le nettoyage est contracté, chercher à voir le matériel de la compagnie en charge. Il est aussi recommandé aux Sections de posséder du matériel de nettoyage (balais, serpillières, éponges, etc.) pour faire face aux situations soudaines. |
| 4.5 | Stockage du matériel de nettoyage (balais, serpillières, éponges, et autre équipement) | Observer et vérifier si la section possède un système approprié de stockage du matériel de nettoyage (c'est-à-dire bien accrochés dans des endroits désignés à cet effet, et avec des étiquettes). |
| 4.6 | Niveau élevé de maintenance et de propriété des machines, outils, équipements, et des meubles. Horaire affiché. | Observer et vérifier si la section maintient un niveau de salubrité des machines et équipements, et des outils, et vérifier s'ils sont prêts à servir. |
| 5 SEIKETSU (Standardiser) Niveau élevé de standardisation de toutes les activités de SEIRI, SEITON, et SEISO, et des preuves de tels standards exécutés partout. | | |
| 5.1 | Procédures des 5S adoptées et standardisées avec des check-lists, des étiquettes et des indications dans les couloirs, les passages, et les allées. | Observer et vérifier : 1) si la section a standardisé les outils des 5S, c'est-à-dire les tailles des étiquettes et affichages, et 2) si la section a établi des check-lists pour maintenir les conditions établies des S1-S3. Si elles les ont standardisées/développées, vous devrez aussi vérifier l'usage qu'elles en font. |
| 5.2 | Standardisation de la maintenance/stockage des dossiers/enregistrements, | Observer et vérifier si la section a développé des Procédures Standards d'Opération (SOP) pour la |

| | | |
|--|--|--|
| | du mobilier/équipement dans les bureaux, les lieux de travail etc. | maintenance des machines, le stockage des dossiers, la manipulation et le classement des équipements, du matériel de bureau, ou pas. <u>Si vous ne trouvez aucune SOP auprès des machines ou équipements, ne pas attribuer une note supérieure à 3 (passablement exécutée).</u> |
| 5.3 | Standardisation des check-lists pour les procédures administratives communes à l'hôpital et aux départements | Observer et vérifier si la section a développé des check-lists pour le stockage des dossiers, des rapports, des relèves, du partage des informations, et autres procédures administratives, ou non. Sil existe de telles check-lists, il vous faut savoir comment elles sont utilisées |
| 6 SHITSUKE (se discipliner/sincérité) Preuves d'approche disciplinée des activités des 5S à travers la formation et le développement qui démontrent la durabilité à long terme | | |
| 6.1 | Preuves de programme de formation régulière pour les employés de toutes les catégories dans la section | Vérifier si la section possède un programme de formation et d'orientation pour le personnel qui intègre la section nouvellement, ou non. Et demander au staff de faire les archives. |
| 6.2 | Preuves d'activités en équipe des 5S, et la promotion du système de KAIZEN | Vérifier si la section a commencé et introduit le KAIZEN même au stade initial (suggestions pour l'amélioration du travail) ou pas. Vérifier les rapports des réunions des Equipes d'Amélioration du Travail, les fiches de suggestions de KAIZEN, etc. |
| 6.3 | Preuves d'exécution de l'audit interne par les Equipe de Promotion de la Qualité | Vérifier si la section a des rapports des suivi et évaluation des activités menées (auto évaluation et check-list d'exécution des activités quotidiennes des 5S) avec des images ou pas. |
| 6.4 | Preuves d'auto discipline parmi les visiteurs de l'établissement | Vérifier si la section possède des évidences (messages, posters, slogans) visant à accroître la prise de conscience des patients/du personnel soignant/et des visiteurs de l'établissement sur les activités des 5S, tels que la salubrité des salles et toilettes, la séparation des déchets, le lavage des mains, etc., ou pas. Il est aussi important d'observer la comportement des patients/du personnel soignant/des visiteurs s'ils respectent les instructions ou non. |
| 6.5 | Preuve d'autodiscipline dans le département/section | Vérifier si la section possède des évidences (message, poster, slogan) pour accroître la prise de conscience du personnel de la section sur les activités des 5S. Il est aussi nécessaire d'observer comment le staff travaille |

