



**Ministère de la Santé
Publique à Madagascar**

Guide de mise en œuvre de l'approche 5S à Madagascar

Mars 2015

Appui par JICA Madagascar



Agence Japonaise de Coopération Internationale

Préface

Le Management ou « Man – age – ment » signifie littéralement l'« art du temps de l'homme », autrement dit « la méthode dont l'être humain gère son temps ». Le temps vaut de l'or, car le fait de bien gérer le temps dont on dispose, permet d'obtenir des résultats satisfaisants dans une durée qui nous est impartie. Le Management, comparé à la gestion, exige en plus un état d'esprit ou un degré de spiritualité plus poussé. C'est-à-dire, si la gestion ne nécessite qu'une compétence spécifique, le management nécessite en sus une culture dont la culture de la qualité. En effet la culture de la qualité n'est pas accessoire au produit ou service, mais fait partie intégrante des produits / services. Max Weber (1864 –1920) a dit « La réussite sera portée par le travail sincère et studieux ».

La culture malgache montre aussi cette culture de qualité. Le proverbe « Izay marary Andrianina » qui signifie « Le malade est Roi » fait illusion à l'action visée vers la satisfaction des malades qui sont nos clients. Un autre dicton malgache montre la notion de l'amélioration continue « Tsy ny namanao no ifaninanao fa ny tsara vitanao omaly, qui signifie « Tes concurrents ne sont pas tes collègues, plutôt les meilleurs résultats que tu as obtenus hier ».

Malgré cette ancienne connaissance des malgaches en matière de qualité, de satisfaction des clients, et d'amélioration continue, la qualité des services reste toujours insatisfaisante, surtout les services publics.

Dans le domaine de la Santé, le Management est l'art de diriger une structure de santé.

Madagascar a commencé la démarche qualité vers les années 1990. Beaucoup d'approches ont été mises en œuvre pour satisfaire les exigences de nos clients qui sont surtout les malades.

En 2008, le Ministère de la Santé Publique a renforcé son engagement dans la démarche qualité par l'introduction de l'approche 5S, avec l'aide de JICA L'approche 5S constitue un des éléments et la porte d'entrée du Quality Management. Elle consiste à promouvoir la qualité des Services par l'amélioration de l'environnement de travail.

Afin de relever davantage le défi dans la gestion de la qualité, le Ministère de la Santé Publique, toujours avec l'appui de JICA, a décidé de faire sortir ce guide. Toutefois, ce n'est qu'un début car tant d'autres documents référentiels nous attendent encore dans l'harmonisation du Management de la qualité dans le domaine de la santé.

Ce guide nous fournit des méthodes, des modèles, des démarches et des outils dans l'opérationnalisation de l'approche 5S à Madagascar.

Le Ministère de la Santé Publique, souhaite à tout utilisateur de ce document, aussi bien dans le secteur Santé que dans les autres secteurs, un plein succès dans l'application des 5S, qui n'est que la porte d'entrée dans la démarche de la gestion de la qualité des services, pour aboutir à la Gestion Totale de la Qualité.

***S.E.M. le Ministre de la Santé Publique
Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana***

Remerciements

Le Ministère de la Santé Publique et la JICA Madagascar remercient les personnes suivantes pour leur contribution intellectuelle et technique à l'élaboration de ce document :

- **Dr. RANDRIANTSIMANIRY Damoela**, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ;
- **Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis**, Chef de Service, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Adrianaivalona, Antananarivo ;
- **Pr. TIANDAZA Odilon**, Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga ;
- **Pr. ANDRIANASOLO Rado**, Service de Management de Qualité, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana , Antananarivo ;
- **Pr. ROBINSON Annick**, Directeur d'Etablissement, Hôpital Universitaire Mère et Enfant Tsaralalàna ;
- **Pr. SOLOFOMALALA Gaetan Duval**, Direction du Cabinet du Ministère de la Santé Publique ;
- **Dr SAHONDRA H.L. Josée**, Directeur du Développement des Districts Sanitaires ;
- **Dr. DANHO Jeannette**, UNFPA ;
- **Dr. RALAINIRINA Paul Richard**, UNICEF ;
- **Dr. RANDRIANIAINA Dieu-Donné**, DAT Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa ;
- **Mme RAHARIVOAO Irène**, Surveillante-Chef, Hôpital Universitaire Mère et Enfant Tsaralalàna ;
- **Mr. RANDRIANASOLO Henri**, Surveillant-Chef, Centre Hospitalier Universitaire Gynéco-Obstétrique Befelatanana ;
- **Mme RAZANAKINIAINA Tovany Olga**, Centre Hospitalier Universitaire Mahajanga ;
- **Mme RASOANANDRASANA Charlotte**, Assistant Technique, Cellule d'Inspection et de Suivi Sanitaire ;
- **Mme DANAHY Dama Flavelle**, Assistant Technique, Cellule d'Inspection et de Suivi Sanitaire ;
- **Mme ANDRIAMOSE Rondrotiana**, Responsable EAQ, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Adrianaivalona, Antananarivo ;
- **Dr. RAKOTOMAHARO Annick**, Service Traumatologie B, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Adrianaivalona, Antananarivo ;
- **Dr. RASENDRASOA Hantanirina**, Chef Service UUSI, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Adrianaivalona, Antananarivo ;
- **Mme RAKOTOMENA Hanta**, Ministère de la Santé Publique ;
- **Dr. RATSIMBAZAFY Suzy**, Service de Management de Qualité, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana , Antananarivo ;
- **Mme RAKOTOMAVO Yolande Olga**, Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa ;
- **Mr. NISHIMOTO Akira**, Représentant Résident de JICA Madagascar ;
- **Dr. RAMIADAMPAMONJY Eveline Bakoly Voninirina**, Equipe Technique de la Direction des Etablissement des Soins ;

- **Mr. ROBINIRINA Aubert**, Association des Anciens et Amis de Japon de Madagascar ;
- **Mlle RAKOTOARY Ilo**, Association des Anciens et Amis de Japon de Madagascar ;
- **Dr. RAVELONANDRO Solohery Lucio**, Chef de Service Qualité, Cellule d'Inspection et de Suivi Sanitaire ;
- **Dr. RAMBELON Vallyne**, Chef de Service, Direction du Développement des Districts Sanitaires ;
- **Dr. ANDRIANARISOA Vololomboahangy**, Direction de la Santé de l'Enfant de la Mère et de la Reproduction ;
- **Dr. RASAMIHAJAMANANA Eugénie Claire**, Assistant Technique du Secrétaire Général ;
- **Dr RASOALISON Honorine**, Assistant Technique du Directeur Adjoint Technique du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo ;
- **Mr. RAOELINA ANDRIAMBOLOLONA**, Enseignant Université ;
- **Dr. RAZANAPIRINGA Gustave Jeannot**, Chef de Division au Service de Formation et Perfectionnement du Personnel ;
- **Dr. DOBINSON Ernest**, Assistant Technique, Direction Générale de la Santé.
- **Mme MATSUYA Yoko**, Chargée des Programmes Sociaux, JICA Madagascar
- **Dr. RANDRIANTSOA Jeannot**, Conseiller Technique, JICA Madagascar.

Liste des abréviations

AFNOR :	Association Française de Normalisation
A.A. :	Adjoint Administratif
A.P.Q. :	Amélioration de la Performance et de la Qualité
A.T. :	Adjoint Technique
C.A.F. :	Cadre d'Auto évaluation de la Fonction Publique
C.H.U. :	Centre Hospitalier Universitaire
D.A. :	Directeur Administratif
D.E. :	Directeur Exécutif
D.T. :	Directeur Technique
E.A.Q. :	Equipe d'Amélioration de la Qualité
E.A.T. :	Equipe d'Amélioration du Travail
E.F.Q.M. :	European Foundation of Quality Management
E.M.Q.:	Equipe de Management de la Qualité
F.D.F. :	Formation des Formateurs
I.S.O. :	International Organisation for Standardisation
JICA :	Japan International Cooperation Agency
MINSANP :	Ministère de la Santé Publique
T.d.R. :	Termes de Référence
T.Q.M. :	Total Quality Management

Sommaire

Préface	1
Remerciements	3
Liste des abréviations	5
Sommaire	6
Liste des figures	8
Résumé Exécutif	9
Introduction	10
Partie I	12
La gestion de la qualité dans le secteur santé à Madagascar	12
I-1- Les différentes approches appliquées en matière de gestion de la qualité dans le secteur Santé à Madagascar.....	12
I-2-Intérêts des 5S-KAIZEN-TQM.....	14
I-3- Similarités de 5S-KAIZEN-TQM avec les autres approches de qualité.....	14
Partie II	15
Le concept de base des 5S-KAIZEN-TQM	15
II-1- L'approche 5S.....	15
II-2- Le KAIZEN	22
II-3- Le Total Quality Management (TQM)	23
II-4 – Les liens entre 5S, KAIZEN, TQM et l'arbre de la qualité.....	24
II-5- Les avantages de l'approche 5S-KAIZEN-TQM	25
Partie III	27
Démarche d'introduction de l'approche 5S	27
III-1- Mise en place officielle de l'approche 5S-KAIZEN-TQM	27
III-2- Carte de route 5S.....	27
III-3- Formation	28
Partie IV	30
Démarche technique de la mise en œuvre de l'approche 5S	30
IV.1 Engagement de la direction et élaboration du plan d'action	30
IV.2 Structure 5S : identification des membres et organigramme 5S	31
.....	32
IV.3 Elaboration et mise en œuvre du plan d'action	33
IV.5 Mise à l'échelle dans les structures sanitaires	33

IV.6 Mise à l'échelle national.....	33
Partie V.....	34
Technique de suivi - évaluation	34
V-1- Le tableau de bord.....	34
V-2- Le suivi après formation.....	35
V-3- La fiche de bonne pratique.....	36
V-4- La supervision	37
V-5- L'évaluation.....	37
Partie VI.....	39
Mise en place d'un cliquet antiretour	39
VI-1- Définition du cliquet antiretour	39
VI-2- Renforcer S4	39
VI-3- Reconnaître et récompenser les bonnes pratiques.....	40
VI-4- Gérer la résistance	46
VI-5- Maintenir les relations / échanges entre les acteurs et avec le public	48
VI-6 Autres mesures ou outils pour garder la performance.....	54
Liste des Annexes et outils	55
Références Bibliographiques.....	56

Liste des figures

Figure 1 :	Maison de la qualité selon les 9 critères de l'EFQM	13
Figure 2 :	Outil 1 : Code pour le tri des matériels (S1 : séparer)	15
Figure 3 :	Exemple de photo de S4 (Outil 2 : Code couleur des poubelles)	18
Figure 4 :	Outil 3 : Standardisation des sigles	19
Figure 5 :	Étapes de KAIZEN (Outil 5 Les étapes de KAIZEN)	23
Figure 6 :	Arbre de la qualité	24
Figure 7 :	Maison de la qualité	25
Figure 8 :	Outil 6 : Carte de route 5S,	27

Résumé Exécutif

Ce guide national de mise en œuvre de l'approche 5S est le fruit de la capitalisation des expériences des hôpitaux ayant appliqué l'approche 5S-KAIZEN-TQM depuis 2008 à Madagascar. C'est un document aidant à harmoniser et de standardiser les différentes étapes dans l'application de ce modèle de gestion de la qualité.

Etant donné que ni le KAIZEN, ni le TQM ne sont pas encore appliqués de façon approfondie à Madagascar, ce guide ne traite que la démarche de mise en œuvre des 5S.

Le guide comprend six parties:

La première partie rappelle les différentes démarches de qualité ayant été appliquées dans le secteur Santé à Madagascar, à savoir l'approche COPE, le système ISO, l'APQ, l'EFQM et le 5S-KAIZEN-TQM. En outre, cette partie explique la similarité de ces différentes approches et les avantages qu'apportent les 5S-KAIZEN-TQM.

La deuxième partie explique le concept de base des 5S-KAIZEN-TQM. Les significations des 5S et des photos avant et après l'application de l'approche sont présentées.

La troisième partie traite la démarche d'introduction des 5S. Le lancement officiel de la démarche qualité, la carte de route 5S et les grandes lignes de la formation en 5S y sont expliquées.

Dans sa partie 4, le guide détaille les aspects pratiques de la mise en œuvre de l'approche 5S. Cette partie met l'accent sur l'organigramme 5S, le Cycle 5S et la mise à l'échelle de l'approche 5S dans une structure sanitaire.

La partie 5 oriente les lecteurs sur les techniques de suivi et d'évaluation de l'approche 5S. Elle donne des détails sur le tableau de bord 5S, le suivi après la formation, la fiche de bonne pratique, la supervision, l'évaluation de l'approche 5S. Des grilles sur ces différentes techniques de suivi-évaluation sont proposées dans le guide.

Enfin la partie 6 du guide fournit différents outils pratiques afin de ne pas faire marche en arrière. Ces outils contribuent beaucoup dans la mise en place de cliquet anti-retour dans la démarche 5S. Beaucoup d'outils spécifiques des grands hôpitaux de Madagascar sont présentés dans cette partie.

L'originalité de ce guide se reflète à travers les 24 outils pratiques qu'il offre dans l'application des 5S. En outre, 8 figures illustratives aident à comprendre davantage la démarche.

Bien que ces outils pratiques aient été inspirés des expériences des hôpitaux universitaires et des hôpitaux régionaux de Madagascar, le contenu du guide s'adapte bien aux hôpitaux des districts et aux Centres de Santé de Base.

