

**EVALUATION THEMATIQUE
« ANALYSE DU PROCESSUS DE
GENERATION DE RESULTATS
PAR L'APPROCHE 5S-KAIZEN-
TQM EN MILIEU HOSPITALIER »
RAPPORT FINAL**

Juillet 2013

**AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION
INTERNATIONALE
(JICA)**

WORLD BUSINESS ASSOCIATES Co., Ltd.

EV

JR

13-07

Préface

L'Etat des soins de santé dans le continent africain demeure dans une situation difficile. L'espérance de vie moyenne des populations vivantes en Afrique subsaharienne est de 53 ans et environ cinq millions d'enfants perdent la vie chaque année avant d'avoir l'opportunité de célébrer leur cinquième anniversaire (statistiques 2011, OMS). Dans de telles conditions, du point de vue de la prestation des soins de santé requis par les populations, il existe un besoin pressant de renforcer les fonctions des établissements de soins de santé, comme les hôpitaux.

Par contre, dans les zones au sud du Sahara en Afrique, il y a un manque de diverses ressources, telles que des ressources humaines engagées dans les soins de santé, tant en fonds qu'en matériels, et les praticiens des soins de santé ont été amenés de force à mener une lutte âpre dans des conditions difficiles. Quelle mesure devrait être proposée dans le but d'améliorer la qualité des services hospitaliers dans un environnement dans lequel les ressources sont rares? Le «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT(Gestion de la Qualité Totale)», lancé en 2007, pour lequel des efforts conjoints ont été fournis avec les praticiens de la santé dans 15 pays africains, peut être décrit comme une tentative exceptionnelle de trouver une réponse à cette difficile question, en utilisant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

«L'approche 5S-KAIZEN-TQM» est une méthode de contrôle et une innovation organisationnelle qui a ses origines dans l'industrie manufacturière au Japon, dont l'objectif est d'améliorer la qualité des services hospitaliers, et qui a déjà donné beaucoup de résultats dans diverses parties de l'Afrique. Dans notre recherche, nous avons analysé des projets qui ont été initiés en utilisant cette approche en ce qui concerne la logique de production des résultats qui a été planifiée à partir des activités, entre les activités et les résultats et les objectifs du projet, de même que sur les types de logique qui en résultent lorsque ces approches sont présentement mises en œuvre dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé. Par ces considérations, nous avons fait le tri et fait des propositions pour les problèmes auxquels sont généralement confrontés les hôpitaux, pour lesquels nous croyons que «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» pourrait être efficace (comme les accidents médicaux, l'infection hospitalière, et la gestion des produits et équipements pharmaceutiques), et nous avons assemblé des modèles logiques (l'élaboration d'un modèle logique pour les objectifs du projet, les résultats, et activités essentielles, et des indicateurs qui peuvent être utilisés par les établissements de soins de santé selon chaque cas en particulier.

Par ailleurs, comme l'analyse que nous avons conduite à cet effet met l'accent sur les difficultés auxquelles sont confrontés les hôpitaux et les centres de santé au cas par cas, de même que sur leurs solutions ; nous avons aussi restreint nos propositions de modèle logique à celles qui tiennent en compte l'élaboration de projets conformes à chaque établissement. A l'évidence, en utilisant les résultats des analyses de la réalisation effective des projets, il est primordial que nos efforts de renforcement des établissements de santé s'insèrent dans “ les systèmes de soins de santé ” appropriés et qu'ils soient compris.

Il n'y a pas plus grande joie pour nous que si l'utilisation des résultats de cette recherche nous permet de faire ne serait-ce qu'une petite contribution aux efforts accomplis par les personnes concernées, aussi bien dans notre pays que dans les pays en voie de développement, par l'amélioration des fonctions des établissements de santé dans les pays en voie de développement. J'espère aussi que les modèles logiques présentés ci-après continueront d'être perfectionnés de mieux en mieux grâce au savoir et à l'expertise des personnes travaillant sur place.

Enfin, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui ont offert leur coopération et leur appui à cette étude.

Juillet 2013
Keiichi Muraoka
Directeur Général, Département d'évaluation
Agence Japonaise de Coopération Internationale

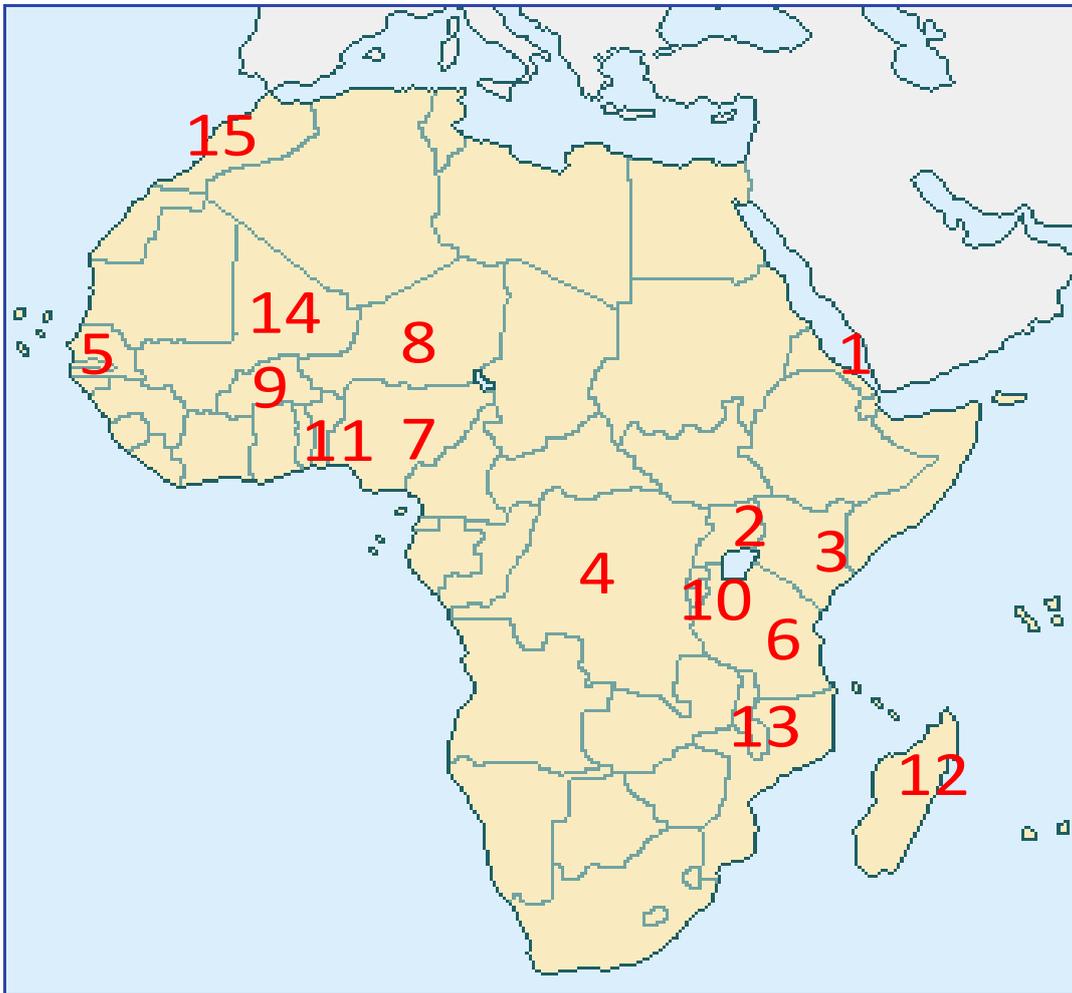
TABLE DES MATIERES

Préface	i
Pays et projets ciblés	v
Photos prises durant l'étude	vi
Table des abréviations	vii
Sommaire	viii
Chapitre 1 Arrière-plan et objectif de l'étude.....	1
1.1 Arrière-plan de l'étude.....	1
1.1.1 Etat de l'environnement des centres de santé dans les pays africains.....	1
1.1.2 Arrière-plan de l'étude.....	1
1.2 Objectif du projet.....	2
1.3 Pays cibles et projets cibles de l'étude.....	3
Chapitre 2 Exécution de l'étude et analyse des résultats.....	6
2.1 Méthodologie de l'étude.....	6
2.2 Etude au Japon.....	6
2.2.1 Revue de la littérature.....	6
2.2.1.1 Tendances de l'amélioration de la qualité des soins médicaux au Japon, aux EtatsUnis et au Sri Lanka	9
2.2.1.2 Tendances de l'application des 5S-KAIZEN-TQM au Japon, en Amérique et Sri Lanka et développement des 5S-KAIZEN-TQM en Afrique.....	18
2.2.1.3 Analyse du cadre-repère des projets liés au « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT ».....	19
2.2.2 Enquête-écoute.....	30
2.2.3 Synthèse de l'étude au Japon.....	31
2.2.4 Informations requises pour l'étude sur le terrain.....	33
2.3 Etude sur le terrain.....	33
2.3.1 Description sommaire des hôpitaux visités en Tanzanie et au Sénégal.....	34
2.3.2 Organisation des résultats de l'étude de terrain (voir tableau 11).....	35
2.3.3 Examen des 4 hypothèses basées sur l'étude de terrain.....	44
2.4 Logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» basée sur l'étude de terrain.....	47
Chapitre 3 Examen des 4 hypothèses.....	56
Chapitre 4 Modèle logique et indicateurs du 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux.....	64
4.1 Considérations basées sur les résultats de l'examen.....	64
4.2 Conception de base de l'élaboration du modèle logique.....	65
4.2.1 Conception des modèles logiques 5S-KAIZEN-TQM chez les fabricants japonais.....	65
4.2.2 Conception de l'élaboration des modèles logiques 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux des pays en développement d'Afrique et consorts.....	67
4.3 Logique et indicateurs.....	72
4.4 Proposition de modèle logique.....	75
Document annexe 1 Liste de la littérature passée en revue	103
Document annexe 2 Calendrier de l'évaluation.....	104
Document annexe 3 Liste des personnes interviewées.....	105
Document annexe 4 Documentation collectée durant l'étude.....	108
Document annexe 5 Matrice de Conception du Projet (MCP) du projet de coopération techniques au Sénégal.....	111
Document annexe 6 Liste d'indicateurs utilisés à l'occasion de l'introduction de "l'approche 5S-KAIZEN-TQM" dans le domaine des soins médicaux	113
Document annexe 7 Liste des hôpitaux cibles de l'étude de terrain.....	114
Document annexe 8 Indicateurs de gestion hospitalière spécifiés par l'Agence des soins médicaux et du bien-être (WAM).....	116

Liste des tableaux et des schémas

Schéma 1	Modèle logique de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM » dans les hôpitaux africains (Avant-projet).....	xv
Schéma 2	Modèle logique (avant-projet) basé sur les 6 types de problèmes rencontrés par les hôpitaux de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM » dans les hôpitaux africains.....	xvi
Schéma 3	Structure de base du modèle logique	xvii
Schéma 4	Amélioration de la qualité dans le domaine des soins médicaux dans les circonstances en cours aux Etats-Unis.....	19
Schéma 5	Logique des projets en cours au Sénégal et en Tanzanie	54
Schéma 6	Arbre logique du 5S-KAIZEN-TQM chez les fabricants japonais	71
Schéma 7	Logique 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux africains	71
Schéma 8	Proposition de modèles logiques thématiques pour «l'approche 5S-KAIZEN-TQM »	73
Schéma 9	Structure de base u modèle logique	73
Schéma 10	Modèle logique de réduction des accidents médicaux	78
Schéma 11	Modèle logique de la prévention de la contamination au sein de l'hôpital.....	79
Schéma 12	Modèle logique d'amélioration de la gestion des médicaments et des produits médicaux.....	86
Schéma 13	Modèle logique d'amélioration de l'efficacité du travail	90
Schéma 14	Modèle logique d'amélioration de " travail"	94
Schéma 15	Modèle logique d'élévation du pouvoir d'organisation	97
Tableau 1	Projets cibles de l'étude.....	4
Tableau 2	Documentation examinée dans cette enquête	7
Tableau 3	Situation des interventions relatives à l'amélioration de la qualité des soins médicaux	15
Tableau 4	Objectifs et indicateurs des projets	20
Tableau 5	Comparaison de l'objectif supérieur et des indicateurs des projets des pays cibles..	23
Tableau 6	Comparaison des objectifs des projets et des indicateurs des projets des pays cibles	24
Tableau 7	Objet des activités de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM »	25
Tableau 8	Expression des résultats 5S-KAIZEN-TQM des projets ciblés	26
Tableau 9	Centres médicaux étudiées en Tanzanie	35
Tableau 10	Centres médicaux étudiées au Sénégal	35
Tableau 11	Sommaire des résultats de l'étude de terrain au Sénégal et en Tanzanie.....	36
Tableau 12	Logique de l'hôpital régional de Tambacounda au Sénégal.....	47
Tableau 13	Logique de l'hôpital régional de Thiès au Sénégal	49
Tableau 14	Logique du centre de santé Gaspard Camara au Sénégal.....	50
Tableau 15	Logique du centre de santé de Tambacounda au Sénégal.....	51
Tableau 16	Logique du poste de santé de Kothiary.....	52
Tableau 17	Comparaison des objectifs de projet des hôpitaux et des fabricants	72
Tableau 18	Cas d'indicateurs de niveau du modèle logique de l'élimination des accidents médicaux.....	79
Tableau 19	Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique de la prévention de la contamination au sein de l'hôpital	83
Tableau 20	Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique de l'amélioration de la gestion des produits et des équipements médicaux	87
Tableau 21	Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique d'efficacité du " travail"	91
Tableau 22	Cas d'Indicateurs de niveau dans le modèle logique d'amélioration de " travail" .	95
Tableau 23	Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique d'élévation du pouvoir d'organisation	98

Pays et projets ciblés



1. Erythrée (AAKCP)
2. Ouganda (AAKCP,CT)
3. Kenya (AAKCP)
4. RD Congo (AAKCP,CT)
5. Sénégal (AAKCP,CT)
6. Tanzanie (AAKCP,CT)
7. Nigéria (AAKCP,CT)
8. Niger (AAKCP)
9. Burkina Faso (AAKCP,CT)
10. Burundi (AAKCP, CT)
11. Bénin (AAKCP)
12. Madagascar (AAKCP)
13. Malawi (AAKCP, mission d' experts)
14. Mali (AAKCP)
15. Maroc (AAKCP,CT, Formation de Pays Thiers)

AAKCP:
Programme de Co-crédation de Savoir
Asie-Afrique

CT: Coopération Technique

Photos prises durant l'étude



1. Poubelles à codification colorée (Hôpital de Mhinbili, Tanzanie)



2. Une tablette à flacons faite de polystyrène recyclé. (Hôpital de Mhinbili, Tanzanie)



3. Une étagère de conservation des dossiers médicaux des malades faite de bois recyclés (Hôpital de Mbalizi, Tanzanie)



4. Une urne de sondage de la satisfaction des malades (Poste de Santé de Kotiary, Sénégal)

4-1 Vente de tickets
Centre de santé Gaspard kamara

avant 🗳️

Date: 24/07 2012
Commentaires: billets mélangés

Après la 1ère intervention 👍

Date: 25/07 2012
Commentaire: billets bien séparés

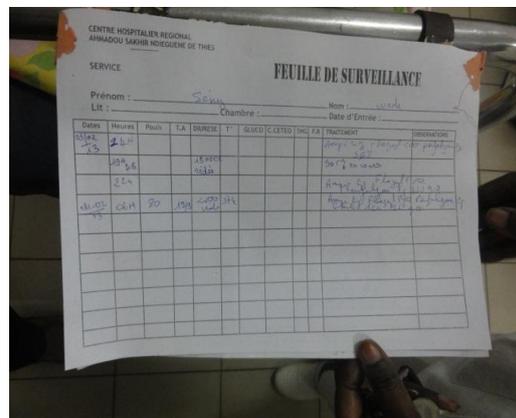
Après la 2ème intervention 👍👍

Coller une photo d'après la 2ème intervention

Date: _____
Commentaire: _____

District Sanitaire de Dakar Centre 2013

5. Notes classifiées par l'activité 5S (Centre de Santé Gaspard Camara, Sénégal)



6. Une fiche d'information sur le malade mise à côté du lit du patient. (Hôpital de Thiés, Sénégal)

Table des abréviations

AAKCP	Programme de Co-création de Savoir Asie-Afrique
AHRQ	Agence pour la Recherche en Santé et Qualité
CQI	Amélioration Continue de la Qualité
FHI	Organisation internationale pour la Santé Familiale
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit - Coopération Allemande -
IPC	Prévention et Contrôle des Infections
JHPIEGO	Programme Johns Hopkins pour l'Education Internationale en Gynécologie et Obstétrique
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
JOCV	Volontaires japonais pour la coopération à l'étranger
KPO	Office de Promotion du KAIZEN
MDGs	Objectifs du Millénaire pour le Développement - OMD -
NDP	Projet National de Démonstration
NGO	Organisation Non Gouvernementale
PARSS	Projet de Renforcement du Management de Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou
PBF	Finance Basée sur la Performance
PDCA	Prévoir, Faire, Vérifier, Agir
PDM	Matrice de Conception du Projet
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018
QC	Contrôle de la Qualité
QI	Amélioration de la Qualité
QIT	équipe pour l'Amélioration de la Qualité
TQM	Gestion Totale de la Qualité
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
WIT	équipe pour l'Amélioration du Travail

Sommaire

1. Arrière-plan

A partir de 2007, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a mis en opération le «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» (GQT: Gestion de la Qualité Totale) en ciblant 15 pays d'Afrique et a planifié en adoptant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» (TQM: Total Quality Management) dans les hôpitaux de 15 pays, l'amélioration de la gestion des hôpitaux et à travers celle-ci, l'amélioration des services des hôpitaux. Dans le «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT», diverses études et revues ont été jusqu'ici effectuées et plusieurs résultats, des efforts pour l'amélioration volontaire et continue du service au sein des hôpitaux, l'amélioration de la gestion des hôpitaux et l'amélioration de l'environnement interne des hôpitaux notamment, ont été constatés à travers les activités KAIZEN en cours d'exécution dans les différents hôpitaux pilotes du projet.

Toutefois, étant donné que la comparaison d'hôpitaux situés dans des environnements nationaux différents reste difficile, une analyse du processus d'expression des résultats et des goulets d'étranglement fondée sur l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» à travers l'ensemble du programme n'est pas suffisamment faite. L'amélioration de l'environnement du service et du flux des services au sein de l'hôpital sont nécessaires et indispensables comme processus. En particulier, à l'étape précédant l'expression des effets au niveau impact, la synthèse et l'analyse des cas d'exemples d'amélioration sont nécessaires pour tirer les leçons et les réductions utiles à l'amélioration des activités ultérieures.

En outre, étant donné que plusieurs thèmes ont été rapportés, la collecte et l'analyse d'informations utiles à la solution de ces problèmes, sont demandées à l'occasion de l'exécution du programme. De plus, les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre du programme sont des cas comme ceux ci-après:

(1) Cas où les approches sont devenues des quasis-objectifs, plutôt que de servir d'outils de résolution des différents importants enjeux dans le domaine des soins de santé,

(2) Cas où “ les améliorations dans la qualité des services hospitaliers”, qui devraient être réalisées par le projet, n'ont pas été définies avec des outils tels que les indicateurs et demeurent par conséquent imprécis.

(3) Cas où les activités ont été reportées en activités 5S, avec un accent sur l'amélioration de l'établissement hospitalier, et un temps est nécessaire pour atteindre l'étape de KAIZEN, l'amélioration des processus de travail,

(4) Cas où existent des difficultés de mise en œuvre d'actions volontaires par ceux qui sont concernés dans les hôpitaux de façon continue.

(5) Difficultés d'étendre les approches d'un hôpital pilote à d'autres hôpitaux.

Comme ces éléments ont été identifiés dans des discussions tenues entre des parties concernées de la JICA, des besoins de collecte d'informations qui vont participer à la résolution de ces questions, et, de procédure d'analyse subsistent.

2. Objectif de l'étude

Dans la présente évaluation thématique, ayant recueilli l'arrière-plan décrit ci-dessus, sont menés l'analyse du processus d'expression des résultats et l'examen des processus dans lesquels l'effet du projet se manifeste liés à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les établissements de santé, sur la base de données concrètes de la série de

projets relatifs au «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» notamment (projet de coopération technique, envoi d'expert, étude préparatoire, etc.). Sur la base des résultats de ces analyses et examens, ceux qui sont impliqués à l'amélioration des situations de la santé dans les pays en voie de développement, y compris le responsable de la JICA chargé des projets de santé et de soins médicaux, s'attèle à l'élaboration d'un document de référence comme outil de travail de base, un «projet de modèle logique d'application de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux» sériant et classifiant les modèles logiques et les indicateurs d'expression des résultats et en plus, les goulets d'étranglements et les points méritant l'attention notamment, en catégories de types de problèmes rencontrés par les hôpitaux et devant servir de référence à l'occasion de la formulation, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des projets exploitant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

Concrètement, les objectifs de la présente étude sont fixés aux 4 points ci-dessous.

- Objectif 1 : Examen de la conception des projets ciblés (objectif, résultats et déroulement logique des principales activités du projet, y compris les indicateurs annexes) par rapport à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux
- Objectif 2 : Le processus de déclaration des effets par rapport à l'analyse de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux et des hypothèses concernant les goulets d'étranglement
- Objectif 3 : Mise au point et élaboration d'une proposition de concept de projet (objectif du projet, résultats, activités, indicateurs) d'application des 5S selon les sous thèmes de la santé dans les infrastructures sanitaires et médicales
- Objectif 4 : Analyse et synthèse des points saillants et des éléments à prendre en considération à l'occasion de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

Les 4 hypothèses ci-après ont été établies dans le cadre de la présente étude et sur cette base, l'accomplissement de l'objectif de l'étude décrit ci-dessus, a été planifié à travers l'établissement et l'analyse des éléments de l'étude.

Lors de l'examen, l'accent a été mis en particulier sur les hypothèses 1 et 2 et, les hypothèses 3 et 4 ont été destinées à être sorties ultérieurement, après examen, s'il y a des éléments à prendre en considération à l'occasion de la formulation et de l'exécution de nouveaux projets.

- Hypothèse 1 : Les principaux thèmes caractéristiques portés par divers hôpitaux et l'itinéraire de leur solution ne sont pas toujours clairement reflétés dans la conception du projet (objectif du projet, résultats, indicateurs).
- Hypothèse 2 : Il existe des facteurs bloquant le développement allant des 5S (Aménagement de l'environnement) au KAIZEN (arrangement du processus des services).

Hypothèse 3: L'implication cohérente de toutes les personnes concernées par l'hôpital depuis le début des activités et la continuité des activités 5S-KAIZEN-TQM sont liées (en cas de manque d'implication, on peut observer des effets sur la continuité).

Hypothèse 4: L'examen et la maîtrise de l'introduction de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM » constituent de goulets d'étranglement à l'occasion du déroulement du scénario « De l'établissement des hôpitaux pilotes 5S à leur vulgarisation sur le territoire national par le Ministère de la Santé »

3. Méthodologie et résultats de l'étude

L'étude a été réalisée sur la base des 3 méthodes suivantes :

- 1) la revue de la littérature,
- 2) l'écoute des personnes instruites et
- 3) l'étude de terrain.

1) Revue de la littérature.

Les 4 thèmes mentionnés ci-après ont été confirmés sur la base de l'analyse des documents de projet correspondant au PDM (Project Design Matrix) et au « cadre repère » notamment, relatifs de la série de projets relatifs au « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT » en cours d'exécution ou dont l'exécution est terminée notamment, dans chacun des 15 pays africains et des résultats de l'examen du déroulement de la logique d'expression des effets concernant les domaines liés à « l'approche 5S-KAIZEN-TQM ».

- ① L'aspect gestion de l'hôpital : l'aspect gestion de l'hôpital qui correspond au concept supérieur des activités 5S, n'est pas clairement reflété dans la conception et les indicateurs des projets.
- ② Les indicateurs de niveau : dans beaucoup de cas, les indicateurs d'effets correspondant aux activités 5S, s'arrêtent au niveau du produit.
- ③ La voie vers l'amélioration du service : la voie allant de l'amélioration des « objets » vers l'amélioration du « service » n'est pas clairement reflétée dans la conception du projet.
- ④ L'objectif global et l'objectif du projet : des indicateurs de niveau d'impact ont été établis dans le cadre de l'objectif global, « le degré de satisfaction du patient » notamment mais on peut observer un saut dans leurs relations avec l'objectif du projet et sa logique.

2) Ecoute des personnes instruites

Dans le cadre de l'enquête-écoute réalisée au Japon avant le début des activités de terrain, outre la visite de l'Hôpital général Municipal d'Iwata qui montre des résultats dans l'introduction des 5S, des entretiens basés sur l'écoute ont eu lieu avec les personnes concernées de l'introduction de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM » dans ces 15 pays d'Afrique et des personnes cultivées dans les domaines concernés.

Le contenu tiré de l'écoute est présenté ci-dessous.

- Positionnement de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM » dans les projets du domaine de la santé et des soins médicaux

- «L'approche 5S-KAIZEN-TQM» n'est pas un moyen de solution des divers problèmes, c'est une méthode d'amélioration de la gestion et une méthode conduisant au relèvement du pouvoir d'organisation en promouvant le changement de la mentalité du personnel.
 - «L'approche 5S-KAIZEN-TQM» joue un rôle principalement dans la motivation des praticiens de la médecine et n'a pas d'impact direct sur des indicateurs comme le taux de mortalité des femmes enceintes, etc.
- Eléments pour la promotion et le succès de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»
 - La propulsion et le succès des 5S reposent hautement sur la conscience et l'attitude du directeur de l'hôpital. Seulement, étant donné qu'avec le seul leadership du directeur de l'hôpital, il y a des limites, la constitution d'équipes QIT, etc. et de dispositifs organisationnels sont nécessaires qui appuient le directeur de l'hôpital.
 - Il est judicieux de savoir si les personnes concernées employées à l'hôpital en question ont pris ou non conscience des thèmes portant sur l'état et les problèmes de l'infrastructure.
 - Thèmes soulevés au cours de l'exécution du projet, etc.
 - Dans beaucoup de pays en développement de l'Afrique, les informations de base concernant les données sur l'infection hospitalière, les données sur les accidents au sein des hôpitaux, les données de liquidation, etc., ne sont pas suffisamment ordonnées, les données sur la situation de base (chiffres de base) ne peuvent pas être collectés et le suivi et l'examen notamment de l'état périodique de l'expression des effets, représentent un des thèmes issus de l'exécution du projet.
 - La sécurisation du personnel sanitaire reste en situation d'insuffisance absolue en qualité et en quantité et il y a de nombreux cas où il est difficile de réaliser les résultats et les objectifs des projets avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» seulement.
 - Taille des hôpitaux et étendue du domaine d'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»
 - Si la taille de l'hôpital est trop grande, QIT et la vision du directeur de l'hôpital ne pouvant couvrir tout l'hôpital, «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» pénétrant difficilement, il est bon de déterminer un champ (détermination de l'étendue des services et des sections) que la vision QIT et du directeur de l'hôpital peuvent atteindre et commencer l'introduction d'abord à petite échelle.
 - Participation de l'autorité de tutelle (le Ministère de la Santé notamment) à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».
 - Le rôle des autorités de tutelle comme le Ministère de la Santé, est important dans le cadre des points ci-après :
 - ① Elaboration et développement de fondements de la politique et d'outils comme des manuels et des directives, etc. destinés à la vulgarisation de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».
 - ② Affectation optimale des ressources humaines auprès des établissements de santé et

de soins médicaux comme les hôpitaux.