KAIZEN

| | | |
|----------|---|--|
| 7 | Productivité/Services Mesurer comment utiliser efficacement les apports et les rendements pour les produits, les biens, et les services avec une meilleure technique de gestion et une méthode de travail | |
| 7.1 | Preuves de méthode et de système adaptés pour améliorer la productivité/employés | Observer et vérifier si la section possède des traces ou évidences d'application ou d'introduction de méthode ou système tel que le « KANBAN », « La Gestion du Temps », Une Check-list de Processus », etc. et d'éducation/formation sur l'amélioration de la productivité pour le personnel. |
| 7.2 | Utilisation de méthode innovante pour | Observer et vérifier si la section utilise des méthodes |

| | | |
|-----------|---|--|
| | promouvoir et pérenniser la productivité. | innovantes pour l'accroissement/ pérennisation de la productivité (tel que « le contrôle visuel de la gestion du stock », « placement des équipements et outils suivant le mouvement des employés », etc.) ou pas. |
| 7.3 | Preuves d'utilisation du processus 5S pour promouvoir la productivité | Observer et vérifier si la section pratique S1, S2, et S3 pour garantir un environnement propre et propice à la productivité |
| 8 | QUALITE L'objectif est de satisfaire les clients en faisant correctement le travail à 100%, répondant promptement aux exigences et ainsi gagner la confiance | |
| 8.1 | Un plan de communication est évident dans la mise en œuvre de l'Amélioration de la Qualité | Observer et vérifier si la section a identifié le moyen de communiquer les succès des activités, l'usage des ressources, le processus d'amélioration de la qualité, etc., aux partenaires, se servant de « gammes de transmission standard », de « bulletins d'information », etc. |
| 8.2 | Preuves de peu de déchets, de moins de gaspillage, et de réduction de la répétition du travail à travers le processus de 5S | Observer et vérifier si la section prend des mesures, ou, applique un système de réduction de déchets ou de répétition du travail en se servant des 5S tels que « séparation par recyclage des sachets plastiques », « séparation par contrôle visuel pour inventaire facile », « check-lists standardisée pour tâches administratives », etc., ou pas. |
| 8.3 | Qualité dans le processus de fabrication/ service par l'application des 5S | Observer et vérifier si la section considère la qualité du service tels que « la réduction du temps d'attente », « la salubrité des locaux », « temps de consoulation approprié » etc., au moyen des activités 5S |
| 9 | COÛT Coûts intrinsèques de la fourniture des produits/ services par rapport au standard déclaré par un processus spécifié pour une première fois et pour toujours | |
| 9.1 | Preuve de réduction des coûts de matériel, de la main d'œuvre, de l'énergie, et des frais généraux, et baisse des défauts de production, etc., avec l'introduction des activités 5S | Vérifier si la section a « conscience des coûts » (pensant au gaspillage de temps, d'énergie, d'argent, par des mouvement et actions inutiles, etc.) ou pas. |
| 9.2 | Avantages tangibles des coûts à travers l'utilisation de la méthode de 5S par la maîtrise de la gestion des déchets | Vérifier le registre des inventaires, des commandes et des livraisons..., et observer si la section profite des réductions des coûts à travers l'approche 5S (spécialement S1, S2, et S4) ou pas. |
| 9.3 | Preuve de la réduction des coûts d'inventaire avec l'utilisation de la méthode 5S | Observer et vérifier si les magasins de la section sont bien organisés, arrangés avec un système d'étiquetage, et possède un registre d'inventaire. Il est aussi important de vérifier si la section procède aux inventaires réguliers ou pas. S'il n'existe pas un système d'inventaire, <u>ne pas noter la section sur plus de 3 points (activité passablement exécutée)</u> |
| 10 | SECURITE Preuves de réduction du temps de livraison des produits/ services à travers l'exécution du processus des 5S | |
| 10.1 | Preuves d'effets des mesures de sécurité par un plus bas taux d'accidents survenus dans l'année | Demander au personnel les rapports d'accidents survenus. S'il n'existe aucun rapport, attribuer une note basse |