Introduction

L'exercice de la Médecine Moderne affronte actuellement un défi permanent de Qualité face au développement de la technologie. Vu les contraintes économiques liées à la diminution d'allocation des ressources tant au niveau macroéconomique qu'en matière de capacité financière de chaque ménage, une politique de capitalisation de moyens disponibles s'impose, tout en gardant la qualité des services offerts. Cette qualité doit en outre répondre aux exigences des clients et aux exigences réglementaires applicables aussi bien au niveau national qu'international.

Les Organisations Hautement Fiables (HRO ou High Reliable Organisations) sont des organisations qui constamment évitent des erreurs pouvant avoir des conséquences catastrophiques. A cette fin, elles visent à exécuter des opérations sans erreur sur une longue période et prennent régulièrement de bonnes décisions conduisant à une haute fiabilité et qualité. De telles organisations incluent l'aviation, les compagnies aériennes, le contrôle du trafic aérien et les centres nucléaires. Les hôpitaux pourraient-ils devenir ainsi ? La réponse est « OUI », car à travers une organisation appropriée du cadre de travail, les structures sanitaires peuvent atteindre cette performance.

La qualité pourrait être vue sous plusieurs angles. Selon AFNOR "un produit de qualité est un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs" [2]. La qualité de service désigne la capacité à répondre par ses caractéristiques aux différents besoins de ses utilisateurs [3].

Dans des pays africains, la JICA a commencé en 2007 le programme d'amélioration du fonctionnement des établissements médicaux en utilisant l'approche 5S-KAIZEN-TQM, une méthode de gestion de la qualité à la japonaise [4]. Madagascar compte parmi les 15 pays africains appliquant actuellement l'approche 5S. En 2014, l'approche 5S a été introduite dans 15 régions sur les 22 du pays.

Afin de pérenniser les activités et de garder la même direction, ce guide se fixe comme but d'harmoniser et de standardiser les différentes démarches dans l'application de ce modèle de gestion de la qualité à Madagascar. En effet l'élaboration de ce guide s'est inspirée surtout des expériences des grands hôpitaux de Madagascar en matière d'approche qualité dans le domaine de la Santé. Il constitue ainsi le résultat des échanges des bonnes attitudes et pratiques en matière de la recherche de la qualité que le Ministère de la Santé Publique a continuellement promue.

Plusieurs étapes techniques et outils pratiques sont présentés dans le guide en matière d'information, d'introduction, de mise en œuvre, de suivi / évaluation et de pérennisation de l'approche.

La démarche qualité étant un processus continu et dynamique, ce guide ne sert que d'indicatif. Le caractère innovateur et l'esprit initiateur sont surtout attendus de chacun, afin que le terme amélioration continue de la qualité se concrétise, et l'étape finale qui est la Gestion Totale de Qualité soit atteinte. L'impact souhaité étant l'augmentation de la productivité, l'amélioration de la sécurité dans les services de santé, qui contribue ainsi à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Partie I

La gestion de la qualité dans le secteur santé à Madagascar

I-1- Les différentes approches appliquées en matière de gestion de la qualité dans le secteur Santé à Madagascar

Beaucoup d'approches de Gestion de la Qualité ont été appliquées à Madagascar. Bien que la période de mise en œuvre et les partenaires de ces approches soient différents, on note une continuité et une similarité.

I-1-1- L'approche COPE

L'approche COPE (Client Oriented Provider Efficient) ou « Services efficaces axés sur les Clients » se compose d'une série d'activités (autoévaluation, interviews de clients, analyse du flux de clients, planification des mesures à prendre) conduites par le personnel, afin d'aider ce dernier à identifier et résoudre ses propres problèmes et à améliorer continuellement la qualité des services, en utilisant les ressources déjà disponibles dans le centre de santé [5]. Elle a été appliquée à Madagascar depuis 1994.

I-1-2- Le système ISO

L'ISO (International Organization for Standardization) comprend des normes internationales de management de la qualité, appliquant un système de gestion de la qualité des processus et activités d'un organisme, et préconisant l'amélioration continue et la satisfaction des clients. Cette démarche qualité se fonde sur huit principes : l'orientation client, le Leadership, l'implication du personnel, l'approche processus, l'approche système, l'amélioration continue, l'analyse factuelle et la synergie des partenaires [6].

Dans le secteur santé, ISO est appliqué par Espace Médical, SALAMA et OSTIE qui sont des établissements privés ou semi-étatiques.

I-1-3- L'EFQM

L'EFQM (European Foundation for Quality Management) est utilisé initialement comme modèle d'excellence par les organismes européens appliquant la Gestion

Totale de la Qualité. Le modèle EFQM comporte 9 critères schématisés sur la figure 1. Chaque case représente un critère d'évaluation et de développement

Les 5 premiers critères évaluent le processus, tandis que les 4 derniers se penchent sur les résultats.

Le modèle EFQM a été inspiré du CAF (Cadre d'autoévaluation des fonctions publiques) [7], un outil proposé pour aider les organisations publiques à s'approprier des techniques de management par la qualité pour améliorer les performances.

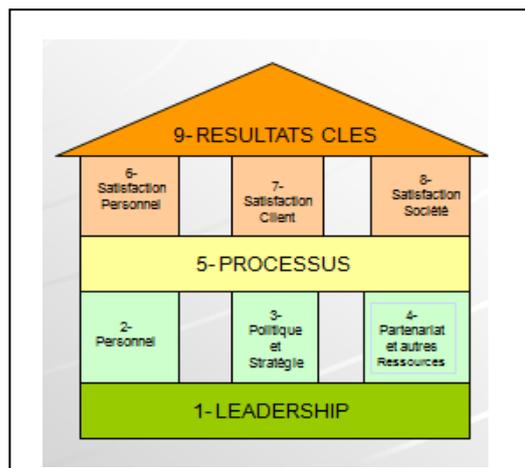


Figure 1 : Maison de la qualité selon les 9 critères de l'EFQM

1-1-4- L'APQ : L'Amélioration de la Performance et de la Qualité (APQ)

L'APQ est un outil pratique et efficace sur l'utilisation des standards de qualité établis par le Ministère chargé de la Santé et harmonisés avec le Paquet d'Activités des centres hospitaliers et des Centre de Santé de Base. Elle a été introduite et mise en œuvre depuis 2006. L'objectif était d'évaluer la performance et la qualité des soins offerts. Cet outil sert à évaluer le service dans deux domaines :

- Domaine technique : connaissances du personnel (Planification familiale, soins prénatals focalisés, prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles)
- Domaine transversal : services accueillant axés sur les clients, pratiques de la prévention des infections, système de gestion, ressources humaines et matérielles.

L'APQ avait comme avantage d'augmenter la confiance des agents de santé, de mieux comprendre le rôle de leadership et le rôle du personnel dans son poste [8].

1-1-5- L'approche 5S-KAIZEN-TQM

Les 5S viennent des 5 mots japonais commençant par S (Seiri : S1 ; Seiton : S2 ; Seiso : S3 ; Seiketsu : S4 ; Shitsuke : S5), signifiant respectivement :

Tableau 1 : Signification des 5S en 4 langues

	Japonais	Anglais	Français	Malgache
S1	Seiri	Sort	Séparer	Sivanina
S2	Seiton	Set	Systématiser	Sokajiana
S3	Seiso	Shine	Faire Scintiller	Sasana
S4	Seiketsu	Standardize	Standardiser	Soratana
S5	Shitsuke	Sustain	Se discipliner	Saintsainina

Des détails de la signification des 5S se trouvent dans la partie II de ce guide.

Le KAIZEN et le TQM sont des outils plus approfondis et qui sont évoqués brièvement dans la partie II du guide.

I-2-Intérêts des 5S-KAIZEN-TQM

L'approche 5S permet de vivre continuellement dans un environnement de travail bien rangé, propre, agréable et motivant. Cet outil n'est pas simplement un outil de nettoyage, mais il vise surtout à améliorer la qualité de services sanitaires, tout en mettant l'accent sur l'esprit d'équipe et l'attitude positive.

Un fort Leadership du chef d'établissement, des chefs de services et des chefs d'équipes est indispensable, dans le but d'encourager le personnel et de montrer des bons modèles.

I-3- Similarités de 5S-KAIZEN-TQM avec les autres approches de qualité

- La similarité de l'approche COPE avec l'outil 5S-KAIZEN-TQM repose d'une part sur la satisfaction des clients et d'autre part sur l'autoévaluation qui constitue une des méthodes d'évaluation de la démarche 5S-KAIZEN-TQM.
- Pour l'ISO :
 - le 2^{ème} principe d'ISO (Leadership) constitue l'eau qui arrose l'arbre de qualité du 5S-KAIZEN-TQM
 - le 6^{ème} principe de l'ISO (Amélioration continue) est l'équivalent du KAIZEN
 - Le 8^{ème} principe de l'ISO (la synergie des partenaires) a une similarité avec le TQM qui vise la participation de tout le personnel et la satisfaction des clients.
- Pour EFQM : Le Leadership constitue la fondation de la maison de la qualité de l'EFQM, tandis qu'il arrose l'arbre de la qualité de l'outil 5S-KAIZEN-TQM.
- Pour l'APQ, la similarité avec l'approche 5S-KAIZEN-TQM réside d'une part sur le fait que l'outil APQ a promu également le Leadership. D'autre part l'APQ cherche à suivre les normes pour arriver à la qualité. Ce qui correspond à S4 qui traite la standardisation.

L'approche 5S-KAIZEN-TQM constitue ainsi un des socles et une porte d'entrée dans la gestion de la qualité.

Partie II

Le concept de base des 5S-KAIZEN-TQM

II-1- L'approche 5S

II-1-1- Le Concept des 5S

a) S1 : **S**éparer, **T**rier, **S**upprimer l'inutile : SIVANINA

S1 permet de trier et **supprimer** les matériels qui ne sont plus nécessaires dans le milieu de travail (couloirs, murs, tables, étagères, bureaux, tableau d'affichage, cour, etc...). En plus S1 aide à identifier les matériels à recycler à l'aide des étiquettes de classification.

