



**Support de formation sur l'approche 5S-KAIZEN-TQM**

# **Qu'est-ce qu'un Système de Gestion de la Qualité (SGQ) dans le secteur de la santé ?**

**Agence japonaise de coopération internationale**

**Fujita Planning Co., Ltd.**



# Objectifs

Au terme de cette session, les participants seront en mesure de:

- Expliquer le Système de Gestion de la Qualité (SGQ).
- Expliquer la différence entre Système d'amélioration de la Qualité (SAQ) et Système de Gestion de la Qualité (SGQ).
- Expliquer les avantages du SGQ.
- Expliquer le Système de Gestion de la Qualité dans le secteur de la santé.
- Expliquer les éléments clés pour évaluer la Gestion de la Qualité dans les hôpitaux.

# Contexte

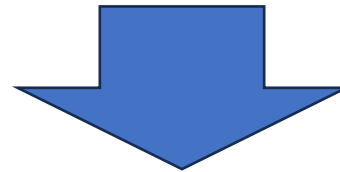
- Depuis la publication de l'œuvre *L'erreur est humaine* en 1999, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services de santé reste un défi majeur pour le secteur de la santé.
- Pour relever ce défi, le secteur a adopté et adapté de nombreuses approches initialement développées dans le domaine industriel.
- Au cours de la dernière décennie, le concept de gestion de la qualité dans le secteur de la santé a évolué, passant d'une approche principalement axée sur les prestataires de services (contrôle qualité, assurance qualité, amélioration de la qualité) à une approche centrée sur le patient, ce qui a conduit à une approche plus globale de la gestion de la qualité (GQ).

**Qu'est-ce que la « gestion de la qualité » dans le secteur de la santé ?**



# Qu'est-ce que la « gestion de la qualité » dans le secteur de la santé ?

- Dans le secteur de la santé, la gestion de la qualité désigne l'administration et la conception de systèmes, de politiques et de processus visant à minimiser, voire à éliminer, les préjudices tout en optimisant les soins dispensés aux patients et les résultats obtenus.



- Toutefois, pour la mise en œuvre et la durabilité des activités de gestion de la qualité, il est essentiel d'établir des politiques claires en la matière, de créer des structures appropriées pour sa mise en œuvre et de définir des normes et des réglementations afin de garantir la mise en œuvre systématique de ces activités. Pour répondre à ces besoins, le concept de Système de Gestion de la Qualité (SGQ) a été développé.

# Différences entre Système d'Amélioration de la Qualité (SAQ) et Système de Gestion de la Qualité (SGQ)

## Système d'Amélioration de la Qualité (SAQ)

Un **Système d'Amélioration de la Qualité (SAQ)** est un cadre de référence qui permet aux organisations d'améliorer leurs produits ou services afin d'améliorer la satisfaction de leurs clients. Il propose une approche systématique pour l'analyse des performances et la mise en œuvre des améliorations.

## Système de Gestion de la Qualité (SGQ)

Un **Système de Gestion de la Qualité (SGQ)** est un cadre institutionnel qui documente les processus, les procédures et les responsabilités nécessaires à la mise en œuvre des politiques et objectifs en matière de qualité. Il permet de coordonner et d'orienter les activités d'une organisation afin de répondre aux exigences des clients et des organismes de réglementation, tout en améliorant de manière continue son efficacité et son efficience.

# Les avantages du Système de Gestion de la Qualité

La mise en œuvre d'un **Système de Gestion de la Qualité (SGQ)** a une incidence sur tous les aspects de la performance d'une organisation.

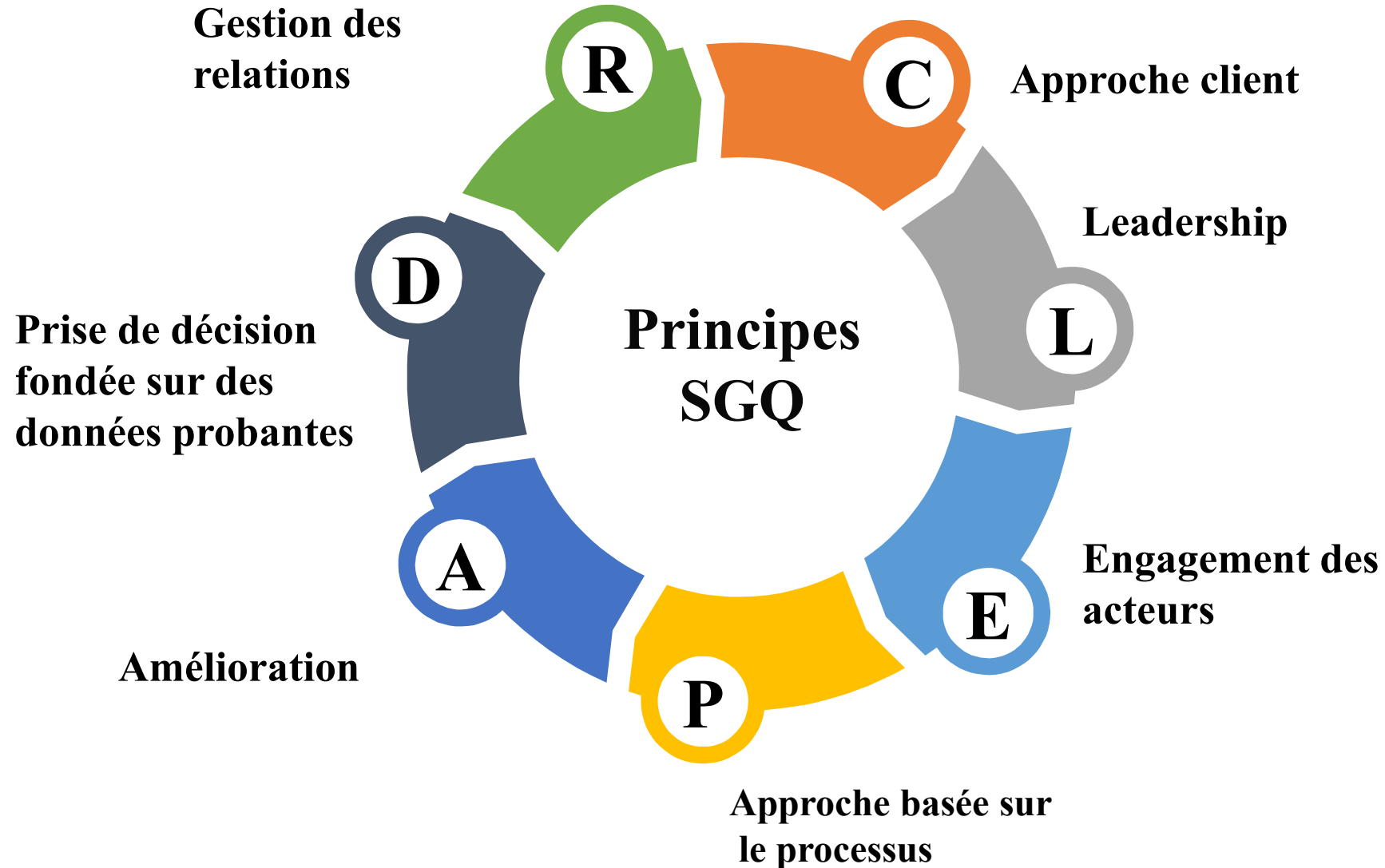
Les avantages d'un SGQ documenté sont les suivants :

- **La satisfaction des besoins et des attentes des clients**, ce qui renforce la confiance accordée à l'organisation et se traduit par une augmentation de la clientèle et une meilleure utilisation des services.
- **Le respect des exigences organisationnelles** ce qui garantit la conformité réglementaire et permet la prestation de services de manière rentable et efficace en termes de ressources, créant ainsi des opportunités de développement, de croissance et de rentabilité.

# Les avantages du Système de Gestion de la Qualité



# Les principes du Système de Gestion de la Qualité



# Les éléments et les exigences du Système de Gestion de la Qualité

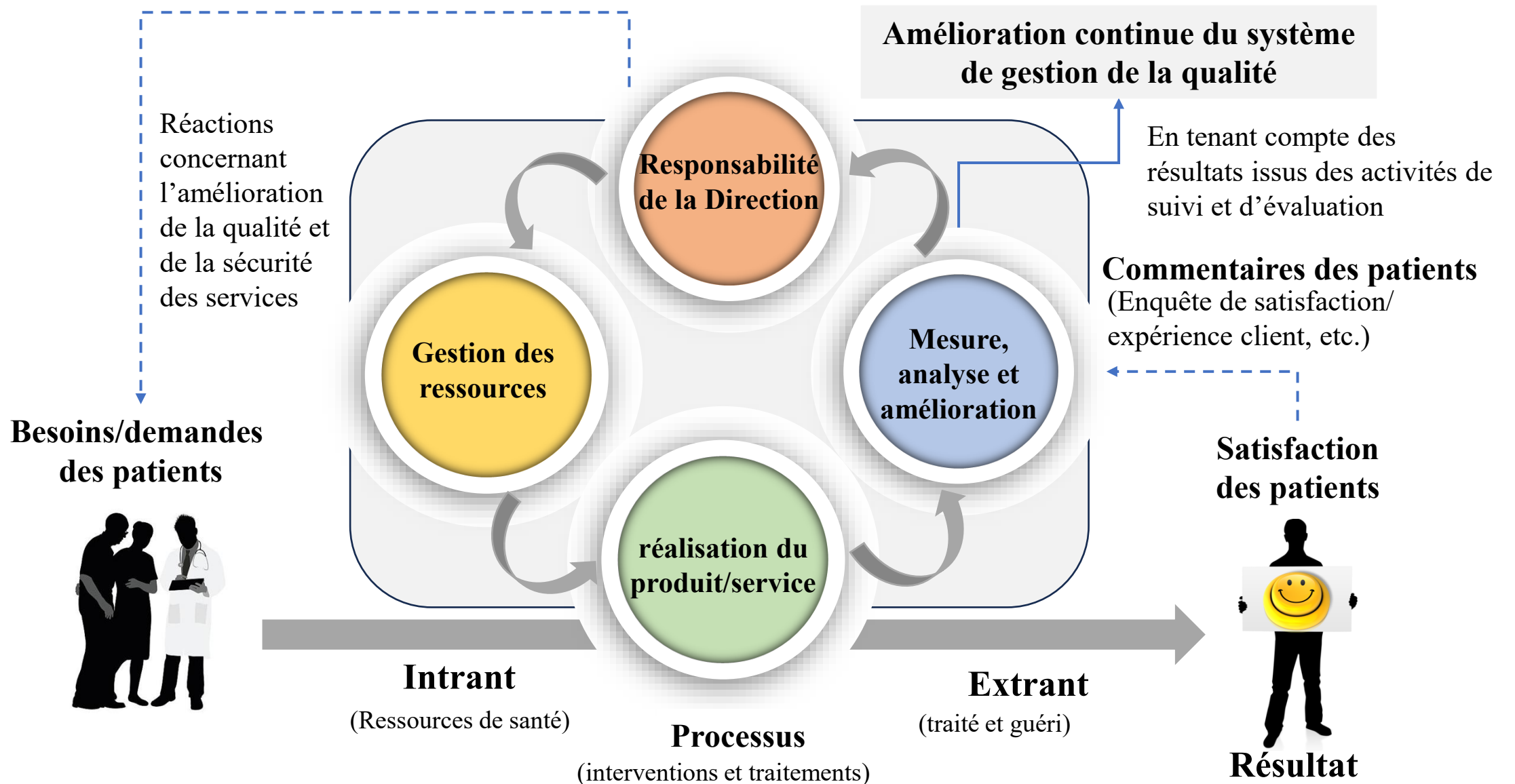
- Les Systèmes de Gestion de la Qualité doivent répondre aux besoins spécifiques de chaque organisation. Toutefois, tous les systèmes partagent des points communs, notamment :
  - La politique qualité et les objectifs qualité de l'organisation
  - Le manuel qualité
  - Les procédures, les directives et les dossiers
  - La gestion des données
  - Les processus internes
  - La satisfaction client liée à la qualité du service
  - Les opportunités d'amélioration
  - L'analyse de la qualité

# Le Système de Gestion de la Qualité dans le secteur de la santé

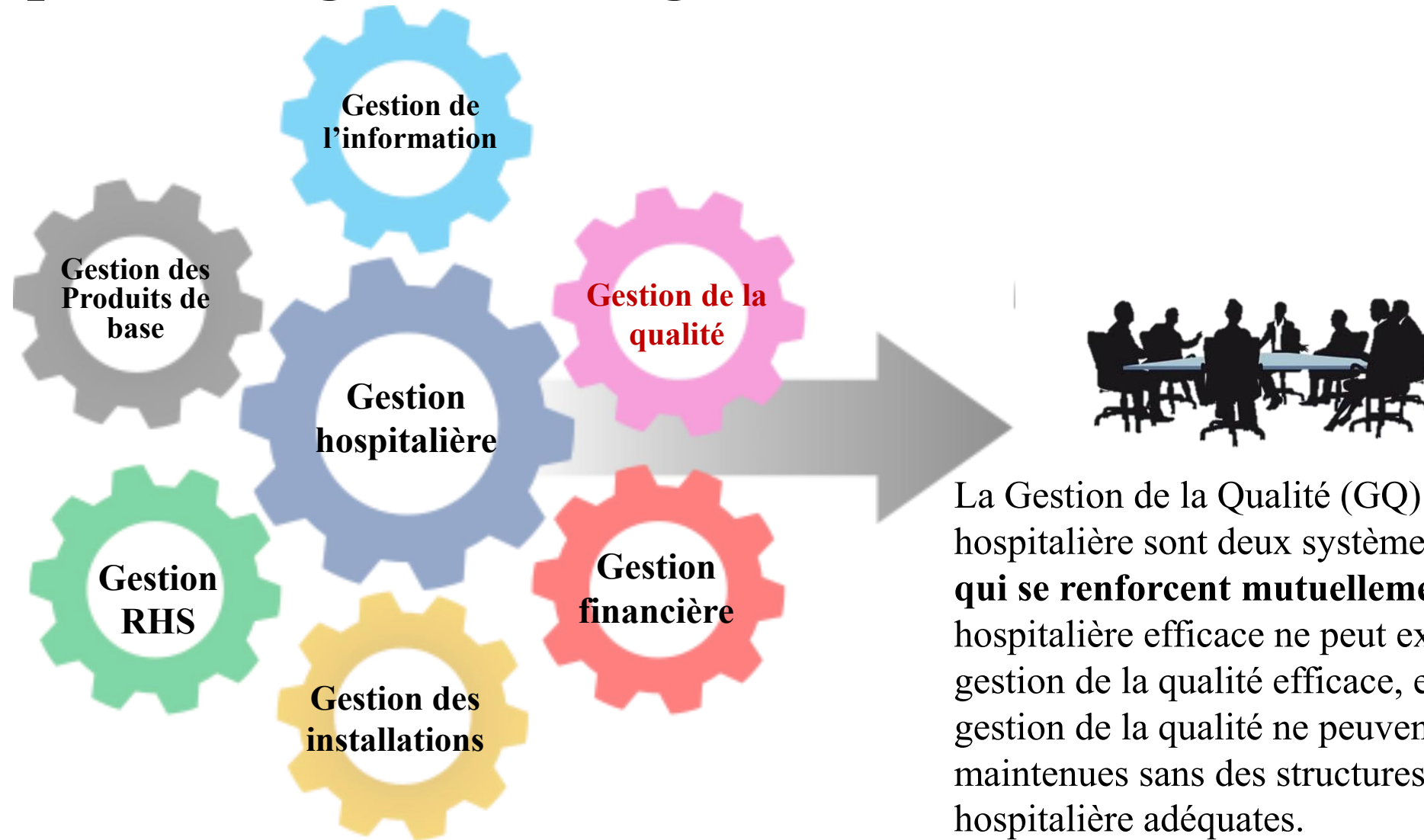
- La création d'un **Système de Gestion de la Qualité (SGQ)** vise à améliorer les performances d'un établissement de santé favorisant des processus plus efficaces et efficients et en renforçant la collaboration entre les professionnels de santé.
- Un SGQ peut être décrit comme la structure organisationnelle, les responsabilités, les processus, les procédures et les ressources utilisés pour gérer, garantir et améliorer la qualité des soins.
- L'amélioration continue basée sur des résultats mesurés est l'un des éléments fondamentaux d'un système de gestion. Elle implique le suivi et l'amélioration systématiques des processus de soins grâce au cycle de qualité et à des mécanismes de retour d'information.

# Le Système de Gestion de la Qualité dans le secteur de la santé

(Basé sur la norme ISO 9000)



# « La gestion de la qualité » fait partie intégrante de la gestion des établissements de santé



La Gestion de la Qualité (GQ) et la gestion hospitalière sont deux systèmes **indissociables qui se renforcent mutuellement**. Une gestion hospitalière efficace ne peut exister sans une gestion de la qualité efficace, et les activités de gestion de la qualité ne peuvent être maintenues sans des structures de gestion hospitalière adéquates.

# Résumé du lien entre la gestion hospitalière et la gestion de la qualité

<b>Fonction de gestion hospitalière</b>	<b>Contribution corrélative à la gestion de la qualité</b>
Gouvernance et politiques	Définition de l'orientation de la GQ, mise en place du système EAQ/EAT
Gestion opérationnelle	Amélioration du processus grâce à l'approche 5S-KAIZEN-TQM
Gestion des ressources humaines	Renforcement des capacités pour des compétences de qualité
Allocation des ressources	Utilisation efficace grâce à la réduction des gaspillages et à la standardisation
Suivi et évaluation	Données pour la prise de décision et la redevabilité

# Les éléments clés pour évaluer la gestion de la qualité dans les hôpitaux

- La gestion de la qualité dans les hôpitaux est évaluée en appréciant la gouvernance, la culture de l'amélioration, la sécurité clinique, les compétences du personnel, l'utilisation efficace des ressources et la prise de décision fondée sur les données.

Composante pour évaluer la GQ	Ce que mesure la composante	Exemples d'indicateurs
<b>Gouvernance et leadership</b>	Fonctions de la structure GQ	Fonctionnement, politiques et réunions EAQ/EAT
<b>Mise en œuvre 5S-KAIZEN-TQM</b>	Culture d'amélioration	Scores 5S, projets KAIZEN, standardisation
<b>Qualité et sécurité cliniques</b>	Résultats des soins	TMM, INMR, conformité PCI, indicateurs de sécurité
<b>Développement RH</b>	Compétences et performance du personnel	Couverture de la formation, supervision, tests de compétence
<b>Ressources et environnement</b>	Efficacité des systèmes de travail	Gestion des stocks, disponibilité des équipements

# Merci!

Une question, un commentaire, une précision dont vous avez besoin ?



**Support de formation sur l'approche 5S-KAIZEN-TQM**

# Mise en place de la structure de mise en œuvre GQ

**Agence japonaise de coopération internationale**

**Fujita Planning Co., Ltd.**



# Objectifs

Au terme de cette session, les participants seront en mesure de:

- Expliquer la structure d'un hôpital et comment la concevoir.
- Expliquer ce qu'est la structure de mise en œuvre de la gestion de la qualité.
- Expliquer comment constituer une équipe pour la gestion de la qualité.
- Expliquer les rôles et responsabilités de l'équipe d'amélioration de la qualité.
- Expliquer la différence entre l'équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) et l'unité d'amélioration de la qualité (UAQ)/de gestion de la qualité (UGQ).

# Contexte

- Pour assurer l'efficacité des activités liées à la gestion de la qualité, il est indispensable de mettre en place une structure de gestion de la qualité (GQ) et de veiller à son bon fonctionnement au sein de l'hôpital.
- De nombreuses études universitaires ont démontré qu'une approche d'équipe est efficace pour mettre en place une telle structure.
- Pour que cette dernière soit fonctionnelle au sein de l'hôpital, il importe de constituer une équipe de personnel qualifié et de la gérer de manière judicieuse.



# La structure de l'hôpital



Il s'agit des relations entre les départements, les services, les sections et les unités au sein de l'hôpital, y compris leurs responsabilités respectives.



On peut la définir comme l'ensemble des relations de pouvoir entre les gestionnaires, les chefs de service, de section et d'unité.

# Comment concevoir la structure ?

La structure peut être conçue en termes de:

## But

Organiser les personnes chargées d'atteindre un objectif commun

## Nombres

Cela signifie un certain nombre de personnes sous la responsabilité d'un seul gestionnaire

## Fonction

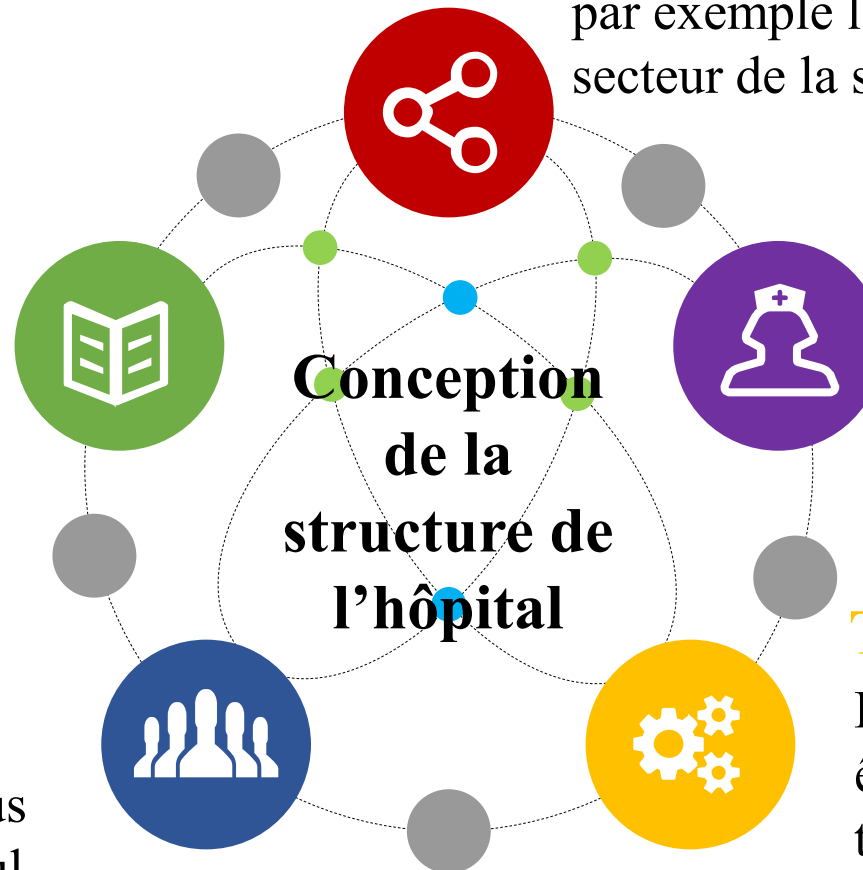
Regrouper les personnes qui effectuent des tâches similaires ou étroitement liées; par exemple les agents intervenant dans le secteur de la santé maternelle et infantile

## Compétences

Compétences techniques des professionnels de santé pour composer des équipes médicales

## Technologie

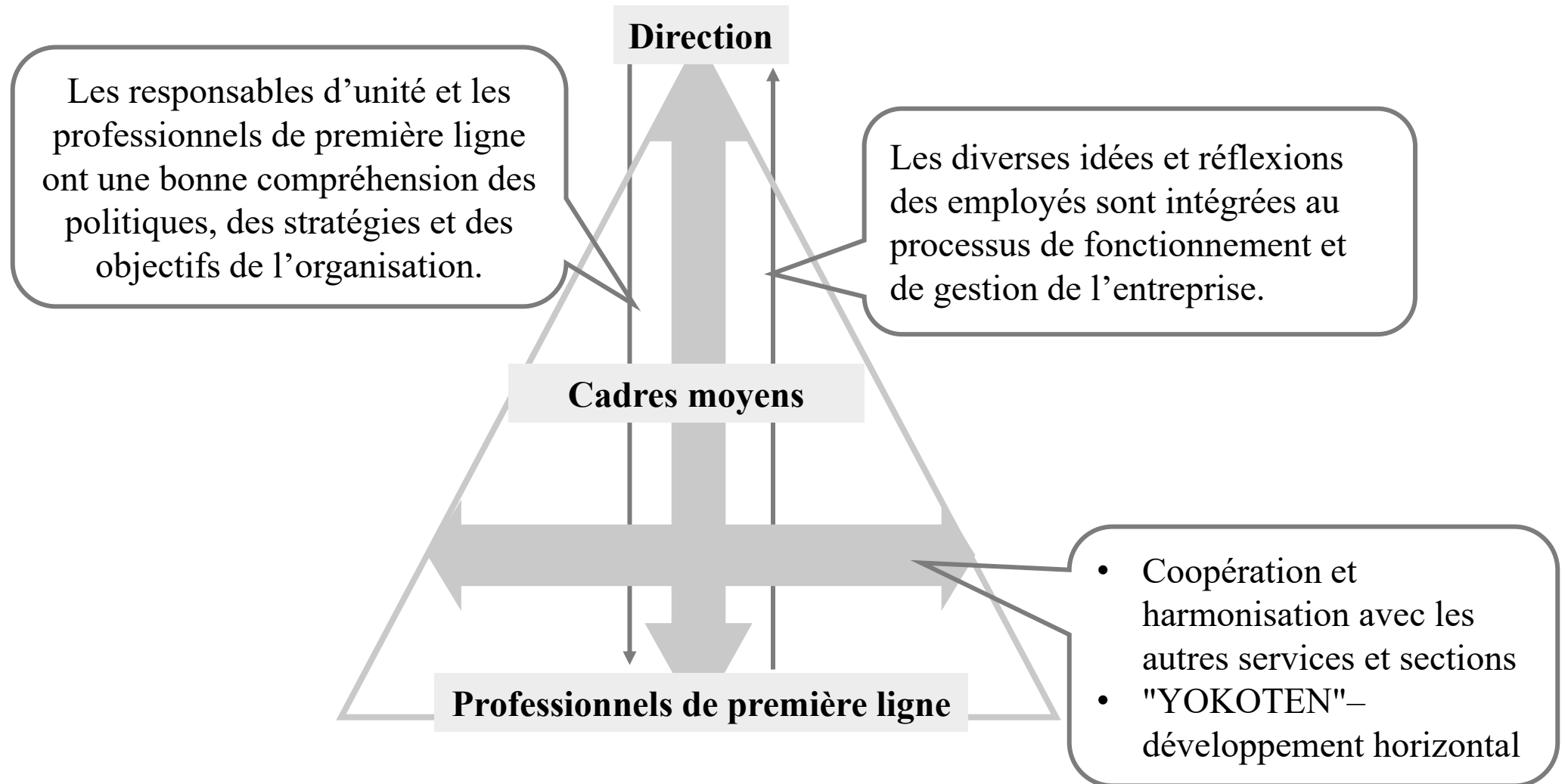
Des technologies pouvant être appliquées aux traitements et aux soins dispensés aux patients



# La structure de l'hôpital est souvent classée en plusieurs catégories :

Catégories de service	Sous-catégories de service
Service clinique	Soins et traitements
	Promotion de la santé et réadaptation et prise en charge des patients atteints de maladies chroniques
Service de soutien au sein de l'hôpital	Service de soutien au sein de l'hôpital
	Service de soutien hors de l'hôpital, en collaboration avec les autorités sanitaires locales
Recherche et formation	Formation, gestion de l'information
Gestion de la qualité	Gestion de la qualité, prévention des infections, sécurité des patients

# La mise en place de la « structure de mise en œuvre de la GQ » au sommet de « la structure de l'hôpital »



# La structure de mise en œuvre GQ

- La structure de mise en œuvre du système de gestion de la qualité (SGQ) est une approche systématique et structurée visant à mettre en place et à exploiter un SGQ au sein d'un hôpital.
- L'approche d'équipe est efficace pour la mise en place de la structure de mise en œuvre.
- La stratégie et les décisions en matière de gestion de la qualité émanant de la Direction de l'hôpital doivent être clairement communiquées aux responsables de service/unité et aux professionnels de première ligne.
- La chaîne de commandement, la communication et le partage d'informations doivent être clairement établis dans la structure de mise en œuvre du SGQ.