| | | |
|---------------------|---|--|
| 10.2 | Méthode adoptée pour des mesures de sécurité sur les machines et équipements. | Observer et vérifier si la section a développé une procédure opérationnelle standard pour les machines et les équipements, a appliqué des signes et symboles de danger potentiel sur/ des machines et équipements, ou pas. |
| 10.3 | Méthode adoptée pour protéger les employés/ visiteurs des accidents | Observer et vérifier si la section possède le matériel de protection tels que les gants, les tabliers, les lunettes de protection, etc., et a appliqué les signes d'avertissement et les symboles, ou non. |
| 10.4 | Preuves d'adoption de mesures de sécurité afin d'offrir un service/ produit de qualité | Observer et vérifier si la section a introduit des mesures sécurité dans la prestation des services de soin, tels que, la prévention des piqûres accidentelles d'aiguilles, le terrage des lignes électriques, les procédures adéquates de stérilisation, la procédure de contrôle double des médicaments, etc. ou non. |
| 10.5 | Preuves de connaissances et de savoir-faire des employés concernant la sécurité | Vérifier si les employés travaillant dans la section possèdent des connaissances et aptitudes sur les mesures de sécurité, pour les visiteurs et les patients, tels les KYT (instruction sur la prévision des dangers) ou non. Si le personnel ne peut correctement adopter les mesures de sécurité ; par exemple les extincteurs, les kits de premiers secours, etc., <u>ne pas attribuer à la section une note supérieure à 3 (activité passablement appliquée).</u> |
| 11 LIVRAISON | | |
| 11 | LIVRAISON Preuves de réduction du temps de livraison des produits/ services à travers l'exécution du processus 5S | |
| 11.1 | Preuves de livraison à temps des produits/ services | Observer et vérifier si les employés de la section assistent les patients aussitôt qu'ils le leur demandent ou pas. |
| 11.2 | Effet global sur l'institution/ organisation de la réduction du temps de livraison | Observer et vérifier si le système ou mécanisme établi par la section, pour réduire le temps de livraison est appliqué par les autres sections ou départements, ou non. Si la méthode n'est pas bien reconnue par les autres et l'équipe d'Amélioration de la Qualité, <u>ne pas attribuer une note supérieure à 3 (passablement appliquée).</u> |
| 11.3 | Preuves de la contribution des employés dans la réduction du temps de livraison | Observer et vérifier si la section a établi un système ou un mécanisme pour réduire le temps de livraison, tels que la réduction du travail de bureau, la modification du processus, le rangement adéquat des équipements et matériel de travail, etc. |
| 11.4 | Preuves du concept du « juste à temps » au sein de l'hôpital | Observer et vérifier si la section a bien assimilé le concept du JIT « juste à temps », et l'applique dans ses prestations, tels que la livraison des médicaments entre les pavillons et la pharmacie, la livraison des kits et outils du CSSD au OT, ou autre fourniture du magasin central aux départements, etc. |
| 12 MORALE | | |
| 12 | MORALE Preuves d'amélioration du moral au sein de l'institution/ organisation par l'application du processus 5S | |
| 12.1 | Niveau du moral affiché par la direction/ personnel/ employés | Observer et vérifier si la section en charge et les membres des Equipes d'Amélioration du Travail ont acquis une maîtrise approfondie de l'éthique du métier de la santé en posant des questions sur les |