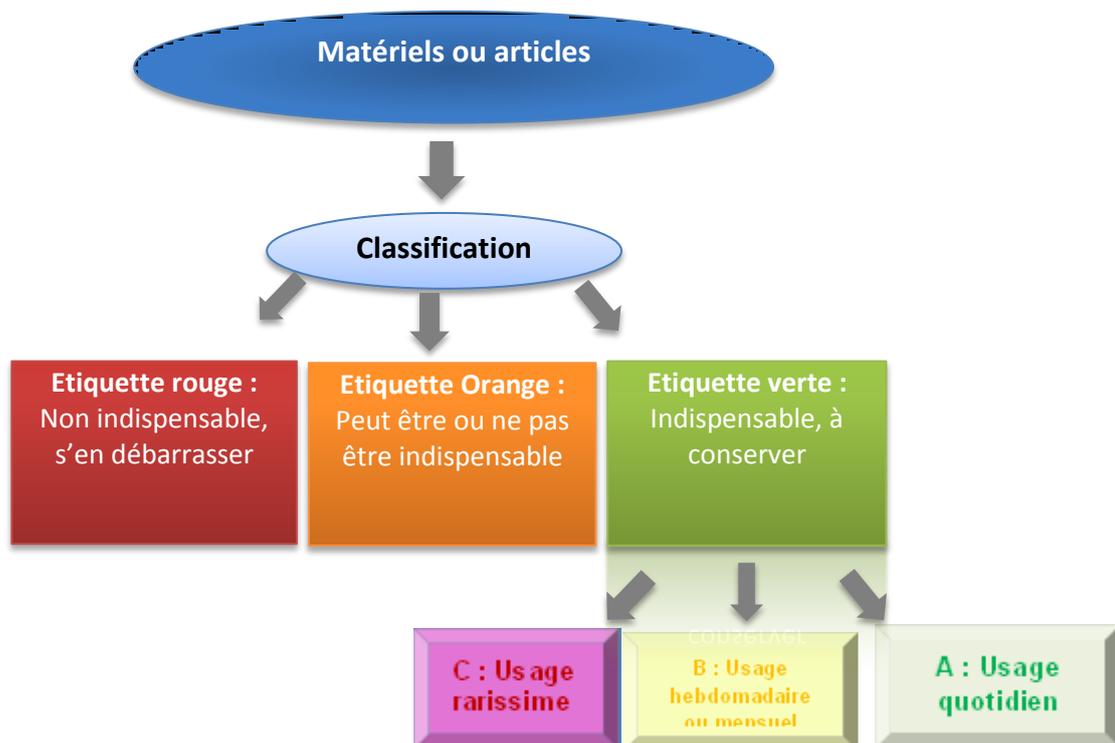
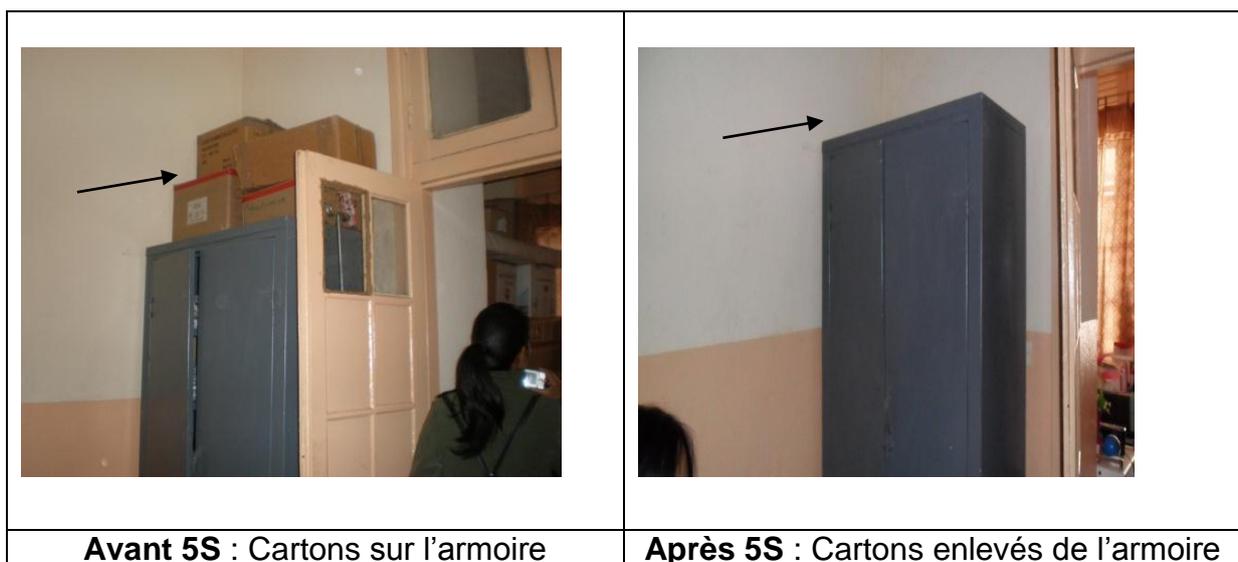
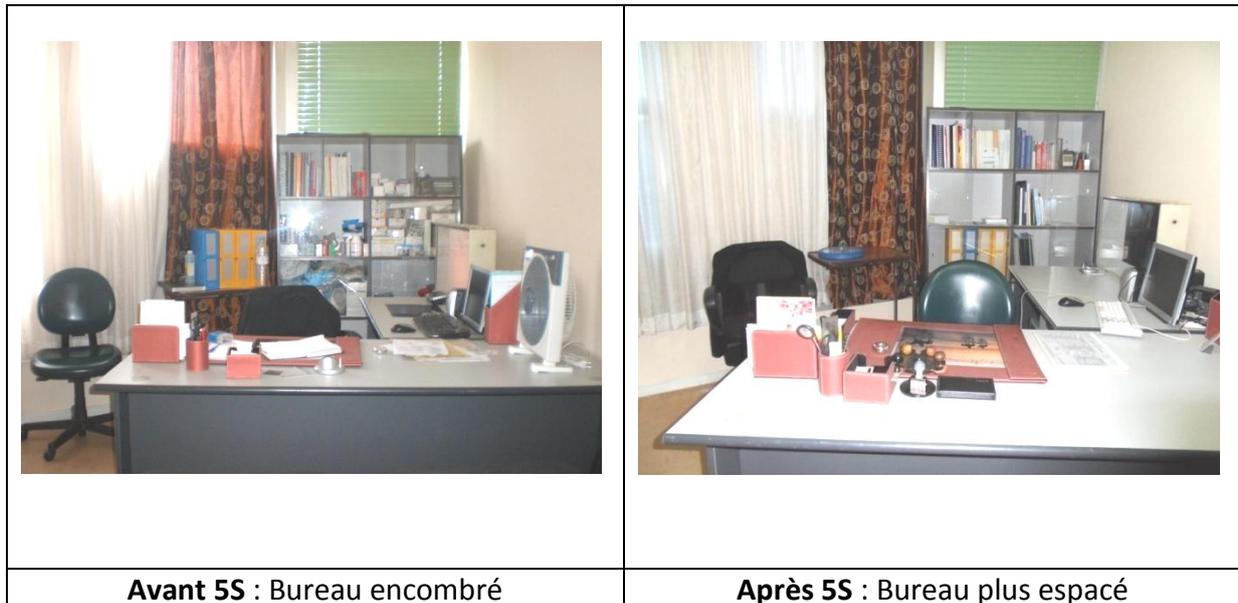


Figure 2 : **Outil N°1 : Code pour le tri des matériels (S1 : Séparer)**

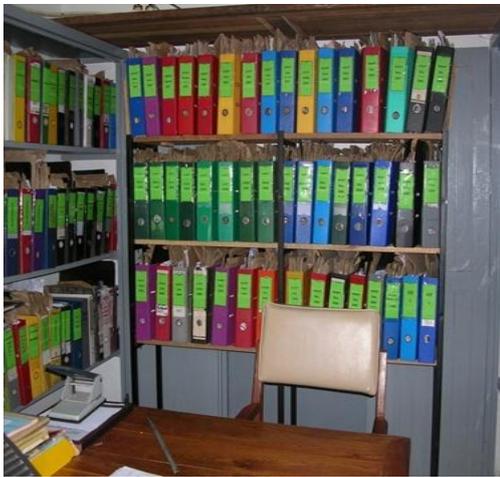
Exemples de photos de S1



b) S2 : **S**ystématiser, **R**anger, **S**ituer les choses : SOKAJIANA

S2 consiste à bien **situer** ou ranger les matériels qui restent de S1 (tri), et en même temps à mettre des étiquettes d'identification sur les matériels rangés: les classeurs, le contenu de l'étagère, le contenu de l'armoire ... etc... Cette apposition d'étiquettes concerne aussi les services, les salles et les lits, afin d'orienter les malades et leurs accompagnateurs.

Exemples de Photos de S2

	
<p>Avant 5S : Dossier de malades mal rangés</p>	<p>Après 5S : Dossier des malades mis sur classeur et étiquetés</p>
	
<p>Après 5S : Tour de garde visualisé par des couleurs</p>	<p>Après 5S : Dossiers des malades rangés par sexe, utilisant des couleurs différentes</p>

L'utilisation d'étiquettes et de couleurs facilite la visualisation des matériels et aide au contrôle visuel.

c) S3 : faire Scintiller, nettoyer : SASANA

Il nous encourage à nettoyer ou faire **Scintiller** continuellement le milieu de travail (sol, mur, toilettes, couloir, armoire, frigo, paillasses, appareils et matériels, etc...). S3 concerne aussi l'organisation de nettoyage.

Exemples de Photos de S3



d) S4 : **S**andardiser : SORATANA

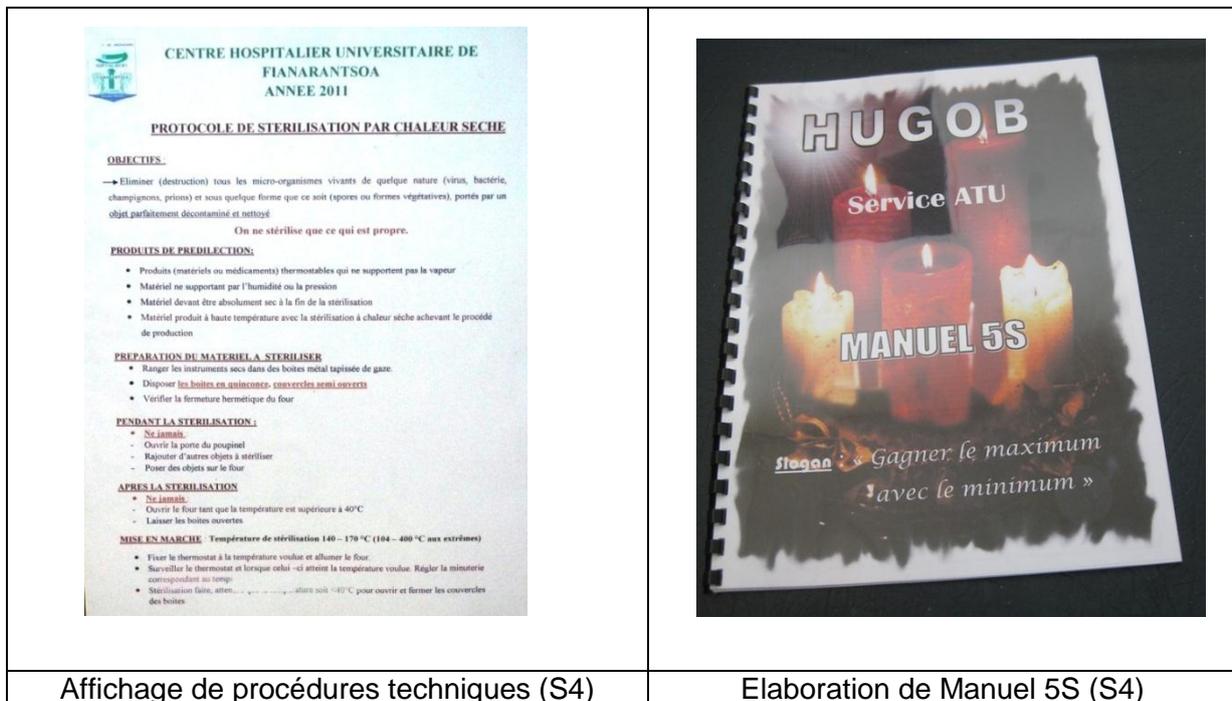
Les procédures et les règles d'application des 3 premiers S sont rédigées sur papier et affichées, afin qu'elles soient comprises et appliquées de façon **standardisée** par le personnel. S3 inclut l'utilisation des différents codes et sigles.



Figure 3 : Exemple de photo de S4 = **Outil N°2 : Code couleur des poubelles**



Figure 4 : Outil N°3 : Exemples de standardisation des sigles. Source [9]



Affichage de procédures techniques (S4)

Elaboration de Manuel 5S (S4)

e) S5 : Se discipliner, progresser, pérenniser : SAINTSAININA

Enfin, un système doit être mis en place pour pérenniser la démarche. Les activités suivantes sont à réaliser pour le 5^{ème} S:

- Formation périodique du personnel
- Suivi périodique à la fois par l'équipe de patrouille issue de l'équipe de la Direction, de gestion, et de suivi.
- Concours qualité
- Récompense des bonnes pratiques
- Elaboration de posters 5S
- Présentation de l'organigramme, des diagrammes et des tableaux d'avancement sur 5S.
- Mise en place de coin 5S
- etc...

Le but est d'instituer une culture de qualité dans les structures.

Outils N°4 : Eléments à mettre dans le coin 5S.

- Signification des 5S ;
- Posters 5S ;
- Rapport d'état d'avancement sous-forme de photos.
(Ces 3 éléments au minimum)

Exemples de Photos de S5



Remise de coupe et Certificat, suite au Concours 5S



Formation continue du personnel



Coin 5S mis en place dans un hôpital

Afin de mieux comprendre les 5S, nous devons nous poser les questions suivantes :

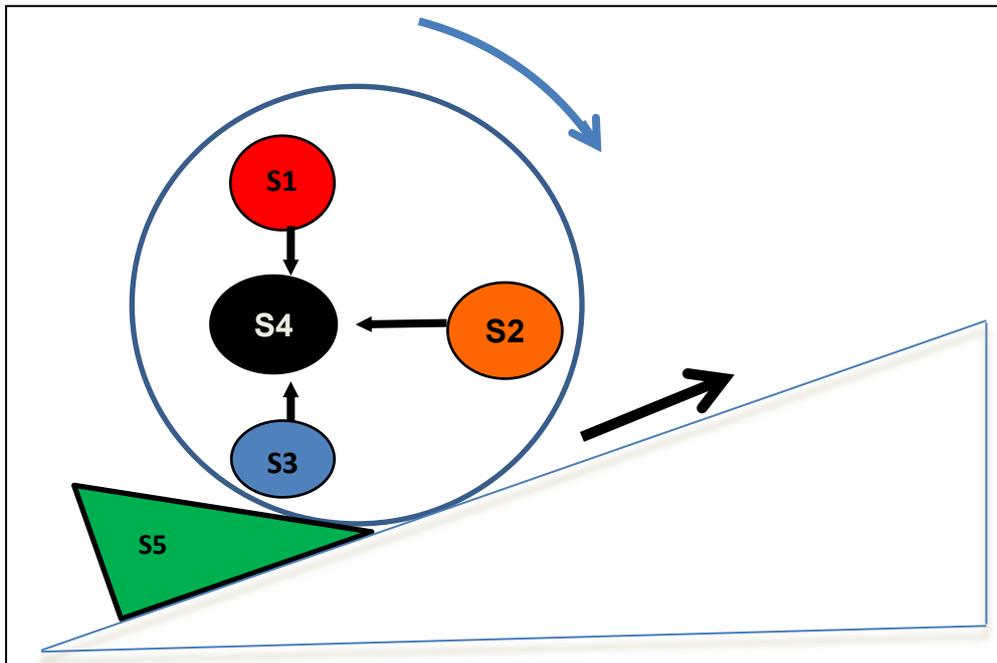
- **S1** : Trouve-t-on des choses inutiles à débarrasser ou à recycler ? (Séparer). Pour chaque objet, se demander si on en a réellement besoin [10].
- **S2** : Tous les éléments essentiels au travail sont-ils correctement rangés en accord avec les besoins d'utilisation ? (Systématiser).
- **S3** : Les espaces, les équipements, et les appareillages sont-ils dans les conditions de salubrité optimales ? (Faire Scintiller).
- **S4** : Les processus de séparer, systématiser, faire scintiller, sont-ils bien appliqués de la même façon dans le travail quotidien de chacun ? (Standardiser).
- **S5** : Le personnel en charge des activités spécifiques, est-il bien engagé, sur base d'opportunité d'apprentissage régulier à servir les bénéficiaires de service ? (Se discipliner).