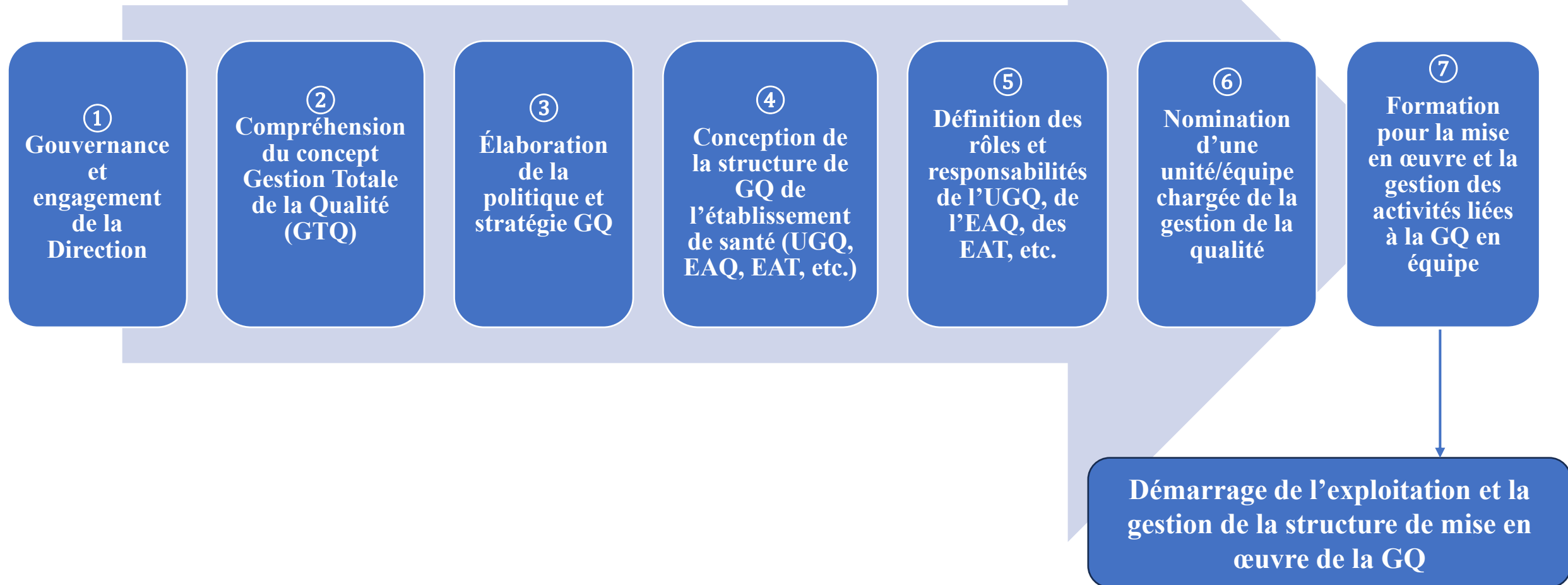
# Comment guider la Direction des établissements de santé dans la mise en place d'une structure de mise en œuvre de la gestion de qualité ?

- La mise en place d'une structure de gestion de la qualité (GQ) au sein des établissements de santé peut s'avérer difficile pour les raisons suivantes :
  - La connaissance et la compréhension limitées de la gestion de la qualité dans le secteur de la santé
  - Le manque d'engagement de la part de la Direction en faveur de la gestion de la qualité dans le secteur de la santé
  - Les contraintes en matière de ressources
  - La faible culture organisationnelle, notamment en matière de qualité et de sécurité – Formation et suivi insuffisants en matière de gestion de la qualité
  - L'absence d'un cadre de mise en œuvre clair



**Préparation à la mise en place d'une  
structure de mise en œuvre de la gestion  
de la qualité**

# Le processus de mise en place de la structure de mise en œuvre de la GQ



# ① La gouvernance et l'engagement de la Direction

- De nombreuses études scientifiques et empiriques ont révélé de manière concordante que le leadership est un facteur de réussite essentiel dans le cadre de la mise en œuvre des activités liées à la gestion de la qualité (GQ) au sein des établissements de santé.
- Elles citent le leadership et la gouvernance à titre de fondements clés de la qualité des services de santé, en particulier dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile (OMS)
- Elle soulignent l'importance du soutien de la Direction pour garantir une amélioration continue de la qualité, notamment grâce à des modèles comme le Triple Objectif. (Institute for Healthcare Improvement - Institut pour l'amélioration des soins de santé)

# Pourquoi le leadership est-il important dans la mise en œuvre de la gestion de la qualité?

Rôle du leadership	Impact
Définir une vision claire et une politique qualité	Assure la cohésion des équipes et la définition de l'orientation
Allouer des ressources (personnel, temps, budget)	Permet une mise en œuvre efficace
Promouvoir une culture de sécurité et de redevabilité	Encourage la communication d'informations et l'amélioration
Lever les obstacles au changement	Aide les équipes à surmonter la résistance
Suivre et valoriser les progrès	Permet de maintenir la motivation et la concentration du personnel

## ② La compréhension du concept Gestion Totale de la Qualité (GTQ)

- Comprendre le concept Gestion Totale de la Qualité (GTQ) n'est pas une option, mais une nécessité pour bâtir une structure de gestion de la qualité solide et durable dans le secteur de la santé. Cette compréhension est le garant de la philosophie, des processus, des structures d'équipe et de la culture nécessaires afin de fournir des soins de haute qualité centrés sur le patient.
- La Gestion Totale de la Qualité (GTQ) est une démarche qui permet aux établissements de santé de mettre en place un système de gestion de la qualité structuré, basé sur des principes tels que :
  - L'orientation client (patient)
  - L'implication des employés
  - L'orientation processus
  - L'amélioration continue

## ③ L'élaboration de la politique et stratégie GQ

- Il est essentiel d'élaborer une politique et une stratégie de gestion de la qualité (GQ) dans les établissements de santé afin de garantir la sécurité, l'efficacité, l'efficience et l'amélioration continue des soins. Sans politique et stratégie claires, les initiatives en matière de qualité ont tendance à être fragmentées, incohérentes et non durables.
  - Une Politique GQ définit l'engagement de l'établissement en matière de qualité, de sécurité et de soins centrés sur le patient.
  - Une Stratégie GQ décrit comment cet engagement se traduira en actions, en fixant des objectifs, des priorités et des responsabilités.

# Quels sont les avantages de l'élaboration de la politique et la stratégie GQ ?

Les avantages de la politique et stratégie de gestion de la qualité	Explication
Définit une orientation claire et un engagement	Elle clarifie pour tous les employés, quel que soit leur poste, l'engagement de l'organisation en matière de qualité et la manière dont leur travail s'inscrit dans cette mission.
Permet la mise en œuvre systématique des activités liées à la gestion de la qualité	Sans stratégie, l'amélioration de la qualité devient réactive et ponctuelle. Une stratégie de gestion de la qualité fournit un plan structuré pour les activités quotidiennes liées à la gestion de la qualité.
Favorise la redevabilité et l'évaluation	Une stratégie bien élaborée comprend des indicateurs clés de performance (ICP) et des objectifs de performance. Cela facilite le suivi des progrès, l'identification des lacunes et la responsabilisation des services et des dirigeants vis-à-vis des résultats.
Conformité aux normes nationales et aux exigences d'accréditation	Cela démontre que l'établissement dispose d'une approche structurée et cohérente pour la gestion et l'amélioration de la qualité des soins.
Soutient la planification des ressources	Grâce à une stratégie claire, la Direction peut allouer le personnel, le budget et les outils nécessaires à une amélioration efficace de la qualité.
Développe une culture d'amélioration continue	La politique de gestion de la qualité érige la qualité en valeur fondamentale de l'établissement. La stratégie renforce cette position en intégrant des cycles d'amélioration continue, tels que le cycle PDCA (Planifier-Déployer-Contrôler-Agir) ou l'analyse des causes profondes, dans les activités quotidiennes.
Améliore la confiance des patients et les résultats	Les patients et les communautés sont susceptibles de faire confiance à un établissement qui démontre un engagement envers la qualité et la sécurité.

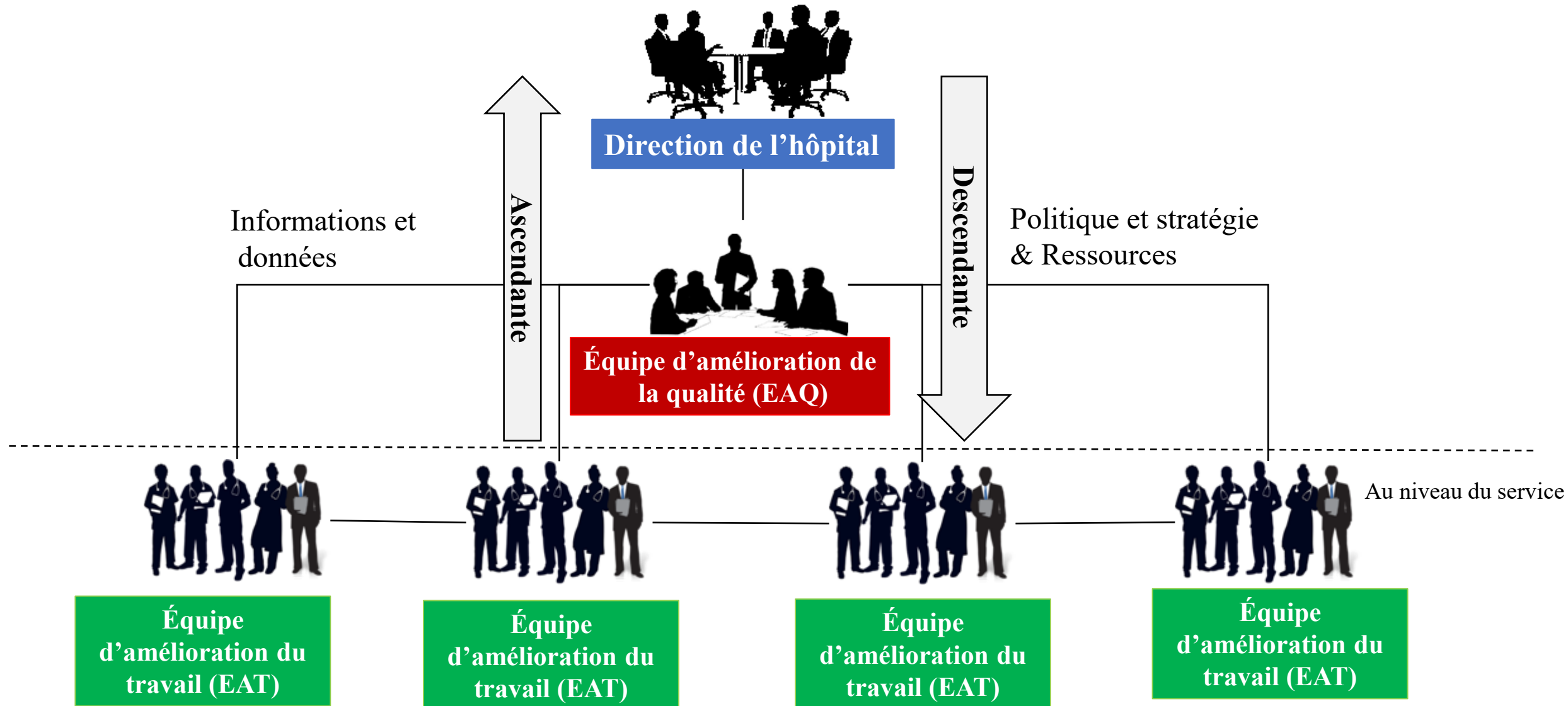
## ④ **La conception de la structure de gestion de la qualité de l'établissement de santé**

- La conception de la structure de gestion de la qualité (GQ) d'un établissement de santé implique la mise en place d'un cadre organisé qui assure la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'amélioration systématiques des services de santé.
- Pour définir la structure de gestion de la qualité dans l'organigramme de l'hôpital, vous devez clairement positionner l'unité de gestion de la qualité (UGQ) ou l'équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) et l'équipe d'amélioration du travail (EAT) au sein de la hiérarchie organisationnelle globale.

# **Les étapes de la définition de la structure de gestion de la qualité dans l'organigramme de l'hôpital**

1. Déterminez à quel service appartient l'unité GQ
2. Attribuez un nom explicite à l'unité (UGQ ? EAQ? etc.)
3. Précisez la hiérarchie et les liens hiérarchiques
4. Incluez les sous-comités ou fonctions clés relevant de la GQ
5. Utilisez le format standard de l'organigramme
6. Vérifiez la conformité aux directives nationales en matière de gestion de la qualité

# Exemple de mise en œuvre de la structure GQ dans un hôpital



## ⑤ **La définition des rôles et responsabilités de l'UGQ, de l'EAQ de l'EAT, etc.**

- Il est essentiel de définir les rôles et les responsabilités de l'UGQ, de l'EAQ et de l'EAT pour le succès de la gestion de la qualité dans les établissements de santé, car :
  - Chaque employé connaît sa responsabilité et sait comment il contribue à la gestion de la qualité.
  - Des rôles clairement définis permettent de structurer la circulation de l'information entre l'EDH, l'UAQ et les EAT.
  - Il est plus facile d'attribuer la responsabilité des tâches, de suivre les progrès et d'évaluer les performances.
  - Cela facilite la mise en œuvre cohérente des processus d'amélioration de la qualité (tels que le cycle PDCA, l'approche 5S-KAIZEN, les audits cliniques).
  - Lorsque le personnel change, les nouveaux membres peuvent rapidement comprendre leurs rôles et poursuivre les activités d'amélioration continue.

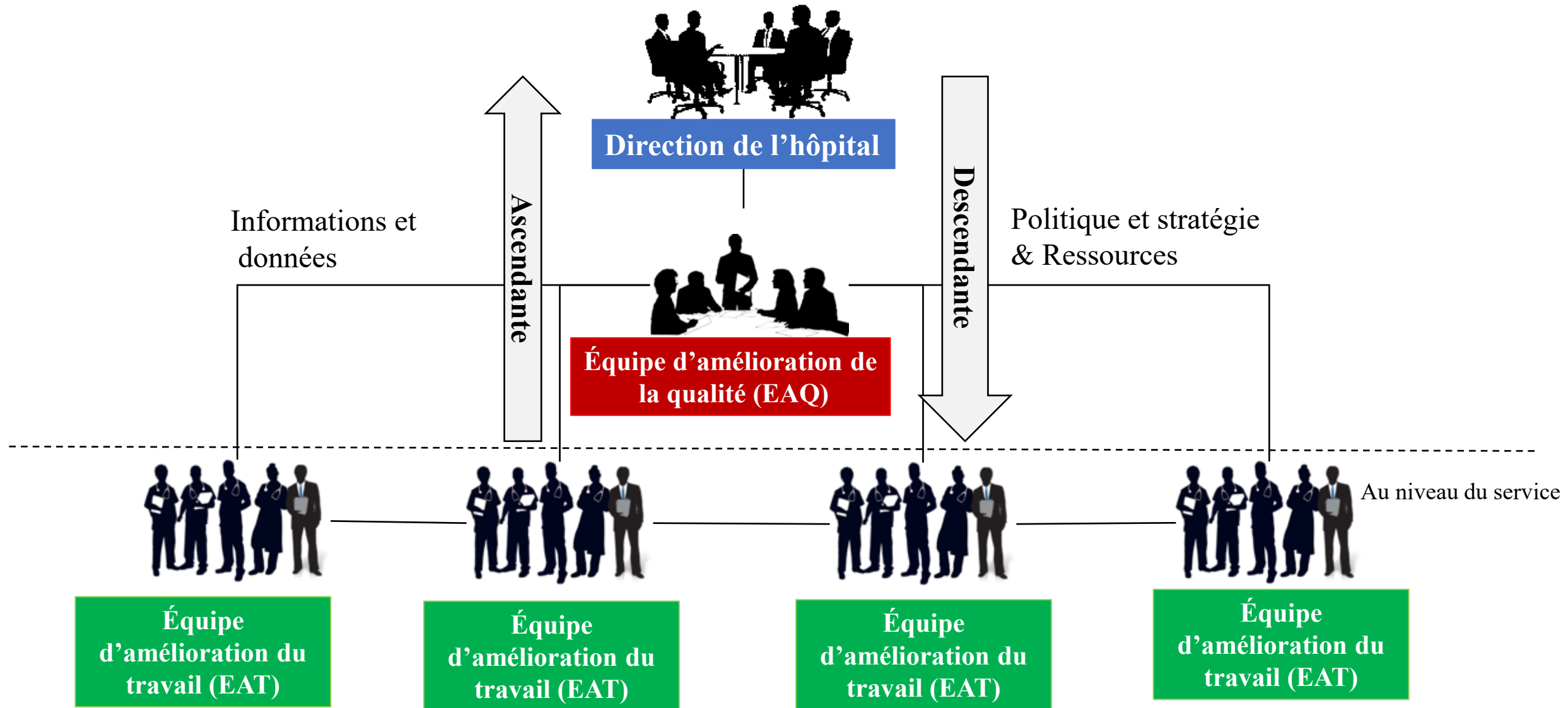
## ⑥ La nomination d'une unité/équipe de gestion de la qualité

- La mise en place d'une UGQ ou d'une EAQ au sein de l'hôpital et des EAT dans chaque service ou unité nécessite un plan clair, le soutien sans faille de la Direction de l'hôpital et une bonne communication entre les parties prenantes.
- La définition de critères clairs de sélection des membres de chaque équipe contribue à promouvoir le fonctionnement efficace des équipes.
- Une fois l'équipe constituée, il faut définir clairement les mesures à prendre pour garantir son bon fonctionnement. Pour ce faire, il convient d'organiser des formations sur la gestion de la qualité, suivies d'un suivi post-formation, d'un soutien technique pour les activités de l'équipe et d'une communication régulière.

## ⑦ **L'organisation de formations pour assurer la mise en œuvre et la gestion des activités de GQ en équipe**

- Étant donné que peu de membres du personnel ont reçu une formation adéquate sur les activités liées à la gestion de la qualité dans les établissements de santé, il est important de comprendre les connaissances et les compétences requises pour devenir membre de l'UGQ/EAQ ou EAT.
- Élaborer un programme de formation en collaboration avec les facilitateurs nationaux sur la base de l'évaluation des besoins.
- Élaborer un programme de formation pratique et efficace qui combine enseignement théorique et activités pratiques.

# Exemple de mise en œuvre de la structure GQ dans un hôpital



# **La mise en place et la gestion de l'EAQ/l'UAQ**

# Les critères clés de sélection des membres de l'EAQ

- Membres du personnel ayant un état d'esprit positif et qui démontrent un engagement fort en faveur de la qualité
- Membres du personnel disposés à apprendre des autres membres de l'équipe
- Membres du personnel ayant une influence sur les autres membres du personnel hospitalier
- Membres du personnel qui possèdent une expertise technique en matière d'amélioration de la qualité
- Membres du personnel engagés dans la réussite du projet d'amélioration
- Membres du personnel avec des compétences avérées en communication, bonne documentation et bonnes aptitudes pédagogiques



# **Les rôles et responsabilités clés de la Direction de l'hôpital**

**Les gestionnaires d'hôpitaux ont la responsabilité de veiller à la mise en œuvre durable des activités liées à la gestion de la qualité. Ils assurent:**

- L'élaboration et le déploiement de la politique et la stratégie de l'hôpital en matière d'activités liées à la gestion de la qualité.
- Le soutien financier de l'EAQ et des EAT pour la mise en œuvre de leurs activités GQ.
- L'allocation de ressources humaines et d'autres ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités liées à la gestion de la qualité
- La communication régulière avec l'EAQ au sujet des activités d'amélioration de la qualité afin de fournir des conseils techniques et managériaux.

# Les rôles et responsabilités clés de l'EAQ

**L'EAQ supervise les activités liées à la GQ dans l'établissement de santé.**

- Élabore le plan et le budget annuels de gestion de la qualité et les soumet à la Direction de l'établissement de santé
- Coordonne toutes les activités GQ afin d'en garantir l'efficacité
- Forme le personnel hospitalier aux activités liées à la gestion de la qualité
- Effectue l'analyse de situation pour la mise en œuvre de toute activité GQ
- Assure la mise en œuvre des activités GQ afin de résoudre les problèmes courants de l'hôpital
- Effectue le suivi et l'évaluation périodiques, et fournit des conseils techniques aux EAT pour une amélioration continue
- Assure la gestion de tous les dossiers et archives de toutes les activités liées à la gestion de la qualité menées au sein de l'hôpital
- Alloue les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités GQ

# La couverture des activités de l'EAQ

L'EAQ peut se pencher sur l'efficacité organisationnelle, la rentabilité et le bien-être général des clients. Les principaux domaines d'intervention sont les suivants :

- La qualité des services
- La sécurité des patients et du personnel
- La fiabilité des services
- La gestion et l'amélioration des processus
- La réduction des coûts d'exploitation
- La réduction des reprises de travail
- L'efficacité dans l'exécution des tâches
- L'amélioration de la communication
- Le suivi interne
- L'amélioration de l'environnement de travail



# La création de l'UGQ

- La mise en place d'une structure formelle en charge des activités liées à la gestion de la qualité semble plus efficace pour la « durabilité » de ces activités.
- Il est donc fortement recommandé de mettre en place une Unité d'amélioration/de gestion de la qualité (UAQ/UGQ) plutôt que l'EAQ.
- L'UAQ devrait faire partie de l'organigramme de l'établissement sous la direction de l'EDH, et des agents à temps plein devraient lui être affectés.
- Cette structure modifie la gestion des activités liées à la gestion de la qualité grâce à l'affectation de personnel à temps plein et à l'allocation régulière de budget afin de se concentrer sur toutes les activités liées à la gestion de la qualité de l'établissement de santé de manière durable.

# Les expériences de la Tanzanie : de l'EAQ à l'UAQ (1)

Lors de la phase initiale d'introduction des activités 5S-KAIZEN-TQM dans les établissements de santé, il a été demandé aux établissements cibles de mettre en place une équipe d'amélioration de la qualité. Cependant, la poursuite des activités de cette équipe s'est avérée difficile et de nombreux établissements ont dû la restructurer.