| | | |
|--|---|---|
| | | clients et la qualité des soins. Si le personnel ne peut correctement répondre aux questions, <u>ne pas attribuer une note supérieure à 3 (passablement exécutée)</u> |
| 12.2 | Preuves des projets effectués par les employés pour afficher un bon niveau du moral | Observer et vérifier si les membres des Equipes d'Amélioration du Travail ont établi et introduit un mécanisme (tel que « l'étude des soins pour client », « affichage de slogans mensuels pour soins au client »), pour l'amélioration du niveau du moral des agents, ou non |
| 12.3 | Preuves d'esprit de 5S, de KAIZEN, ou de culture de TQM | Observer et questionner le personnel sur les objectifs réels des approches 5S- KAIZEN. Si le personnel n'arrive pas à répondre correctement, <u>ne pas attribuer une note supérieure à 3 (passablement appliquée)</u> |
| 13 ORGANISATION, EQUIPE D'AMELIORATION DU TRAVAIL Rôle et activités des équipes d'amélioration du travail | | |
| 13.1 | Nombre des membres actifs de l'équipe d'amélioration du travail (WIT) | Observer et vérifier si les membres du WIT travaillent activement sur les activités de 5S – KAIZEN, avec des aptitudes et connaissances adaptées. Poser des questions aux membres sur les 5S, et les rôles et responsabilités des WIT. S'ils n'arrivent à bien répondre, <u>ne pas noter au delà de 3 (passablement appliquée), même si l'engagement des membres est important.</u> |
| 13.2 | Les activités des WIT sont menées suivant un calendrier | Vérifier si le plan d'action ou le déroulement des réunions des WIT et les rapports des réunions sont en accord avec le calendrier programmé. Si le WIT ne possède pas de calendrier des réunions, d'activités de suivi ou autres, <u>ne pas noter au-delà de 3 (passablement appliquée).</u> |
| 13.3 | Preuves de réunions régulières des WIT et des QIT (Equipe d'Amélioration de la Qualité) | Vérifier les rapports et les périodes des réunions des WIT et des QIT. <u>Si aucune réunion n'est tenue dans les trois mois, ne pas attribuer de note supérieure à 3 (passablement appliquée)</u> |
| 14 RENFORCEMENT DU PERSONNEL HOSPITALIER A TRAVERS 5S KAIZEN TQM Opportunité et environnement favorable au renforcement des capacités du personnel par soi même. | | |
| 14.1 | Opportunités d'acquisition pour les 5S – KAIZEN - TQM | Vérifier si le personnel travaillant dans la section saisit les opportunités d'acquisition de connaissances tels que des séminaires, des ateliers, ou des cours de recyclage sur 5S- KAIZEN- TQM, ou pas |
| 14.2 | Séminaire et formation sur 5S- KAIZEN- TQM sont menées pour les membres des WIT. | Observer et vérifier si le personnel travaillant dans la section a mené des séminaires, des formations, des ateliers, ou des cours de recyclage sur 5S- KAIZEN- TQM pendant les six derniers mois ou pas. |

VIII-3...Liste processus KAIZEN

Liste processus Kaizen

| | |
|---|--|
| Hôpital | |
| Département / section / unité / Ward | |
| Date de Surveillance | |
| Membre de l'équipe Kaizen | |
| QIT facilitateur | |
| Date de la dernière rencontre avec QIT pour la consultation | |

1. Thème du Kaizen

| |
|--|
| |
|--|

2. Analyse de la situation

| Courant tableau de données | Diagramme de Pareto | Objectif set |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fait correctement | <input type="checkbox"/> Fait correctement | <input type="checkbox"/> Set |
| <input type="checkbox"/> Fabriqué mais à tort | <input type="checkbox"/> Fabriqué mais à tort | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Non fait | <input type="checkbox"/> Non fait | <input type="checkbox"/> Non set |

3. Analyse des causes profondes

| |
|---|
| Diagramme de Fishbone |
| <input type="checkbox"/> Développé correctement et les causes profondes sont identifiées |
| <input type="checkbox"/> Développé à tort et les causes profondes ne sont pas bien identifiés |
| <input type="checkbox"/> Non fait |

4. Contre-mesure l'identification

| Diagramme de l'arbre | Diagramme Matrice | Vérifier la faisabilité |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fait correctement | <input type="checkbox"/> Fait correctement | <input type="checkbox"/> Fait correctement |
| <input type="checkbox"/> Fabriqué mais à tort | <input type="checkbox"/> Fabriqué mais à tort | <input type="checkbox"/> Fabriqué mais à tort |
| <input type="checkbox"/> Non fait | <input type="checkbox"/> Non fait | <input type="checkbox"/> Non fait |