Les 5S constituent l'étape initiale du processus de la gestion totale de la qualité. On peut même considérer les 5S comme base, ou point de départ des étapes de l'amélioration de la qualité des services.

II-1-2- Le cycle 5S

Le cycle 5S est représenté par le schéma ci-dessous qui aide les acteurs à mieux comprendre le déroulement de la mise en œuvre des S1, S2, S3, S4 et S5. En effet, S1 à S4 tournent et se renouvellent continuellement comme le cycle de la roue de Deming.

S5 maintient et pousse continuellement à avancer pour empêcher de revenir en arrière (auto - discipline, auto-évaluation, ...)



II-2- Le KAIZEN

Le KAIZEN est un mot japonais formé par “Kai” et “Zen” signifiant respectivement “changer” et “meilleur”, c'est-à-dire, changer pour arriver au meilleur, ou bien “recherche permanente du progrès”. Il se traduit par un processus continu d'amélioration de la qualité ou processus de promotion permanente de la qualité. Le KAIZEN renforce la culture d'excellence du personnel. La résolution des problèmes pour atteindre cette excellence se fait par le « cercle de qualité ».

Cette démarche japonaise repose sur des petites améliorations faites constamment au quotidien. C'est une démarche graduelle et douce, qui s'oppose au concept plus occidental de réforme brutale ou d'innovation.

Le KAIZEN commence après avoir atteint un niveau satisfaisant en 5S, qu'on appelle « ceinture noire en 5S ».

La résolution du problème par le KAIZEN se déroule en plusieurs étapes comme le montre la figure ci-après.

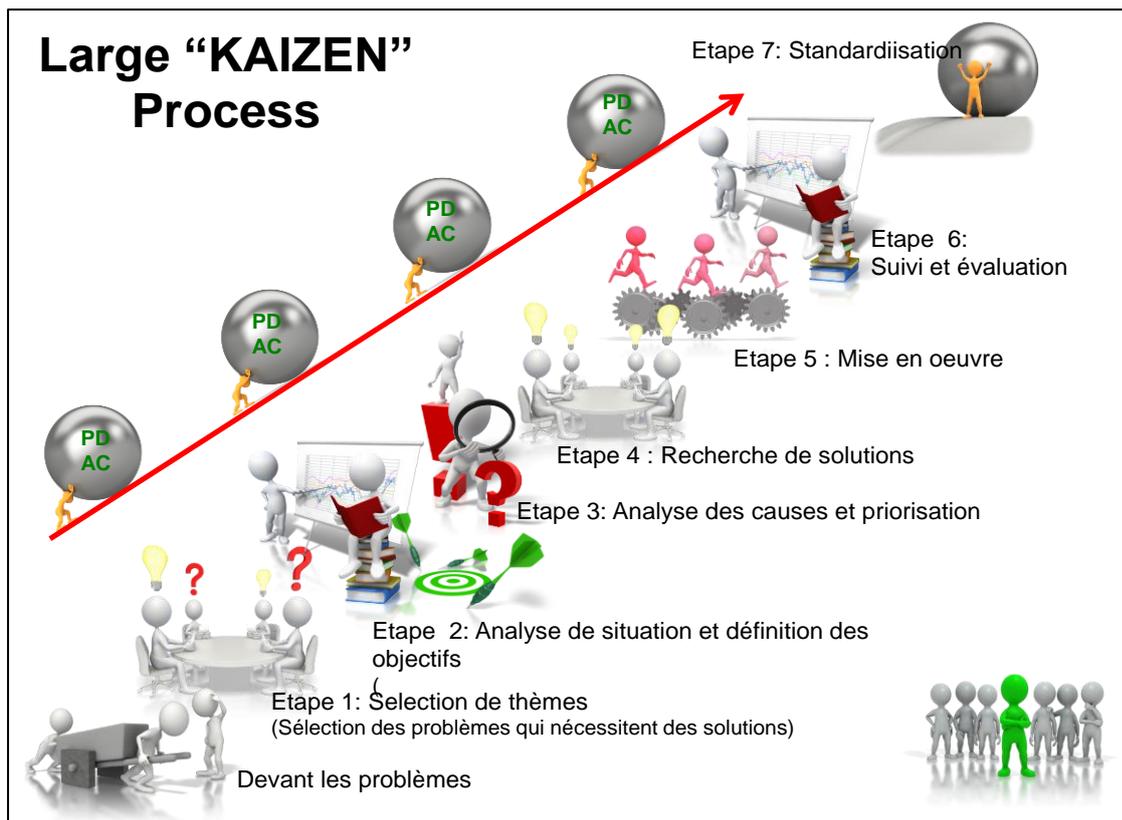


Figure 5 : Outil N°6 : Les étapes de KAIZEN

Source : [12]

Le KAIZEN exige la maîtrise de certains outils tel que le Brainstorming, le diagramme matriciel, le diagramme de PARETO, le diagramme d'ISHIKAWA et la matrice de contre – mesures, etc...)

Le KAIZEN s'applique dans le Gemba (sur terrain) qui est le lieu où on réalise le travail générant des valeurs. Des exemples de Gemba dans un hôpital sont : la consultation externe, les bâtiments d'hospitalisation, la pharmacie, le bloc opératoire ou la salle d'analyse, etc ... Les services des hôpitaux ne traitant pas directement les malades ou leurs familles sont aussi les Gemba pour les clients internes. La descente au Gemba aide à découvrir le processus ou étape du processus n'apportant pas de valeur ajoutée (gaspillages, manque, erreurs, etc...), et d'apporter des solutions pour y remédier.

II-3- Le Total Quality Management (TQM)

Le TQM constitue l'étape finale de la démarche 5S-KAIZEN-TQM.

- D'un côté, le terme total fait appel à **la participation de tous les membres** quel que soit le niveau de Management où ils se trouvent (low management, middle management, top management). Le TQM est une démarche

de gestion de la qualité dont l'objectif est l'obtention d'une très large mobilisation et implication de toute l'entreprise pour parvenir à une qualité parfaite en réduisant au maximum les gaspillages et en améliorant en permanence les éléments de sortie (outputs). Dans le domaine de la santé le terme total inclut aussi les clients, qui sont aussi considérés comme des acteurs.

- De l'autre côté, le TQM vise aussi et surtout **la satisfaction des clients**. De ce fait il se définit par l'ensemble des actions qui mobilisent tous les acteurs d'un organisme, pour arriver à la satisfaction de ses clients.

Seuls les outils concernant les 5S sont détaillés dans ce guide.

II-4 – Les liens entre 5S, KAIZEN, TQM et l'arbre de la qualité

La démarche commence par l'approche 5S qui ne concerne d'abord que l'environnement de travail. Par la suite on aborde le KAIZEN, qui touche le processus de travail. Enfin on arrive au TQM qui englobe tout l'organisme.

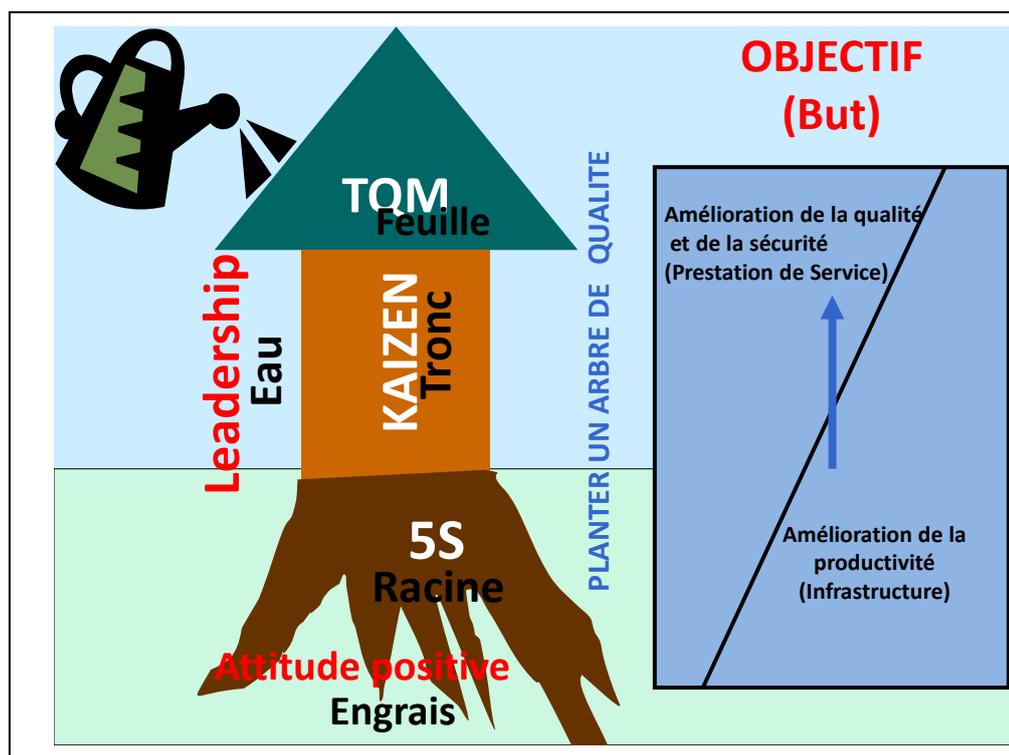


Figure 6 : Arbre de la qualité

Cet arbre pousse à partir des 5S pour donner à la fin les fruits qui ne sont que le TQM. Le 5S constituent de ce fait le portail de la démarche 5S-KAIZEN-TQM. L'attitude positive sert d'engrais faisant grandir l'arbre. Le Leadership arrose de façon continue l'arbre pour rester bien vivant.



Figure 7 : Maison de la qualité

II-5- Les avantages de l'approche 5S-KAIZEN-TQM

Comparée aux autres approches appliquées à Madagascar en matière de Management de la qualité, Les valeurs ajoutées de l'approche 5S-KAIZEN-TQM se résument comme suit :

II-5-1 Approche holistique

- La démarche comprend toutes les étapes de la démarche qualité partant de l'amélioration de l'environnement de travail (5S), passant par l'amélioration du processus de travail (KAIZEN), pour aboutir au TQM ;
- L'approche inclut les différents éléments de la culture qualité : culture d'excellence, leadership, culture d'écriture, attitude positive, cycle Plan, Do, Check, Act (PCDA), etc...

II-5-2- Approche facile

- L'approche commence par le 5S qui s'avère simple, c'est-à-dire, la probabilité d'obtenir des résultats en 5S est forte. Ceci motive les acteurs à avancer vers le KAIZEN et le TQM;
- L'approche ne nécessite pas beaucoup de ressources supplémentaires conséquentes, plutôt des ressources disponibles et d'esprit créatif ;
- La démarche prend une allure graduelle et la réforme est douce.

II-5-3- Approche participative

- L'approche revêt un aspect participatif (cercle de qualité) ;
- L'avancement vers d'autres étapes dépend de l'allure de chaque organisation.

II-5-4- La sécurité, la productivité et la qualité

II.5.4.1. La sécurité

Les hôpitaux et les autres structures sanitaires semblent très loin derrière les autres industries à grand risque pour ce qui est d'assurer une sécurité de base.

L'approche 5S-KAIZEN-TQM améliore les conditions de sécurité dans les structures sanitaires (couloir libéré, moins d'accident par chute de carton, moins d'erreur grâce à l'étiquetage, etc...). L'application de S3 fait diminuer aussi les infections nosocomiales.

II.5.4.2 La productivité

Le fait de bien ranger l'environnement de travail fait gagner du temps tels que :

- Le temps de recherche d'un document ;
- Les temps d'attente des malades ;
- Le temps de paiement à la cession ;
- Le temps pour obtenir les résultats de l'analyse ;
- Le temps pour recevoir le premier traitement
- etc...

Les améliorations des rendements dans le domaine de la santé signifient la réduction des apports non nécessaires en gardant un niveau de qualité de services et, ou l'amélioration des prestations sans recours aux ressources supplémentaires. C'est le véritable objectif de l'approche 5S-KAIZEN-TQM.

II.5.4.3. La qualité

Il ne peut y avoir des produits de bonne qualité dans un environnement de travail dégradé.

Partie III

Démarche d'introduction de l'approche 5S

III-1- Mise en place officielle de l'approche 5S-KAIZEN-TQM

L'approche n'est introduite dans une structure sanitaire essentiellement qu'après accord du Chef de structure sanitaire. L'approche commence par une réunion de sensibilisation et de formation sur le lancement de l'approche dans la structure sanitaire. Les présentations sur Powerpoint suivantes sont utilisées : Notion de la qualité, Signification des 5S, Expériences de quelques hôpitaux en matière de 5S.

Le compte-rendu adressé au Ministère revêt une valeur de lancement officiel de l'approche.

III-2- Carte de route 5S

Elle donne de détails sur les étapes à suivre dans la mise en œuvre de la démarche 5S dans un établissement.