Les membres de l'EAQ devaient en effet s'occuper de la gestion de la qualité en plus de leurs tâches quotidiennes. Par conséquent, il leur était difficile de se concentrer sur les activités GQ et ils n'ont finalement pas pu poursuivre leurs activités habituelles.



**Pas de réunions régulières  
EAQ/EAT**

**Non-poursuite des activités  
5S-KAIZEN-TQM**

**Aucune supervision de  
soutien régulière**

# Les expériences de la Tanzanie : de l'EAQ à l'UAQ (2)

Le Ministère de la Santé a instruit les hôpitaux publics en vue de créer une unité d'amélioration de la qualité (UAQ) et d'affecter des agents à temps plein chargés des activités liées à la gestion de la qualité dans ces hôpitaux.



- Tous les HRR ont créé des unités d'amélioration de la qualité.
- Il a été constaté que 96,4 % des plans de ces hôpitaux intégraient des activités 5S-KAIZEN.
- La gestion de la qualité est bien mise en œuvre et fait l'objet de rapports réguliers, et le suivi et la supervision des activités 5S-KAIZEN sont effectués régulièrement.

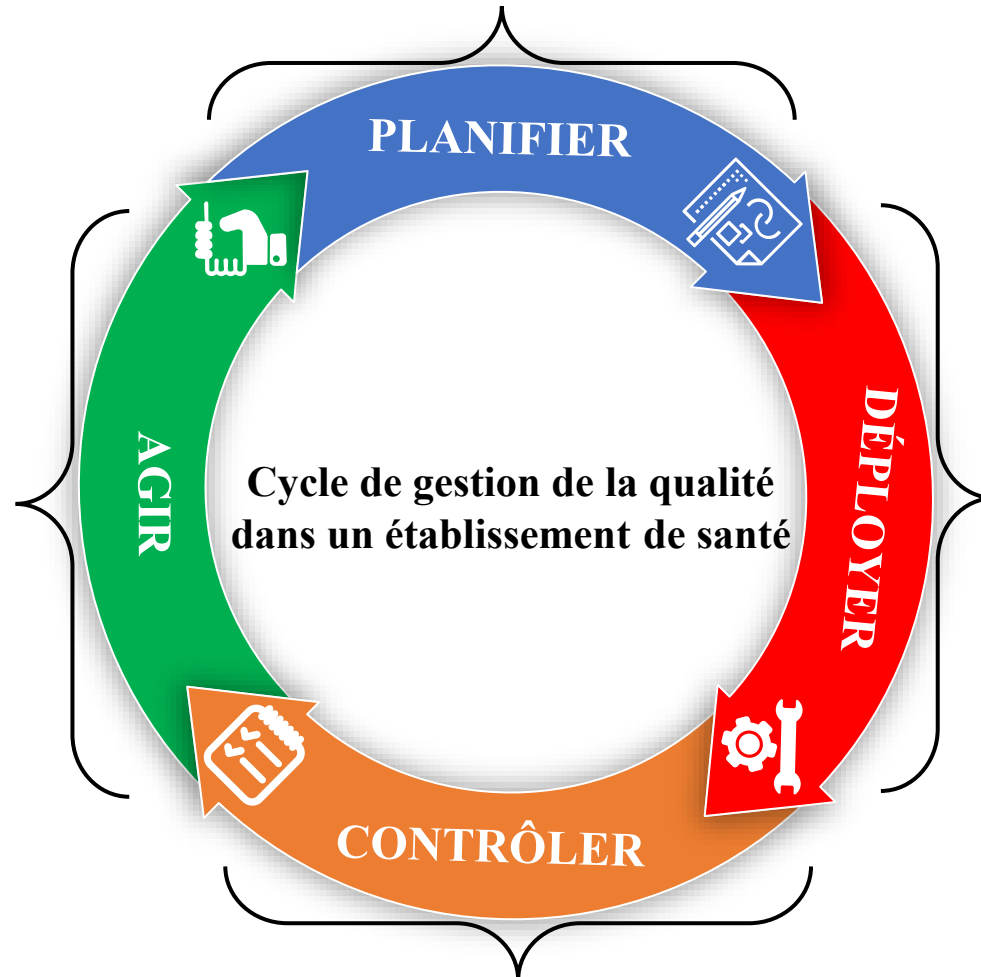


# La différence entre l'EAQ et l'UAQ/UGQ

	EAQ	UAQ/UGQ
<b>Sélection des membres</b>	Membres nommés par la Direction, ils se portent volontaires pour des activités multitâches	Membres nommés avec des rôles et des responsabilités spécifiques
<b>Affectation des membres</b>	À temps partiel, manque de concentration	Personnel affecté à temps plein
<b>Participation</b>	Participation occasionnelle ou irrégulière	Participation à temps plein
<b>Opérations</b>	Axées sur les tâches	Axées sur la stratégie / la planification
<b>Statut dans l'établissement</b>	Pas nécessairement intégrée dans l'organigramme de l'hôpital	Intégrée dans l'organigramme de l'hôpital
<b>Allocation budgétaire</b>	Budget partiel ou inexistant pour les activités	Activités budgétisées
<b>Compte rendu à la Direction</b>	Non responsable	Responsable
<b>Intervention</b>	Mise en œuvre ad hoc	Activités prévues
<b>Gestion de la qualité</b>	Mise en œuvre sélective des activités qualité	Facilité de supervision de tous les problèmes liés à la qualité

# Les activités S&E mises en œuvre par l'EAQ/l'UAQ

- **Planification des activités qualité** par l'EAQ/l'UAQ



- **Prise en compte des conclusions, suggestions et recommandations issues des résultats de l'évaluation.**

- **Suivi trimestriel des progrès des activités 5S-KAIZEN** par l'EDH et l'EAQ/UAQ

- **Évaluation** de la réalisation des activités planifiées par l'EAQ/l'UAQ
- **Évaluation** des progrès dans le cadre des activités 5S-KAIZEN par l'EAQ/l'UAQ

# Les facteurs potentiels qui influencent la performance des EAQ

Soutien de la Direction  
de l'hôpital

Formation et  
éducation

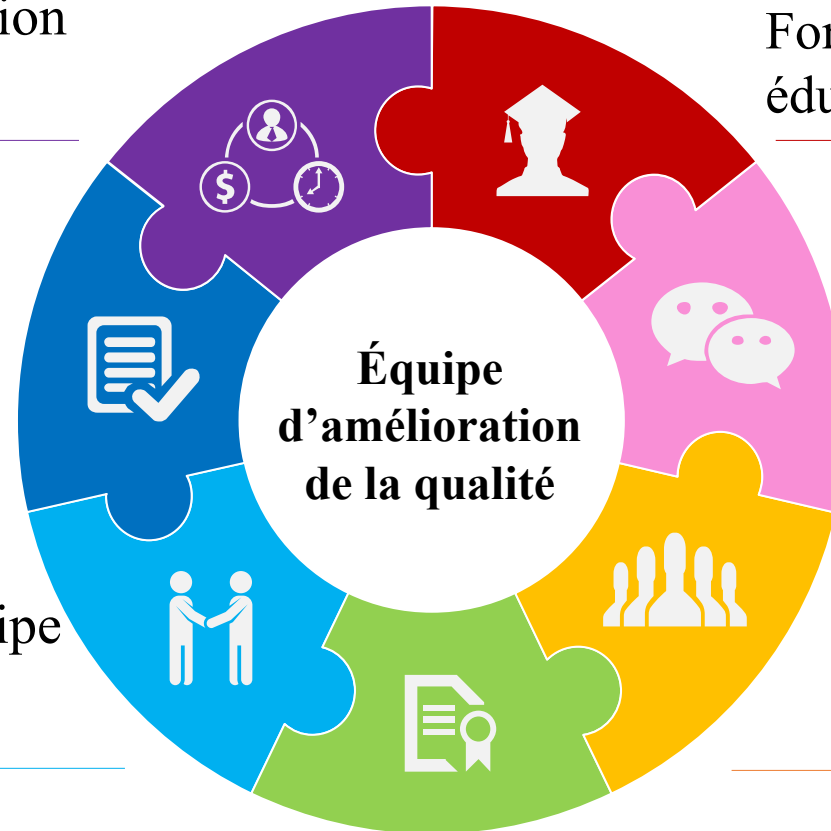
Auto-évaluation et  
apprentissage

Communication

Cohésion d'équipe

Taille et composition  
de l'équipe

Clarté des rôles et des  
responsabilités de  
l'équipe



# **La création et la gestion des EAT**

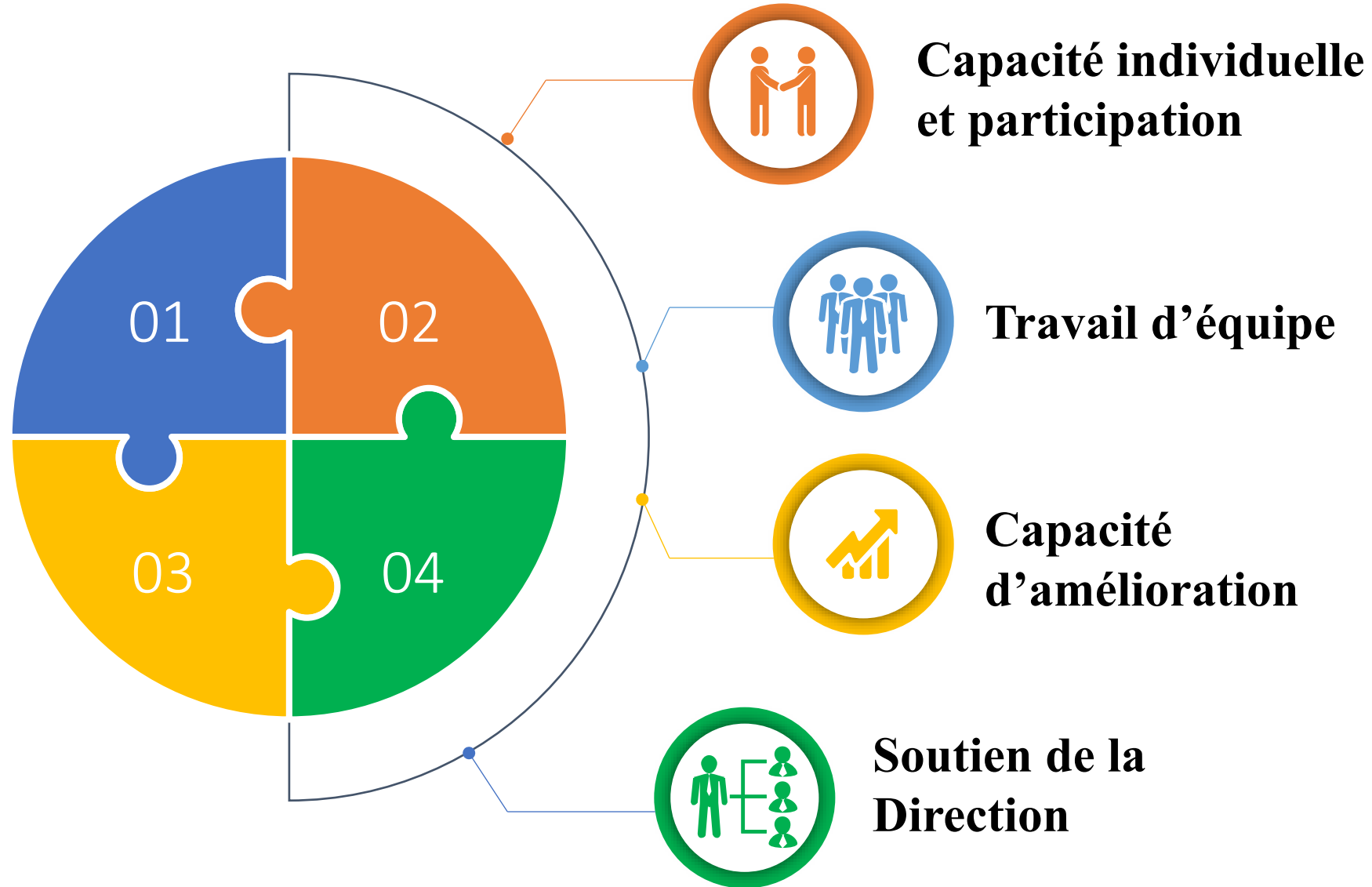
# Contexte

- L'équipe d'amélioration de la qualité, qui supervise les activités liées à la gestion de la qualité au sein d'un établissement de santé, a du mal à mener à bien ces activités quotidiennes au niveau des services ou des unités.
- Il est nécessaire de mettre en place des équipes sur place chargées de la gestion quotidienne de la qualité afin de mener à bien les activités liées à la gestion de la qualité dans le cadre clinique.
- Pour ces raisons, il est recommandé de créer des équipes d'amélioration du travail (EAT) au niveau des services ou des unités afin d'assurer la mise en œuvre efficace des activités liées à la gestion de la qualité.

# Qu'est-ce que l'équipe d'amélioration du travail (EAT) ?

- L'équipe d'amélioration du travail (EAT) est une petite équipe composée de membres du personnel qui se réunissent régulièrement pour résoudre les problèmes liés à leur champ d'activité ou à leur lieu de travail.
- Il s'agit d'un groupe de personnes œuvrant ensemble pour l'atteinte d'un objectif commun dont elles partagent la responsabilité.
- Les EAT fonctionnent selon le principe de l'amélioration continue des processus en cours au sein du service ou de l'unité.

# Les quatre éléments de base des EAT



# Les objectifs de la création des EAT

- Il s'agit essentiellement d'activités mises en œuvre en petits groupes par les employés.
- Les objectifs de la création des EAT sont les suivants:
  - Offrir au personnel des possibilités de participation active ;
  - Motiver et encourager les professionnels de santé dans leurs efforts ;
  - Résultat final : meilleure qualité des produits et des services ; et
  - Amélioration de la productivité

# **Les EAT devraient apporter des améliorations qualitatives dans les domaines suivants :**

- Le service à la clientèle / au public
- Les intrants et les extrants
- L'utilisation des ressources
- Les procédures, le flux de travail, les systèmes, les méthodes
- L'environnement de travail
- La gestion de la charge de travail
- La coordination
- La sécurité
- L'efficacité et l'efficacité
- Les compétences et les connaissances

# Les rôles de l'EAT

- L'EAT s'auto-dirige et implique ses membres dans la résolution de problèmes ou la contribution d'améliorations pertinentes au travail de l'équipe.
- Elle travaille en étroite collaboration avec le facilitateur dans le cadre des projets mis en œuvre par les EAT.
- Elle participe régulièrement aux réunions.
- Elle partage et propose des idées, consacrent du temps et consent des efforts pour aider et améliorer l'efficacité de l'équipe.
- Elle coopère avec le chef d'équipe et les autres membres, et leur apporte son soutien.
- Elle participe aux activités de résolution des problèmes du groupe.
- Elle contribue à l'amélioration des résultats découlant des projets menés par l'équipe.

# Les responsabilités de l'EAT

- **L'EAT est responsable de la mise en œuvre des activités courantes liées à la gestion de la qualité (GQ) au sein de son propre service ou de sa propre unité afin de garantir la qualité et la sécurité des services. Entre autres, elle:**
  - Élabore chaque année un plan d'action GQ
  - Forme le personnel nouvellement affecté aux activités liées à gestion de la qualité du service/de l'unité
  - Assure la mise en œuvre des activités courantes liées à la gestion de la qualité au sein du service/de l'unité
  - Partage et contribue des idées, consent des efforts et consacre du temps afin d'améliorer l'efficacité de l'équipe au sein du service/de l'unité
  - Effectue régulièrement le suivi et l'évaluation des activités quotidiennes liées à la gestion de la qualité
  - Documente toutes les activités liées à la gestion de la qualité dans le service/l'unité et partage les résultats du suivi et de l'évaluation (S&E) avec les autres membres du personnel et l'équipe d'amélioration de la qualité (EAQ)
  - Assure une communication régulière avec l'EAQ

# Comment mettre en place les EAT ? (1)

- Les équipes d'amélioration du travail (EAT) sont mises en place afin d'améliorer les activités et la gestion sur site (« genba »). Elles doivent donc être constituées au niveau des services, des sections ou des unités au sein de la structure organisationnelle des établissements de santé.
- Les membres de l'EAT sont sélectionnés parmi le personnel du service ou de la section/l'unité où l'EAT est mise en place. Le nombre de membres dépend de la taille du service ou de la section/l'unité ; toutefois, l'équipe idéale est généralement composée de 4 à 6 membres.
- En ce qui concerne les activités liées à la gestion de la qualité dans les établissements de santé, l'équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) assure la supervision des EAT de chaque service ou unité.

# Comment mettre en place les EAT ? (2)

**Le processus de mise en place des EAT se décline ainsi :**

1. La sélection d'un groupe de personnes compétentes et diversifiées.
2. La clarification des rôles et des responsabilités au sein de l'équipe.
3. La définition des attentes et des objectifs de l'équipe.
4. La formation des membres sélectionnés de l'équipe au fonctionnement et à la gestion de l'EAT, aux notions fondamentales de gestion de la qualité et aux techniques 5S-KAIZEN.
5. Le suivi et la supervision réguliers de l'équipe.

# Les critères de sélection des membres de l'EAT

- Des membres du personnel qui possèdent une expertise technique en matière d'amélioration de la qualité.
- Des membres du personnel capables de faire preuve d'un «Leadership au quotidien au sein du service/l'unité.
- Des membres du personnel ayant un état d'esprit positif et qui démontrent un engagement fort envers les activités d'amélioration de la qualité.
- Des membres du personnel ayant de bonnes compétences en matière de tenue de dossiers.
- Des membres du personnel ayant de bonnes compétences en matière de communication et d'animation.



Source de l'image : <https://www.snhu.edu/à-propos/salle-de-actualités/santé/qu'est-ce-que-l'amélioration-de-la-qualité-des-soins-de-santé>

# Plan d'action de la GQ au niveau du service

Les étapes clés de l'élaboration du plan d'action de la GQ au niveau du service sont les suivantes :

Identification  
des  
problèmes

Analyse des  
causes  
profondes

Planification  
des mesures  
correctives  
et  
préventives

Attribution  
des  
responsabil  
ités

Définition  
du  
calendrier  
et des  
objectifs

Définition  
des  
indicateurs  
de suivi

Révision et  
mise à jour  
régulière

# Modèle de plan d'action de la GQ au niveau du service

Voici un exemple de modèle de plan d'action de la GQ.

Problème identifié	Cause profonde	Action prévue	Personne(s) responsable(s)	Délai	Indicateurs de suivi	Remarques/ Statut
Retards des dossiers patients	Processus de documentation incomplet	Standardiser la procédure de documentation	M. A / Membre de l'équipe en charge de la gestion des archives	Juillet 2025	% de dossiers complets soumis à temps	En cours

Veillez noter que le plan d'action de la GQ doit être élaboré avant le plan opérationnel de l'hôpital, car il doit y être intégré et inclus dans le budget de l'hôpital.

# La gestion quotidienne de la qualité du service par l' EAT

- Mettre en œuvre au quotidien les activités 5S pour organiser son propre lieu de travail.
- Mettre en œuvre les activités KAIZEN.
- Mettre en œuvre des projets KAIZEN rapide pour améliorer le lieu de travail.
- Appliquer le KAIZEN avec scénario de CQ pour résoudre les problèmes sur le lieu de travail.
- Assurer la sécurité des patients et celle du personnel.
- Gérer les stocks de matières premières, de consommables et de médicaments.
- Traiter de manière appropriée les plaintes, les suggestions et les besoins.

# Réunion EAT et réunion EAQ-EAT

Réunion EAQ- EAT



Réunion EAT



Fréquence des réunions	Exemples de sujets à aborder
Recommandation: Mensuelle, et selon les besoins lorsque des problèmes surviennent.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Progrès des activités liées à la gestion de la qualité au sein du service/l'unité</li><li>• Assistance et soutien technique nécessaires</li><li>• Résultats du suivi et de la supervision internes</li><li>• Examen du rapport d'activité QG</li></ul>
Recommandation: Hebdomadaire, et selon les besoins lorsque des problèmes surviennent.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Progrès des activités planifiées liées à la gestion de la qualité, notamment le KAIZEN avec scénario de CQ</li><li>• Progrès des activités quotidiennes 5S et KAIZEN rapide</li><li>• Gestion des plaintes des clients</li><li>• Problèmes rencontrés</li></ul>

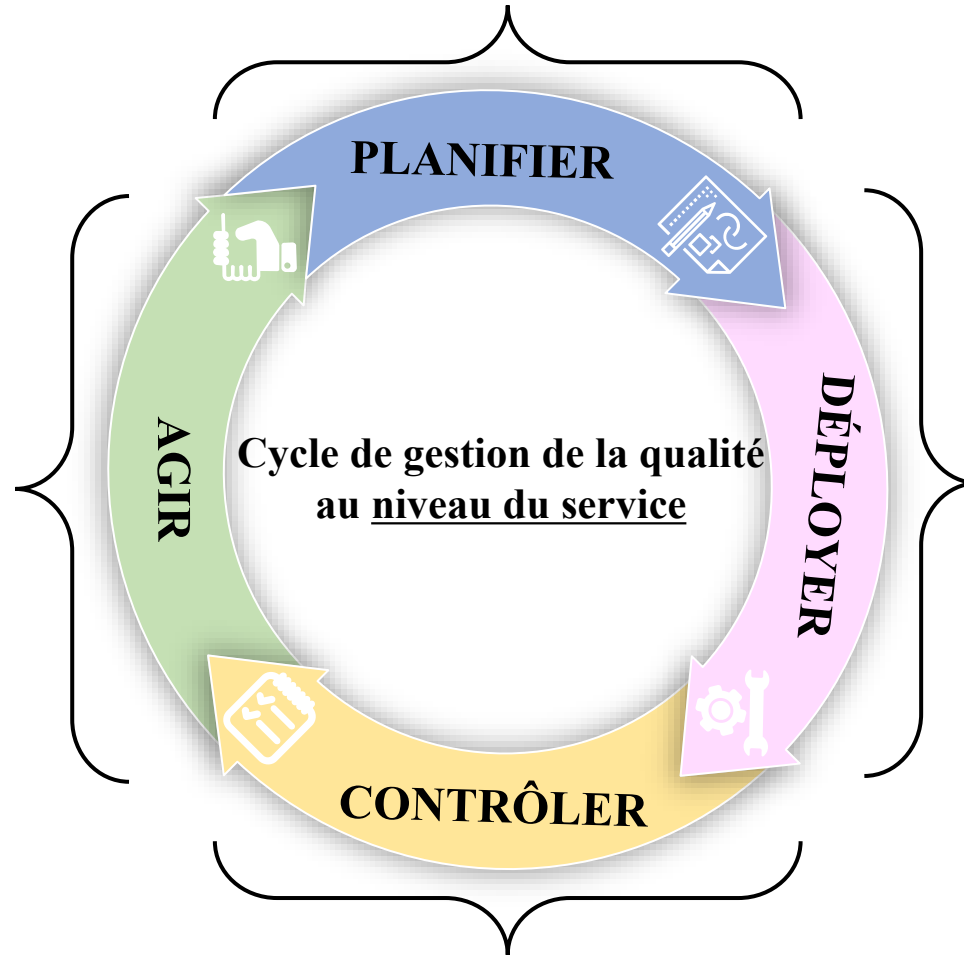
# Les activités de suivi et d'évaluation - EAT

La fréquence du suivi peut varier. Cependant, dans le cadre du suivi, les activités suivantes doivent généralement être mises en œuvre par l'équipe d'amélioration du travail (EAT) :

	Activité S&E	Fréquence	Mise en œuvre par	Outils S&E
1	<b>Auto-suivi</b> des activités 5S-KAIZEN	Journalier	EAT	Liste de contrôle 5S quotidien
2	<b>Suivi</b> du progrès des activités prévues	Trimestriel	EAT	Plan d'action AmQ
3	<b>Suivi</b> de l'avancement des activités 5S-KAIZEN	Trimestriel	EAQ+EAT	Fiche S&E 5S-KAIZEN
4	<b>Évaluation</b> de la réalisation des activités planifiées	Annuelle	EAT	Plan d'action AmQ
5	<b>Évaluation</b> des progrès réalisés dans le cadre des activités 5S-KAIZEN	Annuelle	EAQ	Fiche S&E 5S-KAIZEN

# Les activités de suivi et d'évaluation au niveau du service

- **Planification de la qualité par l'EAT au niveau du service**



- Prise en compte des conclusions, suggestions et recommandations issues des résultats de l'évaluation.