5. Mise en œuvre de contre-mesure

| Implémentation | Le contrôle des progrès |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toutes les mesures identifiées en œuvre | <input type="checkbox"/> Liste développé et utilisé |
| <input type="checkbox"/> Mesures identifiées partiellement mis en œuvre | <input type="checkbox"/> Le progrès n'est pas vérifier |
| <input type="checkbox"/> Non implémenté | |

6. Contrôle d'efficacité

| Comparaison des données de table | Comparaison Diagramme de Pareto | Réalisation des objectifs |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fait correctement | <input type="checkbox"/> Fait correctement | <input type="checkbox"/> Achieved |
| <input type="checkbox"/> Fabriqué mais à tort | <input type="checkbox"/> Fabriqué mais à tort | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Non fait | <input type="checkbox"/> Non fait | <input type="checkbox"/> Not achieved |

7. Standardisation des mesures efficaces

| |
|--|
| Expliquer les méthodes de normalisation: |
| |
| |

8. Suggestion

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for providing suggestions or feedback.

VIII-4...Fiche 5S-KAIZEN- TQM d'Entretien pour une Visite de Consultation

Fiche 5S-KAIZEN- TQM d'Entretien pour une Visite de Consultation

Hôpital.....Consultant..... Date

| Questions aux équipes d'amélioration de la qualité | | | Information obtenue |
|--|---|---|---|
| | Questions | Breve Explication | |
| 1 | Quel soutien administratif/ financier est octroyé à l'équipe d'amélioration de la qualité ? | | |
| 2 | Quelle est la place de l'équipe d'amélioration de la qualité au sein de l'hôpital ? | Demander la relation de travail avec l'équipe dirigeante de l'hôpital et quels pouvoirs /autorisations sont accordés aux équipes d'amélioration de la qualité | |
| 3 | A quelle fréquence l'évaluation interne a-t-elle lieu ? | Demander la fréquence et la méthode des évaluations (check-list, instruction, images, etc) | <input type="radio"/> Une fois par semaine <input type="radio"/> Une fois par mois <input type="radio"/> Une fois par trimestre <input type="radio"/> Une fois par semestre <input type="radio"/> Autre |
| 4 | L'hôpital suit il le plan d'action conçu lors des séances de formation des formateurs ? | Demander les progrès de l'application du plan d'action. Si l'application a connu un retard de démarrage, demander les raisons | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Si Non Pourquoi ? |
| 5 | Quand est-ce que l'équipe d'amélioration, de la qualité a été réorganisée ? Pour quelle raison a-t-elle été réorganisée ? | Demander date (année et mois) de création de l'équipe d'amélioration de la qualité | Année..... Mois;; <input type="radio"/> Etablie <input type="radio"/> Reconnue Raisons de reconnaissance : |
| 6 | L'équipe d'amélioration de la qualité a-t-elle un bureau avec des équipements ? | | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON |