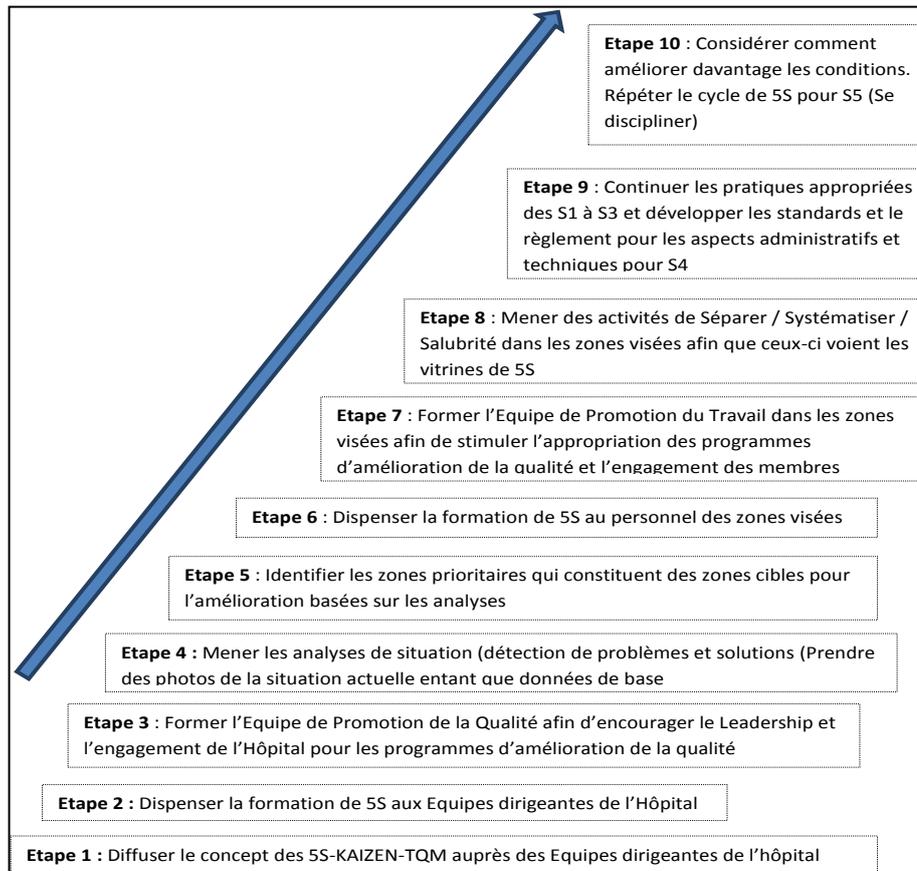


Figure 8 : **Outil N°7 : Carte de route 5S, Source(12)**

III-3- Formation

Dans un Centre de Santé de Base, la formation se fait en une seule fois.

Dans un Hôpital, les formations se font en cascade, c'est à dire :

- D'abord une formation des formateurs : Chefs de services, Majors de services
- En même temps, formation du personnel d'appui
- Ensuite formations en cascade de tout le personnel ;

L'agenda de la formation lors de l'introduction de l'approche 5S dans un hôpital ou un Centre de Santé se présente comme suit :

Agenda d'introduction et de formation en 5S (2 jours)

1^{er} jour

Jour / heure	Activités
8 :30 – 8 :45	Ouverture officielle + DRSP
8 :45 – 9 :00	Contexte, Objectifs de la formation, Calendrier de formation
9 :00 – 9 :30	Module 1 : Information sur les 5S (F1*)
9 :30 – 9 :45	Module 2 : Les expériences des hôpitaux de Madagascar en matière de 5S (F2)
9 :45 – 10 :00	Pause
10 :00 – 10 :45	Module 3 : Les principes des 5S : pourquoi, quoi, comment (F1)
10 :45 – 11 :00	Module 4 : Démarche de mise en œuvre des 5S : Carte de route 5S, Organigramme des 5S (F2)
11 :00 – 12 :00	Module 5 : Leadership (F1) Module 6 : Attitude positive (F2) Module 7 : Le Gagnant et le Perdant (F1)
12 :15 – 14 :30	Déjeuner
14 :30 – 17 :00	Module 8 : Prise de photos initiales dans les services (F1)
14 :30 – 16 :00 (en parallèle)	Module 13 : Formation des personnels d'appui sur le principe des 5S, l'attitude positive et le Gagnant / Perdant, Exercices. ** (F2)

2^{ème} jour

9 :00 – 12 :00	Module 9 : Pratique des 5S dans un service (F1 + F2). ***
14:30 – 15 :30	Module 10 : Présentation de Photos avant et après 5S (F2)
15 :30 – 16 :00	Module 11 : - Plan d'action 5S (F1) - Système de pérennisation : Présentation sommaire de la partie VI du guide (F2)
16 :00 – 10 :15	Pause
16 :15 -16 :45	Module 12 : Principe de suivi et évaluation des 5S : explication de la méthode de supervision et d'évaluation, en prenant l'exemple de S1 (F1)
16 :45	Instructions sur le démarrage des 5S (F2) + Clôture de la formation

* les formateurs se répartissent en 2 groupes : F1 et F2.

** Le responsable qualité de la structure sanitaire arrange pendant ce temps les photos de l'état des lieux pour présentation le lendemain.

*** Le responsable qualité de la structure sanitaire prépare en même temps les photos avant et après pour présentation l'après-midi.

Les modules de formation et les plans de session de la formation se trouvent sur un document à part intitulé « Modules de Formation standard en 5S à Madagascar ».

Partie IV

Démarche technique de la mise en œuvre de l'approche 5S

IV.1 Engagement de la direction et élaboration du plan d'action

Le démarrage de l'activité est marqué par la réunion du staff de la structure sanitaire dirigée par le Chef de la structure sanitaire lui-même.

- Le Chef hiérarchique informe et mobilise tout le personnel sur le lancement de l'activité de 5S dans son établissement.
- A cette occasion le Chef hiérarchique déclare son engagement dans l'application de la démarche qualité dans la structure sanitaire. L'engagement du Chef de la structure sanitaire se fera par écrit.

Outil N°8 : Exemple de Lettre d'engagement du Directeur d'Etablissement

Notre mission est de fournir des prestations de service de qualité qui répondent aux attentes de nos clients. Dans cette optique, avec le personnel de la structure sanitaire, je m'engage à :

- 1- Etablir et développer la démarche qualité dans mon établissement ;
- 2- Améliorer en permanence l'efficacité du système de la gestion de la qualité, en respectant les dispositions décrites dans le guide ;
- 3- Fournir les moyens nécessaires pour la mise en œuvre des objectifs, suivant les ressources disponibles ;
- 4- Mettre en place les structures de la gestion de la qualité à tous les niveaux ;
- 5- Favoriser la formation du personnel en matière de gestion de la qualité ;
- 6- Encourager le suivi/évaluation afin de s'améliorer davantage par rapport à la situation antérieure ;
- 7- Développer individuellement et collectivement la « culture de la qualité » dans l'équipe de l'hôpital ;

Date :

Nom :

Fonction :

Signature :

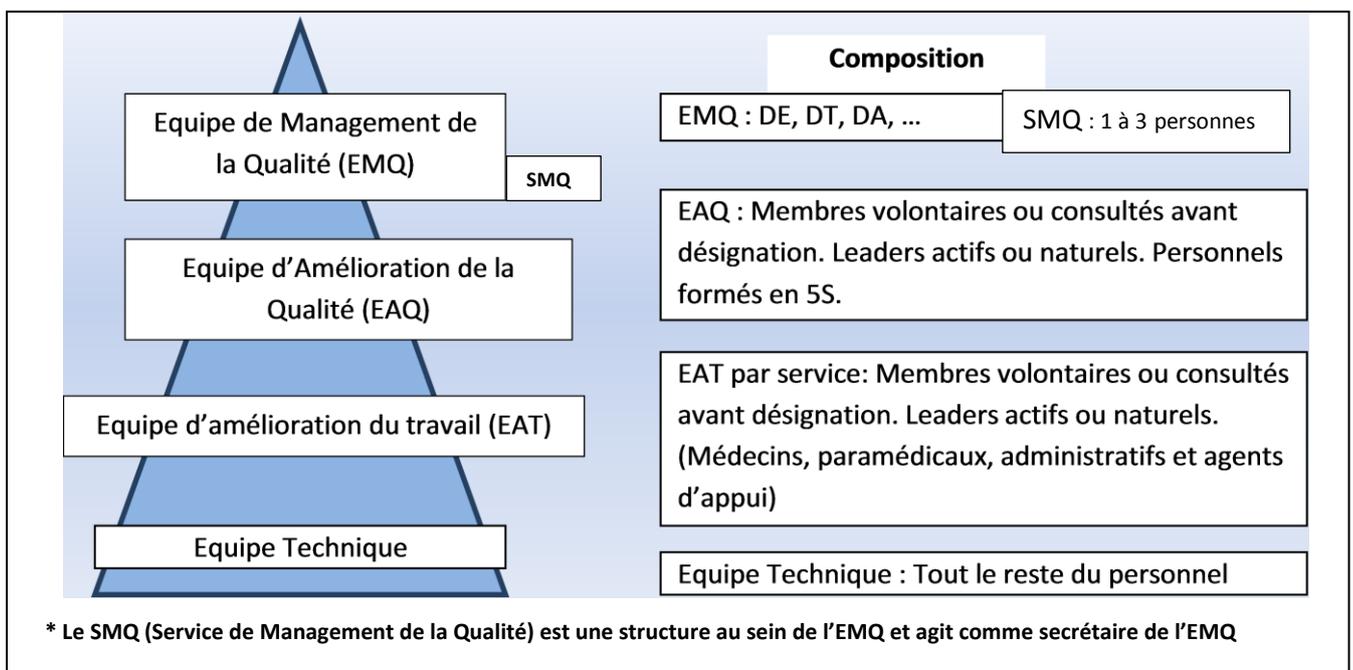
Le plan d'action est élaboré après cet engagement de la direction.

IV.2 Structure 5S : identification des membres et organigramme 5S

- La mise en place de la structure 5S commence par l'identification des membres des différentes structures.
- Le volontariat est encouragé mais l'engagement des autres non volontaires est sollicité.
- Le nombre des membres de chaque équipe est à définir selon l'effectif du personnel de la structure sanitaire.

En prenant l'exemple d'un hôpital, l'organigramme 5S se présente comme suit :

Outil N°9: Organigramme 5S dans un Hôpital



Outil N°10 : Rôle des différentes structures 5S

Les principaux rôles de l'EMQ:

- ✓ Pilotage
- ✓ Approbation / Validation
- ✓ Participation aux activités de suivi et évaluation des activités 5S
- ✓ Mise en place de l'Equipe d'Amélioration de la Qualité (EAQ)
- ✓ Organe de conseil, et de consultation

Les principaux rôles de l'EAQ:

- Former les personnels hospitaliers sur 5S
- Effectuer une analyse de situation
- Participer à la résolution des problèmes communs de l'hôpital en matière de 5S
- Réaliser un suivi périodique (supervision et évaluation)
- Fournir des conseils techniques à l'endroit de l'EAT
- Enregistrer toutes les activités d'amélioration de la qualité exécutées
- Appuyer et conseiller les EAT
- Procéder à la revue de la situation et du plan d'action 5S
- Fournir les apports nécessaires pour les activités 5S
- Emettre un rapport trimestriel de l'état d'avancement à l'EMQ
- Animer toute l'équipe de l'hôpital

Les principaux rôles de l'EAT dans le service: [11]

- Initier les activités
- Animer l'équipe
- Assister régulièrement aux réunions
- Promouvoir l'esprit d'équipe
- Résoudre les problèmes au niveau du service ou du cercle de qualité
- Planifier les activités de 5S
- Suivre et évaluer les activités 5S
- Fournir un rapport trimestriel de l'état d'avancement

Rôle du Service de Management de Qualité

- Assurer le Secrétariat de l'EMQ;
- Recueillir les données et informations de l'hôpital sur les 5S;
- Conçoit et élabore le plan d'action de l'hôpital en 5S (avec l'EAQ et les EAT);
- Suivre la mise en œuvre du plan d'action de l'hôpital ;
- Provoquer, préparer et animer les réunions avec l'EAQ;
- Rendre disponible les outils de gestion de l'hôpital en matière de 5S;
- Participer aux suivis et évaluations au niveau Gemba (terrain);
- Identifier les besoins en formation;
- Organiser la formation et former le personnel suivant le thème;
- Participer à la gestion des événements indésirables (soins, sécurité);
- Développer la communication en interne et externe, en tant qu'interlocuteur des différentes entités;
- Etre point focal qualité par rapport au niveau central;
- Rédiger et envoyer les rapports d'activités de l'hôpital en matière de 5S.

IV.3 Elaboration et mise en œuvre du plan d'action

Le simple canevas du plan d'action peut se présenter comme suit :

Objectifs	Activités	Moyens	Chronogramme	Responsables	Indicateurs

La mise en œuvre des activités de 5S tourne autour du cycle 5S présenté dans le Chapitre II.1.2

IV.4 : Auto évaluation et Evaluation

Cf Partie V.5

IV.5 Mise à l'échelle dans les structures sanitaires

IV.5.1. Tous les services en même temps

Il est recommandé qu'il serait plus efficace si tous les services démarrent les 5S en même temps.

IV.5.2 Mise à l'échelle progressive

- Selon les experts, la mise à l'échelle se fait pas à pas, c'est-à-dire, choisir deux ou trois services pour démarrer. Par la suite, des services trouvant les intérêts de l'application des deux ou trois premiers services modèles procèdent à la dissémination.
- Dans notre cas, le mode de démarrage dépendrait de la décision de l'équipe dirigeante et de toutes les parties prenantes.

IV.6 Mise à l'échelle national

- ❖ Pour étendre l'approche au niveau national et garantir sa pérennité, il est nécessaire de procéder à son application par étape. Toutefois, avant de s'engager à l'extension de la méthode au niveau national, l'engagement et l'implication du Ministère chargée de la Santé Publique constituent la clé du succès.
- ❖ Il est important que les services et directions centraux du Ministère commencent en premier lieu.
- ❖ La création d'une Direction de la Qualité au sein du Ministère est cruciale.