- ③ Motivation au sein de l'hôpital à mener «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» avec l'introduction de « Finances basées sur la Performance » (Performance-based Finance (PBF) : mécanisme allouant le budget en fonction de la performance des hôpitaux).

3) Etude sur le terrain

Etant donné que parmi le total de 15 pays où sont exécutés des projets liés au « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT », 2 pays au total, la Tanzanie et du Sénégal, ont été sélectionnés comme pays cibles de l'étude, en considération ① du grand volume des intrants de la JICA, ② des établissements de soins médicaux comme les hôpitaux où «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» a été introduite et a donné des résultats et de ③ la possibilité de mener l'examen au niveau des hôpitaux comme au niveau des centres de santé notamment, l'étude sur le terrain a porté sur la visite et sur les discussions auprès du Ministère de la Santé et du Bien-être, de la Direction de la Santé et du Service de la Santé au niveau des Régions et des Arrondissements, sur les discussions avec les personnes concernées par les projets de la JICA, aussi bien que sur la visite et l'étude auprès de 5 hôpitaux en Tanzanie et 3 hôpitaux et 3 postes et centres de santé au Sénégal. Les principaux résultats de l'étude sur le terrain ont été résumés aux 4 éléments ci-après :

- (1) Problèmes communs aux divers hôpitaux, centres et postes de santé :
 - ① L'élimination des accidents médicaux ;
 - ② La prévention de l'infection hospitalière ;
 - ③ L'élimination de l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ;
 - ④ L'amélioration de la qualité des services ;
 - ⑤ L'amélioration de la capacité organisationnelle.

- (2) Principaux facteurs de propulsion intervenant dans l'exécution des 5S et du KAIZEN :
 - ① Un fort leadership du chef ;
 - ② La mise en place des QIT et d'activités dynamiques ;
 - ③ La supervision du Ministère de la Santé et des Directions médicales régionales ;
 - ④ L'augmentation de la motivation avec les demandes d'évaluation des activités de l'hôpital venant des médias et des populations ;
 - ⑤ L'insuffisance de connaissances et de main-d'œuvre bras qui a pu être comblée par la mise à disposition de Volontaires Japonais d'Outre-mer (JOCV).

- (3) Facteurs principaux de blocage de l'exécution des 5S et du KAIZEN :
 - ① La résistance du personnel irrité par le changement dans le travail et dans l'environnement du lieu de travail ;
 - ② Avec pour cause l'insuffisance des ressources humaines, l'occupation aux services ordinaires ne permet pas de libérer du temps pour les activités 5S et du KAIZEN ;
 - ③ Changement de poste et retraite du personnel (les ressources humaines ne se fixent pas même si elles ont suivi un stage 5S).

- (4) Principales activités du Directeur de l'Hôpital qui joue un rôle clé dans la réussite de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».
 - ① La persuasion des forces résistantes ;
 - ② L'explication aux personnes concernées de l'importance des activités de

- «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» au sein de l'hôpital ;
- ③ Le directeur de l'hôpital pratique les activités 5S tout en montrant l'exemple.

4. Examen des 4 hypothèses

Les hypothèses ont été examinées en se fondant sur l'étude au Japon et l'étude sur le terrain tout en se limitant à «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» en place dans les projets.

【Hypothèse 1: Les principaux thèmes caractéristiques portés par les divers hôpitaux et leurs voies de solution ne sont pas toujours clairement reflétés dans la conception du projet (objectif du projet, résultats, indicateurs, etc.).】

Conclusion: Il existe des cas où les principaux thèmes caractéristiques (problèmes) portés par les établissements de santé comme les hôpitaux cibles notamment, et les voies (la logique) de solution des principaux problèmes relatifs à «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» ne sont pas toujours clairement reflétés dans la conception du projet. En outre, il y a un saut à l'étape même de la logique d'expression des effets et, il est nécessaire d'agencer la logique en fonction des principaux problèmes (types de problèmes).

【Hypothèse 2: Il existe des facteurs qui bloquent le développement allant des 5S (Aménagement de l'environnement de l'hôpital) au KAIZEN (Agencement du processus des services, etc.).】

Conclusion: Les facteurs qui entravent le déroulement résident dans la méthodologie d'enseignement de l'introduction de l'approche et la méthodologie de fixation de l'objectif et de fixation des indicateurs et, en plus, dans l'aménagement d'un environnement permettant d'obtenir ces indicateurs. Pour promouvoir le développement des 5S à KAIZEN, il est nécessaire d'enseigner plus simplement KAIZEN au début de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» et de faire comprendre que les 5S sont un outil de KAIZEN. Par ailleurs, au moment de la détermination des indicateurs, il est important de fixer l'objectif et les indicateurs par niveau en fonction du niveau de l'étape d'expression des effets et des indicateurs et l'aménagement d'une organisation de l'environnement du travail permettant d'obtenir ces indicateurs, est nécessaire.

【Hypothèse 3: L'implication cohérente de l'ensemble des personnes concernées par l'hôpital depuis le début des activités et la continuité des activités 5S-KAIZEN-TQM sont liées (des effets peuvent être observés sur la continuité en cas d'insuffisance d'implication).】

Conclusion: Dans le cas de beaucoup de projets ciblés, il n'y a pas une implication cohérente des personnes concernées par l'hôpital depuis le début des activités et l'introduction étant faite en sélectionnant des parties de services comme pilotes, et étant donné que les cas de succès sont développés dans les autres services et qu'il ya beaucoup de cas pouvant continuer, on peut affirmer que cette hypothèse n'est pas toujours appropriée.

【Hypothèse 4: L'examen de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» en cours dans les hôpitaux pilotes reste un goulet d'étranglement à l'occasion du démarrage du déroulement du scénario «De l'établissement des hôpitaux pilotes 5S à leur vulgarisation sur le territoire national par le Ministère de la Santé».】

Conclusion : En général, l'examen des résultats par les autorités de tutelle du gouvernement central comme le Ministère de la Santé sur l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux pilotes et la sécurisation des intrants peuvent faire goullets d'étranglement à la diffusion de l'approche au niveau national. En outre, l'hôpital consultant de Mbeya en Tanzanie ainsi que le poste de santé de Kotiary au Sénégal ont réussi à introduire «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», et ont un fort soutien de la part du Ministère de la Santé et du Bureau des Affaires Médicales pour la généralisation de l'approche dans l'ensemble du pays. L'hôpital de Mbeya a réussi à généraliser une action dans les autres établissements de santé ayant recours à ce soutien.

5. Modèle logique et indicateurs de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux (Avant-projet)

(1) Idées de base pour l'élaboration du modèle logique

Au chapitre 4, un modèle logique ayant pour objectif supérieur «l'offre continue des services de soins médicaux publics» (avant-projet) a été élaboré à l'occasion de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les centres de santé publics en Afrique. Concernant les problèmes des établissements de santé dont la solution peut être trouvée et leurs indicateurs de mesure, en faisant une comparaison avec le modèle en cours dans l'industrie manufacturière tout en proposant portant une floraison de points de vue de l'amélioration de la gestion, cette même approche a proposé des sujets méritant l'attention au cours de l'introduction et de l'exécution de l'approche.

(2) Idées sur le modèle logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux

Le plus grand point de différence entre l'industrie manufacturière et l'hôpital est que dans l'industrie manufacturière, la production continue du même objet, avec la même qualité. Par contre dans la santé et les soins médicaux, étant donné que la situation de tous les malades est différente, un traitement individuel adapté à la situation est requis. Toutefois, même si les patients diffèrent, comme dans l'industrie manufacturière, de gros effets peuvent être attendus de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans l'amélioration des tâches, de la gestion des objets et de la gestion des hommes accompagnant les divers actes médicaux.

Concernant les hôpitaux privés japonais et américains, l'objectif suprême du modèle logique des 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux est «le développement continu de l'hôpital » et l'objectif global est l'aspect de la gestion de l'hôpital que sont «l'augmentation des bénéfices», «l'augmentation du chiffres» et «l'amélioration du degré de satisfaction des patients». Cependant, presque tous les hôpitaux des pays cibles sont publics et considérant que la totalité des coûts sont financés par les contributions financières de l'Etat et des bailleurs de fonds, l'objectif suprême a été fixé à «l'offre continue de services des soins médicaux publics» dans le cadre de ressources budgétaires limitées. L'objectif global aussi a été fixé à «pouvoir offrir des soins à un nombre croissant de malades grâce à la «réduction des coûts»». Concernant l'augmentation du chiffre d'affaires, cet aspect a été retiré en considération de la situation des pays africains et le fait que même si les patients augmentent cela ne conduira pas directement à une hausse du chiffre d'affaires. «L'amélioration du degré de satisfaction des patients» a été utilisée telle qu'elle est, vu son universalité.

5 thèmes ont été choisis parmi les problèmes des hôpitaux fondés sur l'étude sur le terrain et fixés comme objectifs des projets des hôpitaux africains : ① «l'élimination des accidents

médicaux», ② «la réduction de l'infection hospitalière», ③ «l'amélioration de la gestion des produits médicaux», ④ «l'amélioration de l'efficacité du « travail », et ⑤ «l'amélioration de la capacité organisationnelle». Ici, le mot « travail » désigne toutes les tâches effectuées dans les établissements de santé. Il s'agit d'un concept englobant non seulement les actes médicaux par exemple, mais aussi, le contact avec les malades, le travail de bureau, les tâches liées au nettoyage et les activités KAIZEN.

Le modèle logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux africains (avant-projet), élaboré sur la base de la conception ci-dessus, est présenté dans le schéma ci-dessus.

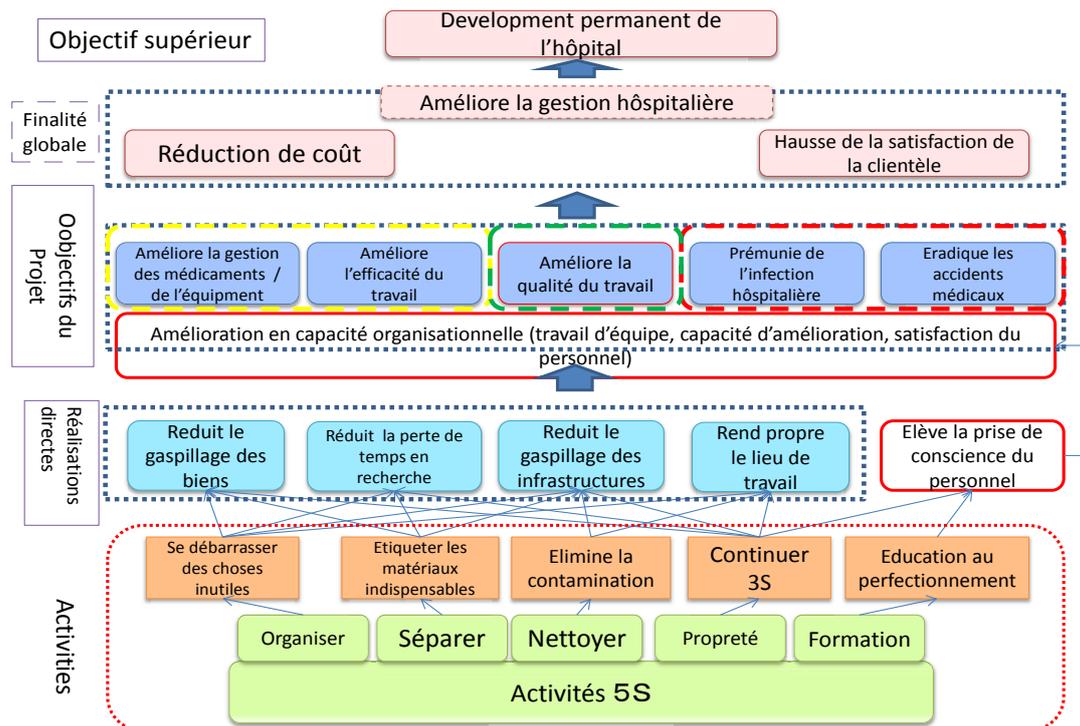


Schéma 1 Modèle logique de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM » dans les hôpitaux africains (Avant-projet)

(3) Modèle logique (avant-projet) et indicateurs (avant-projet)

Le modèle logique (avant-projet) par type de problèmes, pour les 6 types de problèmes rencontrés dans les hôpitaux africains sous «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», est présenté dans le schéma 2 sur la base de la conception décrite ci-dessus.

Il s'agit d'une logique qui, par exemple, à travers (1) la réduction continue de «accidents médicaux» et (2) l'amélioration du degré de satisfaction des patients, va aboutir à «l'amélioration de la gestion de l'hôpital» et finalement garantir «l'offre continue des services médicaux publics». La (4) «gestion des produits et des équipements médicaux» et (5) «la gestion des produits», conduisent à «l'amélioration de la gestion de l'hôpital» à travers la «réduction des coûts» par patient, et des services médicaux publics peuvent être offerts à un nombre croissant de malades grâce à l'argent ainsi économisé et en outre, constitue une logique qui garantit «l'offre continue de services médicaux publics» dans le sens de prévenir la rupture des finances des services médicaux publics. La logique (5) la «qualité du travail» et (6) «la capacité organisationnelle» diffère un peu des quatre autres tâches.

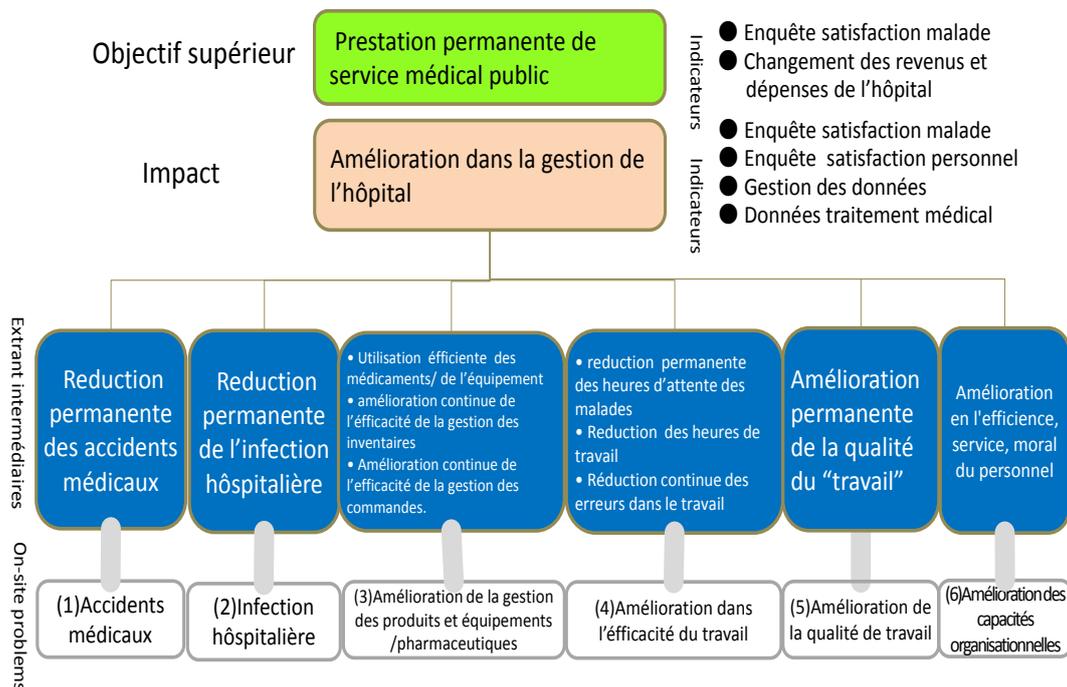


Schéma 2 Modèle logique (avant-projet) basé sur les 6 types de problèmes rencontrés par les hôpitaux de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM » dans les hôpitaux africains

La structure de base du modèle logique (1) à (4) (avant-projet) est présentée dans le schéma 3. (5) «L'amélioration du travail» et (6) la «capacité organisationnelle» constituent des conditions préalables de l'expression des résultats directs dans la logique (1) à (4), des autres problèmes. Autrement dit, cela signifie que jusqu'au résultat direct 1, les résultats peuvent être exprimés au niveau des activités 5S seulement et qu'au-delà du résultat direct 2, des activités KAIZEN deviennent nécessaires pour l'expression des effets. Cette condition préalable des activités de niveau KAIZEN reste (5) «l'efficacité du travail» et (6) la «capacité organisationnelle».

Dans tous les cas, presque tout le contenu de l'amélioration de «la qualité du travail» représente des activités KAIZEN, des activités qui poursuivent l'aménagement des standards de «travail», trouvent les problèmes liés aux standards de «travail» et poursuivent leur amélioration continue.

Le contenu de l'amélioration de la «capacité organisationnelles» dans les groupes d'activité, consiste en l'amélioration de la capacité d'accomplir une série d'activités consistant à découvrir les problèmes spontanément et à concevoir un plan d'amélioration (Plan), l'exécuter (Do), vérifier les résultats (Contrôle) et fixer les activités qui suivent (Action). Par conséquent, il s'agit d'une logique où 2 sortes de capacités d'activité sont nécessaires comme conditions préalables pour poursuivre l'amélioration continue des 4 autres problèmes.

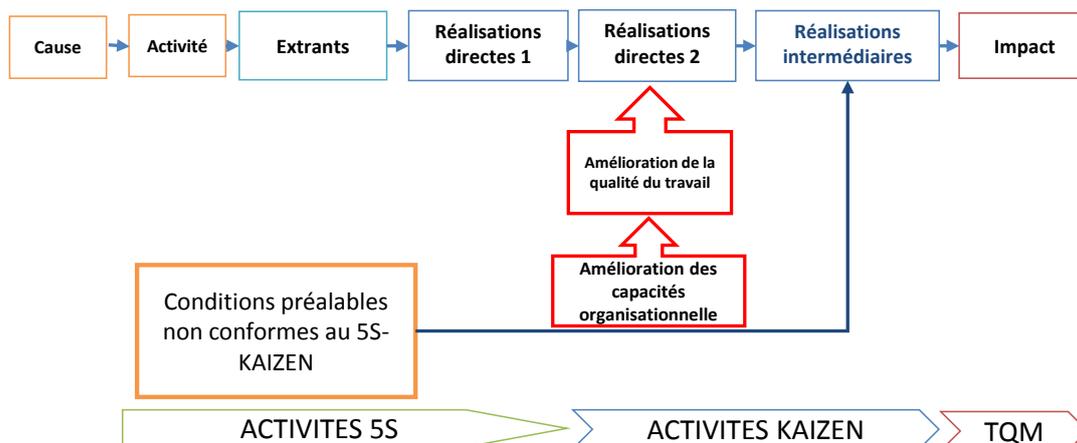


Schéma 3 Structure de base du modèle logique

A l'occasion du choix des indicateurs de mesure du produit du modèle logique, des résultats et de l'impact, ont été consultés :

- 1) les items des check-list et les indicateurs utilisés dans «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT »,
- 2) les indicateurs fixés par les autres bailleurs de fonds aux Etats-Unis pour mesurer les effets,
- 3) les indicateurs mis à disposition par l'Agence des Soins Médicaux et du Bien-être et utilisés pour le diagnostic de la gestion des hôpitaux japonais,
- 4) les indicateurs utilisés dans les projets 5S des hôpitaux japonais (Hôpital Général de Nerima, Hôpital Takeda, Hôpital Général d'Iwata, Hôpital de la Croix Rouge de Musashino),
- 5) les indicateurs utilisés par le Projet américain National de Démonstration sur la TQM (NDP) dans la santé aux Etats-Unis, et
- 6) les indicateurs utilisés dans les activités KAIZEN à l'Hôpital Mason de Virginie aux Etats-Unis.

Parmi ceux-ci, les éléments ci-après ont été sélectionnés comme standards :

- 1) les indicateurs dont on peut penser que la collecte est relativement facile en Afrique (y compris toutefois, les données nécessaires pour lesquels l'aménagement d'infrastructures pour l'obtention de nouveaux indicateurs),
- 2) les données dont la collecte continue est possible, et
- 3) les données dont les coûts et la peine de la collecte sont relativement faibles.

Cependant, il y a beaucoup d'indicateurs qui ne peuvent pas être obtenus à l'état actuel et, dans le cadre de la formulation ultérieure du projet, il est nécessaire d'examiner la mise en place d'un procédé de collecte des indicateurs simultanément à la fixation des indicateurs.

Ces 6 modèles logiques catégorisés (avant-projet) et leurs indicateurs ont pour objet de proposer le positionnement comme outil de service de référence le modèle logique et les indicateurs d'expression des résultats et aussi les points sujets à caution que les personnes concernées, à commencer par tous ceux qui sont impliqués à l'amélioration des situations de la santé dans les pays en voie de développement y compris le responsable de la JICA chargé des projets de santé et soins médicaux, consulteront et exploiteront au moment de la formulation, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des projets exploitant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

Chapitre 1 Arrière-plan et objectif de l'étude

1.1 Arrière-plan de l'étude

1.1.1 Etat de l'environnement des centres de santé dans les pays africains

Dans les rapports indiqués ci-après, il est mentionné que l'état actuel de l'environnement des centres de santé dans les pays d'Afrique est caractérisé par des éléments comme le manque de ressources, l'insuffisance des ressources financières, etc.

La totalité de la Coopération pour l'assistance au développement des divers pays du monde vise à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) condensés sur la base de la Déclaration du Millénaire adoptée lors du Sommet de Nations-Unies sur le Millénaire en l'an 2000, et beaucoup de programmes sont en cours de réalisation. Cependant, l'état de la réalisation des OMD liés à la santé ne se fait pas sentir, et en Afrique les indicateurs, de santé en particulier, sont toujours dans une situation difficile. Lors du Sommet d'Okinawa – Kyushu organisé récemment en l'an 2000, après l'Initiative de lutte contre les maladies contagieuses, le montant des fonds destinés à la lutte contre les maladies contagieuses est en augmentation. Toutefois, les afflux de fonds d'assistance vers les établissements de santé et de soins médicaux des pays en voie de développement ne sont pas suffisants et l'on observe un vieillissement des infrastructures et des équipements. En particulier, on peut observer aussi une situation de faiblesse accablante du nombre d'établissements de santé et de soins médicaux en Afrique.¹

Les établissements de santé et de soins médicaux des pays en développement, et des pays africains en particulier, rencontrent des problèmes comme le manque de personnel médical comme les docteurs et les infirmiers, etc., le manque d'équipements et de matériels, de produits pharmaceutiques et de ressources financières pour l'opération des établissements et aussi l'insuffisance d'informations comme les dossiers des patients, les indicateurs cliniques et les données épidémiologiques. De telles circonstances, équivoques du fait de l'affaiblissement du modèle du personnel de santé médicale et de l'insuffisance des informations portant sur la sécurité des patients et des données sur les droits des malades, représentent une situation où il est impossible de d'offrir des services de santé médicale souhaitables.²

1.1.2 Arrière-plan de l'étude

L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a mis en opération à partir de 2007, dans le cadre du «Programme de Co-crédation de savoir Asie-Afrique», «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» en ciblant 15 pays d'Afrique et a poursuivi grâce à l'application de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux de ces 15 pays, l'amélioration de la gestion des hôpitaux et, à travers celle-ci, l'amélioration du service des hôpitaux. Les études et revues qui ont été exécutées jusqu'à présent dans «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT », ont constaté à travers les activités KAIZEN exécutées dans

¹ «ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT» - Rapport, JICA Juin, 2012

² «ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT» - Rapport final, JICA Mars, 2011

les hôpitaux pilotes des projets, plusieurs résultats comme des efforts voués à l'amélioration volontaire et aussi continue des services à l'intérieur des hôpitaux, l'amélioration de la gestion des hôpitaux et l'amélioration de l'environnement interne des hôpitaux notamment.

Toutefois, étant donné que la comparaison d'hôpitaux situés dans des environnements nationaux différents reste difficile, une analyse du processus d'expression des résultats et des goulets d'étranglement fondée sur l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» à travers l'ensemble du programme, n'a pas été suffisamment faite. En particulier, à l'étape précédant le passage à l'impact, la synthèse et l'analyse des cas d'amélioration de l'environnement du service et du flux de services, sont nécessaires pour tirer les leçons utiles à l'exécution des activités ultérieures.

En outre, les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre du programme sont des cas comme ceux-ci-après:

(1) Cas où les approches sont devenues les objectifs, plutôt que de servir d'outils de résolution des différents importants enjeux dans le domaine des soins de santé.

(2) Cas où «les améliorations dans la qualité des services hospitaliers», qui devraient être réalisées par le projet, n'ont pas été définies avec des outils tels que les indicateurs et demeurent par conséquent imprécis.

(3) Cas où les activités ont été reportées en activités 5S, avec un accent sur l'amélioration de l'établissement hospitalier, et un temps est nécessaire pour atteindre l'étape de KAIZEN, l'amélioration des processus de travail.

(4) Cas où existent des difficultés de mise en œuvre d'actions volontaires par ceux qui sont concernés dans les hôpitaux de façon permanente.

(5) Difficultés d'étendre les approches d'un hôpital pilote à d'autres hôpitaux.

Comme ces éléments ont été identifiés dans des discussions tenues entre les parties concernées de la JICA, des besoins de collecte d'informations qui vont participer à la résolution de ces questions, et, de procédure d'analyse subsistent.