| Questions aux équipes d'amélioration de la qualité | | Brève Explication | Information obtenue |
|---|--|--|---|
| Questions | | | Nombres total Composition Dr N° Pharm Labo Radio Admin _____ _____ _____ _____ |
| 7 | Combien de membres compte l'équipe d'amélioration de la qualité ? Quelle est sa composition ? | Demander le nombre total des membres de l'équipe d'amélioration de la qualité demander sa composition pour vérifier l'équilibre | |
| 8 | Comment est la position de l'équipe d'amélioration de la qualité dans l'organisation de l'hôpital ? | Demander la relation de travail avec les responsables de l'hôpital et quels pouvoirs/autorisations sont donnés à l'équipe d'amélioration de la qualité | |
| 9 | Combien de personnes ont reçu de formation sur un total de xx ? | Demander le groupe cible et le nombre de personnes ayant reçu une formation sur les concepts 5S-KAIZEN- TQM. Ne pas oublier de demander l'effectif total du personnel | Nombre des personnes formées en 5S..... Effectif total..... |
| 10 | Combien de zones pilotes existe-t-il dans un total de xx unités /départements? | Demander les départements et sections qui appliquent 5S-KAIZEN. Demander aussi la conception des équipes d'amélioration du travail. Ne pas oublier de demander le nombre total des départements/sections | Nombre de zones pilotes..... Nombre total départements/sections |
| 11 | Quels sont les rôles et responsabilités des équipes d'amélioration de la qualité (vérifier rôles et responsabilités écrits qui existent) | Brièvement demander les rôles et responsabilités des équipes d'amélioration de la qualité. S'il y existe un registre, demander une copie. | |
| 12 | Comment l'équipe d'amélioration de la qualité communique avec l'équipe d'amélioration du travail et l'équipe managériale de l'hôpital ? | Demander comment les équipes d'amélioration de travail communiquent avec les équipes d'amélioration de la qualité, ou les équipes d'amélioration de la qualité avec l'équipe managériale : par quelle méthode (réunion, mémorandum, groupe e-mail, etc.) | 0 Une fois par semaine 0 Une fois par mois 0 Une fois par trimestre 0 Une fois par semestre 0 Autre |

| Questions aux équipes d'amélioration de la qualité | | |
|--|---|--|
| Questions | Brève Explication | Information obtenue |
| 13 | A quelle fréquence les réunions de l'équipe d'amélioration de la qualité se tiennent-elles ? | 0 Une fois par semaine 0 Une fois par trimestre 0 Autre |
| 14 | A quelle fréquence l'équipe d'amélioration de la qualité mène les activités de suivi et évaluation dans les unités/départements ? | 0 Une fois par semaine 0 Une fois par trimestre 0 Autre |
| 15 | A quelle fréquence l'évaluation interne est menée ? | 0 Une fois par semaine 0 Une fois par trimestre 0 Autre |
| 16 | Quels sont les défis qui font face à l'équipe d'amélioration de la qualité par rapport à l'application de l'approche 5S- KAIZEN ? | |
| 17 | Quels sont les autres programmes d'amélioration de la qualité appliqués dans cet hôpital ? | |
| Questions aux équipes d'amélioration de la qualité et aux équipes managériales des hôpitaux qui appliquent KAIZEN | | |
| 18 | Combien de départements/sections appliquent KAIZEN en ce moment ? | Nombre de zones pilotes..... Nombre total de départements/sections..... |
| 19 | Combien de personnes ont reçu la formation sur KAIZEN sur un total de xx personnes ? | Nombre de personnes formées en KAIZEN Effectif total ; |
| 20 | Quels sont les changements positifs des activités de KAIZEN ? | |
| 21 | Quels sont les défis de l'exécution du principe de KAIZEN ? | |

IX...Référence (en Anglais)