Partie V

Technique de suivi - évaluation

V-1- Le tableau de bord

V-1-1 Définition

Le tableau de bord est un outil de suivi et d'évaluation constitué de plusieurs indicateurs de performance à des moments donnés ou sur des périodes définies.

V-1-2 Objectif

Procéder à la comparaison de l'évolution des indicateurs dans le temps et / ou dans l'espace, en vue d'une amélioration.

V-1-3- Confection de tableau de bord 5S (cas d'un hôpital)

Le contenu du tableau de bord en 5S dépend du plan d'action de chaque service et établissement de santé.

Les améliorations des indicateurs suivants peuvent être inclus dans le tableau de bord 5S d'un hôpital

- 1) Diminution des délais d'attente des patients (outil N°15, Annexe 3)
- 2) Augmentation du degré de satisfaction des usagers
- 3) Amélioration des indicateurs habituels de performance de l'hôpital :
 - a. Taux d'occupation moyenne des lits
 - b. Durée moyenne de séjour à l'hôpital
 - c. Taux de mortalité hospitalière
 - d. Taux d'infection nosocomiale
- 4) Amélioration du bilan financier de fonctionnement de l'hôpital due à la diminution de gaspillage (exemple : gaspillage en oxygène, gaspillage en produits d'entretien, gaspillage en électricité, gaspillage de dépenses en réparation dû à des fausses manipulations d'appareil, absence de recyclage des matériaux de l'hôpital, etc...)
- 5) Diminution du nombre d'évènements indésirables : erreurs de manipulation d'appareil, accidents de travail, accidents transfusionnels, etc...

V-2- Le suivi après formation

V-2-1 Définition du Suivi après formation

Il consiste à suivre l'application de la formation reçue et de déterminer le goulot d'étranglement et d'en proposer des suggestions.

V-2-2 Objectifs du suivi après formation

Apprécier le degré d'application des formations reçues ;
Apporter des solutions pour surmonter les obstacles dans l'application des formations reçues.

V-2-3 Pratique de suivi

Le suivi s'effectue au plus tard trois mois après la formation. Il nécessite la « formation de l'Equipe de l'Amélioration de la Qualité sur les modalités de suivi et d'évaluation ».

Outil N°11: Canevas de suivi après formation

CANEVAS DE SUIVI APRES FORMATION	
Structure Sanitaire :	
Date de formation :	Date de mise en œuvre des 5S :
Mode de mise en œuvre :	
Les structures 5S mises en place :	
Le niveau d'engagement ou d'implication de la Direction : ENGAGE MI-ENGAGE NON ENGAGE	
Les réalisations à ce jour OU ETAPES REALISEES :	
Les difficultés rencontrées :	
Les solutions avancées par la personne de suivi pour surmonter les difficultés rencontrées : Tableau contenant les activités, résultats attendus, échéance, responsables.	
Date probable du prochain SUIVI ET OU SUPERVISION :	
Date de suivi :	
----- Nom et signature du Responsable du centre / service	----- Noms et signatures des personnes de suivi

V-3- La fiche de bonne pratique

La fiche de bonne pratique est utile pour :

- la traçabilité des activités évitant ainsi une répétition inutile ;
- créer ou renforcer la culture de l'écriture et du rapportage ;
- l'archivage des activités ;
- la reproductibilité par les autres services ou structures sanitaires.

Outil N°12 : Exemple de fiche de bonne pratique,
Cas du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga

Fiche de remplissage de bonne pratique, cas de l'Hôpital Universitaire de Mahajanga					
Date	Mai 2012	Nom de l' E.A.T.	Magasinier	Chef d'équipe	Leader 5S
Contenu de l'activité		Rangement du magasin de stockage		Membres de l'équipe	E.A.Q.
Processus suivi (activités)		<ul style="list-style-type: none"> - Réunion pour identifier les problèmes et pour chercher des solutions; - Répartition des tâches des personnels du magasin - Mise en œuvre par les personnels du magasin - Suivi par l'EAQ 			
Produits obtenus (résultats)		<ul style="list-style-type: none"> - Matériels rangés - Matériels en sécurité - Codage couleur mis en place pour chaque type de produit 			
Image de la condition précédente			Image de l'état actuel améliorée par 5S		
					

Description de la condition précédente :	Description de la situation actuelle améliorée par 5S :
<ul style="list-style-type: none"> - Matériels mal rangés - Pas d'utilisation d'étiquette 	<ul style="list-style-type: none"> - Matériels bien rangés - Utilisation d'étiquette
<p>Impact des 5S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la productivité: diminution du temps de recherche de matériels, offre de service rapide - Bonne sécurité 	<p>L'apprentissage par la mise en œuvre de cette idée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de code couleur - Etiquette de rangement - Contrôle visuel

V-4- La supervision

V-4-1 Définition

Ensemble des opérations d'observation, analyse, jugement, intervention par lesquelles une personne en situation de responsabilité vise à améliorer la qualité de l'acte professionnel des personnes dont elle est responsable, de façon à assurer la plus grande cohérence possible entre les référentiels et les pratiques. La supervision revêt ainsi un aspect formatif.

V-4-2 Objectif

Apprécier et corriger pour que les instructions soient bien respectées par l'exécutant.

V-4-3 Fiche de Supervision

Outil N°13 : Grille de supervision et (Cf Annexe 1)

V-5- L'évaluation

C'est une activité de révision du processus de travail tout entier pour extraire les leçons tirées tant sur les aspects positifs que négatifs [12].

Dans le contexte de la gestion des hôpitaux, une révision trimestrielle des objectifs de gestion, tels que la productivité, la qualité des services, le contrôle des coûts, la prestation des services, les questions de la sécurité, le moral des agents sont considérés comme activités d'évaluation. En matière de 5S, différents niveaux d'évaluation existent.

V-5-1- Auto -évaluation

Il s'agit d'une évaluation d'une structure sanitaire ou des services. Elle est effectuée par les personnels eux-mêmes.

Responsables : Equipe de Management de Qualité et Equipe d'Amélioration de la Qualité

Fiche utilisée : Fiche d'évaluation de l'avancement des activités de 5S, qui comprend six critères dont : évaluation du leadership de la direction ou du chef de service, évaluation de S1 ; évaluation de S2, évaluation de S3, évaluation de S4 et évaluation de S5.

Grille : La grille ci-dessous qui peut s'appliquer à tout type de structure sanitaire.

Outil N°14: Fiche d'évaluation de l'avancement des activités de 5S : Cf outil 14 dans l'Annexe 2

V-5-2- Visite d'encadrement

Responsables : Experts nationaux et internationaux en dehors de la structure sanitaire concernée.

Outil utilisé : même fiche que celle de l'auto-évaluation, c'est-à-dire, la Fiche d'évaluation de l'avancement des activités de 5S (outil 14)

V-6- L'étude du délai d'attente (dans le cadre de 5S –KAIZEN)

L'étude du délai d'attente ou étude du temps est un outil simple et facile pour décrire et mesurer le processus du travail accompli par le personnel. Il est souhaitable que l'hôpital puisse conduire l'étude périodiquement pour s'assurer de l'évolution du niveau d'amélioration. Un outil appelé « Manuel d'exploitation pour l'étude du délai d'attente des patients pour l'approche 5S à Madagascar » se trouve en annexe 3.

Outil N°15 : Manuel d'exploitation pour l'étude du délai d'attente des patients pour l'approche 5S à Madagascar (cf annexe 3)

Partie VI

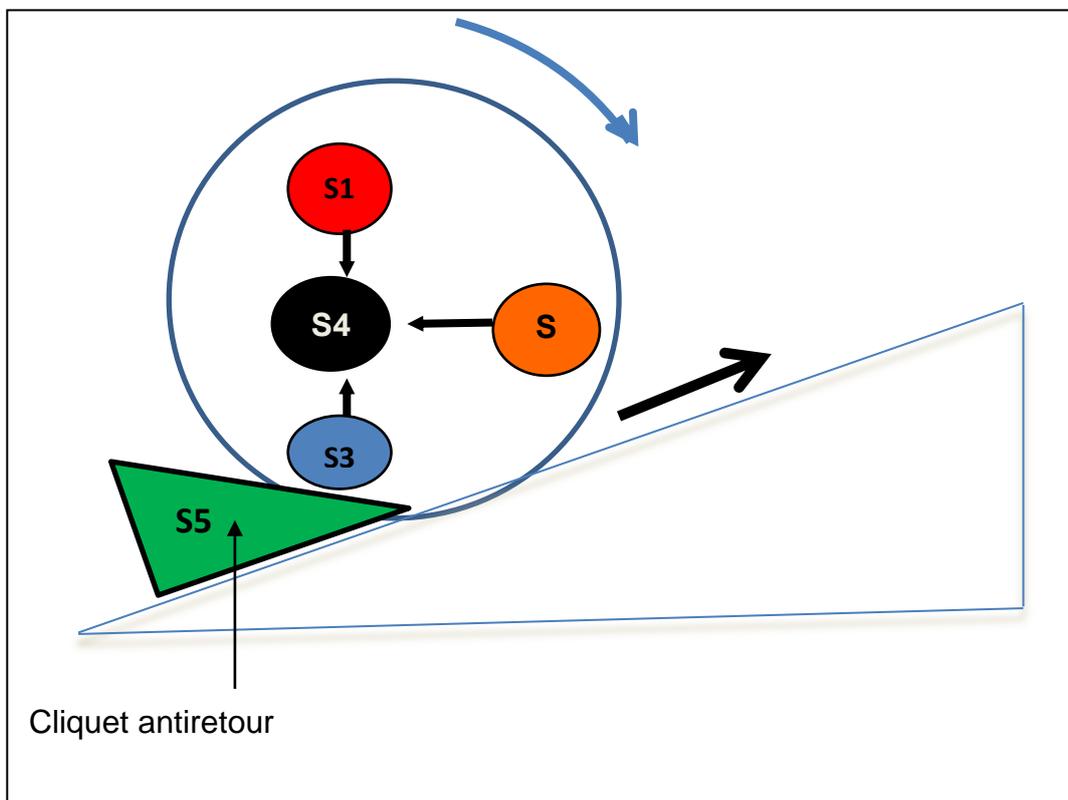
Mise en place d'un cliquet antiretour

VI-1- Définition du cliquet antiretour

C'est le mécanisme permettant d'éviter qu'un problème résolu par le biais d'activité 5S ne se reproduise. Il sert à prévenir un retour à la situation précédente. Il s'agit de mettre les cliquets ou cales sur le cycle 5S [13].

La figure ci-dessous montre que les activités de S5 font partie du cliquet antiretour.

Cycle 5S et cliquet antiretour (cf Outil N°5)



VI-2- Renforcer S4

Afin que le cliquet antiretour fonctionne correctement, il est nécessaire de renforcer S4 (Standardisation / Ecrire / Soratana).

« Soratana » exige aussi la Culture de l'écriture qui est composée de :

- **Ecrire** ce qu'on va faire
- Faire ce qu'on a **écrit**
- **Ecrire** ce qu'on a fait

VI-3- Reconnaître et récompenser les bonnes pratiques

Le Chef hiérarchique de la structure sanitaire, l'EMQ et les partenaires jouent un grand rôle ici.

Le jugement de la performance des services se base sur les résultats des suivis, supervisions et évaluations.

Après avoir constaté qu'un service a bien commencé l'approche par l'application des 5S, le fait de reconnaître et récompenser les bonnes pratiques compte beaucoup dans la pérennisation des activités.

Outil N°16 : Exemples de critères et types de reconnaissance

Thèmes de reconnaissance	Critères de reconnaissance	Type de Reconnaissance
Leadership de la Direction / des Services	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe d'amélioration du travail créée - Mécanisme de formation sur le tas mis en place - Tous les membres ont une connaissance de base sur les 5S 	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat - Lot en nature - Trophée - Visite / Voyage d'échange d'expérience - Annonce - Certificat d'encouragement - Etc...
S1	Les activités de tri sont pratiquées	
S2	Les résultats Systématisation et de Classement sont visibles	
S3	Les activités pour faire Scintiller sont effectives	
S4	Les résultats des activités de standardisation sont palpables	
S5	Les activités de pérennisation sont effectuées	

VI-3-1- Annonce

L'annonce est très importante pour motiver et récompenser le personnel.

Il s'agit de faire connaître à tout personnel ou aux autorités ou aux parties prenantes que quelqu'un ou un groupe de personnes a mérité pendant une période donnée ou pour une activité définie.

L'annonce peut être écrite ou orale.

L'annonce Orale

Exemples :

- annoncer officiellement devant tout le personnel pendant une réunion ou une Assemblée Générale que l'employé de la semaine ou du mois ou de l'année est X, ou bien le service de la semaine ou du mois ou de l'année est Y.
- annoncer officiellement après l'organisation d'une manifestation que les méritants de la manifestation sont ...
- on peut aussi organiser l'annonce lors d'un événement : nouvel an, fête nationale, etc...

L'annonce écrite :

Exemples : Certificat de reconnaissance, Certificat d'encouragement.

VI-3-2- Dotation de matériels

Outil N°17 Exemple de liste des matériels pour encourager les efforts déployés

Suivant la possibilité de chaque structure sanitaire et des partenaires, les matériels suivants figurent parmi les primes de services, afin de renforcer les matériels relatifs aux activités de 5S : appareil photo, appareil de Plastification, tableau d'affichage, chemise dossier transparente pour affichage, nécessaire pour le coin 5S, chemise en plastique pour plastification, scotch, classeurs de dossier, marqueurs, ordinateur, imprimante, photocopieuse, onduleur, etc...