1.2 Objectif du projet

Dans la présente étude thématique, ayant perçu l'arrière-plan décrit plus haut, l'analyse du processus d'expression des résultats issus de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les établissements de santé comme les hôpitaux, etc., et l'examen des goulets d'étranglement et des points méritant l'attention, sont menés sur la base des données concrètes de la série de projets liés au «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» notamment (projet de coopération technique, envoi d'expert individuel, étude préparatoire). Il s'agit, sur la base des résultats de cette analyse et de cet examen, d'élaborer un référentiel devant être consulté par le responsable de la JICA chargé des projets de santé et de soins médicaux, la première personne concernée, à l'occasion de la formulation, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation de projets exploitant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» et servant d'outil de service basé sur le modèle logique d'application de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», classifiant les modèles logiques et des indicateurs d'expression des résultats et aussi les points méritant une attention notamment selon les catégories de divers types de problèmes rencontrés par les hôpitaux notamment.

Concrètement, l'objectif de l'étude a été fixé aux 4 points ci-après.

- Objectif 1 : Examen de la conception des projets ciblés pour l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux (objectif, résultats et logique de déroulement logique des principales activités du projet, y compris notamment leurs indicateurs)
- Objectif 2 : Analyse des hypothèses concernant le processus d'expression des effets et le goulets d'étranglement relatifs à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux
- Objectif 3 : Synthèse et élaboration d'une proposition de conception d'un projet (objectif, résultats, activités et indicateurs du projet) d'application des 5S par sous-thèmes santé dans les infrastructures sanitaires médicales
- Objectif 4 : Analyse et résumé des éléments et points à prendre en considération à l'occasion de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»

Les hypothèses assumées dans le cadre de cette étude sont les 4 ci-après. Il s'est agi de planifier l'accomplissement de l'objectif décrit ci-dessus à travers la fixation et l'examen de sujets d'étude sur cette base.

Lors de l'examen, l'accent a été mis sur les hypothèses 1 et 2 en particulier et les hypothèses 3 et 4 ont été destinées à être issues ultérieurement, après examen, s'il y a des éléments à prendre en considération à l'occasion de la formulation et de l'exécution de nouveaux projets.

- Hypothèse 1: Les principaux thèmes caractéristiques et les voies de solution portés par chaque hôpital ne sont pas toujours clairement reflétés dans la conception du projet (objectif, résultats et indicateurs du projet).
- Hypothèse 2: Il existe des facteurs qui bloquent le développement à partir des 5S (Aménagement de l'environnement de l'hôpital) vers le KAIZEN (Agencement du processus des services)
- Hypothèse 3: L'implication cohérente des personnes concernées de l'hôpital à partir du démarrage des activités et la continuité des activités sont liées (en cas d'insuffisance d'implication, il y a un effet sur la continuité) 5S-KAIZEN-TQM.
- Hypothèse 4 : L'examen et la sécurisation de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» restent un goulet d'étranglement à l'occasion du démarrage du scénario « De l'établissement des hôpitaux pilotes 5S à leur vulgarisation sur le territoire national par le Ministère de la Santé»

1.3 Pays cibles et projets cibles de l'étude

Les pays ciblés dans le cadre de la présente étude (Erythrée, Ouganda, Kenya, République Démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Nigéria, Seychelles, Niger, Burkina Faso, Burundi, Bénin, Madagascar, Malawi, Mali, Maroc) sont 15 pays d'Afrique Subsaharienne. Toutefois, la présente étude a été réalisée dans 2 pays parmi les 15 pays, la Tanzanie où l'introduction de l'approche a été réalisée jusqu'au niveau KAIZEN dans une partie des hôpitaux et le Sénégal, exemple unique où «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» a été introduite même dans les établissements de santé autres que les hôpitaux.

Les projets ciblés par l'étude sont les 11 projets du « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» cibles suivantes en cours d'exécution dans les pays cibles de l'étude.

Tableau 1 Projets cibles de l'étude

Nom du projet – Région et durée	Sommaire du projet
a. «Le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» - Programme de Co-création de Savoir Asie-Afrique (Etude préparatoire - Formation régionale, 2007-2013)	Introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» pour l'amélioration de la gestion d'hôpitaux dans 8 pays : Erythrée, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigéria, Sénégal, Tanzanie, Ouganda
b. «Le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» - Programme de Co-création de Savoir Asie-Afrique (Etude préparatoire - Formation régionale, 2009-2013)	7 pays du deuxième groupe où le programme indiqué ci-dessus a été exécuté : Bénin, Burkina Faso, Burundi, République Démocratique du Congo, Maroc, Niger
c. Projet de renforcement du développement des ressources humaines de la santé en Tanzanie (Projet de coopération technique, 2010-2014)	Améliorer l'élaboration de la planification du développement des ressources humaines de la santé aux niveaux central, régional et préfectoral et de l'éducation, la formation et le stage des ressources humaines de la santé pouvant offrir des services sanitaires de haute qualité
d. Projet de renforcement de la santé maternelle et infantile dans l'Etat de Lagos au Nigéria (Projet de coopération technique, 2010-2014)	Atteindre un service de santé maternelle et infantile de plus haute qualité dans le cadre de la région cible du projet
e. Le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et les Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile (Projet de coopération technique, 2009-2012)	Pratiquer des soins de maternité et des nouveaux nés centrés sur les malades sur la base du slogan d'une meilleure gestion dans les centres de santé cibles
f. Projet de Renforcement du Management de Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou au Sénégal (Projet de coopération technique, 2011-2014)	Renforcer les capacités de gestion axée sur les résultats dans le cadre des services sanitaires et des districts sanitaires des 2 deux régions
g. Projet de renforcement des services sanitaires à travers la gestion des infrastructures sanitaires en Ouganda (Projet de coopération technique, 2011-2014)	Améliorer l'offre de services sanitaires par une exploitation plus effective et plus efficiente des infrastructures sanitaires existantes
h. Conseiller technique pour le secrétaire général du Ministère de la Santé Publique en République Démocratique du Congo (Expert individuel, 2008-2013)	Renforcer la capacité des agences relatives à la santé publique pour l'exécution du Programme de développement des ressources humaines nationales de la santé

i. Conseiller en Soins continus de santé maternelle et infantile au Maroc (Expert individuel, 2010-2013)	Planifier les transactions du domaine de la santé maternelle et infantile de façon adéquate tout en planifiant leur exécution effective et l'amélioration de leur qualité
j. «L' Appui a la Sante Maternelle et Infantile Phase 2» au Maroc (Formation en pays tiers, 2010-2013)	Acquisition des connaissances spécialisées dans le domaine de la santé maternelle et infantile et amélioration et vulgarisation des capacités techniques et de gestion
k. Expert en 5S-KAIZEN-TQM en vue de l'amélioration de la gestion des hôpitaux au Malawi (Expert individuel, 2011-2013)	Renforcer la qualité des services sanitaires dans les centres de santé par l'exécution du 5S-KAIZEN-TQM

Chapitre 2 Exécution de l'étude et analyse des résultats

2.1 Méthodologie de l'étude

Une revue de la littérature, une étude d'écoute des personnes instruites et une étude sur le terrain ont été exécutées pour atteindre les 4 objectifs de la présente étude. Il est nécessaire de tenir compte du fait qu'il s'agit d'une étude basée sur un volume relativement limité d'informations parce que la présente étude tout en ciblant 15 pays d'une part, limite l'étude de terrain à 2 pays et que concernant les autres pays, force était de faire une analyse centrée sur une revue de la littérature.

Par ailleurs, la présente étude est un outil pour examiner le modèle logique de solution des problèmes rencontrés par les infrastructures suite à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» avec comme unité, les infrastructures médicales comme les hôpitaux, les postes de santé, etc. ; le cadre-repère qui fera la conception de l'ensemble des projets individuels, ne fait pas l'objet de la revue et de l'analyse. A travers l'étude, ont été étudiées des considérations relatives à une introduction encore plus efficace de cette approche, comment «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» sera-t-elle appliquée ou à quels genres de leçons et de propositions pourrait-on aboutir au moment d'aborder l'application dans le cadre des projets du domaine de la santé et des soins médicaux.

2.2 Etude au Japon

2.2.1 Revue de la littérature

La revue de la littérature a été réalisée principalement sur les ouvrages et les mémoires relatifs à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans le secteur médical dans le monde et les PDM, les plans d'activité et les rapports de 11 projets cibles du «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» en cours d'exécution dans 15 pays d'Afrique.

Le premier objectif de la réalisation d'une revue documentaire était de saisir les techniques, l'évolution et l'objectif de l'introduction des résultats des activités et des indicateurs de résultats relatifs à l'amélioration de la qualité des soins médicaux du Japon, de l'Europe, de l'Amérique et d'autres régions, et de rendre clairs les leçons, les thèmes, etc. qui se manifestent dans la pratique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans 15 pays d'Afrique. Le deuxième objectif était de collecter les informations nécessaires pour l'élaboration d'une proposition de modèle logique en fonction de la revue des documents concernant les projets. Les informations nécessaires concernent les objectifs des projets, les résultats, la logique d'expression des résultats à partir des activités, l'état de l'expression des résultats issus de l'introduction et les groupes d'indicateurs d'évaluation y relatifs, des projets actuellement en cours d'exécution dans les 15 pays d'Afrique. Sont inclus, en outre, les éléments et points à prendre en compte à l'occasion de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

La littérature objet de la revue est classifiée selon les 4 catégories de documents ci-après :

- A. Littérature, mémoires, et rapports portant sur les 5S-KAIZEN-TQM dans le domaine de la santé et des soins médicaux
- B. Littérature concernant les tendances et les cas d'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé et des soins médicaux
- C. Documents concernant la série de projets relatifs au «LE PROGRAMME

D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT » dans les 15 pays d'Afrique subsaharienne

D. Autres (littérature concernant les 5S-KAIZEN-TQM dans les industries manufacturières, etc.)

Ces documents ont été obtenus à partir de rubriques de référence documentaire, de la recherche sur l'Internet et des experts, outre ceux mis à disposition par la JICA.

La littérature principalement passée en revue dans la présente étude est indiquée ci-après par catégorie sous forme de tableau.

Tableau 2 Documentation examinée dans cette enquête

Documentation Numéro	Documentation	Sommaire du contenu
A-1	Tomoko Kawakami, "Signification théorique de l'introduction des méthodes de production de Toyota dans le domaine des services médicaux," Collection de thèses, Faculté de Commerce, Université de Kansai, Vol. 56, No. 3, Décembre 2011	La gestion hospitalière a eu à bénéficier d'un environnement relativement stable aux Etats Unis, mais a été obligée d'opérer un changement radical à cause de la réforme réglementaire du système de santé et de l'importance croissante de la gestion intégrée des soins de santé, où les concepts de coûts et d'efficacité sont mis en avant dans la gestion de l'hôpital. (page 57)
A-2	"Une étude sur le renforcement d'une organisation par la méthode de Gestion de la Qualité Totale (TQM) dans le domaine des soins de santé et de la "médecine" JICA, 2006	"L'Agence for Healthcare Research Quality (AHRQ) mesure la qualité en utilisant 179 indicateurs au niveau étatique et fédéral et publie les résultats chaque année. Par ailleurs, afin de mesurer la méthode de paiement des services médicaux basée sur la qualité du service (Rémunération au rendement), l'American Medical Association a choisi 100 indicateurs cliniques et conduit d'autres activités. " (page 11) "Au Japon, la qualité des services médicaux a soudainement été mise en lumière par les citoyens en 1999 lorsqu'un malade confondu a été traité par erreur à l'Hôpital Universitaire de la ville de Yokohama." (page 12)
A-3	"Mesures Générales de Promotion de la Sécurité Médicale," Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales (2005)	"il est essentiel d'améliorer la qualité personnelle "des employés," "des biens," "de l'organisation," et "des logiciels" dans les services médicaux."
A-4	"Simple diagnostic de gestion," Agence Nationale de Protection Sociale et de Services de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • L'Agence a commencé le service de diagnostic de la gestion des établissements de santé en 1985 sous le concept, "Même les entreprises de sécurité sociale et de services médicaux socialement importantes ne peuvent survivre sans une saine gestion des affaires" • L'Agence prépare un outil de diagnostic de gestion pour les sociétés médicales, et le publie en ligne. L'outil utilise 25 indicateurs en 5 rubriques – fonctionnalité, adéquation de coût, productivité, stabilité, et profitabilité

A-5	“5S en séance médicale pour prévenir les erreurs et les accidents,” Solution JIPM, 2011	Concept supérieur de l’Activité 5S, résultat, condition d’expression du résultat, processus, goulots d’étranglement, moyens de surmonter les goulots d’étranglements, et les indicateurs de mesure à l’Hôpital Général de Takeda
A-6	Seiichi Iesato, “Un débat sur l’introduction du TQM en gestion hospitalière,” Mita Rapport d’activité, Vol. 49, No. 5, Décembre, 2006	Concept supérieur, résultats, condition d’expression du résultat, goulots d’étranglements et moyens de les surmonter à l’hôpital Nerima.
A-7	Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda “Gestion du changement pour les hôpitaux” 2011	Concept supérieur, résultats, condition d’expression du résultat, goulots d’étranglements et moyens de les surmonter et indicateurs de mesure dans l’Activités 5S
B-1	Donald M. Berwick “Curing Health Care” 1990 D.M. Berwick “Curing Health Care – Un défi pour le Nouveau Système Médical” Nakayama Shoten Co., Ltd., 2002	“Les organisations à but non lucratif nécessitent une gestion spéciale pour subsister depuis que les institutions médicales sont devenues des entreprises à but lucratif.” “Un projet était conduit pour vérifier TQM dans les services médicaux de 21 hôpitaux où TQM était introduite (NDP: Projet de Démonstration Nationale sur TQM pour la santé)” • Concept supérieur, résultats, condition d’expression du résultat, goulots d’étranglements et moyens de les surmonter et indicateurs de mesure concernant l’amélioration de la qualité médicale aux Etats Unis. NDP
B-2	Charles Kenney “ Transforming Health Care: Centre Médical Virginia Mason “Pursuit of the Perfect Patient Experience” Productivity Press Taylor & Francis Group, 2011	Il présente le processus d’introduction de la méthode de gestion simplifiée de Toyota au Centre Médical Virginia Mason des Etats Unis pour améliorer la gestion hospitalière et la qualité des services médicaux.
B-3	“Activités 5S à l’Hôpital de la ville d’Iwata - Efforts vers l’Activité 5S par tous les employés » Hôpital de la ville d’Iwata, 2012	Concept supérieur, résultats, condition d’expression du résultat, goulots d’étranglements et moyens de les surmonter et indicateurs de mesure dans l’Activités 5S.
B-4	Shozo Miyake, et al. “Défi Infini pour la Sécurité Médicale ” Elsevier Japon KK., 2005	Concept supérieur et processus dans l’activité d’amélioration de la qualité à l’Hôpital Musashino de la Croix Rouge Japonaise.
B-5	“Nimnath Withanachch, Wimal Karandagoda et Yujiro Handa “Un programme d’amélioration de la performance à l’Hôpital Publique de Sri Lanka : une présentation”	Concept supérieur, résultats, condition d’expression du résultat, goulots d’étranglements et moyens de les surmonter et indicateurs de mesure dans l’Activités 5S à l’Hôpital Maternel de Castle Street.
C-1	ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D’AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT» - Rapport, JICA Juin, 2012	“il y a absolument un faible nombre d’établissements de soins de santé et de services médicaux en Afrique” (Résumé page i)

C-2	«ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT» Rapport final, JICA Mars, 2011	“Le système de santé et les établissements médicaux dans les pays en voie de développement, en particulier les pays africains, sont confrontés à un manque de ressources comprenant médecins, infirmiers et autre personnel médical, d'équipement et de matériel médical, de médicaments et de budget de fonctionnement des établissements. Ils souffrent aussi de déficit d'information sur les dossiers des malades, les indicateurs cliniques et les données épidémiologiques. Dans ces pays des soins de santé et des services médicaux adéquats ne peuvent être dispensés à cause de la situation évoquée ci-dessus et du bas moral du personnel médical, du manque de connaissance/reconnaissance sur la sécurité et les droits des malades.”(Résumé page i)
D-1	Yukio Kakiuchi, “KZ Méthode d'amélioration d'usine,” Association des Consultants en management du Japon, 2008	L'auteur suggère une méthode de promotion de l'amélioration des activités dans les manufactures japonaises “aller au cœur du problème en se concentrant sur une zone limitée du lieu de travail, au lieu de l'usine dans son ensemble”

2.2.1.1 Tendances de l'amélioration de la qualité des soins médicaux au Japon, aux EtatsUnis et au Sri Lanka

(1) Tendances au Japon

Au Japon, les accidents liés aux erreurs de traitement des patients survenus en 1999, à l'Hôpital de l'Université de la Ville de Yokohama peuvent être soulevés comme la raison ayant suscité le renforcement de l'intérêt pour la qualité des soins médicaux au sein de la population.³ Par la suite, conséquence des accidents médicaux successifs, la confiance de la population dans les soins médicaux disparut et la prévention des accidents médicaux devint un des plus grands problèmes dans le monde médical. Entretemps, l'intérêt des populations pour la qualité de la santé et des soins médicaux ayant augmenté et l'évaluation de la qualité des divers centres de santé ayant fait l'objet de publications successives, le monde académique aussi a rassemblé les cas des opérations chirurgicales et un projet de mesure et d'amélioration de la qualité des soins a été démarré. Même du point de vue politique sanitaire, la Politique générale de propulsion de la sécurité médicale élaborée par le Ministère de la Santé publique et du Travail en 2002, a été révisée en 2005, et la nécessité de relever la qualité de chacun des éléments, «personnes», «objets», «organisation» et «connaissances», y a été évoquée. Entre autres, le relèvement de la sécurité du système incorporant, «les techniques de gestion de l'amélioration de la qualité des produits dans les industries manufacturières» notamment et la «réduction notamment de la collecte, de l'analyse et des résultats des cas de référence» dans les industries manufacturières, y sont présentés.

Parallèlement à ce mouvement, à partir du milieu des années 2000, les activités 5S, KAIZEN et TQM qui sont à la pointe de l'industrie manufacturière du Japon ont commencé à être introduites individuellement à l'Hôpital polyclinique Takeda⁴, l'Hôpital

3 «Recherche sur le renforcement organisationnel de la « Technique de gestion globale de la qualité (TQM)» dans le secteur de santé et des soins médicaux» JICA - 2006

4 « 5S pour des soins médicaux de terrain qui éliminent les erreurs et accidents» Solutions JIPM 2011

Général Municipal d'Iwata⁵ et l'Hôpital Polyclinique de Nerima⁶, comme technique d'amélioration de la gestion de l'hôpital.

L'Agence du Bien-être et des Soins Médicaux a commencé des activités de diagnostic de la gestion des centres de santé depuis 1985 en se fondant sur la pensée selon laquelle « même les activités de bien-être social et les activités de soins médicaux à haute signification sociale ne subsisteront pas si la bonne gestion disparaît ». Au total, 575 cas de diagnostics sont en cours d'exécution durant l'année 2013. En outre, des outils de diagnostic de la gestion destinés aux personnes morales de la santé sont élaborés et présentés en ligne sur internet⁷. Y sont fixés 25 indicateurs, semblables aux indicateurs de gestion du milieu des industries manufacturières, ont été fixés à partir des 5 éléments que sont le fonctionnement, l'adéquation des coûts, la productivité, la sécurité et la rentabilité. Des éléments relatifs à la gestion des hôpitaux comme la part des frais de personnel, le taux de couverture des dépenses par les recettes, la productivité du travail, les recettes médicales annuelles par lit, etc. sont comprises dans l'interprétation de ces indicateurs.

Entrefilet 1. Cas de l'Hôpital Municipal Iwata

A partir de 2007, l'hôpital dans son ensemble, a commencé à aborder les activités 5S. L'assainissement de la gestion de l'hôpital et l'amélioration de la sécurité médicale sont visés en aménageant l'environnement du travail et la manière de faire progresser le travail dans l'hôpital et en réduisant les divers gaspillages et en diminuant les erreurs. Comme un des résultats, les stocks de médicaments et d'équipements ont connu une réduction de 8 millions de Yens. La continuité d'activités 5S autonomes, sans compter sur un expert externe, est visé comme objectif prochain et le Bureau de promotion des 5S (Réunion des gestionnaires) et le Comité de promotion des 5S (les administrateurs des divers services) installés dans l'hôpital fonctionnent comme clé institutionnelle des activités 5S.

(2) Tendances en Amérique

Aux Etats-Unis, en fonction de la révision juridique de Medicare⁸ et de la puissance de Managed Care⁹, de grands changements ont été subis dans la gestion des hôpitaux qui jusqu'à ce jour était dans un environnement relativement sûr et il a été remarqué que les concepts de coûts et d'efficacité ont été introduits dans les hôpitaux¹⁰. Ces changements sont appelés Commercialisation des soins de santé dans "Curing Health Care"¹¹ (Guérison des soins de santé) et en fonction de leurs effets, il est dit qu'une gestion expert est devenue nécessaire pour survivre même dans les organisations non lucratives.

A partir de 2003, l'Agence pour la Recherche en Santé et la Qualité (AHRQ) a mesuré la qualité de la santé et des soins médicaux au niveau des Etats et du pays en utilisant 179

⁵ «Activités 5S de l'Hôpital Général d'Iwata! Vers la mise en œuvre d'activités 5S avec la participation de l'ensemble des personnes» l'Hôpital Général d'Iwata, 2012

⁶ «Réflexion sur l'introduction de TQM dans la gestion des hôpitaux» Recherche – Ecole de Commerce de Mita - N°49, Vol. 5, 2006

⁷ <http://hp.wam.go.jp/guide/keiei/management/consultation/tabid/134/Default.aspx>

⁸ Assurance médicale applicable aux personnes âgées de plus de 65 ans.

⁹ Système d'assurance médicale ayant pour objectif le contrôle des frais médicaux en utilisant la technique de gestion médicale

¹⁰ Kawakami Tomoko Signification théorique de l'introduction du système de production de Toyota dans le domaine des soins de santé (Mémoire, Volume 56, n° 3 – Université du Kansai – Décembre 2011)

¹¹ DM Berwick, Curing Health Care (Guérir les soins de santé) – Le défi d'un nouveau système de santé (Nakayama Shoten - 20002)

indicateurs qu'elle publie annuellement. En outre, pour la mesure du système de paiement pour la performance (Pay for Performance) des soins médicaux basés sur la qualité de la santé et des soins médicaux, l'Ordre des Médecins des Etats-Unis a exécuté une activité dite de sélection de 100 indicateurs cliniques appropriés (Recherche sur le renforcement organisationnel basé sur la « technique de gestion totale de la qualité (TQM) » dans le secteur sanitaire et médical) et le NDP qui procède à l'introduction de la TQM dans 21 hôpitaux, est exécuté depuis 1997 ("Curing Health Care").

Au Centre médical de Mason, en Virginie, qui était à la veille de la rupture de gestion, l'examen de l'introduction a été fait après avoir écouté le discours d'un fabricant de la place qui avait présenté les gros résultats obtenus en amélioration de la qualité de sa gestion suite à l'introduction du système de production de Toyota¹². Par la suite, en 2002, après la participation à un cours de 2 semaines à Toyota au Japon, les activités se sont approfondies et actuellement aux Etats-Unis, l'hôpital est devenu l'un des hôpitaux les plus fiers de la qualité de leurs soins médicaux de la santé de leur gestion.

(3) Tendances au Sri Lanka

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Castle Street au Sri Lanka, le directeur de l'hôpital de l'époque qui visait un objectif élevé de baisse du taux d'infection hospitalière, avait appris un système japonais de gestion introduite du Japon par une entreprise locale qu'il a introduit comme technique de gestion de l'environnement du service de l'hôpital. Au début, comme il lui était difficile d'obtenir des fonds d'activités à partir du Ministère de la Santé, il commença les activités en rassemblant des fonds à partir d'organisations commerciales sponsors et les réalisa avec succès.¹³

Ensuite, les détails des activités d'amélioration de la qualité de la santé et des soins médicaux dans chacun des pays que sont le Japon, les Etats-Unis et le Sri Lanka, ont été classés en 7 éléments, 1) concept supérieur, 2) résultats des activités, 3) condition d'expression des résultats, 4) processus des activités, 5) goulets d'étranglement des activités, 6) moyens de surmonter les goulets d'étranglement et 7) indicateurs utilisés pour l'évaluation, et comparés. Les éléments dont les caractéristiques ont été sélectionnées sont résumés dans le tableau n° 1.

1) Concept supérieur

Le concept supérieur, l'organisation montre les résultats qu'elle veut finalement réaliser à travers les activités. Au Japon, l'Hôpital Général Municipal d'Iwata, l'Hôpital Polyclinique Takeda, l'Hôpital de la Croix Rouge de Musashino¹⁴ et l'Hôpital Polyclinique de Nerima ont commencé à aborder les activités 5S en se fixant comme objectif de se dégager du déficit et de diminuer les gaspillages de gestion. Même dans le cas de l'exemple de NDP d'Amérique, suite à l'élévation des coûts, l'hôpital a commencé par aborder un objectif d'amélioration de la gestion à partir de la recherche de la réduction des coûts et de l'amélioration de l'efficacité. Par conséquent, on peut dire que dans les cas du Japon et de l'Amérique, l'amélioration de la gestion des hôpitaux était le concept supérieur dans les projets introduisant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux. Ainsi, au Japon et en Amérique, le concept supérieur est «l'amélioration de la gestion de l'hôpital». Toutefois, son contenu n'est pas seulement simplement une réduction des coûts et une

¹² Charles Kenney – Changer le système de soins de santé : Le centre Médical Mason de Virginia à la poursuite d'une parfaite expérience des patients - Productivity Press Taylor & Francis Group 2011

¹³ Nimnath Withanachch, Wimal Karandagoda and Yujiro Handa – Programme d'amélioration de la performance dans un hôpital public au Sri Lanka : une introduction

¹⁴ Cri de défi vers la sécurité médicale – Elzebia Japon 2005

augmentation des recettes mais de larges activités, notamment le contrôle des dépenses liées aux fonds de transaction inutiles basé sur «l'élimination des accidents médicaux» et «la réduction de l'infection hospitalière» et une augmentation du nombre de malades passant «l'amélioration des services aux patients» fondée sur l'amélioration de l'efficacité des services.