- **Suivi trimestriel** de l'avancement des activités prévues par l'EAT
- **Suivi trimestriel** du progrès des activités 5S-KAIZEN par l'EAQ + l'EAT
- **Auto-suivi quotidien** des activités 5S-KAIZEN par l'EAT

- **Évaluation** de la réalisation des activités planifiées par les EAT
- **Évaluation** des progrès réalisés dans le cadre des activités 5S-KAIZEN par l'EAQ

# « Les facteurs qui influencent le déploiement national de l'approche d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux publics en Tanzanie »

Ishijima. H et al. (2014) Clinical Governance An International Journal 19(2)

- Les rôles et les responsabilités des membres de l'EAQ doivent être communiqués à l'ensemble du personnel hospitalier, sans quoi, la mise en œuvre des activités 5S-KAIZEN-TQM rencontrera une résistance de la part du personnel.
- La connaissance de l'approche 5S-KAIZEN-TQM par les responsables d'unité (cadres moyens) a eu une influence significative sur la mise en pratique de cette approche.
- Les hôpitaux doivent mettre en place une EAQ fonctionnelle dont les rôles et responsabilités sont clairement définis.
- Tout comme la Direction, les responsables d'unité constituent un élément clé de la réussite de la mise en œuvre de l'approche 5S-KAIZEN-TQM, ce qui est mis en évidence par les variables explicatives « implication et engagement » et « connaissance des 5S » chez les responsables d'unité.



The current issue and full text archive of this journal is available at [www.emeraldinsight.com/1477-7274.htm](http://www.emeraldinsight.com/1477-7274.htm)

## Factors influencing national rollout of quality improvement approaches to public hospitals in Tanzania

National rollout of  
QI approaches

137

Hisahiro Ishijima

*Japan International Cooperation Agency/Ministry of Health and Social Welfare,  
Dar es Salaam, United Republic of Tanzania*

Eliudi Eliakimu

*Health Quality Assurance, Ministry of Health and Social Welfare,  
Dar es Salaam, United Republic of Tanzania*

Shizu Takahashi

*Former JICA expert, Tokyo, Japan, and*

Noriyuki Miyamoto

*Fujita Planning Co. Ltd, Tokyo, Japan*

### Abstract

**Purpose** – The purpose of this paper is to identify factors that influence the implementation of the rollout of the 5S approach in public hospitals in Tanzania, and share the way to scale this up for similar setting in developing countries.

**Design/methodology/approach** – The effect size was calculated from pre- and post-assessment results of Training of Trainers (ToT) to examine the effectiveness of ToT. A questionnaire with 14 explanatory variables was developed and completed based on information collected during Consultation visits (CVs) and progress report meetings (PRMs). Then, data were analysed to identify the influencing factors in relation to outcome variables (CV average score).

**Findings** – Among 14 explanatory variables, five explanatory variables showed statistical significant association with the CV average score. Those are: "Feedback and information sharing," ( $p = 0.031$ ), "Quality Improvement Team roles and responsibility" ( $p = 0.002$ ), "5S knowledge," "Involvement and commitment," and "5S guidelines use and availability," ( $p = 0.000$ ). When the explanatory variables were controlled by levels of hospitals, "involvement and commitment" was the only explanatory variable for national level hospitals. For regional referral hospitals, "QI roles and responsibility" ( $p = 0.02$ ) and "5S knowledge" ( $p = 0.03$ ) were statistically significant. For district hospitals, "involvement and commitment" ( $p = 0.01$ ) and "availability of guideline" ( $p = 0.001$ ) were statistically significant.

**Research limitations/implications** – This study has the following limitations. The data were collected from existing reports and presentation materials only. There might be reporting bias, as PRM data is self-reported from the hospitals. Caution is therefore needed in extrapolating the study results to other settings. Despite these caveats, the findings will provide important insights for designing and implementing QI programs in Tanzania and in other African countries.

**Originality/value** – The authors' conceptual framework is based on the existing literature on the science of diffusion and scale up of innovation in the health sector. Few studies are known from resource constrain settings in Africa which assess the determinants of the process of nationwide scale-up of proven interventions.

**Keywords** Quality (assurance, improvement, structures, strategies, frameworks), Tanzania, 5S approach, Gap between knowledge and practice, National Rollout, Public hospitals

**Paper type** Research paper



Clinical Governance: An International  
Journal  
Vol. 19 No. 2 2014  
pp. 137-152  
© Emerald Group Publishing Limited  
1477-7274  
DOI 10.1108/CGJ-09-2013-0053

# Merci!

Une question, un commentaire, une précision dont vous avez besoin ?



Support de formation sur l'approche 5S-KAIZEN-TQM

# Développement des ressources humaines et éducation aux activités liées à la gestion de la qualité

Agence japonaise de coopération internationale

Fujita Planning Co., Ltd.



# Objectifs

Au terme de cette session, les participants seront en mesure de:

- Expliquer la définition consensuelle de l'éducation en matière d'amélioration de la qualité
- Expliquer le processus de l'éducation et du changement de comportement.
- Expliquer les questions clés relatives à la formation des employés.
- Expliquer comment former les professionnels de première ligne à l'approche 5S-KAIZEN-TQM.
- Expliquer le suivi et l'évaluation de la formation et de l'éducation.

# Contexte

- La formation et l'éducation du personnel des établissements de santé sont essentielles pour gérer la qualité des services de santé.
- La formation et l'éducation ont également un impact significatif sur la durabilité des activités liées au contrôle de la qualité.
- La formation et l'éducation en matière de gestion de la qualité peuvent être dispensées soit par une équipe externe, soit par une équipe interne. Cependant, il est fortement recommandé de privilégier la formation interne afin d'assurer la durabilité.

# Les plaintes liées à la formation et à l'éducation

Le contenu et les informations relatives à la formation ne sont pas bien partagés par ceux qui ont suivi la formation avec ceux qui ne l'ont pas suivie.

Le plan d'action élaboré pendant la formation n'est pas soutenu par la Direction.

Le personnel formé n'est pas suffisamment mis à contribution après la formation.

Il n'existe aucun mécanisme de suivi permettant de s'assurer de l'application effective des connaissances et compétences acquises par le personnel formé.



# Définition consensuelle de l'éducation en matière d'amélioration de la qualité

- La culture de la qualité et de la sécurité ne peut être instaurée sans l'éducation des gestionnaires et des professionnels de santé.
- La formation des professionnels de santé à l'amélioration de la qualité développe leur capacité et leur résilience à mettre en œuvre l'amélioration de la qualité grâce à l'acquisition, l'assimilation et l'application :
  - des connaissances en matière de science de l'amélioration, de systèmes et de mesure
  - des compétences en matière de gestion de la complexité, de conduite du changement, d'apprentissage et
  - de réflexion, et de garantie de la durabilité
  - de formations aux facteurs humains qui ont un impact sur les capacités
  - de l'implication des patients tout au long du processus.

# Éducation et changement de comportement

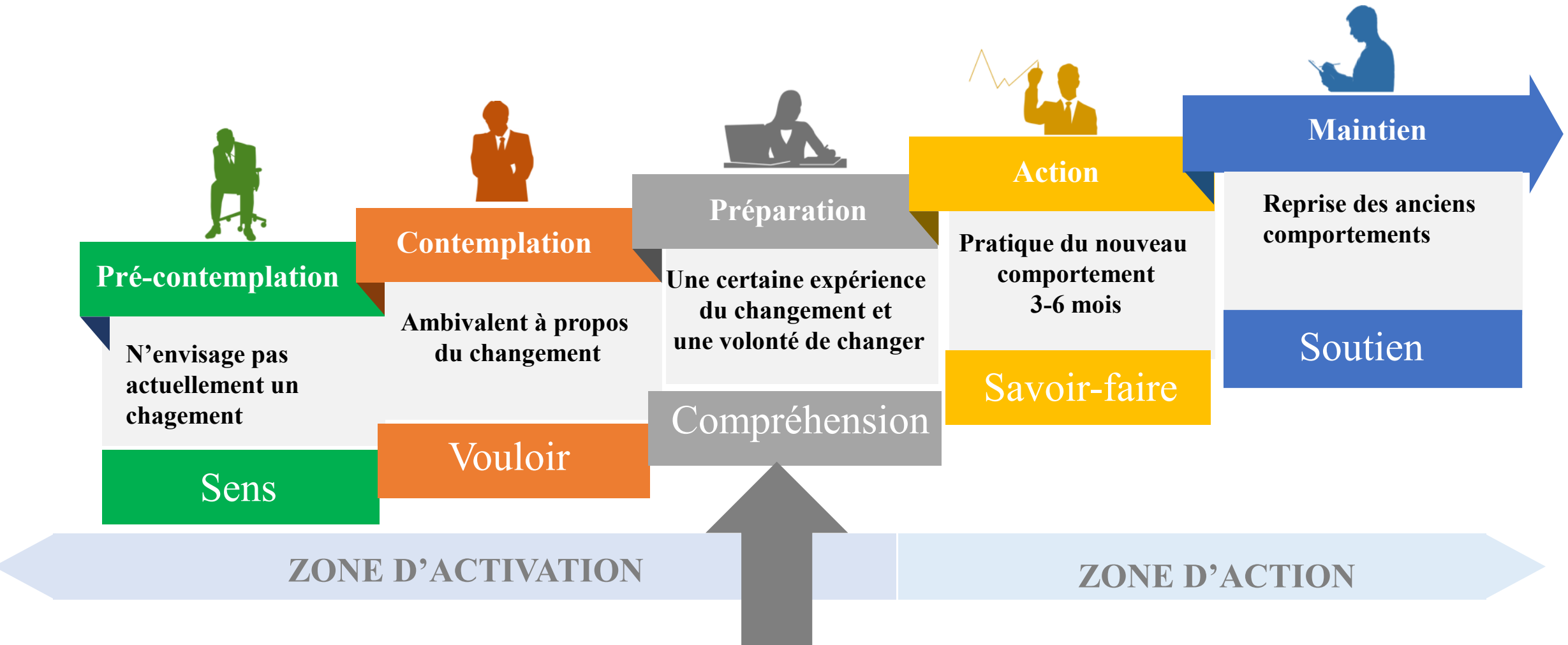
L'éducation fait partie intégrante des soins cliniques ; cependant, toutes les activités éducatives ne conduisent pas nécessairement à un changement de comportement.

L'éducation est un concept vaste qui comprend l'acquisition de connaissances générales, la prise de conscience personnelle et l'apprentissage de compétences pratiques. Bien qu'elle ne soit pas suffisante en soi, l'éducation reste un élément indispensable pour parvenir à un changement de comportement.

*Am J Lifestyle Med.* 2018 Mar-Apr; 12(2): 113–116.

Published online 2017 Dec 9. doi: [10.1177/1559827617745479](https://doi.org/10.1177/1559827617745479)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6124997/#:~:text=Education%20is%20ubiquitous%20with%20clinical,necessary%20component%20for%20behavior%20change.>



La formation et l'éducation sont efficaces pour changer les comportements lorsque le personnel recherche l'information et est disposé à changer son comportement.

# “Mécanisme de formation en cascade”

Formation des formateurs (FdF) au niveau national



Formation des formateurs (FdF) au niveau des établissements



Formation du personnel des établissements



## Participants attendus

Facilitateurs nationaux,  
Gestionnaires d’hôpitaux,  
Membres EAQ/UAQ des établissements cibles.

Chefs service,  
Responsables d’unité,  
Membres EAQ/UAQ.

Personnel  
du service et de l’unité.

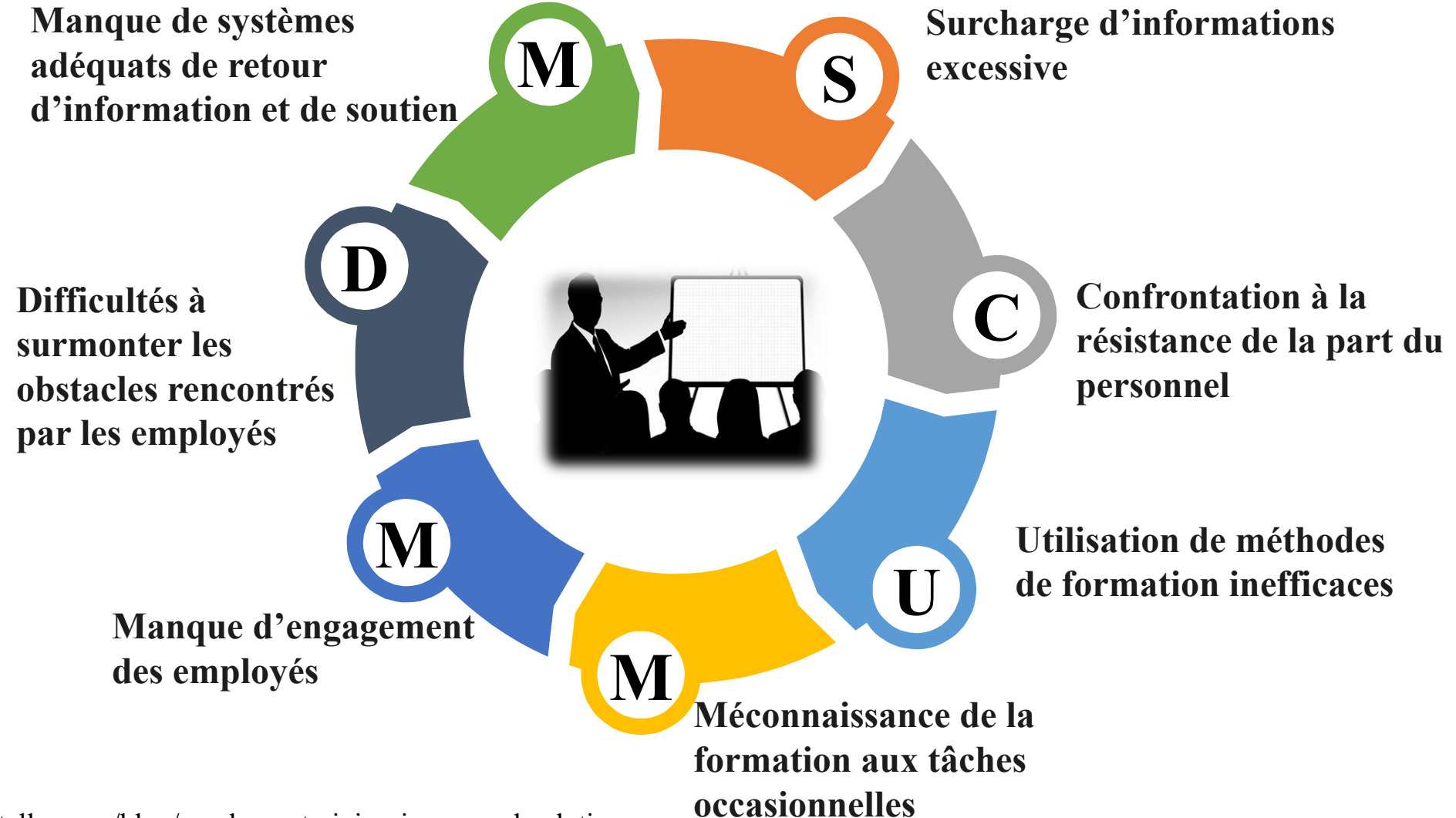
## Qui organise la formation?

- Ministère de la Santé
- Partenaires de développement

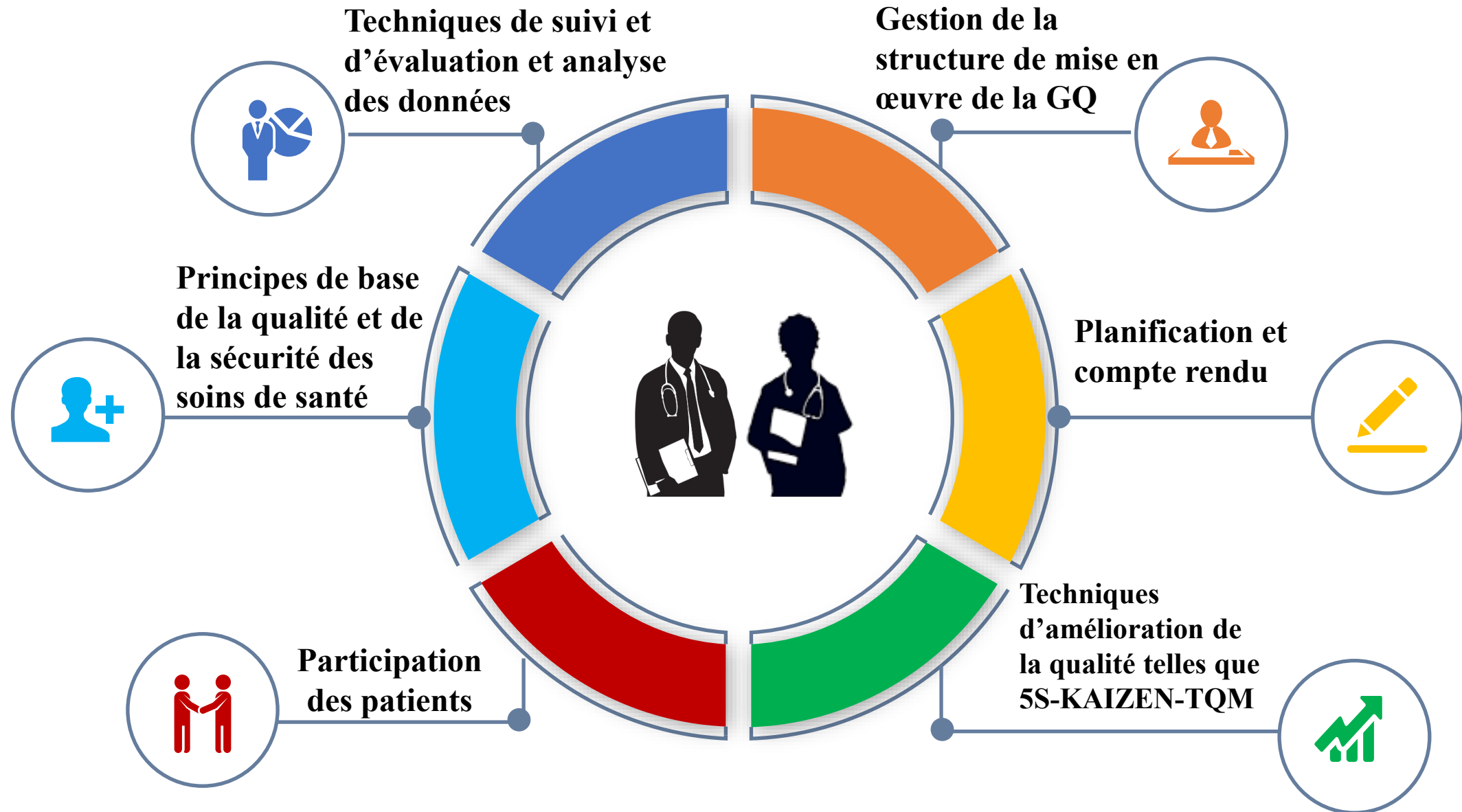
- Direction de l’hôpital
- EAQ/UAQ de l’hôpital
- Agents formés au niveau national FdF

- Direction de l’hôpital
- EAQ/UAQ de l’hôpital
- Agents formés au niveau de l’hôpital FdF

# Problèmes clés liés à la formation des employés



# Que doivent apprendre les professionnels de santé en matière de qualité ?

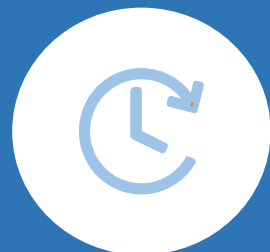


# Comment former les professionnels de première ligne à l'approche 5S-KAIZEN-TQM?



## Objectifs de formation ciblés

Définissez des objectifs de formation clairs, alignés sur chaque principe 5S.  
Structurez la formation en modules concis et faciles à assimiler.



## Durée de la formation

La durée de la formation peut varier ; il est donc recommandé d'adopter une approche structurée avec plusieurs séances réparties sur plusieurs jours ou semaines.



## Application pratique

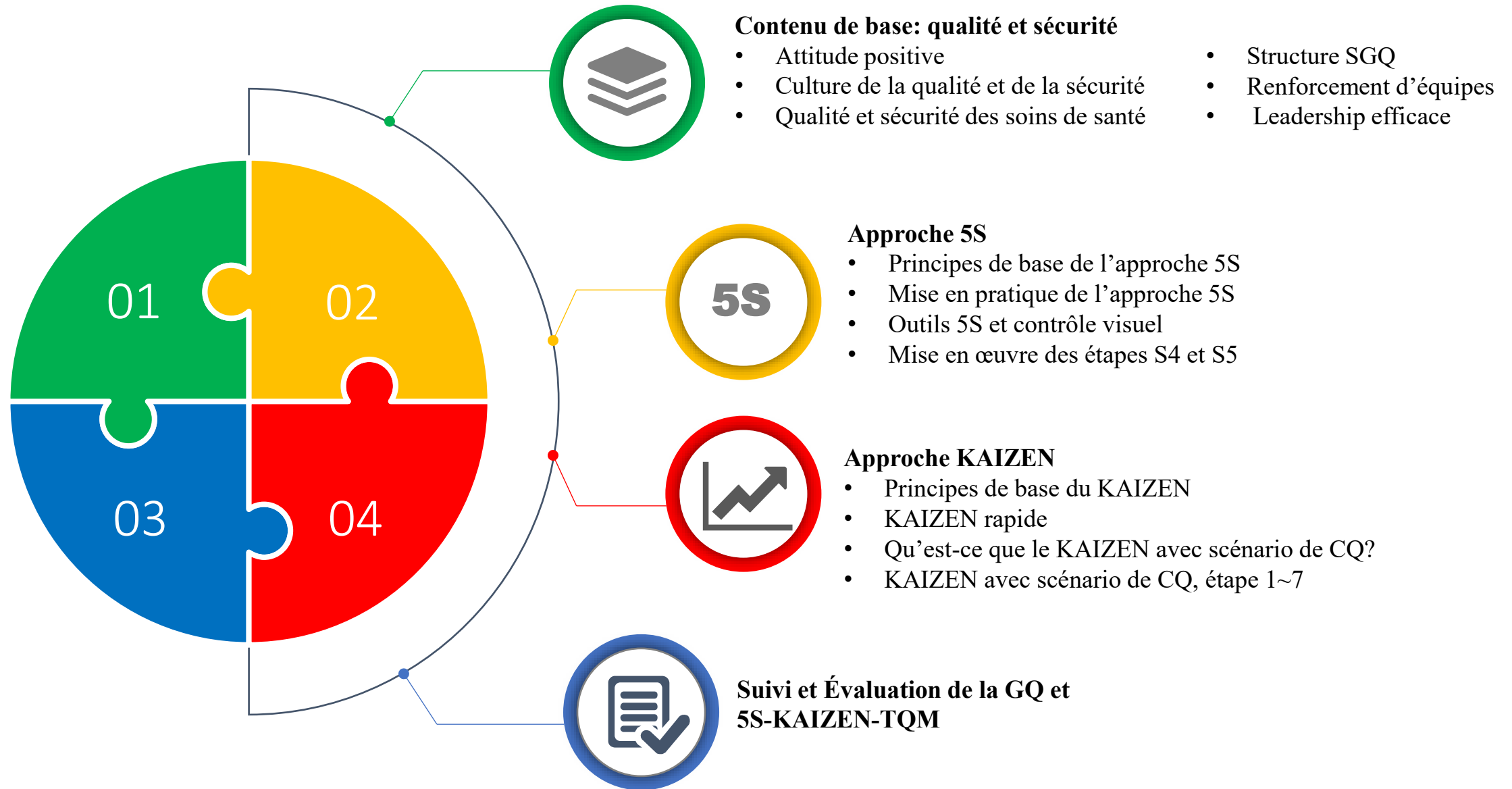
Encouragez l'apprentissage pratique en intégrant des exemples concrets tirés des établissements de santé existants.



## Assistance et retour d'information continus

Fournissez un soutien continu après la formation et mettez en place un système de retour d'information permettant au personnel de partager les défis et les succès lors de la mise en œuvre de l'approche 5S-KAIZEN-TQM.

# Contenu de la formation sur la qualité et la sécurité dans le cadre de l'approche 5S-KAIZEN-TQM



# Conception de la formation

- La conception de la formation consiste à élaborer un programme de formation structuré et efficace pour les employés.
- Elle comprend la planification et l'organisation du contenu, de la structure, des méthodes de formation et de l'évaluation du programme afin d'atteindre les objectifs d'apprentissage visés.
- Les méthodes de conception d'une formation peuvent être différentes;
  - en fonction des résultats de l'évaluation des besoins en formation
  - en fonction des résultats de l'analyse des problèmes
  - en fonction des buts et objectifs fixés
  - en fonction des performances quotidiennes du personnel
- Lors de la conception d'une formation, il est également important de privilégier des méthodes efficaces.
- Lors de la conception d'une formation, il est recommandé de tenir compte du public cible.

# Identification du public cible de la formation

- Il est essentiel de bien identifier le groupe spécifique d'individus qui sont les plus susceptibles de bénéficier des programmes de formation aux compétences techniques:
  1. **Données démographiques:** âge, niveau d'éducation, parcours professionnel, etc.
  2. **Psychographie:** aspirations personnelles, préférences en matière d'apprentissage et objectifs professionnels.
  3. **Besoins et déficit de compétences:** déficit en matière de compétences et besoins en formation.
  4. **Succès professionnels:** mettre en avant les succès professionnels des anciens participants.
  5. **Impact/influence sur les autres :** évaluez la capacité du participant à influencer ou à soutenir ses collègues.