VI-3-3-Certification 5S

Exemple de certificat



La validité du certificat ne devrait pas dépasser UN AN, mais vaut mieux afficher ou garder le certificat pour montrer les efforts et les résultats obtenus.

VI-3-4-Réactualisation de la connaissance du personnel

La remise à niveau se fait systématiquement suivant une fréquence définie, selon les besoins ressentis. Il fait partie des activités de S5.

Eléments à considérer dans l'organisation des séances de remise à niveau :

Durée : courte

Lieu : Structure de Santé, afin de pratiquer les 5S

Programmées dans le planning de formation dès le début de l'année

Proposition de parrainage ou Coaching

Dotation de fournitures de bureau +/- collation

Formateur : EAQ, EAT avancée

Participants : EAT moins avancée, E.T. et autres.

VI-3-5-Visites de partage de Bonnes pratiques : Benchmarking

Eléments à prendre en compte :

Il s'agit de visite d'échanges inter service et ou inter établissement

Les échanges peuvent se faire :

- a. entre les structures les plus avancées ;
- b. par visite du personnel des structures moins avancées vers les plus avancées ;
- c. par visite du personnel des structures les plus avancées vers le moins avancées.

Le choix des établissements et des personnes participant aux échanges d'expérience doit être clair et doit respecter L'EQUITE et la TRANSPARENCE.

La discipline et les normes d'échange pendant la visite devraient être fixées avant chaque visite.

Elaborer des outils à remplir par chaque participant avant et pendant la visite.

Objectif général

Renforcer la capacité pour le développement du concept 5S-KAIZEN-TQM à Madagascar

Objectifs spécifiques

- Analyser la possibilité de copie des bonnes pratiques en 5S / KAIZEN / TQM;
- Se partager les bonnes pratiques en 5S en vue d'une standardisation nationale ;
- Avoir une vision commune en matière de KAIZEN ;

Activités

- Présentation en plénière de :
 - o profil général de l'hôpital hôte ;
 - o activités en matière de 5S-KAIZEN-TQM de l'hôpital hôte
- Brèves présentations en plénière des activités en 5S-KAIZEN-TQM des hôpitaux visiteurs ;
- Visite des services pour analyser les activités et résultats en 5S-KAIZEN-TQM ;
- Débat en matière de bonnes pratiques en 5S-KAIZEN-TQM ;
- Identification des bonnes pratiques en vue de standardisation en 5S-KAIZEN-TQM ;
- Sollicitation d'une vision commune et perspectives en matière de 5S-KAIZEN-TQM.

Résultats attendus

- Compréhension pratique de 5S-KAIZEN-TQM ;
- Identification de bonnes pratiques 5S applicables en commun dans les hôpitaux avec les moyens propres des hôpitaux ;
- Compréhension commune de la pratique du 5S-KAIZEN-TQM;
- Identification des activités de 5 S applicables dans chaque hôpital avec les moyens disponibles sur place ;
- Identification des solutions pour surmonter les difficultés rencontrées en matière de mise en œuvre de 5S-KAIZEN-TQM;
- Rapport de mission figurant entre autres les résultats de la mission.

Méthode

- Moyen de transport
- Participants : la liste des participants est fixée par consensus entre l'hôpital hôte et les hôpitaux visiteurs, et sous la responsabilité du coordinateur national de la Qualité, suivant des critères valables.
- Durée : 2 jours sur terrain
- Outils à remplir
- Programme
- Information avant la visite
- Compte rendu individuel ou par service.
- Planning :

Budget

Le budget varie suivant le nombre de participants et du lieu de la visite.

VI-3-6- Les concours qualité internes et externes (inter établissement)

Il se base essentiellement sur l'utilisation de la fiche de suivi et évaluation (cf Outil 14 dans l'annexe 2) ;

Son organisation doit être rigoureuse, régulière et impartiale ;

Le concours qualité figure dans le plan d'action de l'EMQ / EAQ (concours interne) et du Ministère (concours externe) ;

La décision de la tenue et des détails du concours inter établissement se fait conjointement entre le Ministère et éventuellement les partenaires.

Outil N°19: Termes de références du concours internes de qualité

Cas de l'Hôpital Universitaire de Fianarantsoa

1. Contexte

Dans l'optique d'améliorer la qualité des services et de l'environnement de travail au sein d'un hôpital, le recours aux concours internes de qualité s'avère nécessaire.

2. Objectif général

Renforcer la capacité et la performance pour le développement du concept 5S dans chaque service

3. Objectifs spécifiques

- Concevoir des opportunités d'amélioration du 5S ;
- Mesurer l'état d'avancement en matière de 5S ;
- Identifier la force principale et la faiblesse de chaque service ;
- Inciter les Echanges de bonnes pratiques en 5S entre les services ;
- Créer des systèmes de motivation et de reconnaissance.

4. Fréquence

Au minimum une fois par an

5. Responsables

Membres de l'EMQ, SMQ, membres de l'EAQ, membres de l'EAT, comité d'hygiène

6. Matériels

Fiche de suivi, Grille d'autoévaluation, Papier chemise, Crayon, Gomme, Appareil photo, Certificat, Cadeaux

7. Activités :

A. Avant

1. Organiser une séance de remise à niveau en matière de 5S.
2. Effectuer des supervisions des lieux pour :
 - distribuer une fiche de supervision à l'avance (Annexe 1);
 - effectuer la supervision ;
 - sensibiliser le personnel ;
 - impliquer le personnel à contribuer au concours.
3. Dresser un calendrier et une répartition des tâches **deux mois avant** la date prévue.
4. Préparer tous les supports papiers : grille d'autoévaluation destinée pour le service et une grille d'évaluation pour les évaluateurs.
5. Rendre disponible les équipements de réajustement à ceux qui ont besoin, avec les ressources disponibles : papier chemise pour les codes couleurs, scotch, etc...

B. Pendant

1. Effectuer des descentes sur terrain respectant la répartition des tâches et photographier les bonnes pratiques.
2. Organiser une séance de synthèse avec le service avant de passer dans un autre service.
3. Récapituler et enregistrer les notes obtenues.

C. Après

1. Classer les résultats par ordre de mérite.
2. Diffuser les résultats en chiffre et en diagramme de Radar.
3. Faciliter des réajustements suivant les faiblesses identifiées.
4. Distribuer des certificats de reconnaissance avec des cadeaux selon la possibilité de l'Hôpital.

8. Résultats attendus.

1. Compréhension commune de la pratique 5S.
2. Identification des bonnes pratiques 5S applicables en commun dans les hôpitaux avec leurs moyens propres.
3. Identification des solutions pour les difficultés rencontrées en matière de mise en œuvre des 5S.

Motivation du personnel à s'améliorer davantage.

9. Exemple de Budget du Concours de qualité interne

	Support	Unité	Prix unitaire en Ariary	Nombre	Total en Ariary
	Papier A4	Rame	10,000	1	10,000
Multiplication des documents - Impression des certificats	Encre imprimante HP noire	pièce	50,000	1	50,000
	Encre imprimante HP en couleur	pièce	50,000	1	
Classement des supports par service	Papier chemise	Paquet de 100	15,000	1	15,000
Confection des certificats	Papier Bristol	Paquet de 50	15,000	1	15,000
	Agrafeuse	Pièce	5,000	2	10,000
Toutes les écritures	Crayon	Boite de 10	3,000	2	6,000
	Gomme	Boite de 10	4,000	2	8,000
	Stylo	Boite de 10	4,000	2	8,000
Motivation du service	Marker	Boite de 05	4,000	1	4,000
	Cadre	pièce	5,000	40	200,000
	Cadeau		10,000	40	400,000
TOTAL					726,000

VI-4- Gérer la résistance

VI-4-1 Manifestation de la résistance

La résistance peut se manifester de plusieurs façons :

- aucune réaction après la formation ;
- stagnation de performance après une période de mise en œuvre
- diminution de performance après une période de mise en œuvre.

VI-4-2 Les outils quand « il n'y a aucune réaction après la formation »

Il s'agit surtout de problème du Leader et du Leadership au sein de l'établissement.

Le coaching et le parrainage aident à résoudre ces obstacles

Coaching : Implication des chefs hiérarchiques des structures sanitaires et du Ministère pour surmonter un problème ou un blocage

Parrainage :

Se fait suite à une demande de parrainage des structures sanitaires, adressée au Ministère ;

Le parrainage pourrait se faire par un établissement ou par une personne ;

Le parrainage serait facile s'il se fait de proximité.

VI-4-3 Les outils en cas de Stagnation ou diminution de performance

Les moyens pour résoudre les problèmes identifiés :

- Renforcer la **supervision** (Fiche de supervision des activités 5S – KAIZEN modèle CHUM) (outil 15, Annexe 1) ;
- Renforcer le contrôle interne ou descente au Gemba, en utilisant un Checklist (outil 20).

Outil N°20 : Exemple de Checklist

sur la « Sécurité du patient au bloc opératoire » en Orthopédie / Traumatologie
Cas de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

Le checklist pour sécurité du patient au bloc opératoire en Orthopédie Traumatologie comprend 3 parties : avant induction anesthésique, avant intervention chirurgicale, après intervention chirurgicale. L'exemple ci-dessous concerne le Checklist avant l'intervention chirurgicale
1- Confirmer que tous les membres de l'équipe se sont présentés par leurs noms et leurs rôles <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2- Le chirurgien, professionnel de l'anesthésie et personnel infirmier confirment verbalement : - L'identité du patient <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Le site de l'intervention <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Le type d'intervention <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3- Evénements critiques anticipés a. Le chirurgien examine : Les étapes critiques ou imprévues <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui La durée de l'intervention <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui La perte sanguine anticipée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui b. L'équipe d'anesthésie examine : Les préoccupations particulières concernant le patient ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui c. L'équipe infirmière examine : La stérilisation (y compris les résultats des indicateurs) a-t-elle été confirmée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Les problèmes liés au matériel ou toute autre préoccupation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4- Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5- L'imagerie préopératoire est-elle disponible ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

VI-5- Maintenir les relations / échanges entre les acteurs et avec le public

VI-5-1 Journée récréative 5S

Outil N°21 : Termes de Référence de l'organisation de « Journée récréative 5S »
Cas de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

Contexte

Le lancement du Projet « 5S-KAIZEN-TQM » avec la JICA pour quelques Etablissements hospitaliers d'Antananarivo a été effectué la semaine du 28 juillet 2010. Mais il n'a été effectif à l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, pour tous les services, qu'en 2011 (débutant par 4 services pilotes). La mise en œuvre des activités fut marquée par des événements divers tels que : formations, grand nettoyage intitulé Festival 5S (2 fois par an), Rallye 5S, Journée récréative ou « Taralila », etc...

La journée récréative, organisée dans le dernier trimestre de l'année après une dernière activité collective ou une évaluation (Grand Nettoyage ; Rallye...), est une stratégie pour encourager, redynamiser, récompenser le personnel de l'effort fourni dans l'application de la démarche « 5S-KAIZEN- TQM ».

Objectif général de la journée récréative

Redynamiser et motiver l'équipe

Objectifs spécifiques

- Exprimer la reconnaissance envers le personnel pour les efforts fournis dans l'application de la démarche « 5S-KAIZEN-TQM » ;
- Marquer la solidarité ;
- Clôturer les activités 5S de l'année.

Résultats attendus

- Participation de tout le personnel ;
- Expression de joie ;
- Personnel décontracté, redynamisé... ;
- Esprit d'engagement renouvelé.

Déroulement des activités

Avant

- Réunions de l'EAQ,
- Prise de décision
- Visite des lieux, choix
- Budgétisation
- Demande de sponsoring
- Organisation,
- Répartition des tâches (transport, lots, responsable des groupes d'activité...)
- Assemblée Générale du personnel (pour information)
- Confection de Tee-shirts et casquettes 5S

Pendant

- Surveillance
- Gestion de temps : jeux collectifs, Karaoké, concours culturel...

Après

- Gestion des déchets
- Gestion du retour
- Réunion de feed-back et de réajustement
- A noter que les journées festives de l'Hôpital étaient toujours une réussite.

Budget

La budgétisation varie selon le programme et le lieu. Les activités ont été réalisées grâce à l'appui des Partenaires et de la direction, avec une participation minimale de la part du personnel.

VI-5-2- Mobilisation des partenaires

Outil N°22 : Termes de Référence de la Mobilisation des partenaires

(Réunions, conférence et portes ouvertes pour Mobilisation des Partenaires)
Cas de l'Hôpital Universitaire JRA Antananarivo,

Contexte

En 2010, le Ministère de la Santé Publique a proposé une réforme hospitalière basée sur l'amélioration de la qualité des soins. Dans ce cadre, le Japan International Coopération Agency (JICA) a introduit la démarche qualité « 5S-KAIZEN-TQM » au sein des quatre grands hôpitaux d'Antananarivo dont fait partie le Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Après quelques initiations, formations et applications, le système a été effectif, mais il faut avoir de quoi à maintenir la continuité. De ce fait la mobilisation des partenaires est utile. En effet, deux proverbes populaires malgaches : « Hazo tokana tsy mba ala », « Akanga maro tsy vakin'amboa », signifiant respectivement « Un seul arbre ne constitue pas une forêt », « Un groupe de perdrix résiste à l'attaque d'un chien », spécifient que l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, est encore au point où le besoin de solidarité et d'esprit d'équipe se fait sentir. Il ne peut atteindre son objectif qu'avec la collaboration de tout un chacun.