- Chambers, R. 1997, *Whose Reality Counts?: Putting the First Last*. Intermediate Technology.
- Counte, M. A. and S. Meurer, 2001, "Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations". *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. no. 13, pp. 197-207.
- De Geyndt, W., 1995, *Managing the Quality of Health Care in Developing Countries*, The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, Washington D.C.
- Dale G. Barrie, 1999, *Managing Quality Third Edition*, Blackwell publishers Ltd.
- Glynn W J, Barnes J G, 2006, *Understanding Services management*, Eastern Economy Edition
- Grant, R.M., R. Shani and R. Krishnan, 1994, 'TQM's challenge to management theory and practice', *Sloan Management Review*, vol. no. 43, pp. 25-35
- Hirano, H. and B. Talbot, 1995, *5 pillars of the visual work place*, Productivity Press, Portland
- Hasegawa, T. 2003, *Strategic Hospital management*, Igakushoin (ISBN 4260240730), Tokyo, Japan
- Hosotani, K. 1992, *the QC problem solving approach*, 3 A Cooperation, Japan
- Imai. M. 1997, *Gemba Kaizen: A Commonsense, Low-cost Approach to management*. McGraw-Hill.
- Imai M. 2001, *Gemba Kaizen, A commonsense, low-cost approach to management*, Mc-Graw – Hill International Edition
- Institute of Medicine, 1990, *Medicare- A Strategy for Quality Assurance*, vol. I and II, National Academy of Press, Washington D.C.
- Jackson, M. 2003, *Systems Thinking: Creative Holism for Managers*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Kaluarachchi P. Samantha, 2009, *Organizational Culture and Practices: A case study of a Sri Lanka Public Sector Hospital*, Japan Academy of International Business studies P91-116
- Kijima. J and Jackson, M, 2007, *Systems Thinking. Holistic Creative Management*. Maruzen.
- Koeck, C., 1998, 'Time for organizational development in healthcare organizations', *British Medical Journal*, vol. no. 317, pp. 1267-1268
- Kondo Yoshio, 1989, *Human Motivation A Key Factor for Management*, 3A Cooperation, Japan
- Laraia, A.C., P.E E. Moody and R.W. Hall, 1999, *The Kaizen Blitz: accelerating breakthroughs in productivity and performance*, John Wiley & Sons, Inc., New York
- Lave, J. and Wenger, E. 1991, *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press.
- Lientz P. Bennet and Rea P. Kathryn, 1995, *Project Management for the 21st Century*, Academic Press

McLaughlin, C.P. and A.D. Kaluzny, 1999, *Continuous Quality Improvement in Health Care*, Aspen publishers, Maryland

Moss, F., P Garside and S Dawson, 1998, 'Organizational change: the key to quality improvement', *Quality in Health Care*, vol. no. 7(suppl), pp. S37-44

Nayatani Y. 1995, *The Seven New Qc Tools: Practical Applications for Managers 3A Cooperation*

Niven, P.R., 2002, *Balanced Scorecard step by step: maximizing performance and maintaining results*, John Wiley & Sons, Inc., New York

Nonaka. I. , Konno. N. 1998, The concept of "Ba": Building foundation for Knowledge Creation. *California Management Review* Vol 40, No.3.

Patrick, C., 2000, How Kaizen developed...and developed...and develops, *In* Colenso, M., editor. *Kazen strategies for improving team performance*, Pearson Education, London. 23-40

Preker, A.S. and A.L. Harding (eds), 2003, *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*, World Bank, Washington, D.C.

Preston L, Houser, Mizuno Katsuhiko,1992 *INVITATION TO TEA GARDENS*,SUIKO BOOKS, Kyoto Culture Enclosed, Kyoto

QC Circle Headquarters, JUSE, 1980, *Fundamentals of QC Circles*, JUSE Press, Ltd. Japan

QC Circle Headquarters, JUSE, 1985, *How to Operate QC Circles activities*, JUSE Press, Ltd. Japan

Shortell, S.M., D.Z.Levin, J.L. O'Brien et al, 1995, 'Assessing the evidence of CQI: is the glass half empty or half full', *Hospital and Health Services Administration*, vol. no. 40, pp.4-24

Silver, 2007, *Social Exclusion: Comparative Analysis of Europe and Middle East Youth*,Middle East Youth Initiative Working Paper. p.15.

Smith., 2002, 'Relationship between quality, safety and organizational behaviour', *Quality and Safety in Health Care*, vol. no. 11, pp. 98-100

Toyota Group TQM Committee QC Circle Subcommittee, 2008, *QC Circle Leader's Guidebook for Level Identification, How to get out of Zone D or C*, JUSE Press, Ltd. Japan

Wellington, P., 2000, Instant Kaizen-what it is and how it works. *In* Colenso, M., editor. *Kazen strategies for improving team performance*, Pearson Education, London. 3-22

Witanachchi, N., W. Karandagoda, and Y. Handa, 2004, A performance improvement at a public hospital in Sri Lanka: an introduction, *Journal of Health Organization and Management*, Vol.18., No.5, 361-369, 2004