# Préparation de la formation

- Programme/calendrier de formation
- Mise à disposition de facilitateurs/animateurs
- Supports de formation (PPT et manuels)
- Matériel de formation (papeterie, projecteurs, tableau de conférence, etc.)
- Questionnaire d'évaluation pré et post formation
- Fiche d'évaluation de la formation
- Organisation du lieu de formation et de la restauration/du rafraîchissement



# Animation de la formation

- Créez un environnement propice à la concentration totale des participants sur la formation.
- Au début de la formation, fixez et convenez des règles de base avec tous les participants.
- Utilisez des méthodes d'enseignement efficaces qui favorisent la compréhension chez les participants.



# Évaluation de la formation

Il est nécessaire de procéder aux évaluations suivantes :



## Test pré et post formation

Il permet d'évaluer les connaissances, l'attitude et les compétences des participants avant et après la formation.

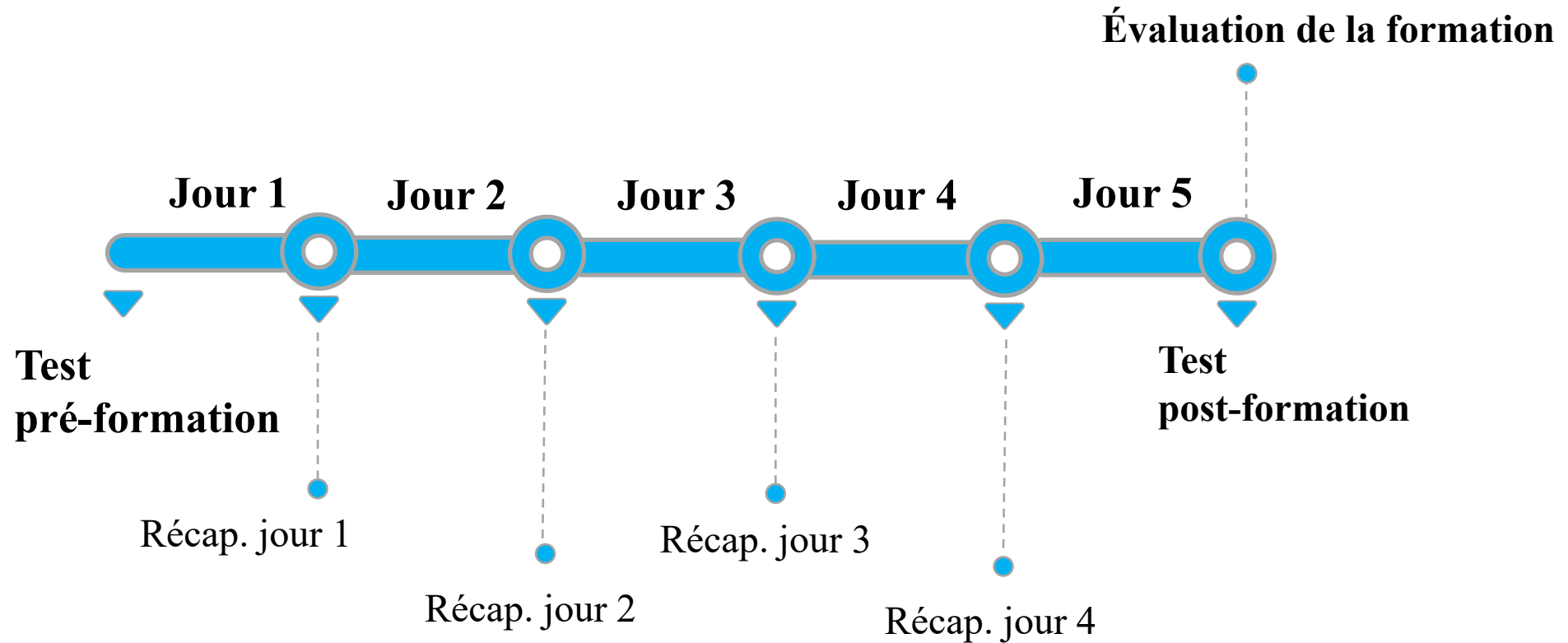
## Évaluation quotidienne

Elle vise à évaluer le niveau de rétention des connaissances des participants et à identifier les difficultés ou les lacunes de la formation à la fin de chaque journée grâce à un "récapitulatif de la journée précédente"

## Évaluation de la formation

Elle permet d'évaluer le niveau de satisfaction des participants par rapport à la formation, aux différentes méthodes pédagogiques employées, aux défis rencontrés et aux axes d'amélioration.

# Calendrier de chaque évaluation de la formation



# Test pré et post formation

- L'animateur de la formation préparera un questionnaire qui pourra être rempli en 30 minutes environ.
- Les participants à la formation sont soumis au test pré formation et post formation.
- L'animateur de la formation attribuera une note aux résultats et calculera l'écart type et la médiane.
- Il utilisera l'écart type et la médiane calculés pour calculer la “taille de l'effet ( $\Delta$  de Glass)”.
- Veuillez consulter le site <https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx> pour accéder à un calculateur gratuit de la taille de l'effet. Utilisez le résultat  $\Delta$  de Glass pour rendre compte de la taille de l'effet de la formation.

# Récapitulatif des activités quotidiennes

- Au début de la formation, demandez à des groupes de participants de consigner leurs activités quotidiennes.
- Chaque groupe fera la synthèse des points clés des activités de formation le jour qui lui aura été attribué, et réalisera une présentation PowerPoint.
- Chaque groupe présentera un récapitulatif des activités de formation le lendemain matin.



# Fiche d'évaluation de la formation

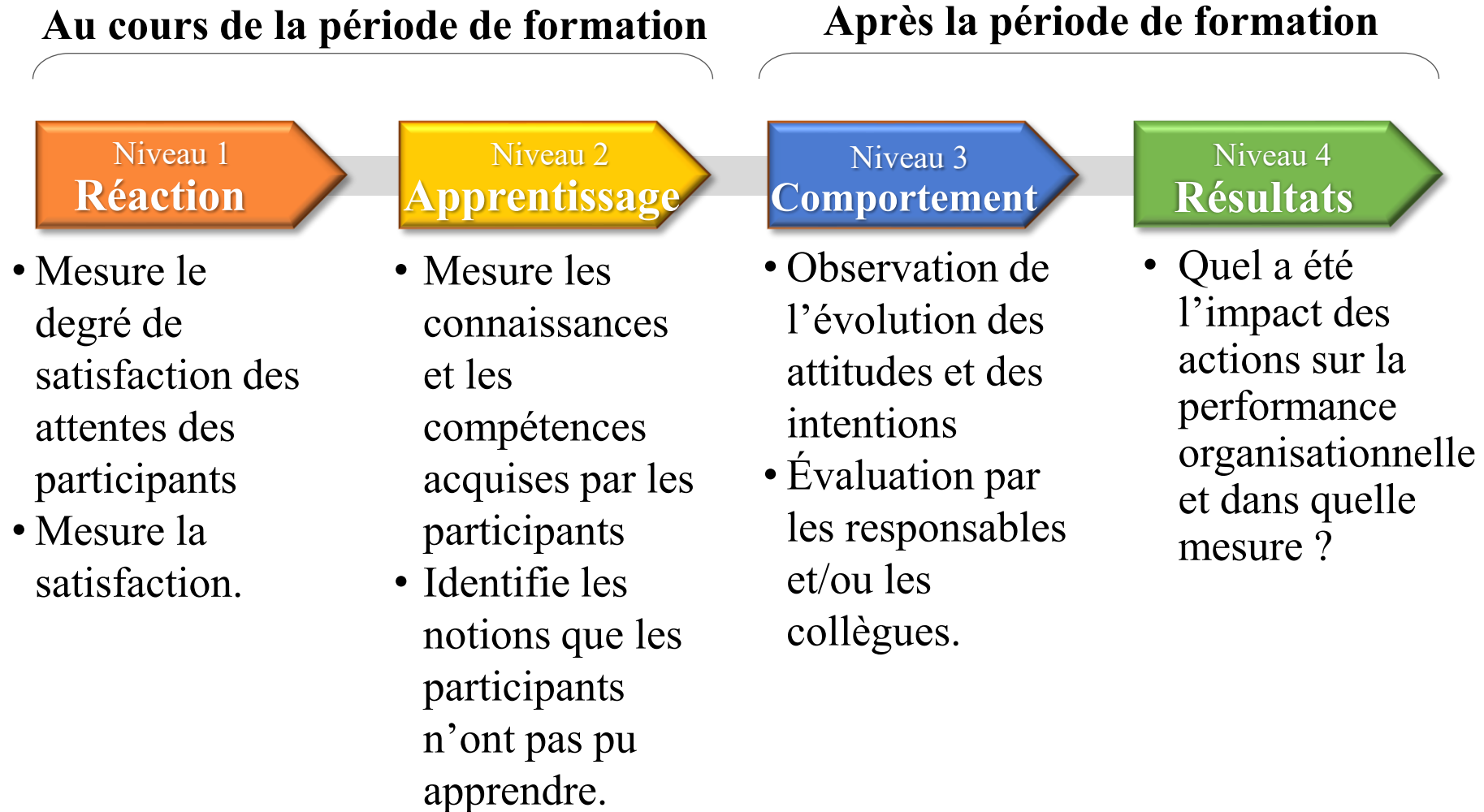
- La fiche d'évaluation de la formation est un outil utilisé pour mesurer le degré de satisfaction des participants par rapport à la formation.
- Les questions d'évaluation portent non seulement sur la satisfaction par rapport au contenu de la formation, mais aussi sur des aspects tels que la durée de la formation, l'environnement de formation, le confort des locaux et la qualité des repas servis.
- L'évaluation de la formation doit être analysée dès la fin de la formation, et les résultats issus de cette évaluation doivent être pris en compte afin d'améliorer la qualité des programmes de formation futurs.

**À partir des résultats de l'évaluation de la formation,  
il est possible d'évaluer l'efficacité de la formation.**

# Évaluation de l'efficacité des formations

- L'efficacité d'une formation doit être évaluée pour l'amélioration continue de la qualité des formations.
  - Le niveau de connaissances et de compétences acquises par les participants
  - Le niveau de satisfaction des participants
  - Les notions que les participants n'ont pas pu apprendre
  - La capacité des animateurs à contribuer au processus d'apprentissage, etc.
- L'évaluation des participants n'est pas l'objectif principal.

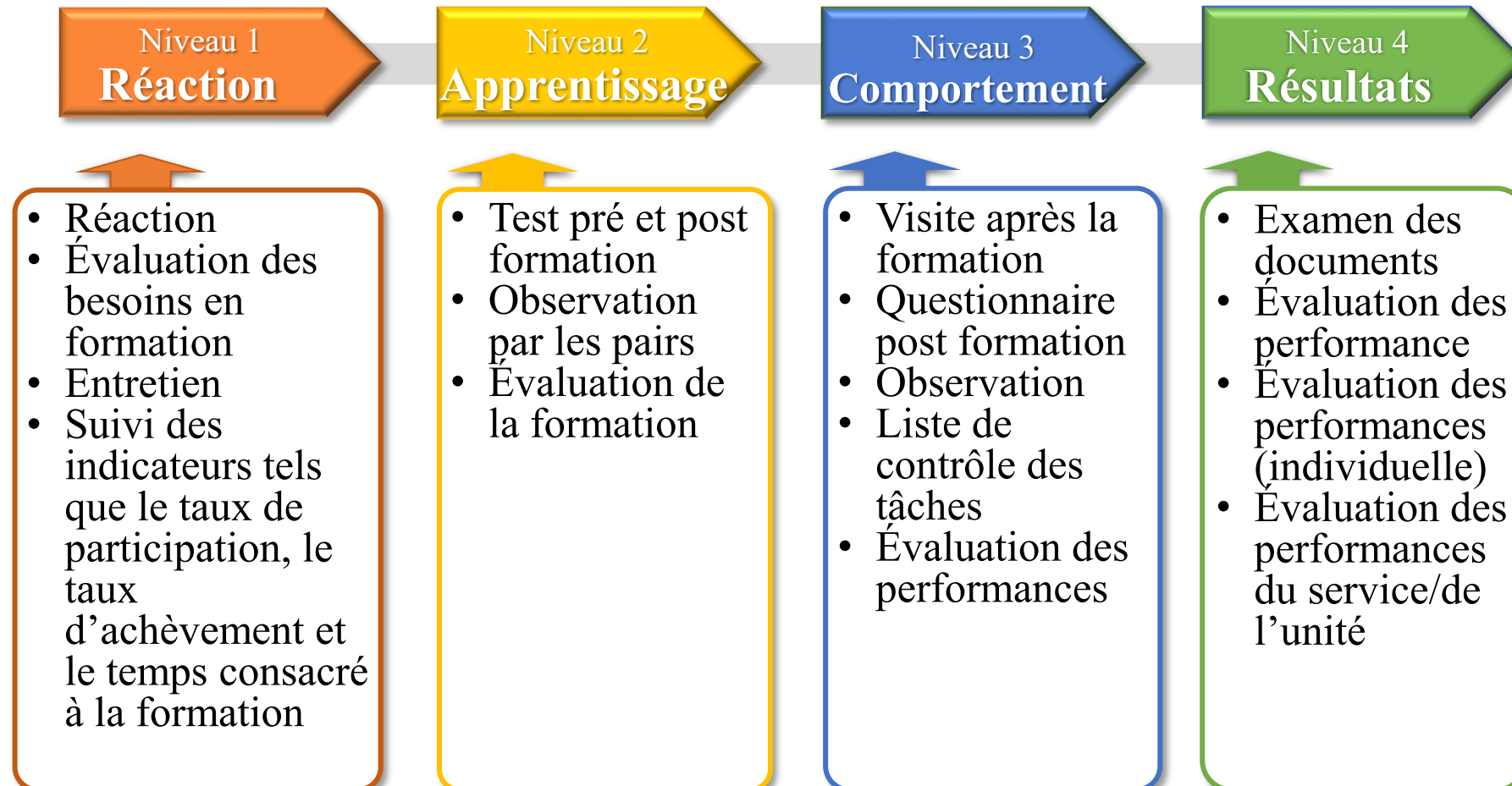
# Les quatre niveaux d'évaluation de Kirkpatrick



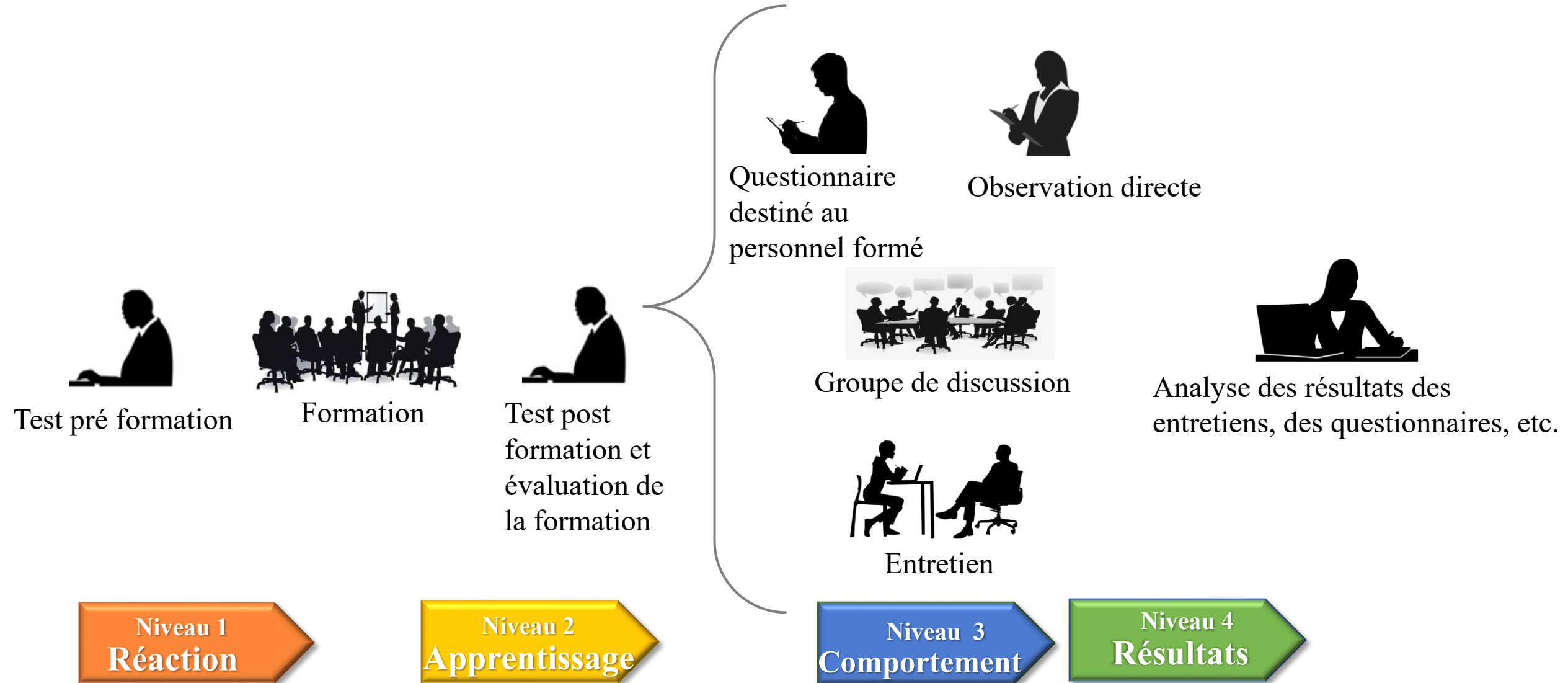
# Comment évaluer ?

Au cours de la période de formation

Après la période de formation

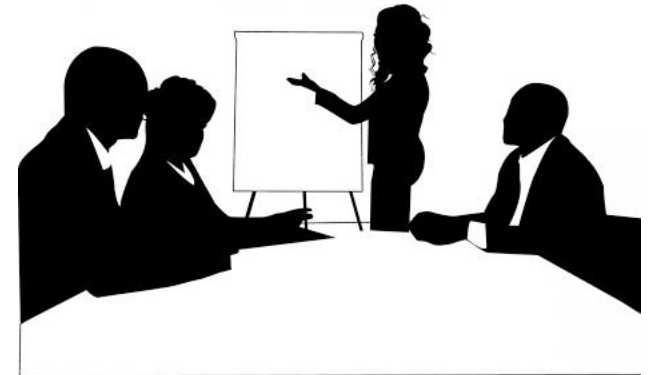


# Mise en œuvre de la méthode KP



# Rapport et analyse de la méthode KP

- 1. Analysez les données à tous les niveaux :** compilez et interprétez les résultats de chaque niveau, en identifiant les forces, les faiblesses et les axes d'amélioration.
- 2. Élaborez un rapport détaillé :** présentez de manière claire et concise les principales conclusions et recommandations pour les prochaines sessions de formation.
- 3. Partagez les résultats avec les parties prenantes :** communiquez les conclusions aux dirigeants, aux formateurs et aux participants afin d'orienter la conception des formations à l'avenir et l'allocation des ressources.



# Citation de Taiichi Ohno



Taiichi Ohno : 1912 – 1990  
Ancien vice-président de TOYOTA Motors  
Fondateur du système de production Toyota

- *Lorsque vous formez des employés à l'exécution d'un travail, ne leur demandez pas "Avez-vous compris?", mais demandez-leur plutôt "Pouvez-vous le faire ?"*

# Merci!

Une question, un commentaire, une précision dont vous avez besoin ?



**Support de formation sur l'approche 5S-KAIZEN-TQM**

# **La planification, le fonctionnement et la gestion de l'EAQ**

**Agence japonaise de coopération internationale**

**Fujita Planning Co., Ltd.**



# Objectifs

Au terme de cette session, les participants seront en mesure de:

- Expliquer le cycle de gestion de l'EAQ
- Définir la planification de la qualité (PQ)
- Expliquer l'importance de la PQ
- Expliquer comment faire fonctionner et gérer l'EAQ
- Expliquer comment assurer le suivi et l'évaluation des fonctions de l'EAQ et des activités 5S-KAIZEN

# Contexte

- Lorsqu'un établissement de santé ne dispose pas d'une unité ou d'un service dédié aux activités liées à la gestion de la qualité, une approche courante consiste à mettre en place une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ).
- Cependant, étant donné que la majorité des EAQ ne disposent pas de personnel à temps plein et que ce personnel provient de divers services au sein de l'établissement, la plupart des membres de l'EAQ participent aux activités liées à la gestion de la qualité (GQ) à temps partiel.
- D'après l'étude d'Ishijima (2014), lorsqu'une EAQ ne comprend pas clairement ses rôles et responsabilités, ses membres ne sont pas performants et les fonctions de l'EAQ s'en trouvent affaiblies, ce qui a un impact négatif sur les activités d'amélioration de la qualité.

# Le fonctionnement de l'EAQ

- Afin de mener à bien les activités de gestion de la qualité (GQ), il est important de mettre en place une équipe d'amélioration de la qualité chargée de mettre en œuvre ces activités de manière systématique. Il est également essentiel de veiller au bon fonctionnement continu de l'EAQ mise en place.
- Le bon fonctionnement de l'EAQ nécessite l'élaboration d'un plan d'action annuel ainsi que l'élaboration de diverses règles et réglementations opérationnelles. En outre, la formation et l'éducation du personnel qui fera partie de l'EAQ sont indispensables.
- Il convient d'assurer le suivi régulier du fonctionnement de l'EAQ et d'évaluer périodiquement ses performances.

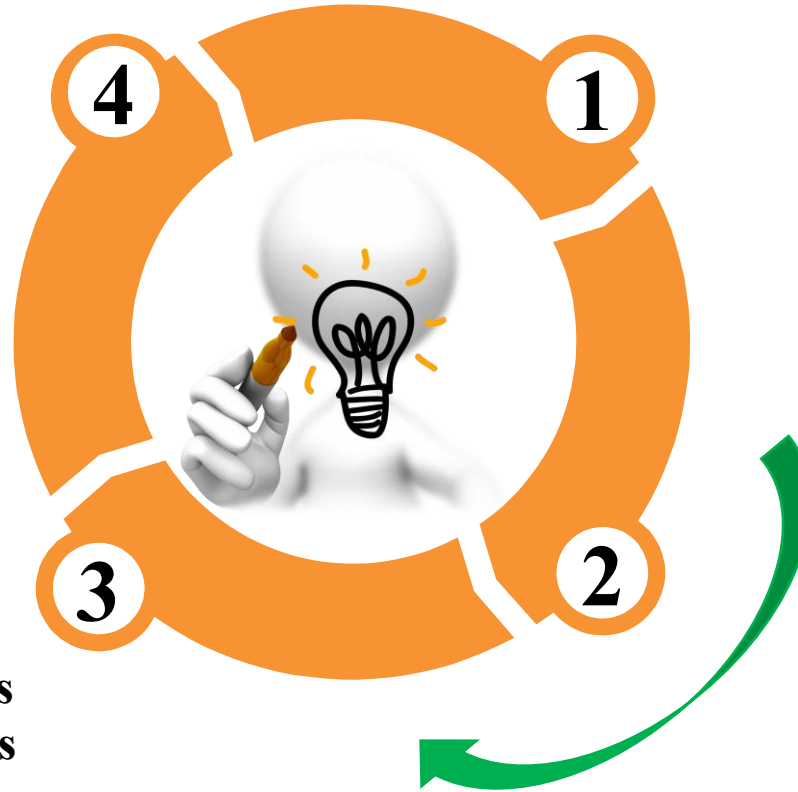
# Le cycle de gestion de l'EAQ

## 4. Examen de l'ensemble des activités et du processus, et analyse des résultats de l'évaluation

Les résultats de l'évaluation doivent être analysés en profondeur et les conclusions serviront à orienter la planification ultérieure des améliorations en matière de qualité. L'élaboration d'un rapport annuel sur les activités liées à gestion de la qualité est essentielle pour suivre les progrès réalisés et garantir la redevabilité.

## 3. Évaluation de la réalisation des activités planifiées et des résultats

Évaluez la réalisation des activités planifiées et des résultats à la fin du plan.



## 1. Planification de la qualité

L'EAQ doit élaborer un plan annuel ou semestriel de gestion de la qualité (GQ) pour l'établissement de santé. Il convient de noter que les équipes d'amélioration du travail (EAT) doivent également élaborer des plans pour leurs propres activités. La Direction de l'établissement devrait quant à elle, envisager l'allocation d'un budget aux activités de GQ.

## 2. Mise en œuvre des activités planifiées

Toutes les activités planifiées doivent être mises en œuvre dans les délais impartis.

- Réunions EAQ/EAT
- Suivi et supervision internes

# Définition de de la planification de la qualité (PQ)

La planification de la qualité dans le secteur de la santé consiste à identifier les besoins, les objectifs, les normes cliniques et les exigences en matière de prestation de services d'un établissement de santé, d'un service ou d'un processus de soins, puis à élaborer un plan pour les atteindre. Elle nécessite une analyse approfondie des besoins des patients et de la communauté, des directives cliniques, des tendances en matière d'utilisation des services, des processus de soins, ainsi que des capacités, des ressources et des systèmes.