Objectif général de la mobilisation des partenaires

Impliquer l'Entreprise Citoyenne dans l'amélioration de la qualité des offres de services à l'Hôpital, « L'Hôpital, affaire de tous... »

Objectifs spécifiques de la mobilisation des partenaires

- Créer une étroite collaboration entre l'Hôpital et les entreprises privées :
« **Partenariat-Public-Privés** »
- Présenter les projets ou mini projets (brochures)
- Réaliser ensemble les mini-projets par service.

Résultats attendus

- UN service...Un partenaire
- Collaboration par dotation de matériel / équipement ou par appui-conseil à la réalisation d'un projet

Méthode

Avant les réunions de mobilisation des partenaires et les portes ouvertes

- Coordination avec le Conseil d'administration et le comité de pilotage de l'Hôpital ;
- Réunions de l'EMQ et l'EAQ ;
- Réunions de travail ensemble l'EMQ et de l'EAQ avec un partenaire officiel de l'Hôpital pour l'organisation de la réunion de mobilisation des partenaires et des portes ouvertes ;
- Préparation des dossiers et/ou documents ;
- Réunions de l'EAQ et chefs de services pour suivre l'évolution des préparatifs ;
- Assemblée Générale pour information ;
- Sollicitation des autres partenaires :
- Listing des sociétés ou association et tous les acteurs de bonne volonté ;
- Plaidoyer auprès des sociétés ou association et tous les acteurs de bonne volonté.
- Envoi des invitations aux partenaires (répartition des tâches avec le personnel)
- Appel à manifestation d'intérêt
- Mise en place des Affiches et Banderoles lors de la porte ouverte et de la Soirée des partenaires
- Démarche auprès du Ministère :
- Suivi des procédures administratives du Ministère ;
- Conformité à la politique nationale de convention de partenariat ;
- Dépôt d'une autorisation de demande de partenariat auprès du Ministère et attendre la réponse (validation) avant les activités.

Pendant les réunions de mobilisation des partenaires et les portes ouvertes

- Répartition des tâches (accueil...) ;
- Réunions avec les partenaires intéressés : Dîner ou Cocktail de travail ;
- Conférence de presse avec les partenaires ;
- Affichage des outils publicitaires des partenaires et sponsors ;
- Présentation des projets et programmes ;
- Approche aux chefs de service et des partenaires présents :
- Présentation des devis estimatifs des besoins: mini-projets.
- Choix du couple Service-Société.
- Accord entre le Service et la Société selon les possibilités de chacun.
- Médiatisation des activités...

Après les réunions de mobilisation des partenaires et les portes ouvertes

- Feedback ;
- Lettres de remerciements ;
- Elaboration de convention de partenariat.

VI-5-3- Portes ouvertes 5S

Outil N°23 : Termes de Référence des Portes ouvertes 5S

Cas de l'Hôpital Universitaire Mère et Enfant Tsaralalàna, Antananarivo

Objectif général

Montrer les efforts effectués par le personnel dans l'application de l'approche 5S afin d'attirer l'attention des partenaires ponctuels et le public sur la nécessité de leur implication dans la pérennisation de l'initiative 5S à l'Hôpital.

Objectifs spécifiques

- 1- Montrer les services en insistant sur les avantages de l'application de 5S : bien organisé et propre
- 2- Montrer les protocoles ou les affiches, les dispositifs de rangement.
- 3- Montrer les plans de masse, les différents moyens d'indication.
- 4- Montrer l'impact des différentes composantes de l'approche 5S sur l'hygiène, l'environnement, les soins.

Résultats attendus

- 1- Les visiteurs sont convaincus de l'intérêt de l'application de cette approche au niveau de l'Hôpital.
- 2- Les visiteurs sont sensibilisés sur la nécessité de leur implication dans la pérennisation de l'approche 5S.
- 3- Les visiteurs font confiance aux prestations délivrées par l'Hôpital.

Préparation avant la porte ouverte

- Demande de sponsoring aux Partenaires: Organismes gouvernementaux, Associations, Laboratoires Médicaux, etc...
- Invitation ;
- Préparatoire des matériels : chaises, drapeau, chapiteau, banderole (sponsoring), stand des laboratoires (Sanofi, Bledina, France Lait, etc...)

Déroulement pendant la porte ouverte

- Hymne National
- Discours :
 - DE du CHU Mère Enfant Tsaralalàna
 - Représentant Ministère de la Santé
 - Représentant des Partenaires
- Distribution des certificats
- Visite des lieux : Hôpital et dispensaire
- Visite et démonstration du lavage simple des mains en utilisant les bouteilles plastique ; après pro-hygiène.
- Visite des stands :
 - Laboratoire
 - Stand paramédicaux
 - Stand 5S CHU MET
 - Stand Pharmacie
- Remplissage de fiche d'enquête de satisfaction.

Après la porte ouverte :

- Cocktail des invités ;
- Déjeuner et remerciements de tous les personnels CHU MET ;
- Lettres de remerciements aux Sponsors.

VI-5-4- Journée 5S**Outil N°24 : Termes de Référence de l'organisation de la « JOURNEE 5S »,
cas du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga****Contexte et justification**

L'approche 5S postule qu'un travail efficace et de qualité nécessite un environnement propre, de la sécurité et de la rigueur pour permettre un progrès permanent. Cette démarche, basée sur un management participatif, joue comme levier du changement d'attitude et du développement de l'esprit d'équipe (attitude positive et autodiscipline). Les 3 premiers S sont des actions de terrain, et les 2 derniers S sont des actions de maintien et de progrès permanent. L'organisation de « Journées 5S » fait partie des moyens pour accompagner la mise en œuvre de la démarche. Par exemple, à Mahajanga, le résultat moins satisfaisant de l'autoévaluation sur S3 et S4 a justifié l'organisation des journées 5S.

Objectifs généraux

- Animer des campagnes de promotion de l'approche 5S afin de pérenniser les résultats obtenus ;
- Optimiser le management participatif développant l'attitude positive, l'esprit d'équipe et l'autodiscipline ;

Objectifs spécifiques

- Assurer la répétition du cycle 5S ;
- Respecter le planning d'activités de « Journée 5S » établi ;
- Impliquer l'ensemble du personnel durant la journée 5S ;
- Suivre l'application de la procédure standard de qualité (dimensions de la qualité) ;
- Encourager l'esprit de compétitivité et de créativité.

Résultats attendus

- Le cycle 5S est considéré comme moteur de progrès permanent ;
- La standardisation pour un environnement intérieur et extérieur propice et agréable est appliquée ;
- Chaque catégorie des personnels participe.

Organisation

Préparation :

- Le SMQ déclenche une réunion de l'EAQ pour décider des activités à entreprendre ;
- Le SMQ organise une réunion des leaders 5S de chaque service pour informer et animer l'équipe ;
- Le calendrier est établi avec date, activités à réaliser, moyens, responsable. La diffusion du calendrier est renforcée lors de la levée de drapeau. Ce calendrier est renouvelable en regard des besoins communs des services.
- Le SMQ adresse une demande des besoins à la Direction, selon les activités de la Journée 5S : petits matériels, produits, rafraîchissement et collation, etc... ;
- Le responsable effectue un bon au magasin de l'hôpital.

Pendant :

- Chaque service exécute la même activité pour une journée 5S ;
- Chaque responsable assure la disponibilité des besoins ;
- Le leader anime et les membres de l'EAQ suivent le déroulement des activités selon le protocole.

Après :

Un rafraîchissement est offert par direction à la fin, en fonction de la nature des activités.

La Direction remercie la participation de tous, et encourage l'attitude positive pour faire mieux (par lettre ou sensibilisation pendant la levée de drapeau). Elle invite également le personnel à faire du benchmarking pour s'orienter davantage vers l'uniformisation (S4).

Exemple d'activités de Journée 5S, modèle du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga, basé sur des activités S3 et S4

Date	Nature d'activités	Moyens / matériels	Responsable
Journée 5S N°1	Activité S3 des toilettes : détartrage, nettoyage, désinfection, réparation	Gants de ménage, savon détartrant, pâte de savon, eau de javel, chiffon, serpillière, lave-pont	Majors de services
Journée 5S N°2	Peinture des lits, table de chevets, armoires ou vestiaires	Peinture (les services se partagent la boîte), pinceau, white spirit, éponge	Majors de services
Journée 5S N°3	Grand nettoyage des salles (en horizontal, en vertical), des vérandas	Gants de ménage, savon détartrant, savon liquide ou poudre, eau de javel, chiffon, serpillière, etc...	Majors de services
Journée 5S N°4	Environnement extérieur : jardinage, débroussaillage	Bêche, balai, râtaux, brouettes, soubiques.	Surveillant général
Journée 5S N°5	Etiquetage, pose de posters ou indicateurs ou instructions, révision ou élaboration de protocoles, benchmarking	Fournitures pour imprimer, écrire, colorer, découper, coller, etc...	Majors des services ou leaders 5S

Date	Nature d'activités	Moyens / matériels	Responsable
Journée 5S N°6	Activités de création en vue concours de meilleures créativité	Fournitures selon le type de créativité	Leaders 5S
Journée 5S N°7 : Journée 5S à chaque dernier vendredi du mois	Nettoyage général et journée technique de maintenance	Gants de ménage, savon détartrant, savon liquide ou poudre, eau de javel, chiffon, serpillière, lave-pont ou des matériels techniques.	Majors de services ou service de maintenance

VI-6 Autres mesures ou outils pour garder la performance

Etudes du délai d'attente des patients : cf Annexe 3

Etude de satisfaction des clients : personnels, patients et accompagnateurs)

Passage régulier des partenaires : JICA et AUTRES

Accueil des personnels nouvellement affectés

Présenter aux différents services

Présenter lors de l'AG

Formation des personnels nouvellement affectés

Regrouper les personnes à former

Combiner avec la remise à niveau ou à la formation en cascade

La dépendance aux partenaires est à éviter autant que possible.

Liste des Annexes et outils

Liste des Annexes

Annexe 1 : Fiche de supervision (cf Curricula de formation)

Annexe 2 : Fiche d'autoévaluation de l'approche 5S-KAIZEN-TQM (cf Curricula de formation)

Annexe 3 : Manuel de l'étude des délais d'attente

Liste des Outils

Outil 1 : Code pour le tri des matériels

Outil 2 : Code couleur des poubelles

Outil 3 : Standardisation des sigles

Outil 4 : Eléments du coin 5S

Outil 5: Cycle 5S

Outil 6 : Les étapes de KAIZEN

Outil 7 : Carte de route 5S

Outil 8 : Exemple de Lettre d'engagement du Directeur

Outil 9 : Organigramme 5S

Outil 10 : Rôle des différentes structures 5S

Outil 11 : Canevas de suivi après formation

Outil 12 : Exemple de fiche de bonne pratique

Outil 13 : Grille de supervision (Annexe 1)

Outil 14 : Outil de Suivi/Evaluation Standard (Annexe 2)

Outil 15 : Formulaire pour l'étude du délai d'attente des patients (Annexe 3)

Outil 16: Exemple de critères pour la reconnaissance

Outil 17 : Exemple de liste des matériels pour encourager les efforts

Outil 18 : Termes de référence de la visite d'échange d'expériences

Outil 19 : Termes de Référence d'un Concours Qualité

Outil 20 : Exemple de Checklist pour le contrôle interne

Outil 21 : Termes de Référence de la Journée récréative 5S

Outil 22 : Termes de Référence de la mobilisation des Partenaires

Outil 23 : Termes de Référence des Portes ouvertes 5S

Outil 24 : Termes de Référence de la Journée 5S

Références Bibliographiques

- [1] Madagascar, 92% de la population sous le seuil de la pauvreté ; www.agenceecofin.com/.../0707-12246-madagascar-92-de-la-population-sous-le-seuil-de-pauvrete
- [2] Définition Qualité : le glossaire illustré du Marketing ; AFNOR ; www.definitions-marketing.com/Definition-Qualite
- [3] Définition de la qualité de service ; www.definitions-marketing.com/Definition-Qualite-de-service
- [4] Rapport de l'étude préparatoire pour le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par le 5S-KAIZEN-TQM ; JICA ; FUJITA Planning CO., LTD, Mars 2011
- [5] Enseignements tirés de l'application de la méthodologie COPE à Madagascar (www.unfpa.org/monitoring/toolkit/french/outil4.doc)
- [6] Principes de management de la qualité ; http://www.iso.org/iso/fr/qmp_2012.pdf
- [7] Cadre d'autoévaluation des fonctions publiques, 3ème Edition ; [www.fonction-publice.lu/fr/.../caf/brochure-CAF.pdf](http://www.fonction-publice.public.lu/fr/.../caf/brochure-CAF.pdf)
- [8] L'Amélioration de la Performance et de la Qualité (APQ) ; SantéNet / USAID, 2006
- [9] Guide National 5S des Etablissements de Santé, Ministère de la Santé et l'Action Sociale / JICA ; Sénégal, Mars 2014
- [10] Gestion de la Qualité : Les 5S ; Sandrine Quesnel
- [11] Action Guide 5S; Burundi; 2010
- [12] Changement de management pour l'hôpital à travers la progression par étape. Approche 5S-KAIZEN-TQM, JICA, 2013
- [13] Guide pratique des 5S et du Management visuel, 2^{ème} Edition, Christian Hohmann, 2010.