Au Sri Lanka, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Castle Street est un hôpital national et sa position dans ce pays est de fournir des soins médicaux de bonne qualité à une population toujours plus nombreuse et on peut penser que «la réduction de l'infection hospitalière» d'une priorité immédiate plus grande que la «l'amélioration de la gestion de l'hôpital» a été appliquée comme concept supérieur.

2) Résultats des activités

Selon la différence de l'objectif supérieur, dans les cas japonais et américain, les résultats dus à l'efficacité de la gestion, la réduction des dépenses notamment, sont énoncés comme résultats des activités alors que dans les cas Sri Lankais, la réduction du taux d'infection est donnée comme le résultat d'activités d'une quantité déterminée. Ce qui peut être observé comme résultat direct des activités, l'amélioration de l'environnement du travail, le changement de l'esprit du personnel, l'amélioration de la communication entre les départements et les catégories professionnelles, est commun au Japon, à l'Amérique et au Sri Lanka.

3) Conditions d'expression des résultats

La participation de tous y compris les médecins ou l'organisation d'équipes surpassant les catégories professionnelles sont mentionnées comme communes aux 3 pays. Par ailleurs, à la première étape de l'introduction, la réalisation rigoureuse de la conception des activités et de l'éducation sur les outils de base sont cités comme commune aux 3 pays. En Amérique, les points qui recommandent la gestion totale de la qualité (TQM) sont caractéristiques. Dans l'hôpital de Nerima, le leadership du directeur est clairement donné comme caractéristique mais même dans les autres hôpitaux, les activités étant propulsées par le fort leadership du directeur de l'hôpital, la consultation reste importante comme condition d'expression des résultats.

D'une part, dans tous les 4 hôpitaux japonais, l'expérience montre que les activités participatives impliquant tout le monde du bas vers le haut, sont importantes et qu'avec la seule approche du haut vers le bas en passant par l'organigramme, la sensation de la charge devient plus importante chez les responsables et les activités finissent par stagner.

4) Processus des activités

Dans les hôpitaux des 3 pays, à défaut de la participation des autorités de tutelle de l'administration centrale comme le Ministère de la Santé, à l'occasion du démarrage des activités, les directeurs d'hôpital ont comme point commun d'avoir pris conscience des problèmes de l'hôpital et trouvé comme méthode de solution, de démarrer personnellement les activités. Parmi ces 3 pays, concernant les cas de l'Amérique et du Japon, il semble que ce sont des cas où les hôpitaux privés ont mené l'introduction de l'approche et que la faible participation des autorités est naturelle. Par ailleurs, concernant le cas du Sri Lanka, c'est parce qu'au début, le directeur de l'hôpital a introduit l'approche comme nouvelle approche et d'importants résultats ont été observés que le Ministère de la Santé, en tant que point central, s'est attelé à diffuser «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les autres hôpitaux du pays

Le Japon et les Etats-Unis sont en train d'exécuter des activités KAIZEN basées sur le cycle PDCA (Plan, Do, Check, Action Cycle). A l'Hôpital Général de Takeda, l'expérience du dirigeant des activités montre que les membres ne travaillant pas sur «simple appel au travail dans les activités», «la propulsion des 5S reste dans la manière de faire avancer le travail»; c'est-à-dire qu'ils ont appris «l'importance de faire fonctionner le cycle du PDCA» est-il mentionné.

Finalement, comme dans les conditions d'expression des résultats dans les 3 pays, «la participation de tous les services y compris celle des médecins» est recommandée, mais à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Castle Street au Sri Lanka, il est noté que «de petites activités sont commencées exprès et sont finalement étendues à tout l'hôpital». Même au Japon et en Amérique, au moment de démarrer des activités, ce n'est pas toujours que le démarrage et le démarrage volontaire des activités au niveau des services pilotes comme indiqué, commence au niveau de l'ensemble de l'organisation.

Même dans l'industrie manufacturière japonaise, dans les grandes entreprises, il y a beaucoup de cas où les activités sont menées au niveau de l'ensemble de la compagnie mais dans les petites et moyennes entreprises, comme mode d'avancement de KAIZEN, dans beaucoup de cas, «ce n'est pas au niveau de l'ensemble de l'atelier mais la recherche des problématiques effectuée en se concentrant sur un lieu d'une superficie limitée», les résultats de la politique sont produits et étendus à l'ensemble des services par la suite.¹⁵ On peut penser que cette différence est due au fait que suffisamment de personnel permanent est alloué aux activités et des ressources suffisantes existent dans les grandes entreprises pour faire appel à l'assistance d'experts externes alors que dans les petites et moyennes entreprises, les ressources humaines et financières manquent. Même dans hôpitaux des pays en développement, un état similaire d'insuffisance de ressources existe et il est nécessaire d'en tenir compte. Ce point-ci, même dans les hôpitaux des pays en développement qui font face à un manque de ressources, comme pour les petites et moyennes entreprises, il est possible de pouvoir consulter ces techniques ainsi usitées par les petites et moyennes entreprises.

5) Goulets d'étranglement des activités

Les points communs soulevés sont la difficulté d'obtenir la compréhension et l'implication de tout le monde et en particulier, l'implication des médecins reste un point ardu. Un point de vue est que la cause serait que les médecins sont des professionnels spécialisés et peuvent facilement se tourner en un système bureaucratique de professionnels spécialisés dans les hôpitaux généraux notamment.¹⁶

Cependant, si «l'insuffisance d'implication des médecins» en tant que telle se limitait seulement à un manque d'intérêt des docteurs, cela n'apparaît pas comme un grand obstacle au début de l'introduction. Le problème est que le personnel qui n'a pas envie de changer l'environnement ordinaire du travail qui implique les médecins et la manière de faire avancer le travail, devient une force d'opposition.

6) Procédé de maîtrise des goulets d'étranglement

Il est indiqué que dans les 3 pays, une compréhension et une initiative basées sur un leader le directeur de l'hôpital notamment et une forte persuasion des membres non coopératifs, sont nécessaires comme procédé de maîtrise des goulets d'étranglement.

¹⁵ Kikuuchi Yukio -amélioration de l'usine – Association Japonaise pour la Rationalisation de la Gestion - 2008

¹⁶ Iesato Seiichi – Considérations sur l'introduction de la TQM dans la gestion des hôpitaux (Recherche Mita Sur le Commerce, Volume 49, n° 5 – Décembre 2012

Au Japon, concernant l'implication des médecins, il y a des cas à méditer où des dispositifs notamment comme dans l'exemple de l'Hôpital Général de Nerima, une méthode faisant participer 1 médecin dans chaque groupe comme observateur sans impliquer l'ensemble des personnes depuis le début et comme dans le cas de l'Hôpital Général de Takeda, au début, on commence avec les infirmiers et le personnel seulement sans inclure les médecins. En Amérique, il est indiqué comme goulet d'étranglement le fait qu'à cause du devoir de réserve des médecins, au début, on est enclin à viser le service de gestion mais il n'a pas été observé de cas où des dispositifs spéciaux autres que le leadership de pointe sont conçus.

7) Indicateurs utilisés dans l'évaluation (Voir le Tableau 3)

Au Japon, concernant les activités imaginées sur le terrain, la mesure est faite en portant sur les check-list, comme indicateurs, les notes concernant les résultats relatifs aux problèmes soulevés dans les divers services. Simultanément, concernant les indicateurs portant sur les activités imaginées par les dirigeants, les indicateurs de gestion utilisés pour le diagnostic de la gestion sont offerts par l'Agence des Soins Médicaux et du Bien-être (Allemagne) comme indicateur top-down.

En Amérique, le NDP prépare des indicateurs standards pour mesurer l'efficacité de la gestion notamment du nombre d'enregistrements de consultations incomplètes provenant du temps d'attente à la pédiatrie, de la durée moyenne du temps de réponse des infirmiers au téléphone, des omissions de numéros d'assurance santé, etc. comme indicateur TQM dans les hôpitaux.

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Castle Street au Sri Lanka, des indicateurs directement liés aux maladies contagieuses, le taux d'infection, le taux de décès, le taux de décès à la naissance, etc. sont fixés.

Tableau 3 Situation des interventions relatives à l'amélioration de la qualité des soins médicaux

	Etats Unis Situation au NDP (de "Soigner le Système de Santé" ¹³)	Japon Situation à l'Hôpital Général de Takeda ⁴ , Hôpital de la ville d'Iwata ⁵ , Hôpital de Nerima ⁶ , Hôpital Musashino de la Croix Rouge Japonaise ¹⁶	Sri Lanka Situation à l'Hôpital de la Maternité de Castle Street ¹⁴
1) Concption supérieure	1. Prévention des dépenses médicales croissantes 2. Compétition dans le secteur à but non lucratif causée par l'obligation de rentabilité des établissements médicaux.	(Iwata) Amélioration en Gestion hospitalière (Takeda) Eliminer le gaspillage de la gestion hospitalière. (Nerima) Résorption du déficit (Musashino) Réduction du fonds d'indemnisation associée aux accidents médicaux. As	Réduction du taux des infections hospitalières.
2) Résultat	1. Recueil et analyse de données par utilisation de graphiques de répartition et de gestion donnant à la direction de nouvelles perspectives. 2. Le personnel récolta la joie de comprendre de nouvelles choses et de réaliser en permanence des améliorations. 3. Le gaspillage, la complexité, et une faible fiabilité influencent le coût. Leur élimination peut réduire le coût.	(Iwata) 1. Des panneaux de signalisation et des affiches à l'hôpital devinrent plus compréhensibles. 2. Des objets laissés sur les étagères et au sol sont enlevés, ce qui assainit le lieu de travail. 3. l'inventaire est soigneusement géré, et les achats excessifs peuvent être évités. 4. Les objets peuvent être facilement retrouvés grâce au stockage amélioré et à la gestion des biens. 5. Les effectifs salariés et non salariés peuvent participer ensemble à l'activité (Takeda) 1. Le management visuel a réduit les erreurs humaines causées par la confusion et la supposition. 2. L'espace est efficacement utilisé grâce à l'élimination des objets inutiles. 3. La satisfaction du malade est améliorée par la propreté de l'hôpital et le bon travail du personnel. 4. An attitude to steadily practice basic rules is sd. (Nerima) 1. résorption du déficit 2. Le sens de la solidarité est nourri à travers les différentes catégories/ divisions d'emplois.	1. Le taux des infections liées aux césariennes a chuté de 52% en deux années. 2. Le taux des infections néonatales a baissé de 58% en 2 ans. 3. Le taux de mortalité par 1000 personnes baissa de 10.3% à 6.9% en 2 ans. 4. le taux de mortalité maternelle par 1000 personnes diminua de 1.09% à 0.24% en 2 ans. 5. L'écart entre les divisions de direction et les divisions médicales a été réduit. 6. L'environnement de travail amélioré a nourri au sein du personnel un mode de pensée positif et une confiance au travail d'équipe.

3) Condition de manifestation de résultat	<p>1. “Le travail d’équipe au sein des différentes catégories est utile pour améliorer la prestation de service médical” : la formation d’équipes à travers les différentes catégories permet au personnel de comprendre les besoins des autres.</p> <p>2. “dispenser la formation le plus tôt possible” : Passer plus de temps à l’enseignement des outils de base permet la réalisation rapide des résultats.</p> <p>3. “Les institutions devraient percevoir la qualité dans un contexte plus général.”: la plupart des hôpitaux utilisent le mot qualité en se limitant à un traitement médical direct, . Une conception plus large de la qualité est plus utile.</p>	<p>(Iwata)</p> <p>1. Tous les employés à l’hôpital de même que les prestataires externes prennent part à l’activité depuis le début. (Takeda)</p> <p>1. Pour que l’activité se poursuive, la participation de tous les employés est nécessaire.</p> <p>2. L’enseignement initial prodigué par les experts externes est plus facilement accepté par les employés. (Nerima)</p> <p>1. Elle devrait être une activité volontaire à tous les niveaux. 2. Le directeur de l’hôpital exerce le gros du pouvoir pour commander, persuader et expliquer.</p>	<p>1. La participation de tous les employés de toutes les catégories est nécessaire à l’activité 5S.</p> <p>2. Aux étapes de planification et d’introduction de 5S, le personnel doit constamment comprendre le concept de staff 5S¹⁷.</p>
4) Opération	<p>Procédure 1. Prendre et prioriser les problèmes; mettre en place le projet et l’équipe</p> <p>Procédure 2. Identifier et analyser les causes.</p> <p>Procédure 3. Discuter des mesures de solutions; adopter des mesures et une méthode de gestion.</p> <p>Procédure 4. Contrôler le niveau de réalisation; suivre le système de gestion.</p>	<p>(Takeda)</p> <p>Procédure 1: Formuler un plan d’introduction Procédure 2: procéder à un cours d’initiation Procédure 3: Organiser et trier les objets. Procédure 4: Nettoyer et maintenir la propreté. Procédure 5: Formation et diffusion. Procédure 6: Développer 5S au travail (Nerima) (Musashino)</p> <p>1. Activité des cercles de Contrôle Qualité 2. Organiser la présentation de l’activité</p>	<p>1. Les hôpitaux ont commencé l’activité 5S à échelle réduite et l’ont ensuite étendu à l’ensemble de l’hôpital à la fin.</p>
5) Goulot d’étranglement	<p>1. “il est difficile d’impliquer les médecins.” Les docteurs ont trop de travail, et ont tendance à considérer “l’assurance qualité” comme un surcroit de travail.</p> <p>2. “L’intérêt initial est concentré sur le processus dans les divisions non cliniques”: L’activité a tendance à être initiée dans les départements de gestion à cause de l’hésitation à impliquer les docteurs.</p> <p>3. Les hôpitaux de grande dimension sont</p>	<p>(Iwata)</p> <p>1. Trier peut être fait de façon informelle, tandis qu’ordonner et nettoyer demande du temps et de la persévérance.</p> <p>2. Les résultats varient selon les différents départements.</p> <p>3. Il n’est pas aisé d’impliquer tout le monde.</p> <p>4. Les employés ont besoin d’un peu de temps pour s’adapter au changement de méthode de gestion après avoir ordonné les choses.</p> <p>5. Quelques employés peuvent manifester de la résistance. (Takeda)</p> <p>1. La participation des médecins depuis</p>	<p>1. Quelques employés ne veulent pas changer l’environnement de travail classique et les procédures de travail.</p> <p>2. les fonds pour l’activité ne peuvent être obtenus du Ministère de la Santé.</p>

¹⁷ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda “Change Management For Hospitals” 2011

	gérés à deux niveaux d'autorité différents – i.e. les départements de gestion et les départements médicaux.	l'introduction est difficile. (Nerima) 1. Il est difficile aux médecins de participer à l'activité. 2. les tracasseries sur les docteurs et les infirmiers augmentent.	
6) Mesures de règlement des goulots d'étranglement.	1. "Les dirigeants contrôlent les destinées de l'amélioration de la qualité aussi bien dans le secteur médical que dans le secteur industriel: dans le projet, les hôpitaux où la haute direction a pris l'initiative ont réalisé une grande réussite.	(Iwata) 1. Trier et ordonner devraient être fait constamment. 2. Tous les employés devraient participer sous la compréhension de la haute direction. (Takeda) 1. Il ne faudrait pas forcer les médecins à participer au stade initial de l'introduction. 2. Les médecins devraient être associés à la fin. (Nerima) 1. Au moins un médecin devrait être inclus dans l'activité de chaque groupe. 2. Une succession d'expériences réussies entretient un sentiment de belles performances.	1. Les activités démarrées au bureau du directeur ont enthousiasmé la motivation du personnel. 2. Le directeur de l'hôpital a entrepris des démarches de sollicitation de parrainages d'entreprises commerciales.
7) Indicateurs	(Exemple d'indicateurs au NDP) 1. Heures d'attente au département pédiatrique 2. Temps moyen mis par les infirmières à répondre aux requêtes par téléphone. 3. Nombre de dossiers médicaux défectueux à cause d'une omission erronée de numéro d'assurance etc.	(Takeda) 1. Points des résultats de la fiche de contrôle de suivi du classement. 2. Niveau de réalisation de l'objectif visé (quoi), niveau d'objectif (jusqu'à quel point ?), et période de mise en œuvre (d'ici quand ?) choisi par lieu de travail Référence: (Agence nationale de protection sociale et de services de santé) 25 indicateurs en 5 éléments – fonctionnalité, pertinence du coût du programme, productivité stabilité, et profitabilité, qui ont été choisis pour outil de diagnostic gestion simple.	1. Taux d'infection en opération césarienne. 2. Taux d'infection des nouveau-nés 3. Taux de mortalité 4. Taux de mortalité maternelle

2.2.1.2 Tendances de l'application des 5S-KAIZEN-TQM au Japon, en Amérique et Sri Lanka et développement des 5S-KAIZEN-TQM en Afrique

Les 5S-KAIZEN est d'abord une technique de pointe d'amélioration de la gestion survenue dans l'industrie manufacturière automobile et représente une activité de type bottom-up menée de façon volontaire en petit groupe pour améliorer la qualité du site ; elle s'est ensuite largement diffusée dans l'industrie manufacturière. TQM est une technique top-down de gestion de l'exploitation née dans l'industrie manufacturière américaine mais reste une technique de mesure de l'optimum général considérant la gestion au sens large du terme. Par la suite, la TQM s'est transmise au Japon et a fusionné avec la technique de type top-down 5S-KAIZEN pour finir par se développer en tant que 5S-KAIZEN-TQM japonais particulier.

Dans les hôpitaux japonais, comme déjà mentionné, à partir du milieu de l'an 2000, ont commencé des essais visant à appliquer aux hôpitaux les 5S-KAIZEN utilisés dans l'industrie manufacturière japonaise avec comme objectif de redresser la gestion et prévenir les accidents dans plusieurs hôpitaux modernes. Ensuite, elle a été inscrite dans la politique de générale de propulsion de la sécurité des soins médicaux du Ministère de la Santé et diffusée dans tout le pays.

Dans les hôpitaux américains, le NDP chargé de l'application de la TQM employée dans l'industrie manufacturière américaine, à l'amélioration de la gestion des hôpitaux, a été exécuté dans 21 hôpitaux à partir de 1997, avec comme arrière-plan la critique de l'élévation des coûts des soins médicaux. Le centre Médical Mason de Seattle, en Virginie, ayant entendu le discours d'un fabricant local ayant adopté le système de production de Toyota, a introduit des outils TQM¹⁸ en 2002 et réalisé de gros résultats. La TQM s'es par la suite répandue dans les hôpitaux américains.

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Castle Street au Sri Lanka, le directeur de l'hôpital de l'époque, qui s'était fixé un taux élevé de réduction de l'infection hospitalière, a étudié un système japonais de gestion introduit par une entreprise locale (industrie manufacturière) à partir du Japon est à la pointe de la pratique de la technique d'amélioration de l'environnement du service dans les hôpitaux. Par la suite, sur la base de ce cas de succès, à partir de 2005-2007, un coordinateur planificateur de la JICA basé au Bureau d'Assistance de la Région Afrique du Sud Est situé à Nairobi l'a déroulé avec succès en tant que partie intégrante du «Programme de Co-crédation de savoir Asie Afrique», dans 8 pays d'Afrique subsaharienne devenus le premier groupe du « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT » en Afrique.

¹⁸ Charles Kenney – Changer les soins de santé – Le Centre médical Mason à la poursuite de la parfaite expérience des patients Productivity Press Taylor & Francis Group 2011

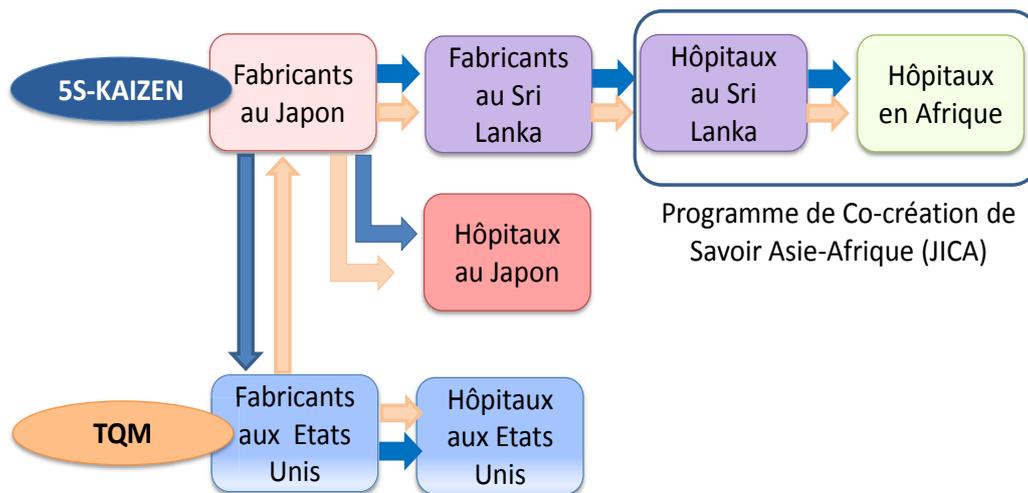


Schéma 4 Amélioration de la qualité dans le domaine des soins médicaux dans les circonstances en cours aux Etats-Unis

2.2.1.3 Analyse du cadre-repère des projets liés au « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT »

Concernant les divers projets en cours d'exécution dans les 15 pays d'Afrique subsaharienne, les indicateurs liés aux objectifs, aux résultats et activités, ont été étudiés et analysés transversalement sur la base des documents relatifs à la matrice de conception du projet (MCP) notamment. En outre, «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» étant une étude préparatoire de la coopération, les MCP des divers hôpitaux n'ont pas été confectionnées. Par conséquent, le cadre de l'étude préparatoire de la coopération formant le même programme, a été consulté au titre des données de référence. Par ailleurs, dans le cadre de cette étude, il a été mené l'analyse de la MCP et du tableau d'évaluation préalable à partir du point de vue de savoir quels genres d'effets surgiront dans la conception du projet au moment d'exploiter «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» pour résoudre les problèmes généraux principaux des hôpitaux. Toutefois, étant donné qu'il n'existe pas de projet de coopération technique ciblant les hôpitaux uniquement, vu le point de vue selon lequel «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» est un outil de réalisation des objectifs, au moment de formuler les projets, en réalité, il y a des cas où «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» n'est pas toujours directement reliée au but du projet et des cas où les thèmes essentiels de l'hôpital ne sont pas soulevés comme tels dans les objectif et les indicateurs du projet. Cependant, concernant cette fois-ci, l'existence de ce genre de cas, l'analyse a été menée à partir du point de vue de prendre connaissance les problèmes essentiels de l'hôpital tout en vérifiant aussi s'ils sont reflétés dans les objectifs et les indicateurs du projet.

L'objectif et les résultats des projets cibles sont indiqués sous forme de liste, dans le tableau 4 ci-après.

Tableau 4 Objectifs et indicateurs des projets

	Nom du Projet (Nom de Pays)	Objectif du Projet	Contenu	Indicateurs de résultat ※Extraire uniquement les indicateurs liés à 5S-KAIZEN-TQM
1	LE PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT - Programme de Co-création de Savoir Asie-Afrique	Dans les pays participants, l'orientation de la réforme hospitalière est menée par la gestion du système de santé et de prestation de services médicaux est clarifiée ,où des mesures spécifiques d'amélioration des services de soins de santé qui peuvent être introduites sans aide extérieur même sous une pénurie chronique de ressources sont proposées.	1) Améliorer la gestion hospitalière en utilisant 5S-KAIZEN-TQM. 2) La Direction de l'Hôpital, le Ministère de la Santé et les décideurs politiques préparent une proposition de cadre stratégique/politique générale d'amélioration de la gestion hospitalière à faire aux autres pays et à la communauté des donateurs. 3) Le système de soins de santé sera renforcé par l'utilisation de ressources humaines en soins de santé développées.	-
2	Le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et les Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile	Promouvoir la réduction de la mortalité périnatale par la réduction de 75%, de la mortalité infantile par une amélioration de 5 % , de l'accès à des services médicaux et soins de santé de qualité.	1) Commencer par utiliser 5S-KAIZEN-TQM pour améliorer le cadre de travail dans l'hôpital et réaliser l'objectif du projet.	1-a) Un Comité 5S est mis en place au CRP de l'Hôpital et aux Institutions Nationales de Santé Publique. 1-b) L'équipe de mise en œuvre de l'Activité 5S est placée dans les établissements ciblés. 1-c) Une démarche de contrôle de la qualité est affichée dans les établissements ciblés. 1-d) Un rapport d'activité du WIT est préparé mensuellement. 2) Les activités 5S suivantes sont mises en œuvre par le WIT (fiche de suivi) dans les établissements ciblés. (1) Des mesures de séparation des déchets dangereux et médicaux sont appliquées et la séparation est mise en œuvre. (2) Les méthodes de stockage du matériel sont appliquées par des procédures r�glement�es et mises en œuvre/ (3) Des chaises pour les malades dans les salles d'attente sont installées et utilisées dans des endroits appropriés.
3	Projet de Renforcement du Management de Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou	Renforcer la capacité de gestion en se concentrant sur les résultats au Centre de Santé et au Poste de Santé de ces régions.	1) Renforcer la capacité du Centre de Santé et du Poste de Santé de ces régions pour formuler des plans et en assurer le suivi	(1) Un système d'amélioration de la capacité de gestion des ressources (�quipe de formateurs, modules de formation, directives de mise en application, cadres d'apprentissage, mécanisme de suivi-évaluation et de financement) seront

			<p>(M&E).</p> <p>2) En utilisant 5S-KAIZEN-TQM, le potentiel en ressources (ressources humaines, comptabilité/finance, médicaments, matériel et équipement médical, installations et système de gestion) du Centre de Santé et du Poste de Santé devrait s'améliorer.</p> <p>3) L'expérience du projet devra être partagée à l'intérieur et aux alentours de Tumbacounda et Kédougou.</p>	<p>mis en place d'ici la fin de l'année 2013.</p> <p>(2) Avant la fin de 2012, une version initiale d'un Guide Pratique 5S-KAIZEN-TQM sera présentée.</p> <p>(3) Avant la fin de 2012, des séances de formation en in 5S-KAIZEN-TQM se dérouleront dans les 10 Centres de Santé.</p> <p>(4) Avant la fin de 2013, une version finale d'un Guide Pratique 5S-KAIZEN-TQM sera présentée.</p> <p>(5) Avant la fin de 2013, le Guide sur la gestion des ressources sera présenté.</p> <p>(6) Avant la fin de 2013, plus de 80% des équipes de gestion des Services Régionaux Médicaux et des Districts Sanitaires vont prendre part aux formations sur les différents guides/outils de gestion des ressources (telles que les ressources humaines, comptabilité/finance, équipement médical et gestion des installations, etc.).</p>
4	Projet de renforcement du développement des ressources humaines de la santé en Tanzanie	Renforcer les ressources humaines en soins de santé et les ressources humaines.	<p>1) Renforcer la capacité de planification en ressources humaines de soins de santé par une utilisation efficace du système d'information en ressources humaines de soins de santé et du système d'information des établissements d'enseignement.</p> <p>2) Utiliser 5S-KAIZEN-TQM pour améliorer/renforcer la qualité du système de soins de santé et des services médicaux.</p>	<p>1. Le degré de compréhension de l'amélioration de la qualité augmente pour les employés des services de santé et sécurité sociale et des tuteurs formés sur 5S-KAIZEN(CQI)-TQM</p> <p>2-a). Le degré de compréhension de l'amélioration de la qualité augmente pour les employés des services de santé et sécurité sociale et des tuteurs formés sur 5S-KAIZEN(CQI)-TQM</p> <p>2-b) Nombre d'établissements et d'institutions de santé qui, utilisant du personnel formé, pratiquent et diffusent l'approche 5S-KAIZEN-TQM</p> <p>※80% des hôpitaux qui mettent en œuvre 5S réalisent un Taux de Progrès 5S * croissant de plus de 20 points.</p>
5	Projet de renforcement des services sanitaires à travers la gestion des infrastructures sanitaires	Améliorer la gestion et l'utilisation des infrastructures de santé.	1) Améliorer/ renforcer la maintenance/ gestion de l'équipement médical en utilisant 5S-KAIZEN-TQM.	1) Le taux des établissements de santé dont l'évaluation a révélé que le cadre de travail s'est amélioré sur la base des augmentations des fiches de vérification 5S-CQI-TQM
6	Expert en 5S-KAIZEN-TQM en vue de l'amélioration de la gestion des hôpitaux	Prodiguer des soins de santé et des services médicaux de grande qualité.	1) Utiliser 5S-KAIZEN-TQM pour améliorer la gestion hospitalière centrale et régionale.	-

En outre, concernant le «Conseiller technique pour le secrétaire général du Ministère de la Santé Publique Projet d'assistance au développement des ressources humaines de la santé» en République Démocratique du Congo, le «Projet de renforcement de la santé maternelle et infantile dans l'Etat de Lagos» au Nigéria et le «Conseiller en Soins continus de santé maternelle et infantile» au Maroc la collecte et la vérification d'informations a été effectuée mais l'application de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» n'a pas été clairement indiquée, a été exclue de l'examen. Les points suivants donnés dans la liste ci-dessus, ① l'objectif supérieur et les indicateurs, ② l'objectif du projet et les indicateurs, ③ les résultats du projet et les indicateurs, ④ les résultats et les indicateurs du projet, , ⑤ les conditions préalables du projet, ⑥ les conditions externes du projet et ⑦ les résultats de l'examen de la logique de la MCP cible sont résumés ci-dessous.