# Qu'est-ce que la PQ ?

- **Planification de la qualité** : Il s'agit d'un processus essentiel dans tout établissement de santé qui permet de garantir la conformité des services cliniques et non cliniques aux normes de soins requises et aux attentes des patients.
- La PQ constitue le fondement de tous les systèmes de gestion de la qualité. Il s'agit de mettre en place les processus cliniques, les flux de travail, les ressources et les activités nécessaires pour atteindre le niveau souhaité de qualité et de sécurité dans les soins et la prestation des services.
- Il convient de mettre l'accent sur la planification de la qualité, car elle permet aux établissements de santé de minimiser les erreurs cliniques et les erreurs dans la prestation de services, de réduire les coûts opérationnels, d'améliorer la satisfaction et l'expérience des patients, et de garantir le respect des directives cliniques nationales, des exigences réglementaires et des normes en matière de soins de santé.

# Les raisons pour lesquelles la PQ est essentielle

La planification de la qualité garantit la bonne compréhension des rôles et des responsabilités par les employés et la définition claire des processus. Cela contribue à améliorer la prévention des erreurs, à éliminer le gaspillage et à accroître la productivité.

L'offre de produits et services de qualité renforce la réputation de l'établissement et fidélise la clientèle. Cela peut à son tour accroître la fiabilité et la rentabilité.



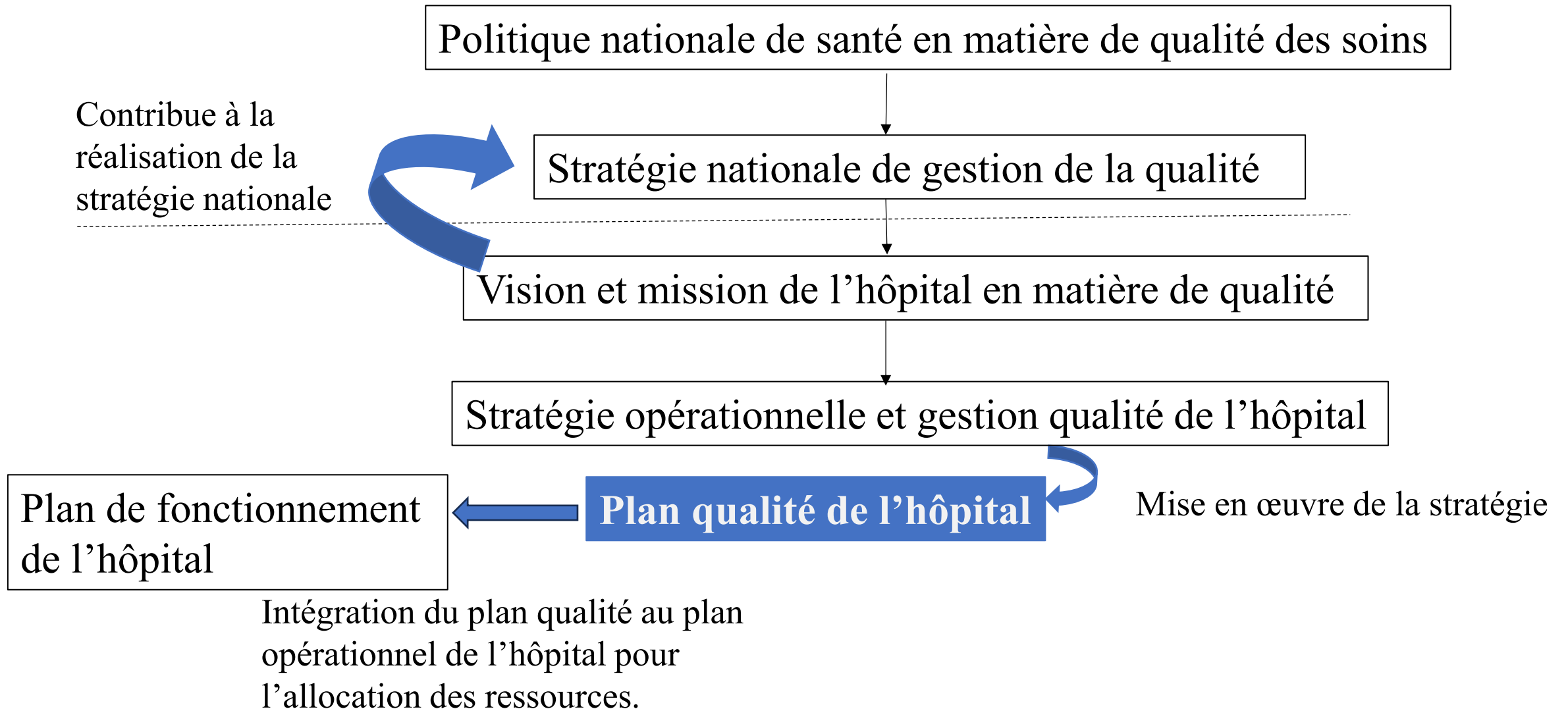
L'offre de services de qualité est essentielle pour répondre aux besoins et aux attentes des clients. La planification de la qualité permet aux établissements de comprendre les exigences des clients et de fournir des services qui y répondent.

La PQ permet aux établissements d'identifier les dysfonctionnements et les problèmes dès le début du processus de prestation de services. Cette démarche permet d'économiser du temps et de l'argent, car il est plus facile et moins coûteux de résoudre les problèmes dès leur apparition que de les détecter et les résoudre après la prestation de services.

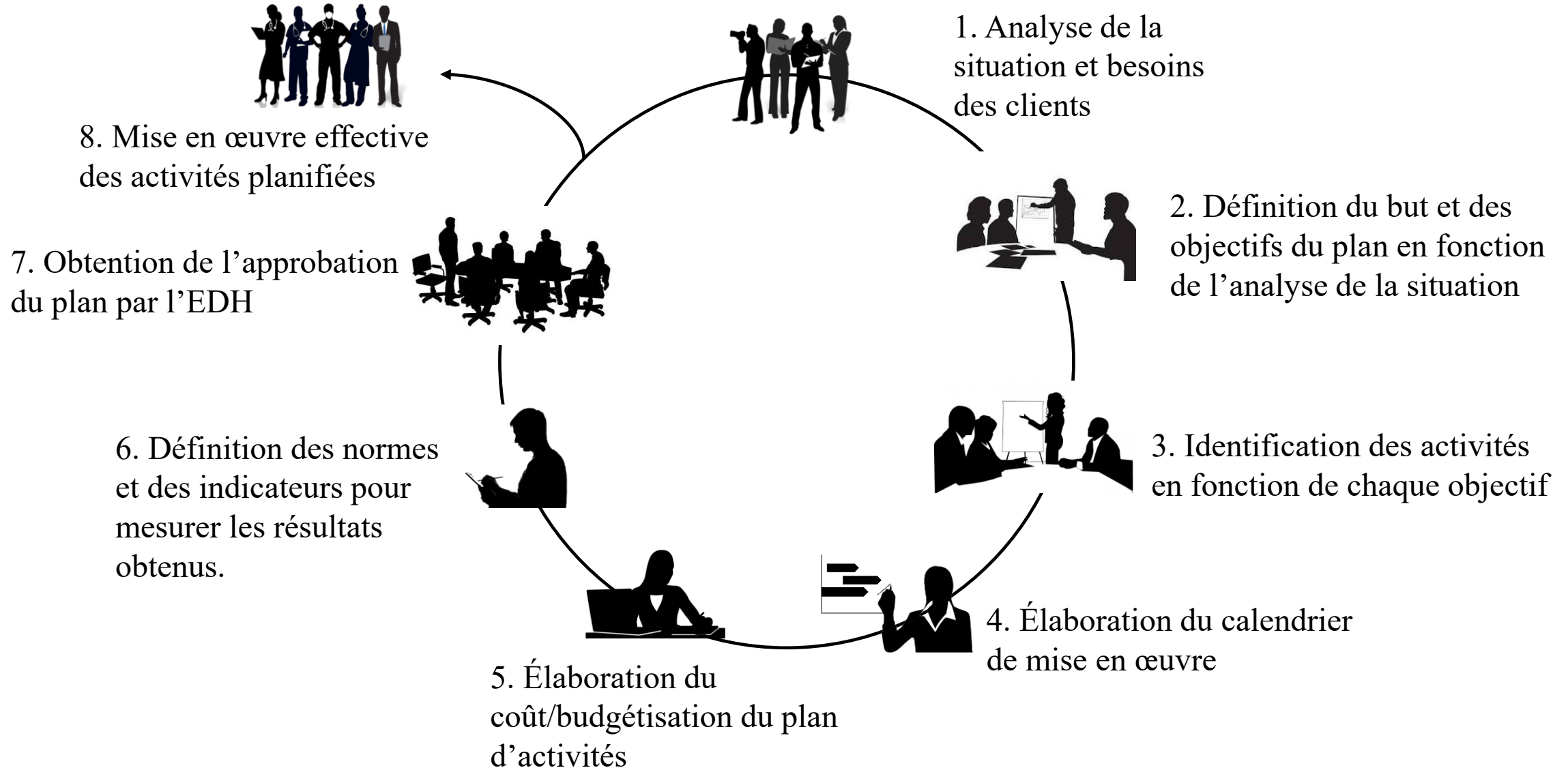
# Les principaux avantages de la PQ

- Elle permet de **réunir** les différentes compétences nécessaires à l'exécution des tâches dans le respect du cahier des charges, du budget et des délais impartis, tout en garantissant la qualité requise.
- Elle permet aux **membres de l'EAQ de prioriser** leurs tâches.
- Elle permet aux parties prenantes d'approuver les changements nécessaires pendant la mise en œuvre du plan.
- Elle garantit la mise en œuvre des activités planifiées dans les délais impartis ; les retards peuvent nuire au bon déroulement des travaux.
- Elle **sert** de feuille de route pour les responsables de la mise en œuvre, en leur fournissant des conseils et des orientations pendant la mise en œuvre du plan.
- Elle garantit l'accès de tous les membres de l'équipe aux informations pertinentes pour la mise en œuvre des activités planifiées.

# Lien entre les politiques, les stratégies et les plans



# Le cycle de planification de la qualité



# Les outils et techniques pour la planification de la qualité

- **Étape d'analyse de la situation**
  - Normes de qualité/liste de contrôle qui permet de mesurer le niveau de mise en œuvre
- **Étape de définition du but et des objectifs**
  - Analyse du problème afin d'identifier le problème majeur et d'établir les causes et les effets liés à ce problème
  - Analyse SWOT pour identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces
  - Brainstorming visant à recueillir des informations. Au cours de cette session, de multiples idées et contributions sont recueillies pour une analyse ultérieure et la prise de décision.
- **Étape de définition des activités**
  - Organigramme pour vérifier les goulots d'étranglement du travail/processus
  - Analyse des causes profondes pour identifier les causes sous-jacentes d'un problème ou d'une situation.

# Le format du plan qualité

- Le format du plan qualité peut être adapté à chaque établissement. Toutefois, les informations suivantes doivent y figurer :
- La situation actuelle des activités liées à la gestion de la qualité au sein de l'établissement de santé
- Le but et les objectifs du plan
- Les activités d'amélioration de la qualité avec des détails basés sur la méthode 5W1H (Quoi, Pourquoi, Où, Quand, Qui et Comment)
- Les coûts estimés pour la mise en œuvre des activités planifiées
- Le calendrier de mise en œuvre des activités planifiées
- Les moyens de vérification et les indicateurs vérifiables pour mesurer la réalisation des activités planifiées.

# Réunions GQ

## Réunion EAQ-EDH

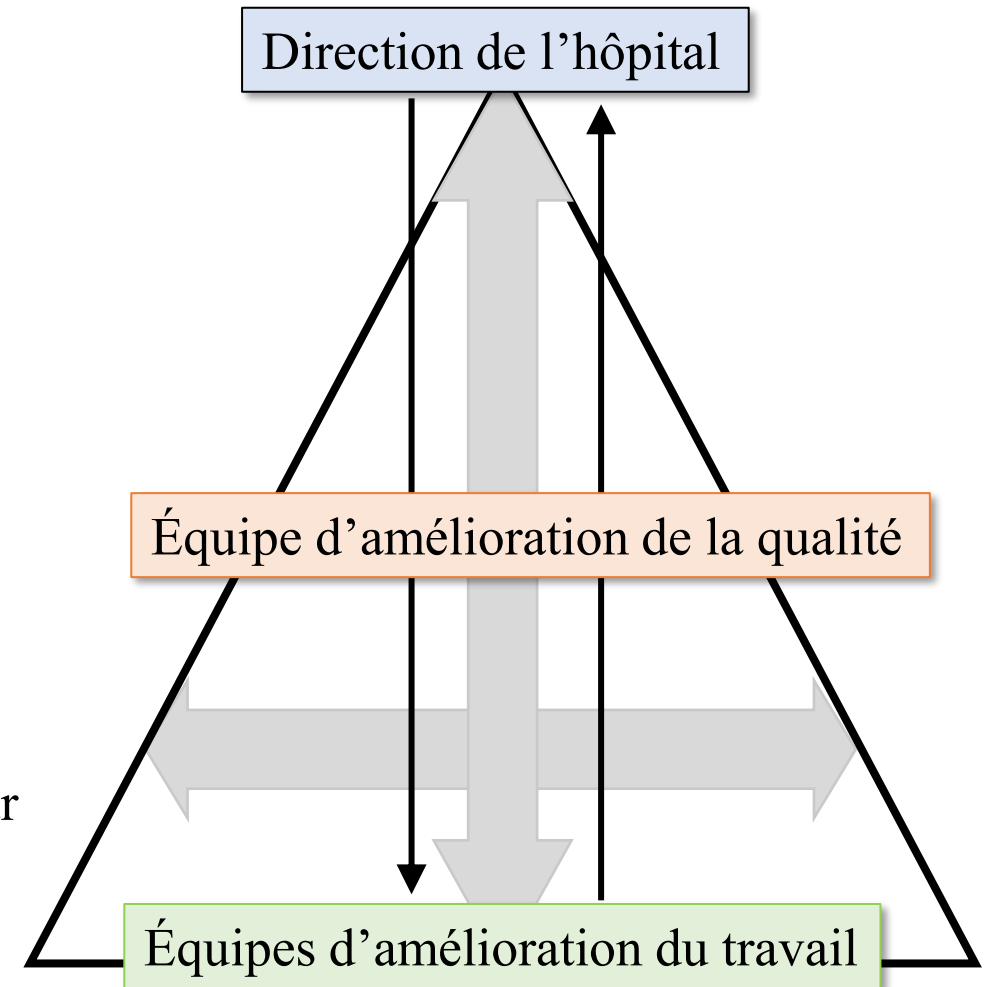
- La Direction de l'hôpital et l'EAQ doivent tenir des réunions périodiques pour discuter de l'avancement des activités planifiées, de la gestion des ressources de santé et d'autres questions nécessitant une prise de décision.

## Réunion EAQ

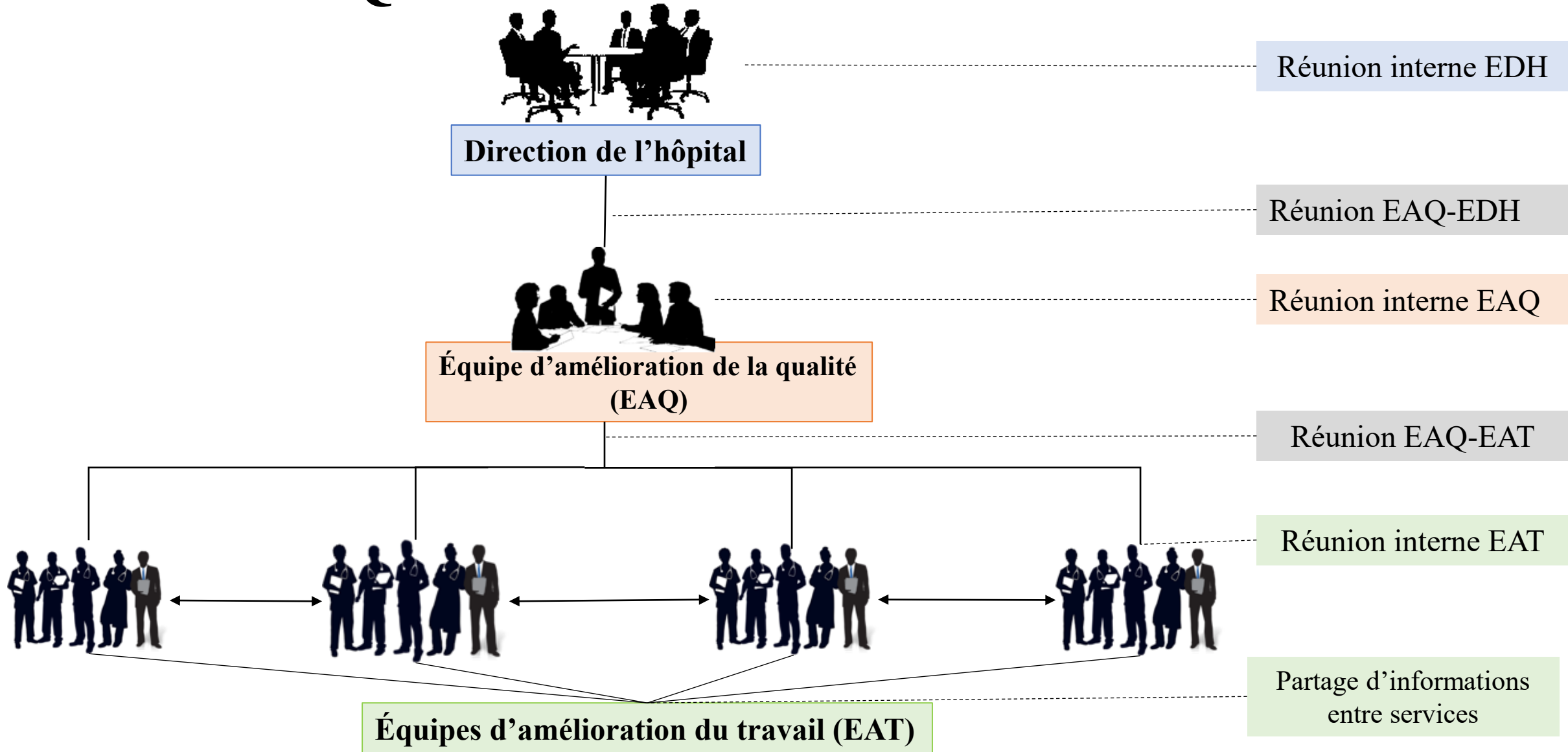
- L'EAQ doit tenir des réunions régulières pour discuter des progrès et des réalisations des activités planifiées, de la formation, du suivi interne, de la supervision et d'autres questions pertinentes.

## Réunion EAQ-EAT

- L'EAT et l'EAQ doivent tenir des réunions périodiques pour discuter de l'avancement des activités planifiées, des défis techniques, de l'allocation des ressources et d'autres questions pertinentes.



# Réunions GQ



# Assistance technique aux EAT

- L'une des tâches principales de l'EAQ consiste à fournir un soutien technique aux EAT afin de leur permettre de s'acquitter de leurs activités quotidiennes de gestion de la qualité.
- Le soutien technique aux EAT peut être fourni sous forme de supervision régulière, de formation professionnelle continue, de formation en cours d'emploi (FCE) à la demande, et sous forme d'autres moyens pertinents.
- Le soutien nécessaire doit être envisagé en fonction des besoins spécifiques et de la vulnérabilité de chaque EAT.



# Formation du personnel sur la gestion de la qualité

- La formation interne sur la gestion de la qualité et l'approche 5S-KAIZEN-TQM est très importante pour pérenniser les activités de GQ.
- Les thèmes de formation doivent être soigneusement sélectionnés en fonction de la situation des EAT et celle des autres professionnels de la santé.
- Lorsque vous organisez une formation en interne, l'élaboration du rapport de mise en œuvre de la formation est recommandée. Ce rapport doit inclure des informations telles que le programme de formation, les coordonnées des participants, le résultat des tests pré et post formation, ainsi que l'évaluation de la formation.



# Gestion de la documentation

Les documents suivants doivent être conservés au **niveau de l'EAQ**;

- Les rôles et responsabilités de l'EAQ
- Le plan annuel GQ (Plan d'action)
- Les procès-verbaux de réunions (EAQ-EAQ, EAQ-EDH, EAQ-EAT)
- Les dossiers de formation (type de formation, participants, service où intervient le personnel formé, mentionnez si un membre a entre temps démissionné)
- Les projets KAIZEN des différentes EAT
- L'état d'avancement de la mise en œuvre du 5S-KAIZEN dans l'établissement
- Les résultats du suivi interne

Les documents suivants doivent être conservés au **niveau de l'EAT**;

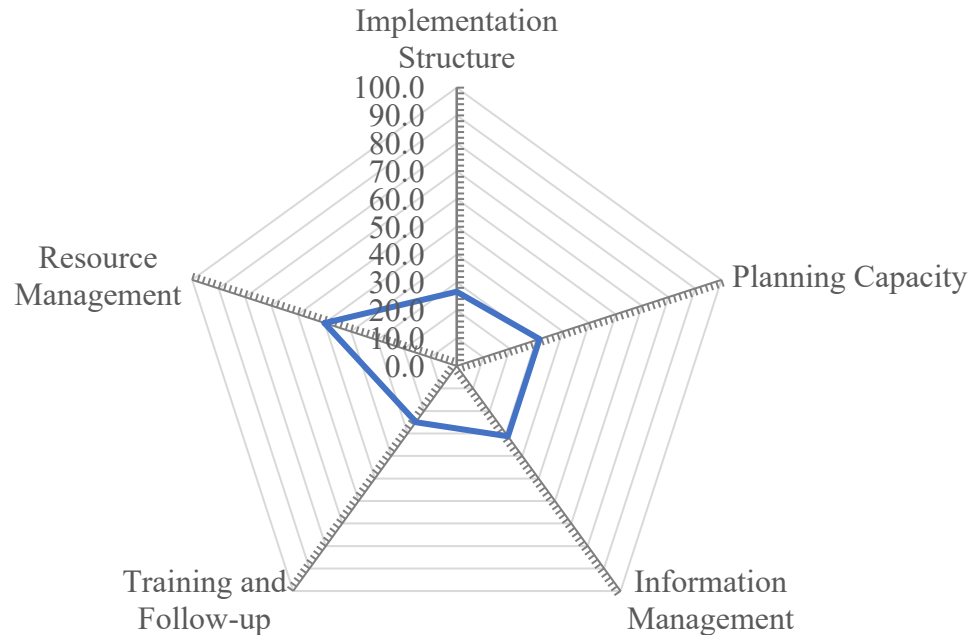
- Les rôles et responsabilités de l'EAT
- Les procès-verbaux de réunions EAT
- Le plan d'action du service
- La liste de contrôle des activités quotidiennes 5S
- Le calendrier de nettoyage quotidien
- Les projets KAIZEN (documentation)
- La fiche de contrôle du fonctionnement des équipements médicaux
- Les stocks de produits de base, médicaments et consommables

# Le suivi des fonctions de l'EAQ

- Le suivi des fonctions de l'EAQ est effectué chaque trimestre, chaque semestre ou chaque année, selon le stade de mise en œuvre.
- Cinq éléments permettent d'assurer le suivi des fonctions de l'EAQ :
  - La structure de mise en œuvre (SM)
  - La planification et la production de rapport (PR)
  - La gestion de l'information (GI)
  - La formation et le suivi (FS)
  - La gestion des ressources (GR)
- Lorsque la fiche de contrôle des fonctions EAQ/EAT est utilisée à des fins de suivi, les preuves doivent être vérifiées.
- Les forces et les faibles doivent être identifiées au cours du processus de suivi.

## Exemple:

# Hôpital XXXXXXXX: Vérification des fonctions de l'EAQ/EAT



Structure de mise en œuvre	Capacité de planification	Gestion de l'information	Formation et suivi	Gestion des ressources
26.7	31.3	31.3	25.0	50,0

## Forces

- La structure de base pour la mise en œuvre de la GQ est établie.
- Les principes de base 5S (S1 à S3) sont mis en œuvre dans certains services.

## Faiblesses

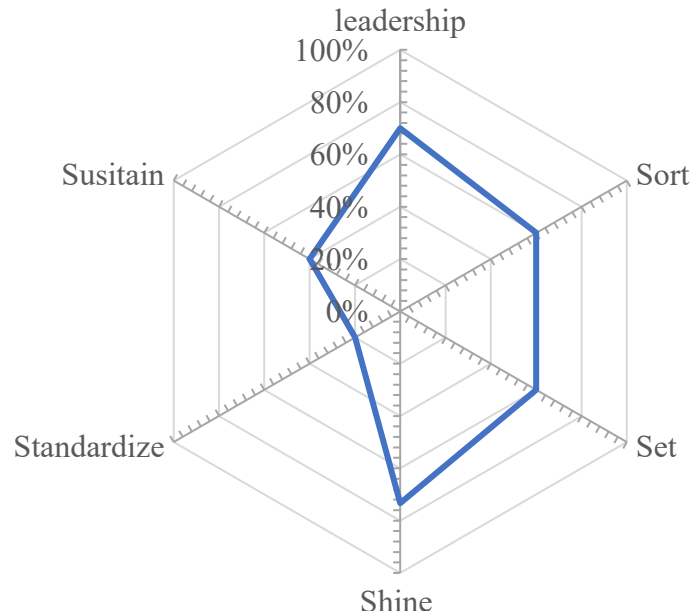
- Une faible documentation des activités EAQ/EAT a été observée.
- Faible niveau de connaissances et de compétences en matière de 5S chez le personnel.
- Il semble que le soutien technique fournit par l'EAQ aux EAT est insuffisant.