① Finalité globale et indicateurs (voir le tableau 5)

Comme finalité globale, 5 projets ont indiqué «l'amélioration de la qualité des soins médicaux» en relation avec les soins médicaux et 1 seul projet a montré une « amélioration de l'état de la santé». 1 projet a montré un objectif de politique : «l'exécution de la politique de l'Etat». Seul «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT » AAKCP a montré une «amélioration de la gestion de l'hôpital» concernant un objectif de gestion. Ensuite, 2 projets utilisent des statistiques numériques d'assurance comme le taux de létalité dans l'hôpital, le nombre de cas consultés dans l'hôpital, le nombre de référés dans l'hôpital à partir des autres hôpitaux, etc. et 1 projet utilise des statistiques numériques similaires des régions. Des indicateurs standards relatifs à l'objectif supérieur notamment n'avaient pas été fixés dans le cadre du «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT », AAKCP.

Dans les 3 projets, «l'amélioration du degré de satisfaction des patients» est le plus utilisé comme indicateur de la finalité globale. Ensuite, 2 projets utilisent des statistiques numériques d'assurance comme le taux de létalité dans l'hôpital, le nombre de cas consultés dans l'hôpital, le nombre de référés dans l'hôpital à partir des autres hôpitaux, etc. et 1 projet utilise des statistiques numériques similaires des régions. Des indicateurs standards relatifs à l'objectif supérieur notamment n'avaient pas été fixés dans le cadre du « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT », AAKCP.

Tableau 5 Comparaison de l'objectif supérieur et des indicateurs des projets des pays cibles

num éro	Nom du pays	l'objectif supérieur				Indicateurs de l'objectif supérieur				
		Amélioration de la qualité médicale	Amélioration de l'état de santé	Amélioration de la gestion des hôpitaux	La mise en œuvre de la politique nationale	La mise en œuvre de la satisfaction des patients	Statistiques sur l'assurance (équipements médicaux)	Statistiques sur l'assurance (région)	Figure d'exploitation	autre
1	AAKCP			✓						
2	Burundi	✓				✓	✓			
3	Sénégal		✓					✓		
4	Tanzanie	✓				✓				
5	Ouganda	✓				✓	✓		✓	
6	Malawi	✓								

② But de projet et indicateurs (voir le tableau 6)

Le but du projet a été réparti dans 3 domaines : «l'amélioration de la capacité de gestion», «l'amélioration de la qualité des soins médicaux» et «l'amélioration de la gestion de l'hôpital». Ces 5 pays ont soulevé «l'amélioration de la qualité des soins médicaux» et «l'amélioration des capacités du personnel» et «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT » a soulevé «l'amélioration de la qualité de gestion». En outre, des éléments liés aux 5S se révèlent comme indicateurs. Dans 4 projets, plus de la moitié, «l'amélioration des capacités de gestion» qui est liée aux ressources humaines, est fixée comme objectif et on peut présumer que la suppression du manque de personnel qui existe dans cette région reste un problème sérieux. Suivent 2 cas soulevant «l'amélioration de la qualité des soins médicaux» et seul «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» a soulevé «l'amélioration de la gestion de l'hôpital».

4 des projets, plus de la moitié, ont pour objectif «l'amélioration de la capacité de gestion» relative aux ressources humaines et on peut supposer que la liquidation de l'insuffisance des ressources humaines qui existe dans cette région est un problème urgent. «L'amélioration de la qualité des soins médicaux» suit avec projets et «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» est le seul projet montrant une «amélioration de la gestion de l'hôpital».

Les indicateurs de mesure du degré de réalisation des buts du projet, la part de réalisation des valeurs des indicateurs des objectifs de politique nationale notamment, sont les plus nombreux avec 4 projets. On peut penser que ceci est en relation avec le fait que le Burundi cible le personnel de gestion des centres de santé et les projets des 2 pays que sont le Sénégal et la Tanzanie ont pour objectif l'élévation de la capacité de gestion du personnel national et régional. Au Sénégal, dans les divers « services régionaux des soins médicaux » et les districts, le taux d'exécution des Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL) et les Plans de Travail Annuels (PTA) sont fixés. En Tanzanie, «l'augmentation de la part des Préfectures réalisant les objectifs liés aux ressources humaines de la santé», et les hôpitaux en Ouganda, sont ciblés mais ce pays publie le classement annuel des hôpitaux

dans un rapport annuel de performance du secteur de la santé ; la progression de ce classement est utilisée comme indicateur.

Au Burundi et en Ouganda, «les scores des check-lists des activités 5S» sont utilisés à la fois comme indicateurs des buts du projet et la logique aboutissant à la réalisation des objectifs reste floue.

Au Burundi, en Tanzanie et en Ouganda, «le nombre d'hôpitaux améliorés avec les 5S» est utilisé comme indicateur mais seul le Burundi donne une définition claire de « KAIZEN », dans la MCP, pour les deux autres pays, il s'agit de la fixation d'indicateurs basée sur «les scores d'avancement» et la «fiche de pointage 5S-KAIZEN-TQM».

Tableau 6 Comparaison des objectifs des projets et des indicateurs des projets des pays cibles

numéro	Nom du pays	Objectif du projet			Indicateurs des objectifs du projet					
		Amélioration des capacités de gestion	Amélioration de la qualité médicale	Amélioration de la gestion des hôpitaux	Objectif quantitatif de la politique nationale	Indicateurs de l'activité 5S	Nombre d'hôpitaux améliorés par 5S	Plan d'activité annuel	Enquête sur la satisfaction des patients	autre
1	AAKCP			✓						
2	Burundi		✓		✓	✓	✓		✓	
3	Sénégal	✓			✓			✓		
4	Tanzanie	✓			✓		✓			
5	Ouganda	✓			✓	✓	✓			
6	Malawi		✓							

③ Résultats et indicateurs des projets

Les résultats des projets doivent évidemment correspondre aux indicateurs du projet. D'autre part, des cas où la relation entre les objectifs et les résultats sont difficiles à comprendre ont été observés. A propos de l'ensemble des indicateurs d'objectif, il y a beaucoup de cas où l'exécution des activités « 5S-KAIZEN-TQM » elles-mêmes, est soulevée comme indicateur et il semble que les activités elles-mêmes ne sont pas fondées par objectif.

Il est nécessaire de montrer clairement les activités et les voies d'expression de leurs effets et aussi les indicateurs, dans la conception du projet pour arriver à intégrer effectivement «l'approche 5S-KAIZEN-TQM » dans les divers projets.

(1) Activités et résultats de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» (voir les tableaux 7 et 8)

Comme contenu des activités de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dégagée de la MCP et des documents, la formation de formateurs (training of trainers : TOT) et des formations sous forme de tournées ont été exécutées dans 6 projets, dans le cadre de la réalisation de la formation. Des activités 5S-KAIZEN-TQM dont les étapes sont différentes dans chaque pays, sont exécutées dans 6 projets. Le suivi et l'évaluation (M&E : monitoring and évaluation) sont exécutés dans 5 projets.

Vu pays par pays, il semble que la Tanzanie et l'Ouganda ont établi les activités en passant de la formation aux activités, à la reconnaissance publique et l'évaluation et les activités progressent. Le Burundi et le Malawi aussi, ne disposent pas de système de reconnaissance publique mais il semble qu'une série d'activités, formation – activités – évaluation, est réalisée.

L'expression des résultats 5S-KAIZEN-TQM des projets cibles est résumée dans le tableau 6. En Erythrée, au Madagascar, au Mali, au Burkina Faso, au Congo et au Malawi, les résultats sont donnés jusqu'au niveau KAIZEN sont présentés dans «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT». Dans le cadre du domaine observé lors de la revue de la littérature, dans les autres pays, les résultats restent au niveau des 5S et on peut penser qu'ils ne concernent presque que des éléments portant sur les niveaux de produit des activités 5S.

Dans les projets individuels ciblant les divers des pays, on peut constater des résultats au niveau KAIZEN en Tanzanie et au Malawi. Actuellement, le Sénégal semble être encore à l'étape préparatoire précédant le démarrage des activités (SO). Cela peut faire penser à une différence de coupure selon laquelle alors que «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» exploite principalement la technique TQM, le projet de coopération technique utilise une partie de ces activités pour exécuter l'objectif du concept supérieur. De telles différences peuvent être admises à l'étape de planification de la MCP notamment, mais il est nécessaire de vérifier si ou non des différences se manifestent même dans les activités de terrain.

Tableau 7 Objet des activités de « l'approche 5S-KAIZEN-TQM »

	Nom du pays	Former un comité / équipe	Formuler / mettre en œuvre un plan	Formuler des directives / manuel	Formation (y compris TOT et des formations de type circuit)	Mettre en œuvre des activités	Système de récompense	Suivi et évaluation (S & E)	La coopération de projet dans d'autres pays
1	AAKCP				✓				
2	Burundi				✓	✓		✓	
3	Sénégal		✓		✓			✓	
4	Tanzanie				✓	✓	✓	✓	✓
5	Ouganda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
6	Malawi	✓			✓	✓		✓	

Tableau 8 Expression des résultats 5S-KAIZEN-TQM des projets ciblés

«Programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT »	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser l'entrepôt (Niger) S1, S2 2. Trier les déchets (Bénin, Congo, Burundi) S3 3. Nettoyer l'hôpital (Tanzanie, Erythrée) S3 4. Etiqueter les médicaments (Niger) S4 5. Améliorer la signalisation au sein de l'hôpital (Congo, Niger, Madagascar) S4 6. Préparer le manuel 5S; accueillir les formateurs (Sénégal) S4 7. Formuler un standard d'hygiène (Burundi) S4 8. Afficher organigramme et slogan (Burkina, Sénégal) S4 9. L'attitude du personnel a changé de façon positive. (Mali) S5 10. Diffusion par des affiches 5S (Bénin, Burkina, Madagascar) S5 11. Réunion ordinaire (Sénégal, Bénin, Burundi, Tanzanie, Ouganda) S5 12. Un hébergement hospitalier compétitif (Mali) S5 13. Améliorer la disposition des lits et la division de l'accueil (Erythrée, Madagascar) S5, KAIZEN 14. Mener une enquête sur la satisfaction des patients (Mali, Burkina) S5, KAIZEN 15. Mener la formation 5S de l'hôpital (Congo, Malawi) KAIZEN 16. Matériel de recyclage (Niger) KAIZEN 	<p>S0: Préparation préalable aux 5S</p> <p>S1: Rangement</p> <p>S2: Mise en ordre</p> <p>S3: Nettoyage</p> <p>S4: Propreté</p> <p>S5: Durabilité</p>
Projet de coopération technique par pays	
<p>Burundi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formuler / mettre en œuvre des critères d'hygiène. (S4), 2. Présenter des poubelles exclusivement pour les déchets médicaux (S3) 3. Formuler / mettre en œuvre des règles pour stocker les articles (S4), 4. Installer de nouveaux bancs pour les patients externes aux endroits appropriés. (S2) 5. Favoriser le sens de la responsabilité chez le personnel de santé pour un meilleur service. (S5) <p>Sénégal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Préparer un premier draft d' "Illustration / manuel de pratique du 5S» et «guide pour les instructeurs de pratique du 5S" (S0) 2. Favoriser la formation des instructeurs au 5S (S0) 3. Mettre en œuvre un manuel de formation au 5S basé sur le guide (S0) <p>Tanzanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le 5S a été pratiqué par 55 hôpitaux. 2. Promouvoir 25 instructeurs centraux et 63 instructeurs d'Etat. (S4), 3. Réduire les heures d'attente des patients externes (KAIZEN) 4. Augmenter les bénéfices liés à la révision excessive d'inventaire et en améliorant le fonctionnement de la comptabilité. (KAIZEN) 5. Environ 80% des participants à la formation devrait atteindre au moins 60% de taux de bonne réponse au test post-formation. <p>Nigeria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tenir un suivi / atelier 5S. (S5) 2. Convenir qu'un responsable respectivement du Ministère de la Santé, de LGSC, et de la JICA forment une équipe et assurent un suivi tous les deux mois dans la période de démarrage de l'activité. 	

Maroc:

Le plan d'action a été élaboré. (S0)

Malawi:

1. De l'évaluation faite à partir de la grille d'enquête, le taux de réalisation des activités S1-S3 est insuffisant dans la plupart des établissements ayant mis en œuvre l'activité.
2. Le laboratoire d'analyse de l'hôpital du sud du pays à Mzimba a été la seule à connaître de « légères améliorations » de son activité (KAIZEN)

(2) Conditions présumées du projet

Les pays fixant des conditions présumées sont les 3 pays indiqués ci-après, le Sénégal, la Tanzanie, l'Ouganda.

- L'organisation homologue ne s'oppose pas à l'exécution du projet (Sénégal).
- Diffusion de HRHIS dans 5 régions. La formation sur la collecte des données THS se termine avec 1 zone (Tanzanie).
- L'intérieur du pays n'entre pas en révolte en fonction des élections générales (Ouganda).

(3) Conditions externes du projet

La participation continue de l'homologue et la continuité de l'assistance de l'administration sont indiquées comme conditions externes du projet. Sont en outre indiqués :

- Le personnel ayant reçu la formation continue le service (ne quitte pas l'emploi, ne s'absente pas et ne change pas).
- L'engagement fort et continu du gouvernement.
- Sécurisation du budget (budget d'exécution du projet, salaires des homologues, budget de l'Etat)
- L'affectation et la sécurisation du personnel sont faites.
- La sécurité ne se détériore pas.

(4) Résultats de l'examen de la logique de la MCP cible de l'étude

Les 4 thèmes ont été sélectionnés sur la base de l'analyse de la MCP cible et des résultats de l'examen de la logique d'expression des objectifs utilisant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

- 1) L'aspect de la gestion de l'hôpital concordant au concept supérieur des activités 5S dans les hôpitaux n'est pas suffisamment reflété dans la conception et les indicateurs du projet.
- 2) Les indicateurs de résultat relatifs aux activités 5S s'arrêtent au niveau du résultat.
- 3) La manière d'amélioration de la qualité du service n'est pas suffisamment reflétée dans la conception du projet.
- 4) Les indicateurs de niveau d'impact comme «le degré de satisfaction des patients» sont déterminés dans la finalité globale mais on peut observer un bond dans leur relation avec les objectifs du projet.

Les explications respectives sont données ci-après pour chaque thème.

1) L'aspect de la gestion de l'hôpital concordant au concept supérieur des activités 5S dans les hôpitaux n'est pas suffisamment reflété dans la conception et les indicateurs du projet.

«Le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT » est le seul où l'aspect gestion de l'hôpital a été déclamé. Toutefois, s'agissant d'une étude préparatoire de la coopération, les indicateurs de mesure de ces résultats n'ont pas été fixés. Si «l'amélioration du degré de satisfaction de patients» aborde une partie des indicateurs de la gestion de l'hôpital, «l'étude sur le degré de satisfaction de patients» est menée au Mali et au Burkina Faso et même au Burundi, «l'amélioration du degré de satisfaction» est visée par «l'étude des patients». Cependant, on n'a pas trouvé de projet relatant une amélioration générale de la gestion de l'hôpital basée sur l'amélioration de l'efficacité, la hausse du nombre de patients notamment, comme la réduction de la durée de temps consacré à chaque patient, la réduction des coûts par patient et leurs effets propagés. Même en tenant compte du fait qu'il y a beaucoup de pays où les frais de consultation sont gratuits dans les hôpitaux publics, l'aspect gestion de l'hôpital reste important du point de vue de l'offre de services de soins sanitaires équitables aux nombreuses populations avec un budget fixe.

2) Les indicateurs de résultats relatifs aux activités 5S s'arrêtent au niveau des résultats.

Dans «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT», comme mentionné dans ④ Activités et résultats de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», presque tous les indicateurs de résultat, «étiquetage des produits médicaux» et «séparation des déchets» notamment, sont des indicateurs de niveau de résultat (tableau 8). Dans les cas où des résultats de niveau supérieur sont donnés, il y a des cas où l'expression ne peut être toujours menée avec les 5S seulement mais dans beaucoup de cas, la détermination d'indicateurs est possible jusqu'à l'étape du niveau de résultat direct. Il y a aussi un effet selon lequel avec la fixation de l'indicateur supérieur, le responsable est poussé à réfléchir spontanément sur ce qu'il serait bon de faire. Par exemple, avec la fixation de l'indicateur «étiquetage des produits médicaux», dans beaucoup de cas dans lesquels le responsable ne fera que l'étiquetage qui aura été instruit mais si la réduction de «la durée de vérification des stocks de produits médicaux» est fixée comme indicateur, il est possible de pousser le responsable à réfléchir spontanément sur ce qu'il serait bon de faire pour réduire la durée (les détails sont expliqués dans le chapitre 4).

3) La voie d'amélioration de la qualité du service n'est pas suffisamment reflétée dans la conception du projet.

Dans «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» et la MCP du Maroc, les indicateurs n'étaient pas fixés au début du projet. Concernant «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT », la raison est qu'il s'agissait d'une étude préparatoire de la coopération,

la fixation d'indicateurs n'était pas recherchée.

Au Congo, pour réaliser le résultat «renforcement de la capacité d'exploitation de l'organisation de la Direction des affaires du personnel de la santé» du projet, «l'amélioration de l'environnement du travail» a été fixée comme une de ses activités et «l'exécution d'activités 5S» est introduite comme une des étapes de sa matérialisation. Seulement, les indicateurs de résultat étant «l'élaboration d'un fichier du personnel de la santé» et «l'élaboration d'une planification annuelle des activités», les méthodes par lesquelles l'exécution des activités 5S» aboutit à «l'amélioration de l'environnement du travail» ou les indicateurs appropriés pour supputer ses effets ne semblent pas explicites.

Au Malawi, étant donné qu'il s'agit d'un envoi d'expert, une MCP n'a pas été élaborée et l'objectif étant la «construction d'une organisation pour l'introduction des 5S-KAIZEN-TQM» dans l'ensemble des établissements de santé et soins médicaux, et la méthode, et les indicateurs, vers «l'amélioration de l'offre de services sanitaires» n'étant pas clairs, il semble que l'accent a été mis sur l'exécution des 5S elles-mêmes.

4) Les indicateurs de niveau d'impact comme « le degré de satisfaction des patients » sont déterminés dans la finalité globale mais on peut observer un saut dans leur relation avec les buts du projet.
--

Au Burundi, en Tanzanie et en Ouganda, «l'amélioration du degré de satisfaction des patients» a été donnée comme indicateur de finalité globale.

Les buts du projet burundais étant « la réduction du taux de mortalité des femmes enceintes», «la réduction du taux de mortalité infantile» et «l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services», la relation logique avec «l'amélioration du degré de satisfaction des patients» est solide.

En Tanzanie, le but du projet est le «renforcement des ressources humaines de la santé pouvant offrir un Programme de développement des ressources humaines de la santé et des services de santé et de soins médicaux de haute qualité» avec comme indicateurs, le pointage des scores portant sur l'état de l'amélioration pratique et concrète KAIZEN-TQM dans les divers hôpitaux et est reliée à la finalité globale «degré de satisfaction des patients», en tant que côté recevant les services améliorés par la vérification des hôpitaux améliorés par l'introduction de KAIZEN-TQM.

En Ouganda, l'objectif du projet est «l'amélioration de la gestion et l'utilisation des infrastructures sanitaires», avec comme résultats fixés «l'extension des activités 5S-KAIZEN» dans les hôpitaux cibles, «l'amélioration de l'état de l'utilisation des équipements médicaux» et «le renforcement de la gestion durable des équipements médicaux dans les hôpitaux cibles et l'atelier sur la gestion durable des équipements

médicaux» ; et, il y a un résultat indirect de «l'approche 5S-KAIZEN» mais on peut observer un saut dans la logique.

Comme indiqué ci-dessus, les 4 problèmes ayant été sélectionnés dans la revue de la littérature, ont été examinés à travers l'étude sur terrain et l'écoute de personnes cultivées.

2.2.2 Enquête-écoute

L'enquête-écoute réalisée au Japon avant le commencement des travaux sur le terrain, tout en visitant l'Hôpital général municipal d'Iwata de Shizuoka qui a introduit les 5S et obtenu des résultats, une écoute basée sur des entretiens avec 3 experts s'occupant de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans 15 pays d'Afrique subsaharienne (les personnes cibles des entretiens sont répertoriées dans les documents annexés à la fin de l'étude).

L'objectif des entretiens était de saisir les caractéristiques à prendre nécessairement en considération et les leçons tirées par des Japonais ayant une expérience de terrain à travers les projets, dans le cadre des établissements de santé de 15 pays d'Afrique.

L'objet des entretiens est synthétisé dans la rubrique ci-après.

○Positionnement de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»

- Les 5S ne sont pas un moyen de résoudre des problèmes particuliers ; c'est une méthode d'amélioration de la gestion et un moyen qui propulse la prise de conscience du personnel et mène au renforcement de la capacité organisationnelle.
- «L'approche 5S-KAIZEN-TQM» est principalement un élément utile dans l'élévation de la motivation des personnes occupées dans les soins médicaux et n'a pas d'impact direct sur les indicateurs de taux de mortalité des femmes enceintes, etc.

○Eléments de succès des projets

- La promotion et le succès des 5S reposent très largement sur le directeur de l'hôpital. Toutefois, étant donné que le directeur de l'hôpital à lui seul connaît des limites, la QIT a besoin d'un dispositif organisationnel de suivi et d'approbation des enregistrements et rapports exécutés par WIT.
- Dans la pratique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», il est important que les centres de santé aient d'abord conscience des problèmes. Ensuite, pour une dynamisation continue des activités, il est nécessaire que le processus de résolution de ces divers problèmes et les résultats de ses propres actions soient présentés sous une forme visible.
- L'étape 4S (standardisation) est complexe parce qu'il y a beaucoup de cas où, au moment d'aborder les activités, les hôpitaux se sont basés sur des manuels élaborés par des hommes d'esprit externes et que presque tous les hôpitaux ont commencé des efforts en mettant l'état d'exécution des activités sous forme de documents et en sélectionnant et en standardisant les bons cas d'exemple.

- A l'étape du passage des 5S au KAIZEN, dans le cadre des 5S, la capacité de faire des efforts pour s'atteler suffisamment à la finesse des problèmes, découvrir les problèmes soi-même et résoudre personnellement les problèmes, est nécessaire.
- Problèmes survenant lors de l'exécution du projet, etc.
 - Dans beaucoup de cas, en Afrique les informations de base concernant les données sur la contamination, les données sur les accidents à l'hôpital et les données de liquidation notamment restent un problème survenant au cours de l'exécution des projets.
- Taille et fonctionnement de l'hôpital
 - Si la taille de l'hôpital est trop grande, la vision QIT et celle du directeur de l'hôpital ne pouvant pas couvrir tout l'hôpital, il est difficile de réussir l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM». Il est bon de fixer un domaine visible pour QIT et le directeur de l'hôpital et de commencer petit.
- Participation du Ministère de la Santé
 - Le rôle du Ministère de la Santé est de faire la synthèse des résultats de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» sous forme de documents comme des manuels et directives et d'élaborer les fondements de la diffusion.
 - Comme au Nigéria, il y a aussi un cas où l'amélioration du service avait connu une certaine renommée, les patients augmentèrent, l'hôpital était devenue plus occupé et le traitement se compliqua. Sur ce point, un suivi périodique des problèmes de l'hôpital par le Ministère de la Santé et une organisation qui fait une affectation optimale des ressources humaines sont nécessaires.
 - Il y a des pays où les résultats des 5S abondent comme indicateur d'évaluation du système de Finances basées sur la Performance (Performance-Based Finance (PBF) : mécanisme d'allocation du budget en fonction des performances). Cela pouvant devenir une motivation pour une propulsion active de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les centres de santé, il est nécessaire que le Ministère de la Santé proprement examine l'introduction.

Les points tels que soulevés ci-dessus ont été soulevés par des experts. Parmi les éléments observés pendant les entretiens, en particulier, il est nécessaire d'obtenir des informations du terrain relatives à ce que doit être l'indicateur de résultat de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» et aux problèmes concrets relevés dans l'hôpital.

2.2.3 Synthèse de l'étude au Japon

Les points suivants ont été saisis :

- 1) KAIZEN, comme observé dans les processus d'activité au Japon et en Amérique, a d'habitude comme finalité globale l'amélioration de la gestion ; il s'agit d'activités qui saisissent les problèmes survenant autour de soi et réalisent de façon continue le cycle de solution PDCA.
- 2) Les activités 5S sont des activités qui sans coûter beaucoup peuvent être réalisées avec de petits intrants.
- 3) L'introduction des activités dites KAIZEN et TQM n'est pas toujours indispensables au niveau de l'ensemble de l'organisation; ces activités sont introduites à une dimension conforme à l'état de l'organisation.
- 4) Résultat de l'application des techniques de gestion utilisées dans l'industrie manufacturière aux centres de santé des pays développés comme le Japon et les Etats-Unis, l'amélioration de la gestion des hôpitaux s'est matérialisée à travers l'environnement du travail, l'efficacité du service et l'amélioration de la qualité des services médicaux.
- 5) Dans les cas des exemples des hôpitaux japonais, américains et sri lankais, chaque établissement après avoir individuellement saisi les problèmes de gestion, commence les activités sans compter sur les autorités publiques. Toutefois, concernant les hôpitaux du Japon et des Etats-Unis, il s'agit d'hôpitaux privés, et concernant le Sri Lanka, le Ministère de la Santé a été au centre du déroulement national de l'approche après sa réussite.
- 6) Cette technique a donné des résultats même au Sri Lanka après être passée par l'industrie manufacturière sri lankaise. La diffusion de ces cas de succès des hôpitaux du Sri Lanka est en train d'être accélérée dans les centres de santé de 15 pays d'Afrique Subsaharienne à travers le «Programme de Co-crédation de Savoir Asie-Afrique» de la JICA
- 7) Dans l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans 15 pays d'Afrique Subsaharienne, les résultats concernant les niveaux de résultat restent encore nombreux mais il a été constaté que de nombreux résultats sont apparus dans l'environnement du travail et l'amélioration de la qualité de l'hôpital.

Les problèmes des projets saisis à partir de la MCP, des documents y afférents et des entretiens avec les personnes cultivées, sont résumées ci-après :

- 1) L'aspect gestion de l'hôpital concordant avec le concept supérieur des activités 5S dans les hôpitaux, n'est pas suffisamment reflété dans la conception du projet et les indicateurs.
- 2) Les indicateurs de résultat concernant les activités 5S s'arrêtent aux niveaux du résultat.
- 3) La voie vers l'amélioration du service n'est pas suffisamment reflétée dans la conception du projet.
- 4) Concernant la finalité globale, les indicateurs de niveau d'impact comme « le degré de satisfaction des patients », sont déterminés mais on peut observer un petit saut dans sa relation avec le but du projet.

- 5) En tant qu'indicateurs d'évaluation du projet, les données portant sur l'infection hospitalière, le taux d'accidents et les informations financières notamment ne sont pas déterminées et ne sont pas disponibles.
- 6) La sécurisation des ressources humaines de la santé fait face à un état d'insuffisance à la fois en qualité et en quantité et il y a des cas où l'expression des résultats avec la seule introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

Les centres de santé africains rencontrant des problèmes différents de ceux des pays avancés, il n'est pas possible de résoudre tous les problèmes saisis par le terrain dans le cadre d'activités d'amélioration de la qualité et il est nécessaire d'en tenir compte au moment de la formulation de la conception du projet. Par ailleurs, comme condition externe, il est nécessaire de prendre en considération les fluctuations du personnel, les changements de politique et l'état de la sécurité.

2.2.4 Informations requises pour l'étude sur le terrain

Sur la base de l'entretien-écoute et de l'étude sur le terrain ainsi que les informations du projet, on peut penser que les éléments qui doivent être encore plus étudiés pour l'examen des hypothèses et la construction de la logique, sont les suivants :

- Les problèmes caractéristiques portés par chaque hôpital (hypothèse 1)
- Les cas d'amélioration de l'environnement du travail et des services réellement exécutés sur le terrain
- Les changements d'attitude et les phénomènes se rattachant au résultat (hypothèse 1 et hypothèse 2)
- Causes ne conduisant pas de 5S au KAIZEN (hypothèse 2)
- Raisons pour lesquelles les activités ne continuent pas et les goulets d'étranglement (hypothèse 2 et hypothèse 3)
- Cas d'exemple de méthode de maîtrise des goulets d'étranglement auxquels fait face la continuité des activités (hypothèse 2 et hypothèse 3)
- Causes incitant l'accélération des résultats (hypothèse 3 et hypothèse 4)
- Positionnement politique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» sur le terrain (hypothèse 4)
- Les résultats, les indicateurs et les approches des activités des autres bailleurs de fonds pouvant effectivement devenir des conditions ou des goulets d'étranglement et les points similaires, les points différents et les affinités avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» (hypothèse 4)

2.3 Etude sur le terrain

Dans le cadre de cette étude, parmi les 15 pays, l'étude a été menée dans 2 pays, le Sénégal et la Tanzanie, où l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» progresse et l'écoute

des personnes concernées, des groupes focaux de discussion, la collecte de documents et la visite de centres de santé notamment, ont été effectués.

Dans les sites de l'étude, l'objectif était de recueillir les propres opinions des chefs et du personnel des centres de santé sur «l'approche» et de saisir à travers des cas d'exemple et des documents collectés sur le terrain, la méthode par laquelle sont exécutées réellement les activités dans les établissements.

L'étude sur le terrain a été positionnée, en se fondant sur les informations déchiffrées dans le cadre de l'étude au Japon, pour obtenir des éléments d'attention et tirer des leçons en vue de formuler la logique du projet à partir de la compréhension de l'évidence de ces informations, des commentaires des personnes concernées réellement impliquées dans les activités 5S sur le terrain et des cas d'exemples de résultats.

Cependant, l'étude ayant été menée dans une période de temps limitée sur 2 pays très éloignés, en mettant l'accent aussi bien sur l'objet de l'étude, que sur les établissements et les objets aussi, il est demandé de porter une certaine attention sur le volume limité des autres informations.

2.3.1 Description sommaire des hôpitaux visités en Tanzanie et au Sénégal

Les détails portant sur les centres de santé visités en Tanzanie et au Sénégal sont indiqués.

Les détails portant sur les centres de santé visités en Tanzanie et au Sénégal sont indiqués sous forme de liste dans le document 7 annexé à la fin de l'étude. Ici, le sommaire des centres de santé ciblés est réparti en organes de supervision, taille, location et caractéristiques et résumé dans le tableau 8 pour les centres de santé tanzaniens et dans le tableau 9 centres de santé sénégalais. En Tanzanie, la visite a concerné un total de 5 établissements allant des hôpitaux de grande taille avec 1500 lits à des hôpitaux de taille moyenne avec 80 lits. Au Sénégal, 3 hôpitaux de taille moyenne avec 100 à 300 lits, et 3 établissements de petite taille avec peu de lits à 20 lits, appelés centres santé ou postes de santé.

L'hôpital Mabeya Consultations est l'hôpital pilote du « programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT » en Tanzanie et au Sénégal, l'hôpital régional de Tambacounda est l'hôpital pilote.

Tableau 9 Centres médicaux étudiés en Tanzanie

Elément	Hôpital de Mubeya	Hôpital Consultatif de Mbeya	Hôpital de Tosamaganga	Hôpital de Mbalizi	Hôpital Régional de Mbeya
Autorités compétentes	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (national)	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (quasi-national)	Eglise catholique Romaine	Eglise Evangélique	Région de Mbeya
Lieu	Dar es salaam	Région de Mbeya	Iringa	Région de Mbeya	Région de Mbeya
Nombre de lits d'hôpitaux	1,500	477	164	150	80
Nombre d'employés	2,700	860	200	108	198
Caractéristiques	L'hôpital urbain type du pays .	L'Hôpital pilote où 5S est le plus avancé.	L'hôpital catholique a commencé 5S de sa propre initiative.	L'hôpital catholique vient juste de commencer 5S.	Promu par la grande autorité du directeur de l'hôpital

Tableau 10 Centres médicaux étudiés au Sénégal

	Hôpital Régional de Thiès	Hôpital général de Grand-Yoff	Hôpital Régional de Tambacounda	Centre de santé de Tambacounda	Centre de santé Gaspard Camara	Poste de santé de Kothary
Autorités compétentes	Ministère de la Santé (national)	Ministère de la Santé (national)	Ministère de la Santé (national)	Tambacounda Service Régional Médical	Dakar Service Régional Médical	Tambacounda Service Régional Médical
Lieu	Région de Thiès (deux heures de la Capitale)	Dakar	Région de Tambacounda	Région de Tambacounda	Dakar	Périphérie de la ville de Tambacounda
Nombre de lits d'hôpitaux	324	237	115	24	24	Peu
Nombre d'employés	210	693	163	70	98	7
Caractéristiques	L'hôpital recycle les objets inutiles.	L'Hôpital pilote où 5S est le plus avancé.	L'Hôpital pilote où 5S est le plus avancé.	Sous la supervision du Ministère de la Santé	Promu par la grande autorité du directeur de l'hôpital	Promu en coopération avec les habitants de la région.

2.3.2 Organisation des résultats de l'étude de terrain (voir tableau 11)

Les résultats de l'étude sur le terrain de 5 établissements en Tanzanie et 6 établissements au Sénégal sont classifiés ci-après en 14 rubriques :

- ① Position de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans la politique
- ② Présentation sommaire de l'établissement médical

- ③ Principaux problèmes caractéristiques portés par les hôpitaux
- ④ Raison du démarrage des 5S
- ⑤ Causes de blocage du démarrage et l'exécution des 5S
- ⑥ Objet et état des activités KAIZEN
- ⑦ Premier service où les activités 5S ont été introduites et la méthode de sélection du service
- ⑧ Activités du directeur de l'hôpital
- ⑨ Activités QIT
- ⑩ Activités et réalisations
- ⑪ Causes d'accélération de l'exécution de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»
- ⑫ Etat des interventions des autres bailleurs de fonds et existence de zonage
- ⑬ Autres (régionalité)
- ⑭ Autres (finances de l'hôpital)

Tableau 11 Sommaire des résultats de l'étude de terrain au Sénégal et en Tanzanie

<p>① Position de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans la politique</p>	<p>【Tanzanie】</p> <p>1) Le résultat obtenu par l'Hôpital de Consultation de Mbeya dans «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT » de 2007 a été reconnu comme une méthode pratique / efficace pour améliorer l'environnement du travail par le ministère de la Santé publique et des Affaires Sociales.</p> <p>2) Le ministère a formulé la stratégie de développement des ressources humaines pour la santé publique (2008-2013) avec l'appui de la JICA et de l'OMS. En ce qui concerne l'établissement des ressources humaines pour le système d'information de santé (ci-après, HRHIS), qui serait le noyau de l'objectif stratégique 1), «Améliorer la capacité à formuler des plans de développement des ressources humaines en soins de santé» ainsi que la création d'une Institution de Formation au Système d'Information (ci-après, IFSI), pour des ressources humaines en soins de santé, ce qui serait le fondement de l'Objectif 3), «Améliorer la prestation d'une formation pour favoriser les ressources humaines en santé / système de gestion; assurer la qualité de la formation», la JICA a envoyé des Experts exclusivement pour favoriser le développement des ressources humaines en santé publique au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales depuis novembre 2008 et a formé le personnel de direction d'hôpital en Gestion qualité totale (TQM) selon«l'approche 5S-KAIZEN-TQM».</p> <p>3) Le Ministère a formulé en 2009 le «Guide de mise en œuvre des approches 5S-ACQ-TQM en Tanzanie», un guide pour la diffusion et la pratique du 5S-KAIZEN-TQM dans d'autres hôpitaux. En 2011, "Le Cadre d'amélioration de la qualité des soins de santé en Tanzanie pour 2011-2016", un plus grand plan pour améliorer la qualité des hôpitaux, a été formulé.</p> <p>Le TQIF est un cadre mis en place pour améliorer la qualité des services de soins de santé à fournir en continu, de manière efficace, équitable et abordable aux populations. Comme méthodes d'amélioration de la qualité, le 5S-ACQ-TQM est déroulé avec des méthodes telles que l'IPC, Standard basé sur la gestion et la reconnaissance, l'amélioration participative de la santé. La mise en place du QIT et l'amélioration de la qualité contribuant au WIT dans les hôpitaux a été officiellement formulé. Le TQIF est retenu comme un élément devant améliorer les soins de santé parmi les 11 stratégies visant à améliorer la fourniture des services de soins de santé spécifiée dans la Stratégie Nationale du Secteur de la Santé III.</p> <p>4)«L'approche 5S-KAIZEN-TQM» a été introduite dans 55 des 252 hôpitaux du pays depuis fin 2012.</p>
	<p>【Sénégal】</p> <p>1) Les programmes de réforme hospitalière, « Réforme 1 » et « Réforme 2 » ont été menés depuis 1998 avec le soutien de la France. La Réforme 1 a été menée dans le cadre de l'innovation du système médical, visant au renforcement des capacités en gestion du personnel médical. La Réforme 2 vise le renforcement en quatre thèmes des services de soins médicaux - hygiène / propreté, service continu, dossiers des patients,</p>

	<p>et acceptation - en utilisant le concept de gestion de la qualité de sorte que des services médicaux de qualité puissent être assurés pour les résidents, dans les régions. Au programme, un comité de pilotage est mis en place à l'hôpital pour mener les activités visant à améliorer la qualité basé sur le thème. Le résultat est suivi par des examinateurs choisis parmi le comité de pilotage et un comité national de suivi.</p> <p>2) Le Ministère de la Santé Publique & des Affaires Sociales a initié le PNDS (Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018). Le PNDS consiste à introduire la méthode 5S comme outil pour mesurer la qualité de la Gestion dans les hôpitaux. Les installations médicales relevant de la compétence du ministère de la Santé (Centres et Postes relevant de la tutelle du Bureau Médical Régional de Santé ne sont pas inclus) devront faire face à des compressions budgétaires si elles ne pratiquent pas les 5S. Selon le support, les 5S contribuent à l'accès à une meilleure qualité de service de santé, à la décentralisation, la coordination de la politique nationale de santé avec l'appui de l'étranger, et à la stabilisation de la culture de la gestion axée sur les résultats.</p> <p>3) Les 5S doivent être introduits dans les 36 hôpitaux du pays en Avril 2013.</p> <p>4) Le projet de loi sur les droits des patients, proclamé par le ministère de la Santé, est affiché au panneau des hôpitaux. L'intention du gouvernement est accueillie même en zones reculées.</p> <p>En ce qui concerne l'évaluation de l'hôpital, le Cadre d'un Plan de Dépenses à Moyen Terme (CDSMT) a été introduit en 2005. A partir de 2008, toutes les régions ont commencé à formuler le budget et le plan d'activités sur la base du cadre du plan d'activité annuel prédéterminé (PTA). Les méthodes classiques d'élaboration de plans en fonction des éléments d'entrées ont été supprimées. Le concept de « gestion axée sur les résultats » a été introduit afin de se concentrer sur les problèmes que rencontre chaque région, les objectifs à atteindre et de décider des activités et intrants.</p>
<p>②Présentation sommaire de l'établissement médical (Voir aussi les tableaux 9 et 10)</p>	<p>【Tanzanie】 Cinq établissements: Hôpitaux nationaux, quasi-national, régional et hôpital Chrétien à Dar es Salam et régions</p> <p>【Sénégal】</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un total de trois établissements : Hôpitaux nationaux dans la Capitale Dakar et dans les régions • Un total de trois établissements : Centres¹⁹ de santé et Postes de santé²⁰
<p>③Principaux problèmes caractéristiques portés par les hôpitaux</p>	<p>1) Le manque de ressources est le problème le plus sérieux. Ce manque intervient à tous les niveaux, du Personnel, au matériel en passant par le manque des ressources financières.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de Personnel (Hôpital Régional de Tambacounda, Centre de Santé de Tambacounda, Hôpital Régional de Mbeya, l'hôpital de Consultation de Mbeya) • Tension de trésorerie (Hôpital Régional de Tambacounda, Centre de Santé de Tambacounda) • Pénurie de médicaments et de fournitures (MCH) <p>2) En plus d'un environnement inadéquat et du manque d'hygiène en milieu hospitalier, les hôpitaux souffrent d'un manque chronique de communication / information et de la qualité de service. Ces situations provoquent des accidents médicaux et des infections hospitalière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De petites salles d'attente et de consultation (Centre de Santé de Tambacounda, Kotiary, Gaspard Camara) • Des hôpitaux désordonnés avec une mauvaise hygiène (Centre de Santé de Tambacounda, Kotiary, Gaspard Camara, Mhinbili, Tosamaganga) <p>3) Le manque de confiance et une mauvaise communication interne (MCH, Kotiary)</p> <p>4) Les réclamations des patients (Mbalizi)</p>

¹⁹ Les centres de santé sont des établissements médicaux secondaires désignés pour être mis en place dans chaque région sanitaire.

²⁰ Les postes de santé sont des établissements médicaux primaires établies dans les centres de santé.

	<p>5) Le risque de faute professionnelle comme le mauvais traitement des patients (Thies)</p> <p>6) La mauvaise qualité de service (Grand-Yoff)</p>
④ Raison du démarrage des 5S	<p>1) Dans de nombreux hôpitaux, «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» a commencé après que les cadres supérieurs eurent participé aux formations du «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» (y compris cette formation), et retenu l'essentiel de l'approche 5S-KAIZEN-TQM. (Hôpital régional de Tambacounda, le Poste de Kotiary, Gaspard Camara, MCH, Tosamaganga, l'Hôpital de la Région de Mbeya)</p> <p>2) Dans un autre hôpital, le programme a été lancé après que le directeur de l'hôpital ait vu le succès de l'Hôpital pilote de Tambacounda (Gaspard Camara).</p>
⑤ Causes de blocage du démarrage et l'exécution des 5S	<p>En général, les éléments suivants 1) et 2) sont considérés comme des facteurs d'inhibition à la mise en œuvre de l'introduction. Les facteurs inhibiteurs 3) et 4) se produisent après l'introduction.</p> <p>1) Résistance du personnel qui détestent les changements dans l'environnement de travail et dans le travail. (Mhinbili, Tosamaganga, MCH, Mbalizi)</p> <p>2) Un emploi du temps chargé en raison de la pénurie de main-d'œuvre n'a pas permis aux employés d'avoir du temps pour l'activité. (Hôpital Régional de Tambacounda, Centre de Santé de Tambacounda, Poste de Kotiary, Grand-Yoff)</p> <p>3) Le transfert et départ à la retraite du personnel ayant suivi une formation et ayant une connaissance suffisante de l'activité. (Mhinbili, MCH, Mbalizi, Thiès, Centre de Santé de Tambacounda)</p> <p>4) Autres · Les médecins rejettent la participation. (Hôpital Régional de Tambacounda, Mhinbili) (À l'Hôpital Régional de Tambacounda, les JOCV nettoient le bureau à la place des médecins.) · Certains membres du personnel ne comprennent pas le manuel écrit en anglais ou en français. (Tosamaganga)</p>
⑥ Objet et état des activités KAIZEN	<p>【Tanzanie】</p> <p>1) Alors que plusieurs hôpitaux sont passés à l'étape de l'activité KAIZEN (MCH), beaucoup d'autres hôpitaux restent encore au niveau des 5S.</p> <p>2) Même les hôpitaux qui ont avancé au niveau KAIZEN éprouvent des difficultés à régler les divisions pour les grandes KAIZEN qui impliquent différentes divisions (MCH).</p> <p>【Sénégal】</p> <p>1) Le Centre de Santé Gaspard Camara, l'hôpital de Thiès et plusieurs autres hôpitaux ont travaillé sur les activités d'introduction des 5S en vue de la transition vers le KAIZEN.</p> <p>2) Le Ministère de la Santé a indiqué que les 5S sont faciles, mais que le KAIZEN est difficile.</p>
⑦ Premier service où les activités 5S ont été introduites et la méthode de sélection du service	<p>1) Au lieu de commencer l'activité partout dans l'hôpital, les hôpitaux choisissent une division pilote et présentent un exemple de réussite aux autres divisions.</p> <p>2) Il y avait deux raisons opposées pour la sélection des divisions pilotes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Les divisions montrant la compréhension et la volonté de l'introduction (Mhinbili, Tosamaganga, MCH) · les divisions que l'hôpital estime problématique (Hôpital Régional de Mbeya, Mbalizi, Hôpital Régional de Tambacounda) <p>Les autres motifs retenus par un petit nombre d'hôpitaux sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Certaines divisions volontairement réticentes ou à faible motivation (MCH) · Commencer en tandem avec le recyclage des produits inutiles (Thies)
⑧ Activités du directeur de l'hôpital	<p>Les activités suivantes ont été réalisées par le chef des hôpitaux, considérés comme importantes dans l'enquête nationale.</p> <p>1) Convaincre les plus réticents. (Mhinbili)</p> <p>2) Expliquer l'importance de l'activité pour le personnel hospitalier. (MCH, Gaspard Camara)</p> <p>3) Approuver le budget pour l'activité (Mbalizi, Hôpital de la Région de Mbeya, Thies)</p>

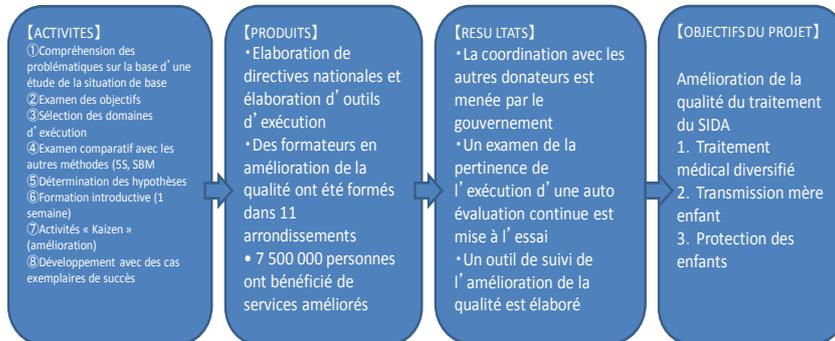
	<p>4) Organiser des réunions régulières. (Mbalizi, Centre de Santé de Tambacounda)</p> <p>5) Superviser / activités de suivi. (Hôpital Régional de Tambacounda, Gaspard Camara, Grand-Yoff, Tosamaganga)</p> <p>6) Participer à la réunion du comité organisé par les résidents locaux pour demander une coopération. (Gaspard Camara, Kotiary)</p> <p>7) La pratique de façon proactive des activités 5S comme modèle (Kotiary)</p>
⑨Activités QIT	<p>Les activités suivantes ont été réalisées par QIT, qui étaient considérés comme aussi importantes que les activités du chef de l'hôpital:</p> <p>1) Organiser des réunions régulières. (Tosamaganga MCH, Mbalizi, Thiès, Hôpital Régional de Tambacounda, Centre de Santé de Tambacounda)</p> <p>2) Superviser les activités menées par WIT. (Mhinbili, Hôpital de la région de Mbeya, Gaspard Camara, Thiès, Grand-Yoff)</p> <p>3) Organiser des concours à l'hôpital et récompenser les excellentes divisions. (Mhinbili, Tosamaganga, MCH)</p> <p>4) La formation du personnel (Tosamaganga)</p>
⑩Activités et réalisations	<p>Les activités spécifiques suivantes ont apporté de nombreux résultats sur le terrain.</p> <p>【Activités】</p> <p>1) Organiser / trier le matériel et les consommables. (Tous les hôpitaux)</p> <p>2) Organiser / trier les stocks et fournitures de l'entrepôt. (Tous les hôpitaux)</p> <p>3) Etablir des règles pour les lieux d'entreposage du matériel médical et pour l'étiquetage du matériel. (Mhinbili, MCH, Tosamaganga, Mbalizi, Gaspard Camara, Grand-Yoff, l'Hôpital Régional de Tambacounda, Centre de Santé de Tambacounda, Thiès)</p> <p>4) des cartes, des panneaux et des affiches pour montrer l'emplacement des services et les règles de l'hôpital. (Tous les hôpitaux)</p> <p>5) Un code couleur des poubelles selon les types de déchets. (Mbalizi, MCH, Hôpital de la région de Mbeya, Mhinbili, Grand-Yoff, l'Hôpital Régional de Tambacounda)</p> <p>6) La réutilisation des déchets. (Mhinbili, Mbalizi, Hôpital la Région de Mbeya, Thiès, Centre de Santé de Tambacounda)</p> <p>7) Uniformiser le processus des activités 5S entre les départements de l'hôpital. (Mhinbili)</p> <p>8) Nettoyer l'hôpital en impliquant la population locale. (Kotiary)</p> <p>9) Installer une boîte à idée pour recueillir les commentaires des patients. (Kotiary, Mbalizi, Hôpital Régional de Tambacounda (MCH)</p> <p>10) Améliorer le système de dossiers des patients. (MCH)</p> <p>【Résultats】</p> <p>1) Réduction du temps inutile passé à trouver des choses. (Mhinbili, Gaspard Camara, Tosamaganga, hôpital de la Région de Mbeya, Mbalizi)</p> <p>2) Réduction et recyclage des éléments inutiles. (Thiès, Gaspard Camara, MCH, hôpital de la Région de Mbeya)</p> <p>3) Réduction des articles manquants (MCH)</p> <p>4) Des cartes d'information de l'hôpital plus faciles à suivre. (Mhinbili, Hôpital Régional de Tambacounda, Thiès, Gaspard Camara, Mbalizi)</p> <p>5) Assurer un espace supplémentaire. (Centre de Santé de Tambacounda, Mhinbili, Tosamaganga, Mbalizi)</p> <p>6) Un environnement d'une hygiène meilleure. (Hôpital Régional de Tambacounda, Centre de Santé de Tambacounda, Thiès, Gaspard Camara, Mhinbili, Hôpital de la Région de Mbeya)</p> <p>7) La réduction des heures d'attente pour les patients. (Hôpital Régional de Tambacounda, Tosamaganga, Hôpital de la Région de Mbeya)</p> <p>8) Une sécurité accrue pour le personnel. (Hôpital régional de Tambacounda, Centre de Santé de Tambacounda, Hôpital de la Région de Mbeya, Mbalizi)</p> <p>9) Réduire le risque de mauvais traitement des patients. (Thies)</p> <p>10) Réduction du coût des stocks par les 5S (réduction des excès / stocks expirés). (Mhinbili, Mbalizi, Hôpital de la région de Mbeya, Thiès, Centre de Santé de Tambacounda, MCH)</p> <p>11) Les revenus ont augmenté grâce à la réduction du nombre d'applications non approuvées pour la déduction des assurances médicales du fait d'une documentation recyclée et inappropriée. (Gaspard Camara, Thiès, Tosamaganga, MCH)</p> <p>12) Partage d'un concept commun de travail (Thies)</p> <p>13) Changement positif et favorable constaté dans l'attitude et les comportements du</p>