# Suivi interne des activités 5S-KAIZEN-TQM

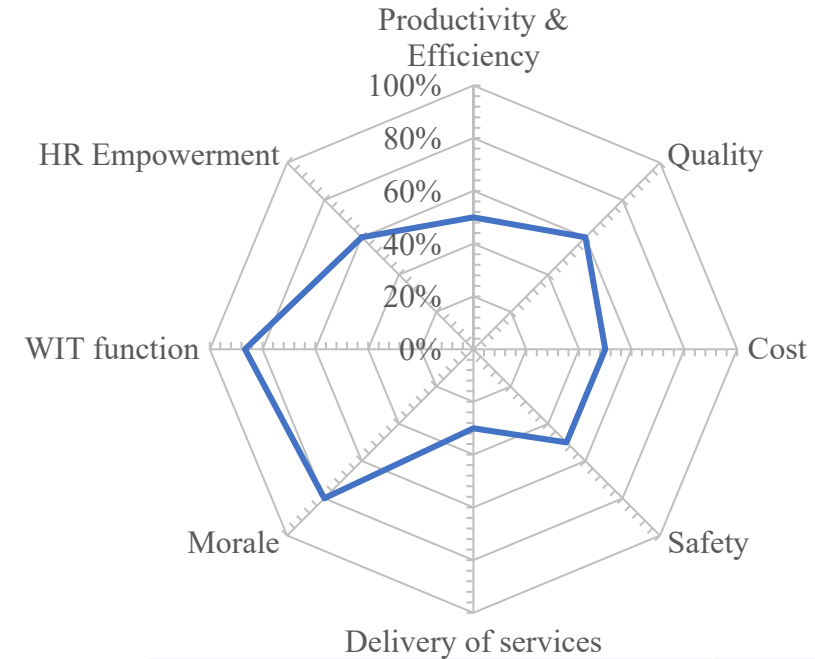
- Le suivi interne des activités 5S-KAIZEN-TQM est extrêmement important pour assurer la durabilité de ces activités au sein des établissements de santé.
- Il est recommandé d'effectuer un suivi interne trimestriel afin d'évaluer les progrès des activités, l'état d'avancement des structures de mise en œuvre et les éventuels problèmes techniques.
- Les résultats du suivi interne doivent être analysés de manière appropriée et des retours d'information transmis à chaque service et unité.



# Exemple : Clinique XXXX : Résultats de la fiche de suivi et d'évaluation 5S-KAIZEN



%	
Leadership	70%
Séparer	60%
Systematiser	60%
Salubrité	73%
Standardiser	20%
Se discipliner	40%
Sous-total	52%



%	
Productivité et efficacité	50%
Qualité	60%
Coût	50%
Sécurité	50%
Prestation de services	30%
Moral	80%
Fonction EAT	87%
Renforcement des RH	60%
Sous-total	58%

# Production de rapport

- À la fin de chaque exercice financier, l'EAQ doit évaluer le taux de mise en œuvre et de réalisation des objectifs du plan d'activité annuel pour l'année en cours, et prendre en compte les résultats de cette analyse dans le plan pour l'année suivante. Il est recommandé de consolider ces résultats dans un rapport annuel sur la gestion de la qualité. Ce processus de production de rapport annuel sert également à évaluer le plan d'action.
- Afin de faciliter la communication et le partage d'informations relatives à la gestion de la qualité, il est recommandé aux EAT de soumettre un bref rapport mensuel d'activité (environ une page A4) à l'EAQ.



# Merci!

Une question, un commentaire, une précision dont vous avez besoin ?



Support de formation sur l'approche 5S-KAIZEN-TQM

# Analyse des problèmes pour la Structure de mise en œuvre du Système de Gestion de la Qualité (SGQ)

Agence japonaise de coopération internationale

Fujita Planning Co., Ltd.



# Objectifs

Au terme de cette session, les participants seront en mesure de:

- Définir le terme « problème » dans le cadre de la gestion de la qualité.
- Expliquer ce qu'est l'analyse des problèmes.
- Expliquer le processus d'analyse des problèmes.
- Réaliser une analyse des problèmes à l'aide d'un «arbre à problèmes».

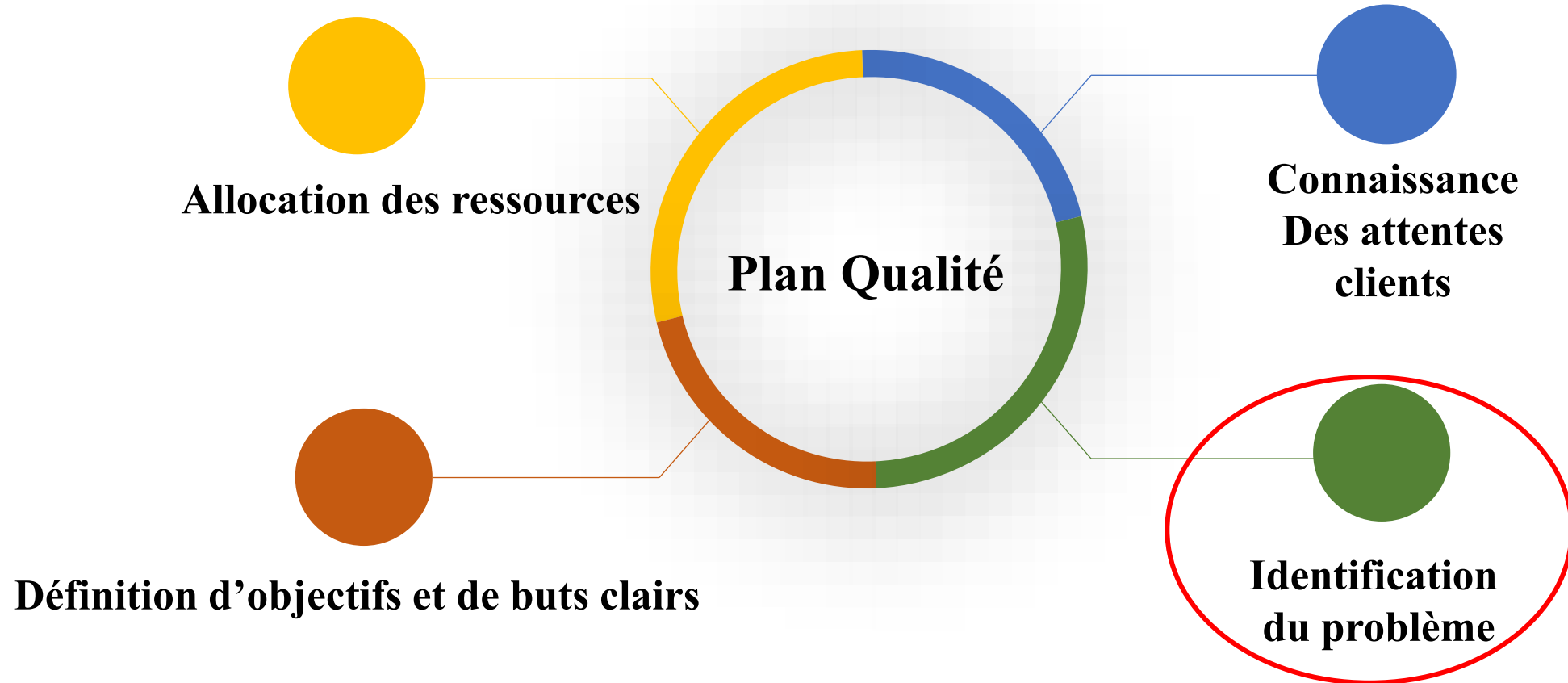
# Contexte

- Grâce à ce programme régional, les activités liées à la gestion de la qualité selon l'approche 5S-KAIZEN-TQM seront renforcées dans les établissements de santé cibles.
- Afin de promouvoir les activités liées à la gestion de la qualité selon l'approche 5S-KAIZEN-TQM dans les établissements de santé cibles, il est indispensable de mettre en place une structure fonctionnelle de mise en œuvre de la gestion de la qualité (GQ).
- Il est donc nécessaire d'identifier à l'avance les problèmes et les enjeux susceptibles de constituer des obstacles à la mise en place et au fonctionnement d'une telle structure.

**Nous reconnaissons la nécessité d'un plan de gestion de la qualité, cependant, nous avons besoin d'orientations claires sur la manière de l'élaborer.**



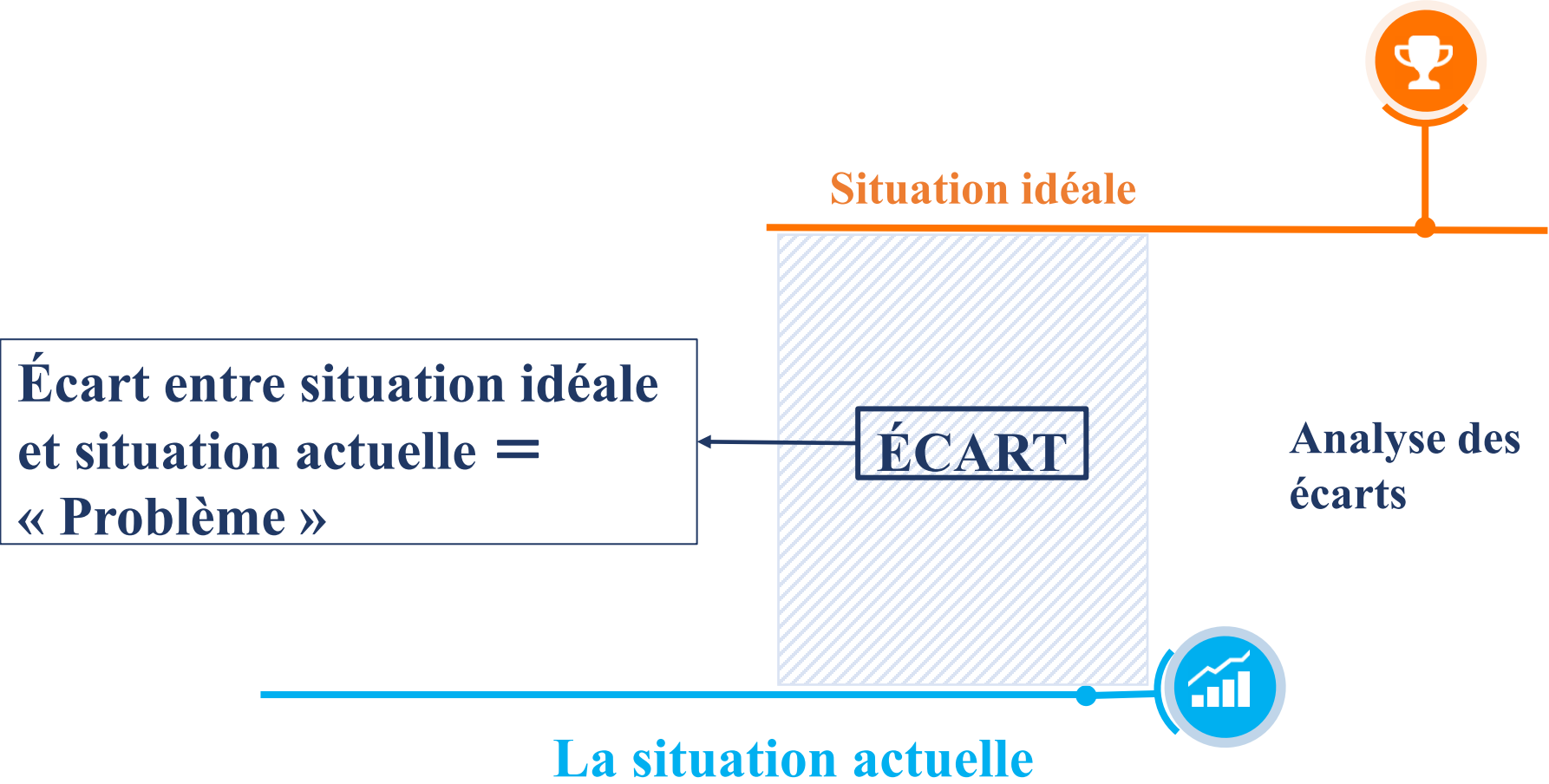
# Les éléments clés pour l'élaboration du plan qualité



# Quel est le problème ?



# Nous devons identifier les problèmes et les résoudre afin d'améliorer la qualité

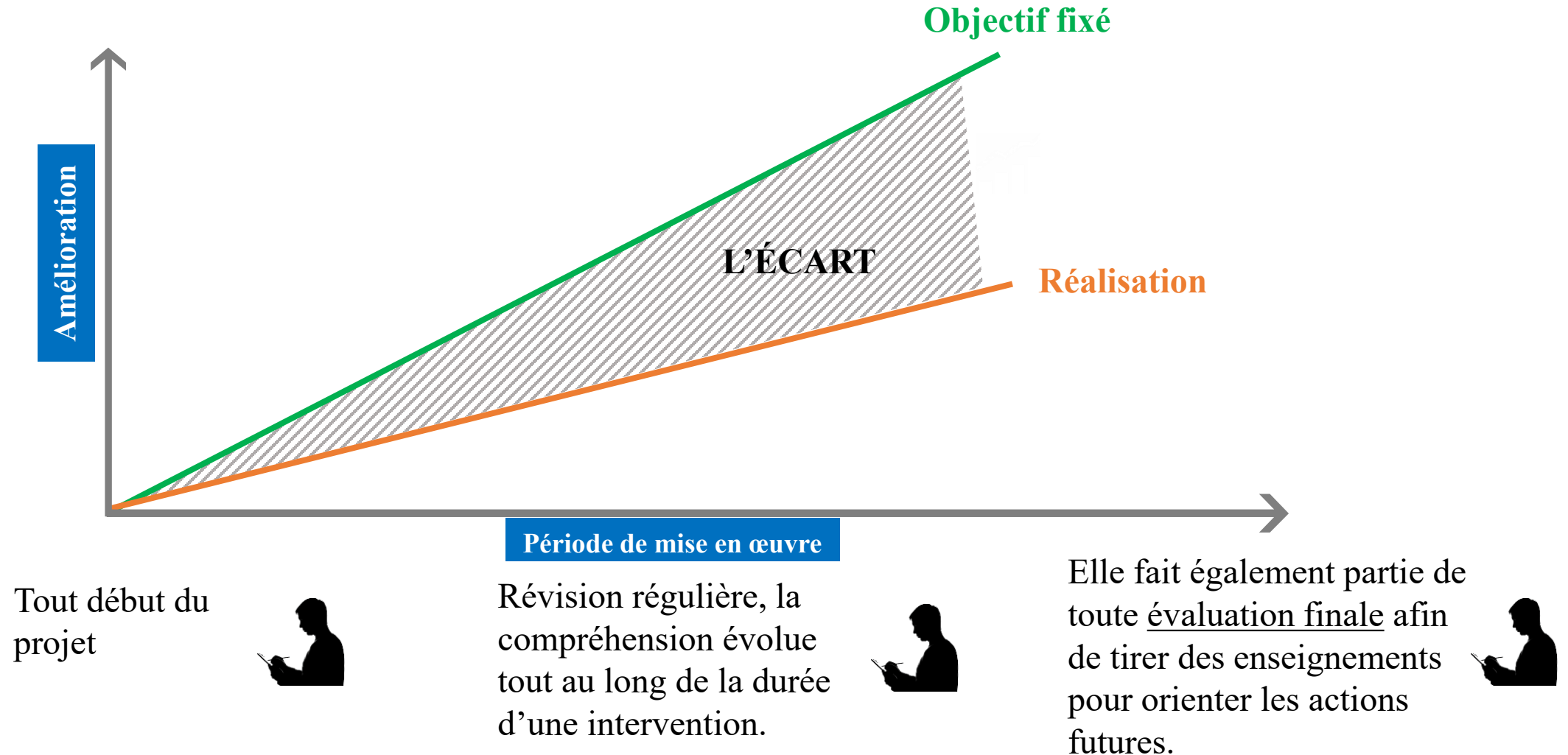


# Qu'est-ce que l'« analyse des problèmes » ?

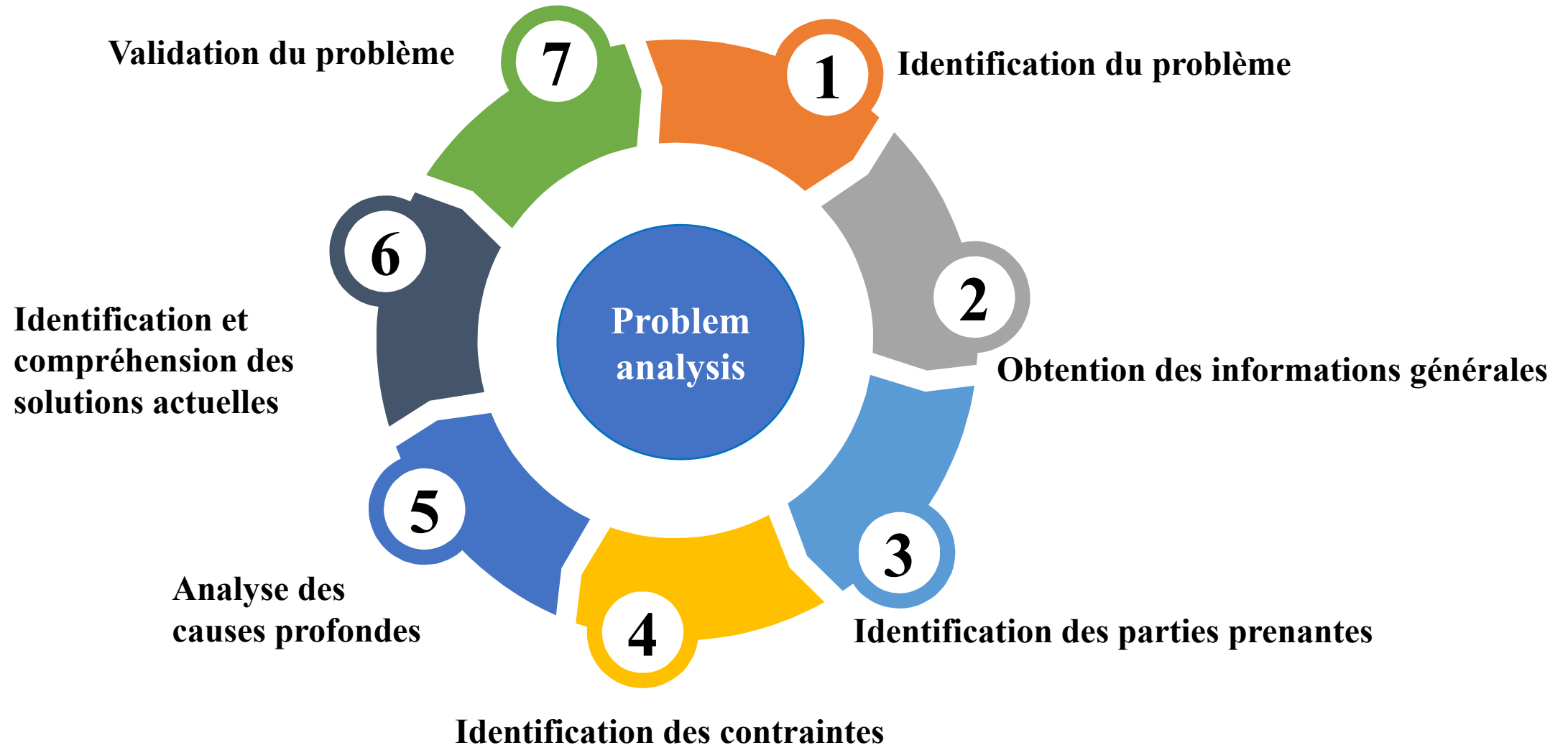
- L'analyse des problèmes est une méthode qui permet de comprendre le contexte dans lequel vous avez l'intention de travailler.
- Elle permet d'identifier les questions clés et de déterminer comment utiliser au mieux vos ressources pour maximiser l'impact.
- Grâce à l'analyse des problèmes, vous pouvez approfondir votre compréhension de la dynamique d'une situation et des facteurs qui la déterminent ou la sous-tendent. Ce type d'analyse peut également révéler des influences positives susceptibles d'améliorer la situation.
- En analysant le problème, vous pouvez identifier les hypothèses sous-jacentes qui favoriseront l'élaboration d'un cadre logique et faciliteront la gestion des risques liés à la mise en œuvre du projet.
- L'analyse des problèmes est une étape préalable essentielle à l'élaboration d'une théorie du changement. À ce titre, elle est cruciale pour l'efficacité du suivi, de l'évaluation et de l'apprentissage.

# Quand effectuer une analyse des problèmes ?

L'analyse des problèmes fait partie intégrante du fondement logique de tout projet et doit donc être prise en compte dès le début.



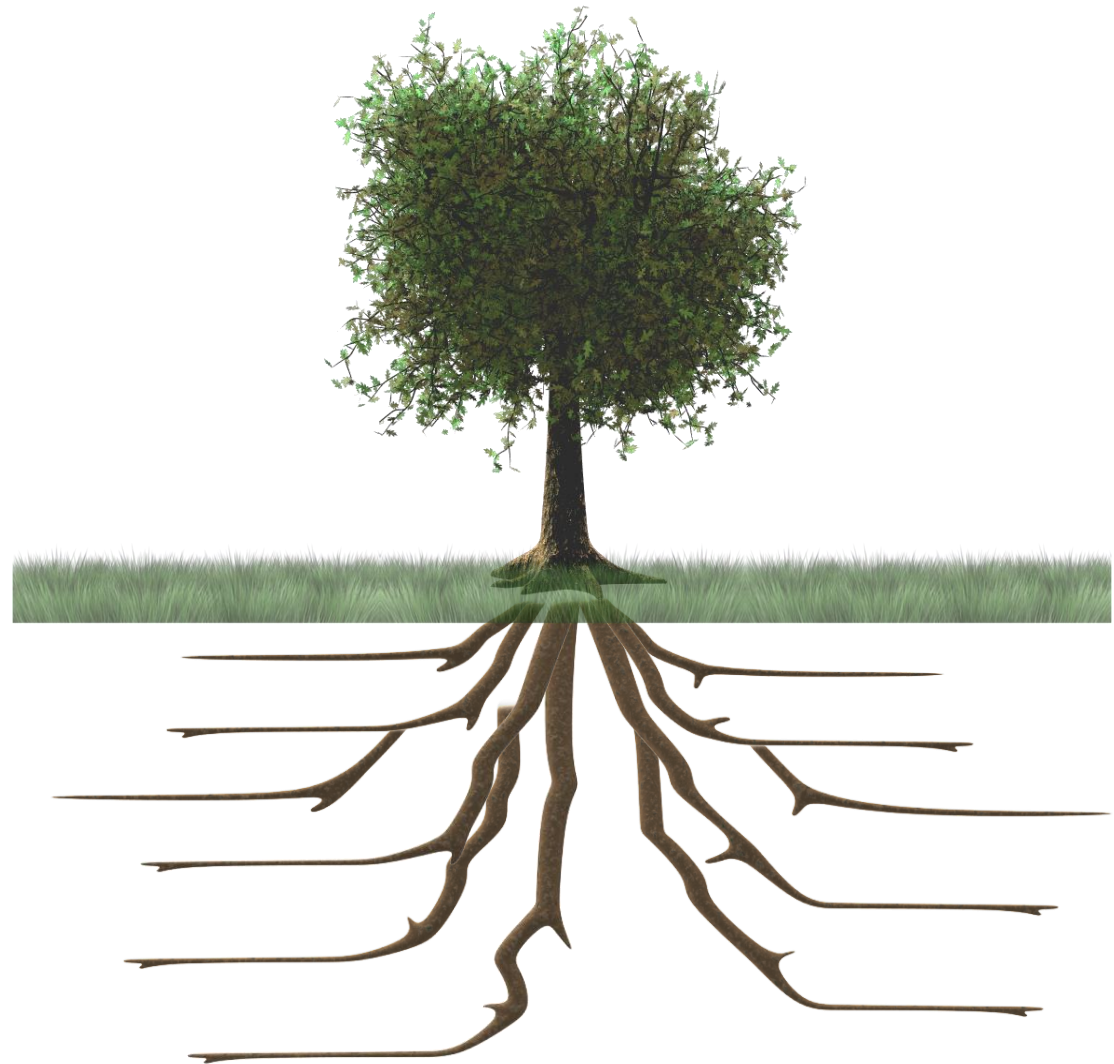
# Les étapes génériques de l'analyse des problèmes



# **Réalisation de l'analyse des problèmes à l'aide de l'«arbre à problèmes»**

# Analyse par l'arbre à problèmes

- L'analyse par l'arbre à problèmes permet d'identifier les causes et les conséquences (effets) d'une situation problématique que vous souhaitez changer.
- Cet outil révèle la complexité de la situation et met en évidence des facteurs supplémentaires qui pourraient être pris en compte dans le cadre de projets connexes afin de garantir le succès de votre intervention.
- Cette analyse est particulièrement efficace lorsqu'elle est réalisée dans le cadre d'un atelier où divers acteurs collaborent pour analyser la situation existante.