	<p>personnel. (Hôpital Régional de Tambacounda, Thiès, Mhinbili, Tosamaganga, MCH, Mbalizi, Grand-Yoff)</p> <p>Ce qui suit est un tableau pour résumer la relation entre les activités et les résultats indiqués ci-dessus.</p> <p>La plupart des résultats ont été exprimés à la suite de plusieurs activités. D'autre part, une activité a abouti à plusieurs résultats.</p> <p>Par exemple, l'activité «Organiser / trier le matériel et les stocks » a communément impacté sur les résultats 1), 2) et 3). Cela démontre que l'activité 5S a une logique complexe dans l'émergence d'effets.</p> <p>(Référence: relation entre les activités et les résultats de chaque hôpital)</p> <table border="1" data-bbox="478 571 1308 1388"> <thead> <tr> <th data-bbox="486 577 869 604"><Résultat></th> <th data-bbox="869 577 885 604">←</th> <th data-bbox="885 577 1300 604"><Activité></th> <th data-bbox="1300 577 1308 604"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="486 604 869 660">1) Moins de temps à rechercher des articles</td> <td data-bbox="869 604 885 660">←</td> <td data-bbox="885 604 1300 660">Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts</td> <td data-bbox="1300 604 1308 660">S1,S2 S1,S2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 660 869 761">2) Diminution ou recyclage de rebuts</td> <td data-bbox="869 660 885 761">←</td> <td data-bbox="885 660 1300 761">Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts Recycler les rebuts</td> <td data-bbox="1300 660 1308 761">S1,S2 S1,S2 S2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 761 869 828">3) Diminution des pertes d'articles</td> <td data-bbox="869 761 885 828">←</td> <td data-bbox="885 761 1300 828">Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts</td> <td data-bbox="1300 761 1308 828">S1,S2 S1,S2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 828 869 862">4) Signalisations visuelles dans les hôpitaux</td> <td data-bbox="869 828 885 862">←</td> <td data-bbox="885 828 1300 862">Affichages lisibles des cartes et règlements</td> <td data-bbox="1300 828 1308 862">S4,S5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 862 869 907">5) Création de nouvel espace</td> <td data-bbox="869 862 885 907">←</td> <td data-bbox="885 862 1300 907">Ordonner et ranger dans les entrepôts</td> <td data-bbox="1300 862 1308 907">S1,S2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 907 869 974">6) Amélioration de l'hygiène</td> <td data-bbox="869 907 885 974">←</td> <td data-bbox="885 907 1300 974">Codification colorée des boîtes à poussière Nettoyage de l'hôpital avec les habitants du coin</td> <td data-bbox="1300 907 1308 974">S3 S3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 974 869 1041">7) Réduction du délai d'attente des malades</td> <td data-bbox="869 974 885 1041">←</td> <td data-bbox="885 974 1300 1041">Etablir des règles et indiquer la position initiale des outils Affichages lisibles des cartes et règlements</td> <td data-bbox="1300 974 1308 1041">S4 S4,S5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1041 869 1075">8) Amélioration de la sécurité des employés</td> <td data-bbox="869 1041 885 1075">←</td> <td data-bbox="885 1041 1300 1075">Codification colorée des boîtes à poussière</td> <td data-bbox="1300 1041 1308 1075">S3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1075 869 1108">9) Risque amoindri de confusion de traitements</td> <td data-bbox="869 1075 885 1108">←</td> <td data-bbox="885 1075 1300 1108">Affichages lisibles des informations sur le malade</td> <td data-bbox="1300 1075 1308 1108">S4,S5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1108 869 1176">10) Réduction des coûts de stockage</td> <td data-bbox="869 1108 885 1176">←</td> <td data-bbox="885 1108 1300 1176">Ordonner et ranger dans les entrepôts Enregistrement des états d'inventaire</td> <td data-bbox="1300 1108 1308 1176">S1,S2 S4,S5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1176 869 1220">11) Hausse de revenu</td> <td data-bbox="869 1176 885 1220">←</td> <td data-bbox="885 1176 1300 1220">Amélioration de l'enregistrement du dossier du patient</td> <td data-bbox="1300 1176 1308 1220">S2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1220 869 1321">12) Partage de la philosophie de l'hôpital avec le personnel</td> <td data-bbox="869 1220 885 1321">←</td> <td data-bbox="885 1220 1300 1321">Affichages lisibles des règlements de l'hôpital Pratique courante de 5S dans un hôpital Nettoyage de l'hôpital avec les habitants du coin.</td> <td data-bbox="1300 1220 1308 1321">S4,S5 S4 S3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1321 869 1377">13) Changement d'attitude ou de comportement du personnel</td> <td data-bbox="869 1321 885 1377">←</td> <td data-bbox="885 1321 1300 1377">Mettre en place une boîte de réception de l'avis des malades Affichage lisible des règlements de l'hôpital</td> <td data-bbox="1300 1321 1308 1377">S5 S4,S5</td> </tr> </tbody> </table>	<Résultat>	←	<Activité>		1) Moins de temps à rechercher des articles	←	Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts	S1,S2 S1,S2	2) Diminution ou recyclage de rebuts	←	Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts Recycler les rebuts	S1,S2 S1,S2 S2	3) Diminution des pertes d'articles	←	Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts	S1,S2 S1,S2	4) Signalisations visuelles dans les hôpitaux	←	Affichages lisibles des cartes et règlements	S4,S5	5) Création de nouvel espace	←	Ordonner et ranger dans les entrepôts	S1,S2	6) Amélioration de l'hygiène	←	Codification colorée des boîtes à poussière Nettoyage de l'hôpital avec les habitants du coin	S3 S3	7) Réduction du délai d'attente des malades	←	Etablir des règles et indiquer la position initiale des outils Affichages lisibles des cartes et règlements	S4 S4,S5	8) Amélioration de la sécurité des employés	←	Codification colorée des boîtes à poussière	S3	9) Risque amoindri de confusion de traitements	←	Affichages lisibles des informations sur le malade	S4,S5	10) Réduction des coûts de stockage	←	Ordonner et ranger dans les entrepôts Enregistrement des états d'inventaire	S1,S2 S4,S5	11) Hausse de revenu	←	Amélioration de l'enregistrement du dossier du patient	S2	12) Partage de la philosophie de l'hôpital avec le personnel	←	Affichages lisibles des règlements de l'hôpital Pratique courante de 5S dans un hôpital Nettoyage de l'hôpital avec les habitants du coin.	S4,S5 S4 S3	13) Changement d'attitude ou de comportement du personnel	←	Mettre en place une boîte de réception de l'avis des malades Affichage lisible des règlements de l'hôpital	S5 S4,S5
<Résultat>	←	<Activité>																																																							
1) Moins de temps à rechercher des articles	←	Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts	S1,S2 S1,S2																																																						
2) Diminution ou recyclage de rebuts	←	Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts Recycler les rebuts	S1,S2 S1,S2 S2																																																						
3) Diminution des pertes d'articles	←	Ordonner et ranger les instruments et articles Ordonner et ranger dans les entrepôts	S1,S2 S1,S2																																																						
4) Signalisations visuelles dans les hôpitaux	←	Affichages lisibles des cartes et règlements	S4,S5																																																						
5) Création de nouvel espace	←	Ordonner et ranger dans les entrepôts	S1,S2																																																						
6) Amélioration de l'hygiène	←	Codification colorée des boîtes à poussière Nettoyage de l'hôpital avec les habitants du coin	S3 S3																																																						
7) Réduction du délai d'attente des malades	←	Etablir des règles et indiquer la position initiale des outils Affichages lisibles des cartes et règlements	S4 S4,S5																																																						
8) Amélioration de la sécurité des employés	←	Codification colorée des boîtes à poussière	S3																																																						
9) Risque amoindri de confusion de traitements	←	Affichages lisibles des informations sur le malade	S4,S5																																																						
10) Réduction des coûts de stockage	←	Ordonner et ranger dans les entrepôts Enregistrement des états d'inventaire	S1,S2 S4,S5																																																						
11) Hausse de revenu	←	Amélioration de l'enregistrement du dossier du patient	S2																																																						
12) Partage de la philosophie de l'hôpital avec le personnel	←	Affichages lisibles des règlements de l'hôpital Pratique courante de 5S dans un hôpital Nettoyage de l'hôpital avec les habitants du coin.	S4,S5 S4 S3																																																						
13) Changement d'attitude ou de comportement du personnel	←	Mettre en place une boîte de réception de l'avis des malades Affichage lisible des règlements de l'hôpital	S5 S4,S5																																																						
<p>⑪ Causes d'accélération de l'exécution de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»</p>	<p>Les facteurs suivants pour la promotion ont été confirmés par l'enquête sur place (ou par les interviews):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) un leadership fort (Gaspard Camara, MCH, Grand-Yoff, Kotiary) 2) Installation / activités énergiques de QIT (tous les hôpitaux à l'exception de Kotiary) 3) Une Supervision du Ministère de la Santé et des Bureaux Régionaux Médicaux (Hôpital Régional de Tambacounda) 4) L'introduction était facile parce que l'habitude du nettoyage avait été déjà mise en place à l'hôpital. (Thies) 5) Comme l'hôpital a connu d'autres programmes d'autres donateurs, le personnel a une conscience élevée de l'amélioration. (MCH, Mhinbili, Tosamaganga, Hôpital de la Région de Mbeya, Grand-Yoff, Gaspard Camara, Centre de Santé de Tambacounda) 6) L'évaluation / la demande d'activités à l'hôpital par les médias et les résidents locaux a augmenté la motivation. (Gaspard Camara, Kotiary) 7) Le manque de connaissances et le travail a été atténuée par l'entrée des JOCV. (Hôpital Régional de Tambacounda, Kotiary Post, Thiès, MCH) 																																																								

<p>⑫ Etat des interventions des autres bailleurs de fonds et existence de zonage</p>	<p>【Tanzanie】 Les trois types de soutien suivants ont été donnés par les bailleurs de fonds dans le domaine médical local.</p> <p>1) Le programme IPC (contrôle des infections hospitalières) IPC est un programme réalisé pour les hôpitaux locaux en Tanzanie, le Ministère de la Santé et le JHPIEGO ; le JHPIEGO est un donateur parrainé par l'USAID. Parmi les hôpitaux enquêtés, quatre hôpitaux à l'exception de l'hôpital de Mbalizi ont expérimenté le programme.</p> <p>Parmi les éléments compris dans l'IPC, les deux indicateurs suivants sont utilisés dans les composantes «Efficacité» et «Sécurité»²¹.</p> <p>① Efficacité: Taux d'utilisation des diagrammes dans le traitement du paludisme ② Sécurité: Vérifier si le test du VIH est réalisé à 100% avant la transfusion sanguine en utilisant les données d'analyses de laboratoire. Selon le Bureau de Santé de la Région de Mbeya, en Décembre 2012, la formation a été réalisée en combinaison de l'IPC et du 5S. Ce programme est largement mené en Tanzanie et dans toute l'Afrique.</p> <p>2) La composante Gestion de la qualité dans le «programme de Soutien Tanzanie-Allemagne pour la santé» (TGPSH) par la GIZ Les quatre thèmes de soutien sont les suivants: 1) VIH, 2) Renforcement de Capacité 3) Financement du secteur médical, et 4) Décentralisation dans le secteur médical. Le soutien apporté dans la région de Mbeya est un soutien financier pour la formation et l'évaluation des sept hôpitaux publics et huit hôpitaux satellites 4) Le soutien à l'amélioration de la qualité médicale dans le domaine du VIH par L'University Research Co., LLC (URC)</p> <p>L'URC est une organisation non-gouvernementale (ONG) qui a commencé son activité en Tanzanie en 2007, et fournit un appui pour améliorer la qualité médicale dans le traitement du VIH (ARV: La thérapie antirétrovirale, la PMTCT: Prévention de la Transmission Mère-Enfant, HBC: Soins à Domicile) dans toutes les régions du pays. L'organisme est financé par le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR).</p> <p>Ce programme mène des activités avec comme objectif, l'amélioration de la qualité médicale dans le traitement du VIH. L'enquête n'a pas précisé tout le lien de causalité entre la production et les résultats des activités de ce programme. Cependant, les cas de réussite dans les différents hôpitaux ont été introduits dans d'autres installations à travers une implication des autorités compétentes. Les résultats comprenaient la promotion des ressources humaines et la préparation d'outils de mise en place.</p> <p>Les indicateurs de mesure sélectionnés sont principalement divisés en trois catégories: les indicateurs concernant l'accès des patients aux services médicaux; les indicateurs pour mesurer la poursuite de l'amélioration de la qualité; les indicateurs basés sur la santé humaine.</p> <p>Comme points à considérer dans la mise en œuvre du programme, l'importance des éléments suivants sont signalés: la coordination des règles les plus élevés; la mise en œuvre du projet sur la base des problèmes que les établissements médicaux locaux rencontrent.</p>
--	---

²¹ Amélioration de la qualité, Guide d'orientation, de prévention et de lutte contre les infections pour les participants 2009

(Référence) Logique du programme d'appui à l'amélioration de la qualité dans le traitement du VIH par ARV.



CONSIDERATIONS SOULEVEES PENDANT L'EXECUTION DU PROJET

- Donner un contenu en cohérence avec la politique menée au niveau supérieur
- Il est nécessaire de saisir l'environnement qui entoure les établissements de soins médicaux: insuffisance de personnel soignant, faiblesse de la distribution des médicaments, etc., mauvaise accessibilité de établissements ruraux.

Indicateurs

- ① Indicateur d'accès
Indicateur de l'accès des patients au service de soins montrant les patients en contact avec des informations correctes et pouvant bénéficier de soins appropriés.
- ② Indicateur de rétention
Indicateur de mesure du taux de personnes sans emploi concernées par l'hôpital, etc. et de l'exécution continue de l'amélioration de la qualité
- ③ Indicateur de bien-être
Indicateur des taux de maladies, etc., basé sur la santé des personnes affirmant ne pas tomber malade, ou parlant de rétablissement rapide

Sénégal

Les deux programmes de soutien suivants dans le domaine médical ont été confirmés par l'enquête sur place. Ici, la logique du programme réalisée par FHI a été analysée.

1) Programme d'Innovation Hospitalière "Réforme 2"

Les détails sont expliqués dans la section suivante (12) "Positionnement de l'approche 5S-KAIZEN-TQM dans la politique du gouvernement." L'Hôpital de Grand-Yoff, où nous sommes allés enquêter, a également mené ce programme.

2) «Le Programme sur le VIH et la tuberculose» par l'Organisation internationale de la Santé Familiale (OISF)

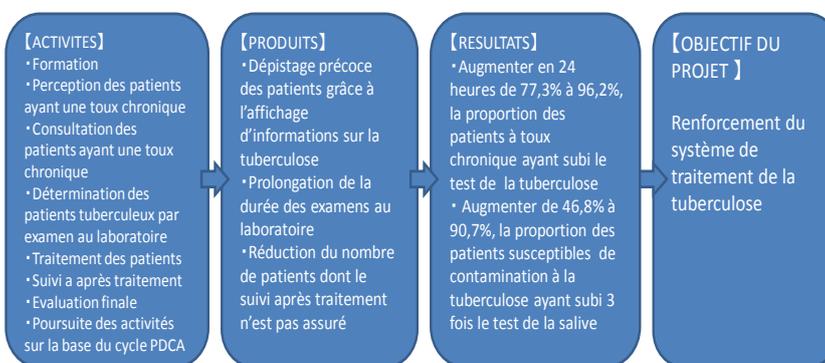
L'OISF est une ONG financée par l'USAID. Ce programme vise à la prévention du VIH et de la tuberculose. Le support de ce programme montre des exemples de structures médicales qui ont introduit l'amélioration de la qualité (AQ) pour améliorer le système de soins de la tuberculose.

Le programme a été mené à la fois aux centres de santé de Tambacounda et à Gaspard Camara

L'AQ fixe les objectifs et les indicateurs de résultats, puis mène les activités pour atteindre l'objectif selon le cycle PDCA.

Ce programme s'inscrit dans la logique d'améliorer le système de soins de l'infection de la tuberculose, en cherchant à résoudre le problème des installations individuelles. Le programme a été lancé à une petite échelle à un niveau unitaire et son succès a été développé dans d'autres unités.

(Référence) Logique du programme visant à améliorer le système de soins de la tuberculose par l'OISF



【PROBLEMES SOULEVES PENDANT L'EXECUTION DU PROJET】

- La construction du Système de suivi a demandé temps (Elaboration d'une banque de données unifiées sur PC).
- Les données de mesures n'ont pas été partagées au cours du parcours par manque d'imprégnation en termes de prise de conscience de l'amélioration de la qualité.

【LEÇONS TIREES DE L'EXECUTION DU PROJET】

- Le leadership au niveau de chaque couche de personnes concernées et la prise de conscience des parties sont la clé du succès.
- L'exécution d'un projet prenant compte du contexte local est nécessaire.
- Il n'y a pas d'appropriation s'il n'y a pas de consensus sur le terrain.

Auparavant, à mi-chemin du programme, les données mesurées n'ont pas été partagées entre les acteurs plus longtemps dans certains cas. Par la suite, le programme a fait des efforts afin de favoriser l'appropriation locale, de poursuivre l'activité, et d'impliquer les personnes concernées sur le terrain.

Le projet a souligné la nécessité de l'engagement du Ministère de la Santé afin d'assurer la continuité et de multiplier dans d'autres établissements.

Interviewé l'OISFa déclaré que le QI et le KAIZEN sont similaires en ce sens qu'ils sont à la fois des méthodes volontaristes pour la résolution des problèmes à partir du PDCA. Elle a également souligné que le concept et les compétences des 5S doivent être maîtrisées par le personnel local avant d'introduire le QI afin d'améliorer l'environnement de travail et la sensibilisation du personnel, et que le 5S a un effet de synergie énorme avec le AQ.

Exemples d'indicateurs de QI par l'OISF

Indicateurs	Méthodes de mesure des indicateurs
1. le ratio des patients atteints de toux chronique enregistrés à partir du poste de santé ayant subi le premier test de crachat dans les 24 heures	Mesure à partir de la date de l'information du patient donnée par le Poste de santé
2. Le ratio de tests dont au moins 95% a été correctement diagnostiqué par le personnel	Résultat de tests trimestriels rapportés par les organismes nationaux de test
3. Le ratio des traitements a commencé chez tous les patients le jour où le résultat a été donné	Nombre de patients ayant commencé le traitement le même jour, divisé par le nombre total de patients ayant subi la pratique médicale

⑬ Autres (régionalité)

【Tanzanie】

- 1) Certains ont soutenu qu'une version swahilie du manuel était nécessaire pour diffuser «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» à Tosamaganga.
- 2) Le personnel de la GIZ a souligné que «l'éloignement doit être pris en considération, car de nombreux résidents locaux ne peuvent pas aller vers des établissements médicaux du fait de l'inaccessibilité des routes et du coût du transport.

	Les exemples de réussite dans les hôpitaux pilotes pourraient être adoptées dans les communautés ".
	<p>【Sénégal】</p> <p>1) Certaines régions ont un faible taux de scolarisation dans l'enseignement primaire. La diffusion dans ces régions semble difficile.</p>
④ Autres (finances de l'hôpital)	<p>【Sénégal】</p> <p>Le ministère de la Santé Publique et les Affaires Sociales a commenté comme suit en ce qui concerne les finances. Chaque hôpital fait face à une tension de trésorerie qui être un obstacle à la diffusion de l'activité.</p> <p>1) Tous les hôpitaux publics fonctionnent au rouge. 2) La subvention du gouvernement n'a pas été versée pour renouveler le matériel de 2005 3) Les objectifs concernent une gestion rationnelle en utilisant les ressources existantes afin de sortir du rouge, et une offre de service qui satisfasse 90% des patients.</p> <p>【Tanzanie】</p> <p>1) Les hôpitaux confessionnels sont financièrement plus stable que les hôpitaux publics, et ont rarement des problèmes tels que le retard de paiement de salaire du personnel. 2) Les hôpitaux publics souffrent de pénurie budgétaire, en plus du manque de main-d'œuvre et d'installations. Ainsi, leur propre formation ne peut pas être suffisamment réalisée.</p>

2.3.3 Examen des 4 hypothèses basées sur l'étude de terrain

Sur la base de l'étude de terrain, les résultats de l'examen des 4 hypothèses fixées en se limitant à «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» du projet, sont invoqués comme conclusion du présent chapitre.

【Hypothèse 1 : Les principaux problèmes caractéristiques portés par les divers hôpitaux et leur voie de solution ne sont pas toujours clairement reflétés dans la conception du projet (but du projet, résultats, indicateurs, notamment).】

L'hypothèse 1 reflète à peu près, les conditions locales réelles.

Les problèmes caractéristiques centraux portés par les divers hôpitaux se résume à ① la fréquence des accidents médicaux, ② la fréquence de l'infection hospitalière, ③ l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ④ la mauvaise qualité des services et ⑤ l'insuffisance de la capacité organisationnelle.

«Le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» est un outil qui vise à résoudre les principaux problèmes avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM». Pour faire fonctionner efficacement «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», il est nécessaire de fixer des indicateurs et de mesure des objectifs et des résultats du projet.

Dans les établissements visités, les indicateurs de résultats, les fiches de pointage des activités 5S, les résultats de l'amélioration directe de l'environnement de l'hôpital notamment (sélection, arrangement et nettoyage), sont utilisés. Cependant, les informations

relatives aux problèmes centraux que sont la contamination au sein de l'hôpital et les accidents médicaux, n'étant pas disponibles, les données financières concernant les données de base relatives au personnel, aux biens matériels et à l'argent, n'ont pas été obtenues.

Par rapport à la culture locale, il a été remarqué qu'il existait un indicateur «culture qui n'archive pas» mais il est nécessaire d'établir un environnement et des outils pouvant rendre disponibles les indicateurs nécessaires et de construire un mécanisme pouvant refléter cela de manière appropriée dans la conception du projet.

Vu à partir d'un autre angle, il semble nécessaire d'entreprendre la démarche vers la démonstration théorique de l'importance de tels indicateurs dans la conception du projet. Ainsi, les divers problèmes centraux de l'hôpital seront plus faciles à comprendre.

【Hypothèse 2: Il existe des facteurs qui bloquent le développement des 5S (aménagement de l'environnement de l'hôpital) vers KAIZEN (agencement du processus du service).】

Des facteurs bloquant le développement existent dans beaucoup d'hôpitaux. Dans quelques hôpitaux modernes, des endroits ayant progressé jusqu'au niveau KAIZEN ont été observés mais la majorité des hôpitaux en sont encore à des activités de niveau 5S mais il semble que le passage vers KAIZEN dans tous les hôpitaux, demande encore du temps.

Les activités de niveau 5S se développent normalement étant donné que de nombreux résultats de l'étude sur le terrain et la plupart des produits et des résultats découlant des activités 5S dans les hôpitaux ont été matérialisés.

Cependant, concernant KAIZEN le responsable de l'assurance maladie aussi commente : «difficile». KAIZEN vient juste de débiter même dans les hôpitaux modernes.

Dans le «Guide d'exécution des 5S» utilisé sur le terrain en Tanzanie et dans le Projet de renforcement de la gestion du système sanitaire, concernant les 5S, des photos sont employées et les effets post-introduction sont remarquablement mentionnés, mais les mentions concernant KAIZEN sont comparativement peu nombreuses par rapport aux 5S et l'on a l'impression que les descriptions concrètes comme les cas d'exemple notamment, sont relativement peu nombreuses.

【Hypothèse 3: L'implication cohérente de toutes les personnes concernées par l'hôpital et la continuité des activités 5S sont liées (des effets sont visibles sur la continuité des activités au cas où l'implication est insuffisante).】

Dans beaucoup de projets ciblés par l'étude, il n'y pas une implication cohérente de toutes les personnes concernées ; des parties des services ont été sélectionnées comme pilotes et les cas de succès ont été développés au niveau des autres services de l'hôpital et, comme il y a beaucoup de cas continus, on peut dire que cette hypothèse ne s'applique toujours pas.

Dans le cadre de l'étude sur le terrain, depuis le début, il n'y avait presque pas d'établissement où l'implication de toutes les personnes concernées par l'hôpital était pratiquée mais les activités étaient continues de concert avec les divers établissements.

Même pendant l'enquête-écoute de terrain, presque toutes les opinions se ramenaient à :

- ① Dans la recherche de la continuité des activités, le chef et QIT jouent un rôle important, et
- ② Les 5S peuvent continuer même sans la participation des médecins depuis le début.

Hypothèse 4: La sécurisation de l'examen et de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux représentent des goulets d'étranglement à l'occasion du déroulement du scénario « De l'établissement des hôpitaux pilotes 5S à leur diffusion au niveau national par le du Ministère de la Santé ».】

Il y a possibilité que le manque de participation du Ministère de la Santé serait un goulet d'étranglement pour la diffusion nationale.

Ont été perçus au contraire, des exemples du genre indiqué ci-après.

- ① En Tanzanie et au Sénégal, sur la base des cas de succès où les activités ont été démarrées de façon autonome par les hôpitaux pilotes, le Ministère de la Santé et du Bien-être a élaboré des directives et s'est attelé à leur diffusion nationale en mettant en œuvre des tournées d'exécution du ministère proprement dit.
- ② Au centre de santé Gaspard Camara, le chef de centre a personnellement participé à la formation et ayant visité des cas de succès d'hôpitaux, a commencé à aborder les 5S de manière indépendante.