# Les avantages de l'analyse par l'arbre à problèmes

Avantages	Explication
<b>Meilleure compréhension</b>	Cela permet de comprendre le problème de manière plus approfondie et structurée.
<b>Hiérarchisation</b>	Cela permet d'identifier les causes et les effets les plus importants, ce qui facilite la hiérarchisation des interventions.
<b>Mise au point de solutions</b>	Cela permet d'identifier les interventions et stratégies potentielles en ciblant les causes profondes du problème.
<b>Compréhension commune</b>	Le processus d'analyse par l'arbre à problèmes peut faciliter une compréhension commune du problème auprès des parties prenantes.
<b>Des énoncés de problèmes plus clairs</b>	Cela permet de formuler les énoncés du problème différemment et de manière plus efficace.
<b>Meilleure planification des projets</b>	Il s'agit d'un outil précieux pour la planification de projets, qui permet d'identifier les enjeux clés et d'élaborer des interventions efficaces.

# Étape 1 : Identification des problèmes existants

- Identifiez les problèmes existants dans le domaine concerné ou le domaine d'intérêt en procédant à un brainstorming.
- Gardez à l'esprit qu'un problème n'est pas l'absence de solution, mais plutôt un état ou une situation négative existante.
- Faites la distinction entre les problèmes existants, les problèmes insolubles, les problèmes fictifs et les problèmes liés à l'avenir.
- Notez chaque problème sur un papillon adhésif et placez-le sur la table afin que tous les participants aient la possibilité d'exprimer les problèmes qu'ils rencontrent.
- Classez les problèmes identifiés en groupes, tels que:
  - Problèmes liés à la gestion
  - Problèmes liés à la formation, aux connaissances et aux compétences du personnel



## Étape 2 : Définition du problème principal

- Discutez entre participants et définissez le problème principal (également appelé problème central ou point central du problème global) à partir des problèmes existants identifiés.
- Après discussion et clarification par les participants, tous les problèmes évoqués au cours de la session doivent être résolus de manière appropriée.

### **Note à l'intention du facilitateur/animateur:**

Au cours de cette session, nous aimerions que vous analysiez les problèmes liés au système de gestion de la qualité dans votre établissement.



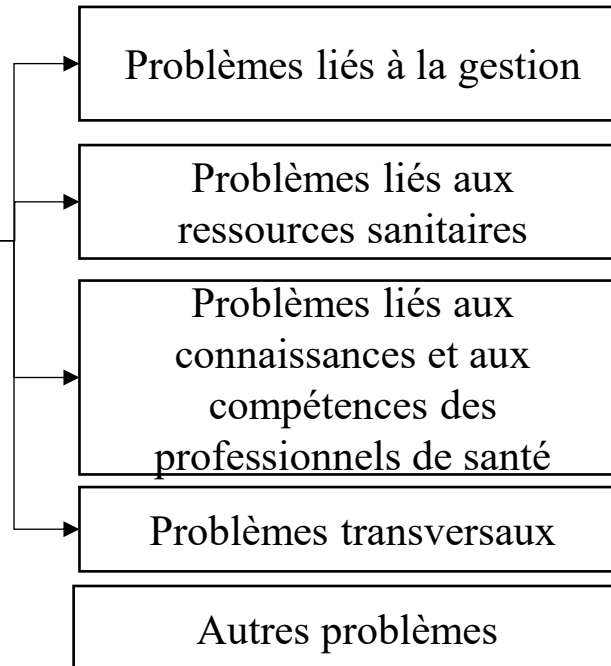
# Procédures à l'étape 1 et 2



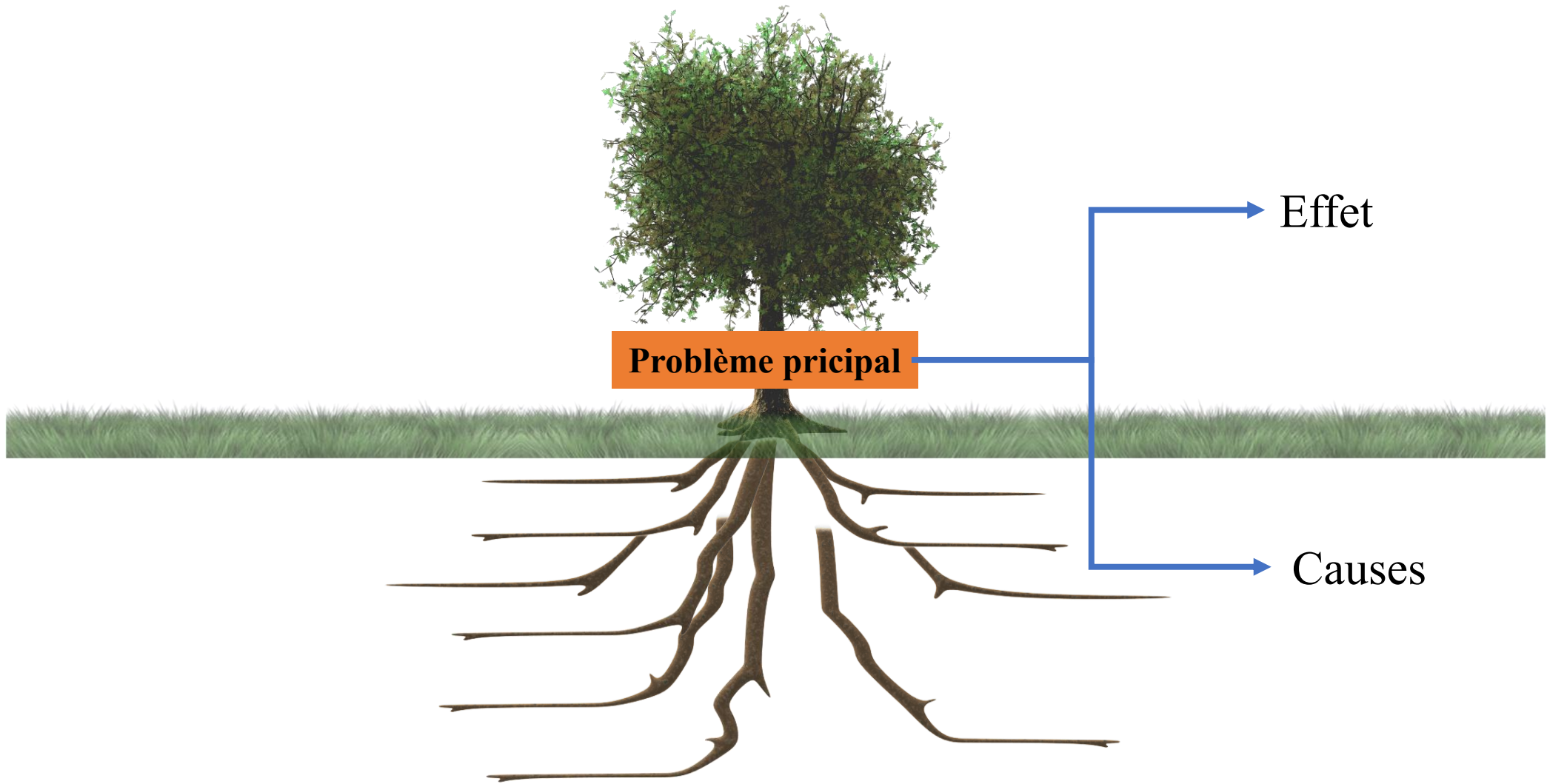
Réfléchissez ensemble aux problèmes liés à un thème choisi.



Discutez des problèmes mentionnés par les membres et classez-les par catégorie.



Discutez et hiérarchisez les problèmes, puis sélectionnez le « problème principal »

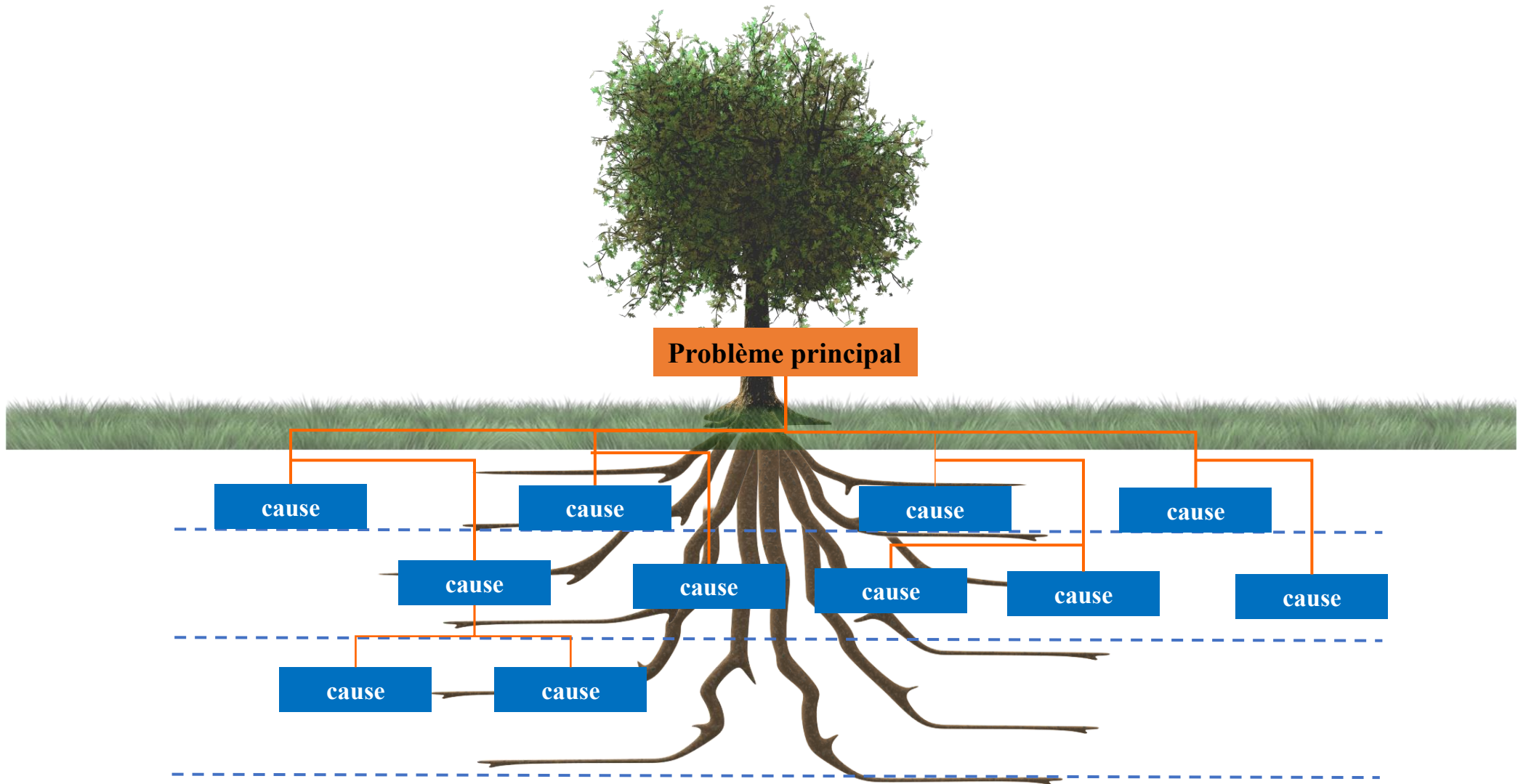


# Étape 3 : Formulation des causes

Formulez les causes du problème principal.

- Réfléchissez et dressez la liste des causes du problème principal, en les plaçant comme les « racines » de l'arbre.
- Gardez à l'esprit que les problèmes identifiés à l'étape 1 peuvent également être à l'origine du problème principal.
- Il est recommandé de réaliser cette étape en équipe, dans le but de parvenir à un consensus.



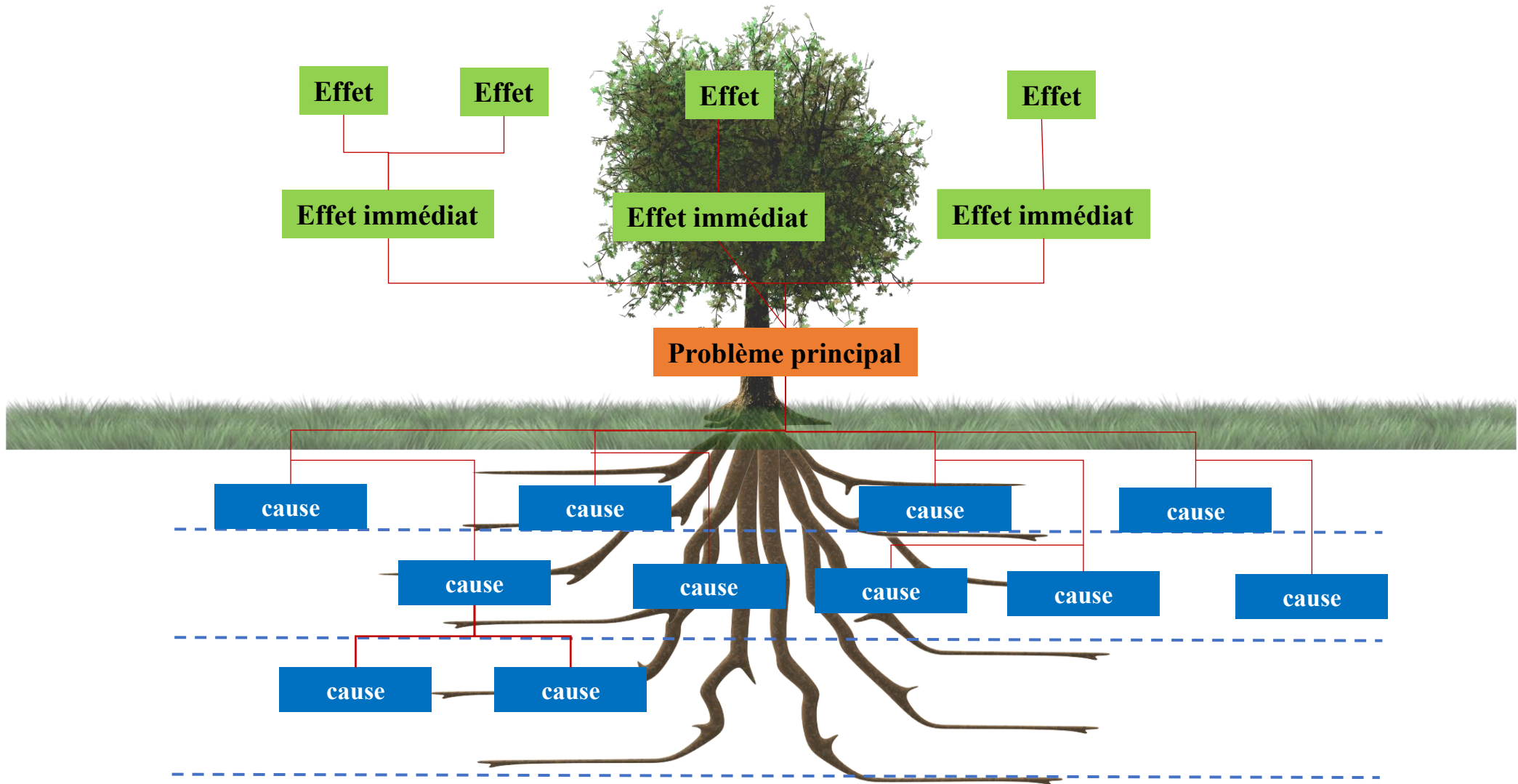


# Étape 4 : Formulation des effets

Formulez les effets (conséquences) du problème principal.

- Réfléchissez et dressez la liste des effets ou des conséquences du problème principal, en les plaçant comme les « branches » de l'arbre.
- Gardez à l'esprit que les problèmes identifiés à l'étape 1 peuvent également être des effets du problème principal.
- Il est recommandé de réaliser cette étape en équipe, dans le but de parvenir à un consensus.

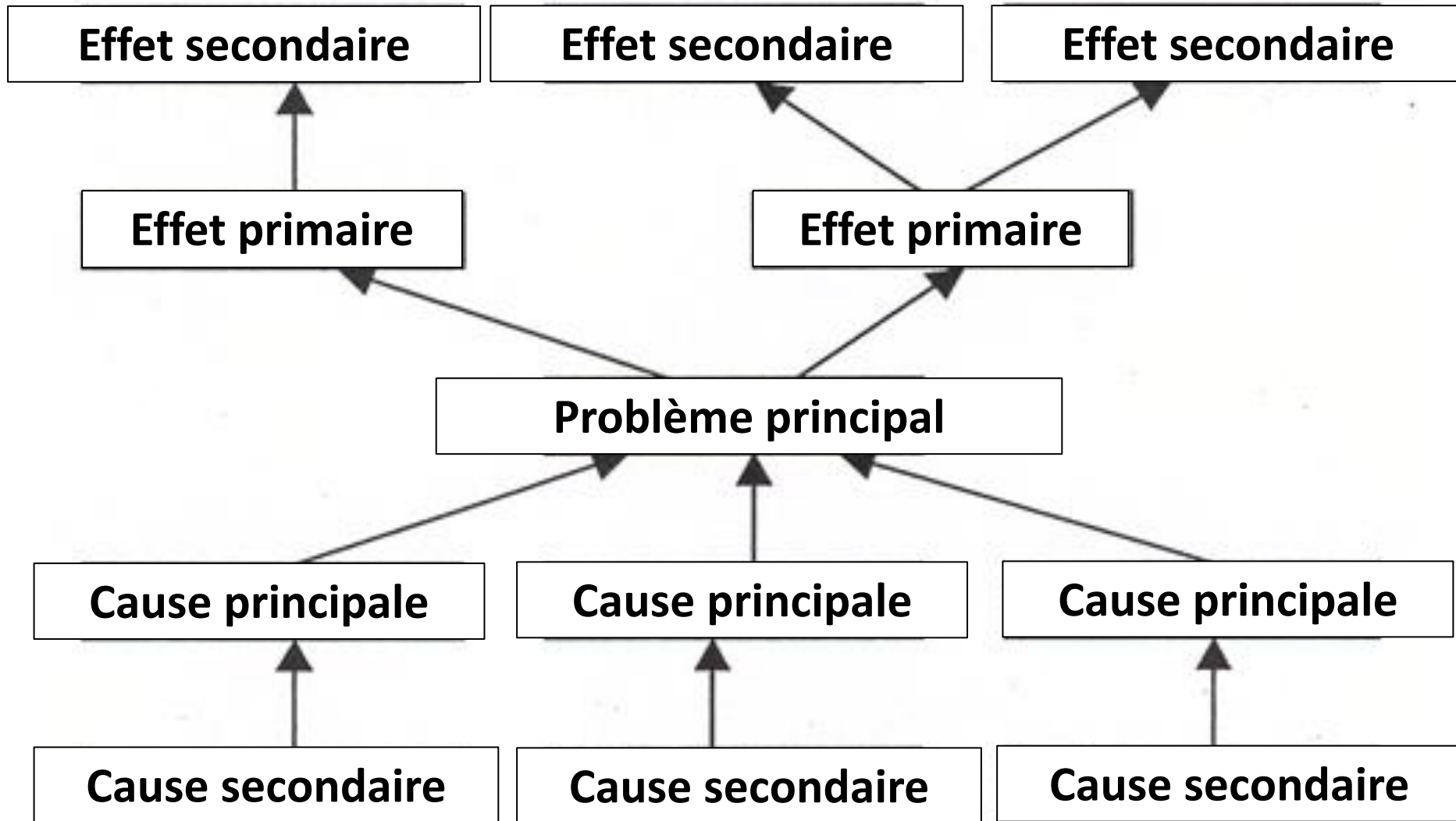


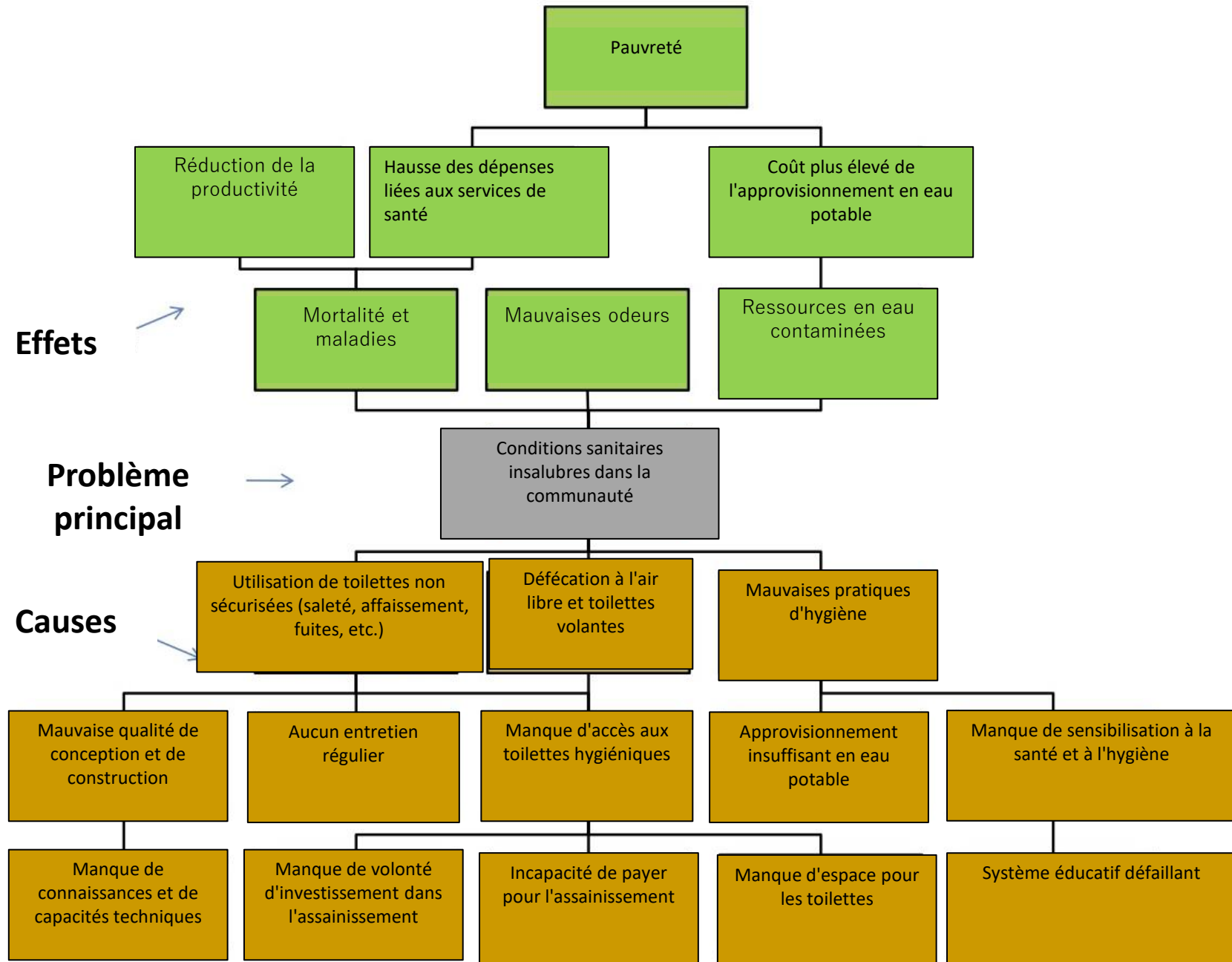


# Étape 5 : Conception du diagramme en arbre

Dessinez un diagramme (arbre à problèmes) qui représente les relations de cause à effet (hiérarchie des problèmes).

- Le problème central est placé au centre du diagramme, formant le tronc de l'arbre.
- Les causes sont placées en dessous et les effets au-dessus, en subdivisant les racines et les branches (comme une carte mentale encore appelée un topogramme).
- Approfondissez la recherche des causes et effets.
- Si possible, toutes les causes et tous les effets doivent se trouver au même niveau horizontal.





# Étape 6 :

## Examen de la logique et vérification du diagramme

- Analysez les relations entre les causes et les effets afin de mieux comprendre le problème.
- Réexaminez la logique et vérifiez la validité et l'exhaustivité du diagramme dans son ensemble. Faites les ajustements au besoin.
  - Question à se poser pour chaque problème : ces causes sont-elles suffisantes pour expliquer pourquoi cela se produit ?
  - Réfléchissez aux mesures qui peuvent éliminer les causes.



**Maintenant que vous savez comment réaliser une analyse des problèmes, commençons à analyser les problèmes liés au système de gestion de la qualité sur votre lieu de travail.**

# Merci!

Une question, un commentaire, une précision dont vous avez besoin ?