Les 5S-KAIZEN en tant que tels ne coûtent pas de l'argent et on peut penser qu'au début que les 5S sont des activités faciles à mener avec peu d'intrants et dont les effets sont visibles immédiatement. Cependant, prenant l'exemple de l'hôpital de Thies, les activités se sont arrêtées après le départ du directeur suite à un changement dans les ressources humaines. D'autre part, le personnel connaissant les activités dans les hôpitaux de Mbeya et Muhimbili en Tanzanie a été changé ce qui représente une cause du non progrès des activités. Par conséquent, le fait de continuer à intégrer par les organismes gouvernementaux notamment le ministère de la santé, des ressources humaines telles que les directeurs et le personnel motivées pour les activités reste un élément essentiel.

En outre, il semble nécessaire que le Ministère de la Santé en tant que tel, puisse, à l'occasion de la diffusion, prendre en charge l'assistance pour la sécurisation du budget nécessaire pour la formation groupée notamment, le partage des informations sur les exemples de succès, etc.

2.4 Logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» basée sur l'étude de terrain

La manière dont la solution des problèmes au sein des divers hôpitaux est réalisée en utilisant les 5S-KAIZEN a été ordonnée à partir de la logique de chaque hôpital. Ici, l'exemple du Sénégal est employé pour l'explication (tableau 12 à tableau 16). Concernant les caractéristiques, voir le tableau 8 par ailleurs.

1) Logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» à l'hôpital Régional de Tambacounda au Sénégal, (voir tableau 12)

A l'hôpital régional de Tambacounda, des visions et des missions ont été affichées dans l'hôpital afin de clarifier les objectifs à viser par le personnel. Le QIT etc. ont été créés et un système de récompense a été introduit à travers les activités des 5S. Ceci sont des réalisations relevées grâce à la conscience de chaque membre du personnel ainsi que les efforts organisationnels. Les réalisations directes des activités des 5S se traduisent par un milieu hospitalier amélioré, une haute efficacité de travail et service hospitalier meilleur.

L'implication de la haute administration, des médecins et la formation du personnel sont les préconditions pour ces réalisations. Parmi les facteurs qui empêchent l'implémentation de ces activités, on peut citer le calendrier de travail chargé et la difficulté d'impliquer les médecins. Les divisions avec un nombre faible de patients peuvent participer facilement aux activités. Les facteurs qui propulsent lesdites activités, sont l'évaluation des hôpitaux par le Bureau de Santé Régional et la motivation du personnel grâce aux expériences réussies.

Tableau 12 Logique de l'hôpital régional de Tambacounda au Sénégal

	Logique	Remarques
Entrants	(Inputs externes) 1) Participation aux AAKCP 2) Participation à "Change2" 3) Comprendre une manière d'analyser les problèmes 4) Le personnel fait l'expérience d'améliorations 5) Soutien des JOCV 6) Subventions du gouvernement 7) Evaluation et formation par le projet JICA 8) Sous-traitance du nettoyage	Pré-conditions 1. Attitude positive des cadres 2. Le personnel a déjà identifié des problèmes 3. Formation du personnel 4. Système d'évaluation 5. Participation des médecins
Activités	1-1. Enquête de satisfaction des patients 1-2. Auto-évaluation des 5S 1-3. Récompenser les activités 5S 2-1. Formation 5S initiale 1-1. Murs repeints 1.2. Sous-traitance d'une partie du nettoyage 1.3. Création d'un code couleur pour les dossiers 1.4. Nettoyage des bureaux par les JOCV 2-1. Utilisation de chariots	Obstacles 1. Manque de ressources financières 2. Manque de personnel qualifié

Résultats (court-terme)	<p>2-2 Elaboration d'un plan d'action.</p> <p>2-3. Mise en place QIT/WIT3-1. Affichage de l'approche 5S</p> <p>3-2. Promotion de la Charte des droits et obligations du patient</p> <p>3-3. Mise en place d'un "Coin 5S"</p> <p>3-4. Etablissement d'une liste des taches</p> <p>1. Motivation a améliorer</p> <p>2. Etat d'esprit de résoudre les problèmes</p> <p>3. Partage de l'information parmi le personnel</p>	<p>pour faire circuler le matériel</p> <p>3-1. Création de tableaux</p> <p>3-2. Chaises numérotées dans la salle d'attente afin de connaître le nombre de patients qui attendent</p> <p>3-3. Création d'une boite pour les cas d'urgences à la maternité</p> <p>3-4. Remblayage des trous dans la cour</p> <p>4-1. Code-couleur pour les boites dust ??</p> <p>5-1. Boites pour recycler les aiguilles utilisées</p> <p>5-2. Séparation des bouteilles a oxygène vides</p> <p>1. Ordre</p> <p>2. Gain de temps</p> <p>3. Amélioration de l'accueil</p> <p>4. Hygiène et sécurité accrues</p> <p>5. Matériel recyclé</p>	Eléments facilitateurs	<p>1. Implication forte du Ministère de la Santé et du Bureau Médical Régional</p> <p>2. Des efforts d'amélioration sont faits.</p> <p>3. Personnel motivé.</p> <p>4. Services moins chargés (Ophtalmologie)</p>
Résultats (Long-terme)	<p>a. Responsabilisation du personnel (court-terme 1, 2)</p> <p>b. Information sur l'approche et les droits du patient partagée (court-terme 3)</p>	<p>a. Chaque service établit son slogan d'attitude positive (court-terme 2, 3, 5)</p> <p>b. Satisfaction des patients (court-terme 2, 3, 4)</p> <p>c. Efficacité du travail (court-terme 1, 2)</p>	Contraintes	<p>1. Résistance des médecins</p> <p>2. Services surchargés (Maternité)</p>
Objectif pour l'hôpital	<p><Vision> Offrir un service de qualité a moindre cout</p> <p><Mission></p> <p>1. Diagnostiquer, Suivre et traiter les malades et les femmes enceintes.</p> <p>2. Garantir à tous un accès équitable aux soins préventifs, curatifs et de réhabilitation</p> <p>3. Education, formation continue, recherche, médecine préventive et promotion de la santé</p> <p><Valeur> Disponibilité (des services) / Sécurité / Satisfaction</p>		Remarques	<p>1. 5S disséminés dans tous les services en 2009.</p> <p>2. Conséquences : les efforts 5S-KAIZEN-TQM sont justifiés, et le personnel se sent responsable de la qualité des services.</p> <p>3. Fréquents changements de direction a l'hôpital (5 fois depuis 2007)</p> <p>4. Illettrisme</p>

2) Logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» à l'Hôpital Régional de Thiès au Sénégal , (voir tableau 13)

A l'Hôpital Régional de Thiès, la réduction de risques médicaux comme les erreurs de traitement des patients, est avancée comme indicateur dans les 5S. Des résultats analogues aussi au KAIZEN, l'aménagement du flux du service et le développement d'une banque de données notamment, ont été observés dans la prise en charge des activités 5S. La conscience par rapport à l'exploitation efficace de ressources étant élevée, l'amélioration des revenus provenant du recyclage et de la vente des produits inutiles est prise en charge et des résultats ont été aussi remarqués dans des rubriques relatives à la gestion de l'hôpital. Il s'agit d'un hôpital qui utilise beaucoup de lits et de personnel mais l'équipe d'exécution des 5S constituée de personnel choisi dans les divers domaines poursuit les activités thème par thème. D'un côté, les équipes d'exécution 5S, conscientes du problème de l'établissement d'une technique d'évaluation afin d'évaluer elles-mêmes les activités 5S,

ont entrepris un examen en vue de l'établissement de la technique.

Tableau 13 Logique de l'hôpital régional de Thiès au Sénégal

	Logique		Remarques
Intrants	(Inputs externes) 1) Formation JICA 2) Soutien financier de JICA pour l'installation de matériel 3) Suivi & évaluation par JICA 4) Soutien financier de la Banque Mondiale 5) JOCV (4 fois) 6) Evaluation externe par le Ministère de la Santé (Inputs de l'hôpital) 1) Budget pour chaque service. 2) Equipe Amélioration Qualité QIT 3) Vestes pour les membres du Comité 5S		Pré-Conditions 1. Leadership 2. Les difficultés de l'hôpital sont déjà reconnues 3. Formation initiale du personnel 4. Système d'évaluation 5. Implication des médecins
Activités	1-1. Formation initiale de tout le personnel 1-2. Analyse de la situation actuelle 1-3. Plan d'Action 5S 1-4. Equipe 5S dans tous les services 1-5. Creation de Comites 5S et WIT 1-6. Activités pilotes dans le service de la maintenance pendant 1 an	1-1. Organisation des dossiers 1.2. Etiquetage du matériel 1.3. Identification des patients et de leur emplacement 2-1. Opération grand-nettoyage avec tout le personnel 3-1. Signalisation (plans) 4-1. Mission 5-1. Integration des informations sur les rebus dans la base de données 5-2. Recyclage and vente du matériel non-utilisé 6-1. Fiche de travail	Obstacles 1. Pas de système d'évaluation des 5S ou de la satisfaction des patients 2. Changement de directeur et parmi les membres du Comité
Résultats (court-terme)	1. Engagement de l'ensemble du personnel 2. Conscience de la situation 3. Mise en œuvre des activités 5S	1. Moins de temps perdu et diminution des risques 2. Locaux propres 3. Meilleur accueil 4. Partage de l'information 5. Recyclage 6. Maintien de la qualité du service	Eléments facilitateurs 1. Communication avec le Ministère de la Santé, les autres bureaux régionaux et les bailleurs 2. Des activités de nettoyage existent 3. Le succès de l'expérience motive le personnel 4. Conscience du manque de ressources
Résultats (Long-terme)	a. Responsabilisation du personnel (court-terme 1, 2) b. Intégration des 5S dans le travail individuel (court-terme 3)	a. Changements positifs dans les comportements (court-terme 2, 3, 4, 5) b. Satisfaction des patients (court-terme 1, 2, 3, 6) c. Efficacité du travail (court-terme 1, 6)	Contraintes 1. Changement de direction
Objectifs de l'hôpital	<Objectifs généraux> 1. Réduction des risques 2. Sécurité accrue 3. Sécurité des patients 4. Gestion des déchets biomédicaux <Objectifs liés aux 5S> 1. Evaluer les 5S 2. Etablir des procédures pour mesurer l'évolution 3. Clarifier les rôles et responsabilités du personnel 4. Impliquer la population locale dans les 5S		Remarques 1. Démarrage pilot des 5S dans le service de la maintenance en 2010 2. Des étagères sont faites à partir de matériel recyclé et des objets au rebus sont vendus 3. Des changements fréquents peuvent constituer un obstacle 4. Un système d'auto-suivi existe mais une procédure d'évaluation avec indicateurs doit encore être mise en place

3) Logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» au Centre de santé Gaspard Camara au Sénégal (voir tableau 14)

Vu que l'expérience dans le domaine des 5S n'est que de six depuis l'implémentation des activités Centre de santé de Gaspard Camara, ce qui caractérise le centre est la haute motivation des leaders, et on peut mentionner le fait que le directeur a personnellement pris l'initiative d'adopter les 5S. Avec un personnel de 98 membres, l'établissement est d'une petite taille et un superviseur des soins médicaux effectue régulièrement des visites sur le sites pour vérifier l'avancement des activités 5S et bénéficie d'un grand respect de la part du personnel. Six mois après le début des activités 5S, la réputation de l'établissement s'est améliorée au sein de la population locale, et ses activités ont été relevées par les médias. Ce genre d'évaluation externe a augmenté la motivation du personnel qui montre un grand désire pour la généralisation des activités 5S dans les autres établissements de la santé dans la région.

Tableau 14 Logique du centre de santé Gaspard Camara au Sénégal

	Logique		Remarques	
Inputs	(Inputs externes) 1) Formation JICA de 3 jours (PARSS ²²) 2) Soutien financier du FHI 3) Participation des médecins chefs à l'atelier d'évaluation interne 4) Observation par le médecin chef à l'hôpital régional de Tambacounda 5) Formation PARSS (Inputs du Centre) 1) Fonds du Comité de Santé 2) Création d'une Equipe Amélioration Qualité et WIT		Pré-Conditions	1. Style de leadership (coopération, inspiration, proche du personnel, sens pratique) 2. Connaissance des problèmes existant 3. Formation du personnel 4. Système d'évaluation
Activités	1-1. Formation de 3 jours dans les services pilotes 1-2. Activités 5S avec la participation du Comité du Santé 2-1 Les services administratif et de la maintenance sont les services pilotes 2-2. L'Equipe Amélioration Qualité forme le personnel de chaque service 3-1. Boite pour recueillir les suggestions des patients 3-2. Réunions régulières avec le Comité de Santé	1-1. Organisation des dossiers dans l'ordinateur 1-2. Etiquetage du matériel 1-3. Reorganisation des espaces de travail 2-1. Nettoyage à l'intérieur et à l'extérieur du Centre 3-1. Signalisation (plans, etc.) 4-1. Affichage des activités 5S 5-1. Recyclage et vente du matériel non-utilisé	Obstacles	1. Manque de soutien technique du Ministère 2. Manque de ressources financières pour les 5S 3. Peu d'opportunité de formation du personnel

²²Projet de Renforcement de la Management du Système de Santé à Tambacounda et Kédougou

Résultats (court-terme)	1. L'ensemble du personnel comprend les 5S 2. Démarrage des activités 5S 3. Motivation du personnel	1. Gain de temps et moins d'erreurs commises 2. Locaux propres 3. Amélioration de l'Accueil 4. Information mieux partagées parmi le personnel 5. Recyclage	Eléments facilitateurs	1. La position du Centre en tant que Centre de référence 2. Bonne communication entre les services. 3. Location géographique (Dakar) 4. Conscience des ressources limitées 5. Forte motivations du personnel due à l'intérêt des médias et la reconnaissance des patients
Résultats (Long-terme)	a. Responsabilisation du personnel (court-terme 2, 3) b. Intégration des 5S dans le travail individuel (court-terme 3) (Ces résultats sont attendus car les 5S viennent juste de démarrer)	a. Etat d'esprit positif (court-terme 2, 3, 4, 5) b. Satisfaction des patients (court-terme 1,2, 3) c. Efficacité du travail (court-terme 1, 2)	Contraintes	1. L'exode des pauvres vers la zone urbaine fait augmenter le nombre des patients 2. Contraintes financières à la divulgation des 5S (pour avoir une voiture)
Objectifs de l'hôpital	1. Satisfaction des patients 2. Fournir de meilleurs services 3. Promouvoir les 5S dans l'ensemble du District 4. Etre un Centre modèle et contribuer à l'atteinte des OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement)		Remarques	1. Le Centre pratique les 5S depuis l'année dernière. 2. Forte motivation du personnel due à la couverture médiatique de leurs activités 5S 3. L'augmentation du nombre des patients crée des ressources supplémentaires

4) Logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» du centre de santé de Tambacounda au Sénégal (voir tableau 15)

Ce centre a fait l'objet du Projet d'Appui au Renforcement du Système de la Santé de la JICA. L'un des objectifs pour l'implémentation des 5S était la résolution des problèmes relatifs à la réduction du déficit, l'un des aspects de la gestion des hôpitaux. Ce centre avait procédé à l'allocation du budget nécessaire à l'implémentation des activités des 5S, l'augmentation du personnel et l'achat des équipements nécessaires.

Tableau 15 Logique du centre de santé de Tambacounda au Sénégal

	Logique		Remarques	
Inputs	(Inputs externes) 1) Formation de 3 jours avec la JICA (PARSS) 2) Soutien technique du Ministère de la Santé 3) Récompenses de la JICA et du Ministère de la Santé pour les activités 5S 4) Nouveau Directeur qui veut revitaliser les 5S 5) Evaluation par les Services de Santé régionaux (Inputs du Centre) 1) Conseil d'un directeur à l'éducation pour la santé (5S récompensés) 2) Création d'une Equipe Amélioration Qualité et d'un sous-comité 5S 3) Personnel supplémentaire pour les activités 5S 4) Achat de matériel pour mettre en œuvre les 5S		Pré-Conditions	1. Implication positive du responsable (Leadership) 2. Connaissance des difficultés 3. Formation du personnel 4. Forte motivation du personnel
Activités	1-1. Tout le personnel participe à la formation	1-1. Réorganisation des dossiers	Obstacles	1. Manque de ressources financières pour les activités

	1-2. Création d'un sous-comité 5S 1-3. Plan d'Action dans chaque service. 1-4. Revue mensuelle du directeur 1-5. Formation des chefs de service 1-6. Evaluation par le Ministère de la Santé et le Comité de Santé	1-2. Etiquetage du matériel 1-3. Organisation des codes téléphoniques 2-1. Nettoyage des lieux de travail 2-2. Installation d'éclairages 3-1. Signalisation (plan, etc.)		5S 2. Manque de matériel pour les 5S 3. Etroitesse de l'espace 4. Manque de personnel qualifié
Résultats (court-terme)	1. Compréhension des 5S par tout le personnel 2. Stimulation des 5S 3. Augmentation de la motivation du personnel	1. Moins de temps perdu et préventions des erreurs 2. Environnement propre 3. Amélioration du service à l'accueil	Facteurs de facilitation	1. Infrastructures offertes par les bailleurs de fonds français et espagnols 2. Expérience du programme de prévention du Sida organisée par le Ministère 3. Conseils de la part d'un directeur du département de l'éducation à la santé
Résultats (Long-terme)	a. Augmentation du sens de responsabilité du personnel (Court terme 2, 3) b. Intégration des 5S dans les propres emplois du personnel (Court terme 1, 2, 3)	a. Amélioration de l'environnement du travail (Court terme 1, 2) b. Satisfaction du patient (Court terme 1, 2, 3) c. Efficacité du travail (Court terme 1, 2)	Contraintes	1. Moins de temps pour les 5S du au traitement d'un grand nombre de patients 2. Difficulté de faire le suivi des activités par les membres du personnel eux-même 3. Grèves d'infirmiers
Objectifs de l'hôpital	1. Amélioration de la qualité des services de la santé 2. Réduction du déficit		Remarques	1. Ce centre a démarré les 5S l'année dernière 2. Site du Projet de « Renforcement de la gestion du système de la santé » de la JICA 3. Le nouveau chef a relancé les activités des 5S

5) Logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» au Poste de Santé de Kothiary au Sénégal (voir tableau 16)

Le poste de santé de Kothiary est établissement qui a fait l'objet du projet de renforcement des soins de la santé de la mère et de l'enfant conduit par la JICA. Le chef du poste a identifié les soins humanitaire des futures et mères nourissantes comme problème majeur dont il fait face, et qu'on fait des efforts continus afin d'améliorer les standards des soins de la santé à travers les 5S et KAIZEN. L'effectif du poste est de 7 personnes, y compris l'infirmière en chef du poste, et l'établissement n'a pas de médecins. Etant donné que c'est un établissement de petite taille, les activités ont été effectuées par tous les membres du personnel du poste.

Tableau 16 Logique du poste de santé de Kothiary

	Logique	Remarques
Inputs	(Inputs extérieurs) 1) Participation du directeur a une formation au Japon 2) Equipement fourni par la JICA 3) JOCV (infirmière) 4) Budget du Comité de Santé 5) Un manuel du PRESSMN 6) Set-setal (nettoyage hebdomadaire avec la population locale) (Inputs du Poste) 1) L'infirmier chef partage les informations 5S	Pré-condition 1. Implication positive de l'infirmier chef 2. Connaissance des difficultés 3. Formation du personnel 4. Motivation du personnel

	2) Le profit des ventes sert aux activités 5S 3) Achat de matériel pour les 5S			
Activités	1-1 L'ensemble du personnel comprend les 5S 1-2. Comité 5S	1-1. Démarrage avec les 3S 2-1. Set-setal 3-1. Installation d'un banc dans la salle d'attente 4-1. Affichage de la politique du Poste 4-2. Affichage d'informations sur la santé et promotion dans la communauté	Obstacles	1. Personnel réduit (7 personnes) 2. Manque de confiance parmi le personnel 3. Travail 24h sur 24 sur demande des habitants
Résultats (court-terme)	1. L'ensemble du personnel comprend les 5S 2. Revitalisation des 5S 3. Motivation du personnel accrue	1. Gain de temps et erreurs évitées 2. Environnement propre 3. Amélioration de l'accueil 4. Partage de l'information parmi le personnel	Eléments facilitateurs	1. Attente élevée de la part des autorités 2. Responsabilité reconnue de l'infirmier 3. Ressources (réseau) de l'infirmier chef
Résultats (Long-terme)	a. Responsabilisation du personnel (court-terme 2, 3) b. Intégration 5S dans le travail individuel (court-terme 1, 2, 3)	a. Amélioration de l'atmosphère de travail (court-terme 1, 2) b. Satisfaction des patients (court-terme 1, 2, 3) c. Efficacité du travail (court-terme 1, 2)	Contraintes	1. Zone de couverture médicale étendue 2. Isolement géographique 3. Manque de personnel et de moyens médicaux
Objectifs du Poste	Soins de Santé humanisés		Remarques	1. Organisation petite et horizontale facilite l'implication de tout le personnel 2. Site du projet PRESSMN

Sur la base de ces circonstances, la logique allant de l'introduction jusqu'aux réalisations, a été élaborée en se fondant sur les éléments de celles-ci qui se sont communément manifestés dans les divers hôpitaux (voir le schéma 5).

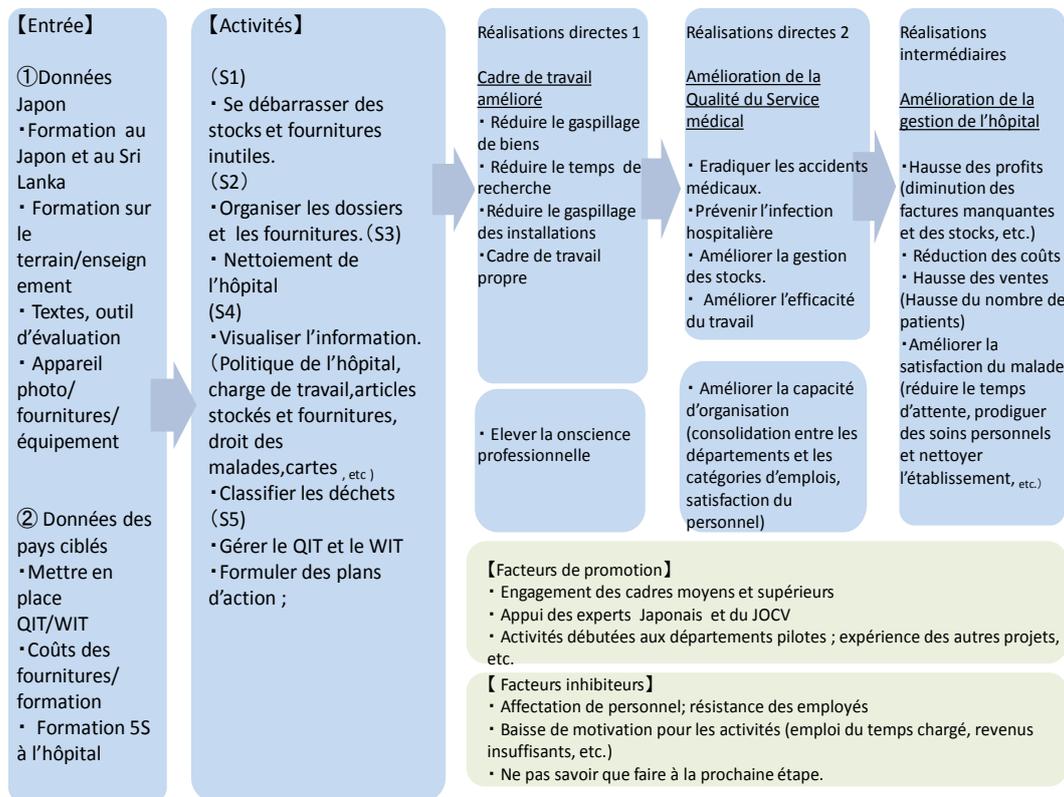


Schéma 5 Logique des projets en cours au Sénégal et en Tanzanie

Dans les divers hôpitaux du terrain, l'étude a été poursuivie sous la forme d'interviews des personnes concernées sur la base desquels les divers articles de la logique du schéma 2 sont notés. Parmi ceux-ci, les points suivants ont été dégagés.

- Comme réalisations directes des activités basées sur les 5S, des réalisations relatives à l'amélioration de l'environnement du travail comme la réduction des gaspillages dissimulés dans le lieu de travail et un lieu de travail propre, ont été atteintes.
- Les activités et les réalisations directes sont presque identiques dans tous les hôpitaux et donnent une impression de similarité. On peut penser que leur objet influence le contenu des manuels 5S mais à commencer par l'établissement des 5S dans l'Hôpital Régional de Tambacounda, des efforts imaginatifs sont partiellement visibles.
- Comme réalisation indirecte des 5S et KAIZEN, il y a une amélioration de la qualité des services médicaux et il y a des cas où ces résultats aboutissent à l'amélioration des indicateurs de gestion.

Entrefilet 2. Cas de l'Hôpital Mubeya Consultations en Tanzanie

En 2007, la participation du directeur de l'hôpital au «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» est à l'origine du démarrage de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM». Avant son introduction, le concept interne de l'hôpital portait sur les problèmes comme quoi la qualité des services médicaux n'était pas partagée ou les vols d'accessoires qui se succédaient. Le directeur de l'hôpital a pensé que cette approche était utile pour la résolution des problèmes et tout en persuadant le camp de la gestion, participe selon le thème, et continuellement, à l'établissement de la QIT, à l'organisation de réunions hebdomadaires, etc.

Les activités ont commencé dans les 6 services pilotes mais actuellement, elles se sont étendues à l'ensemble de l'hôpital et des résultats permettant notamment des débats dépassant les catégories professionnelles ont été obtenus, la réduction des stocks, l'amélioration de la gestion des ressources pour rendre visibles les stocks d'équipements volés ou cachés et l'amélioration d'un environnement de travail ayant pour langue commune les 5S

Dans le même hôpital, on est en train de s'attaquer au KAIZEN et l'amélioration du dispositif d'enregistrement des patients visant à éviter les vices comptables notamment est en train d'être abordée sur la base de thèmes déterminés dans l'amélioration du service.

Chapitre 3 Examen des 4 hypothèses

Dans ce chapitre, sur la base de l'étude au Japon et l'étude de terrain, les résultats de l'examen des 4 hypothèses fixées, sont mentionnés comme conclusions du présent rapport en se limitant à «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les projets.

【Hypothèse 1 : Les principaux problèmes rencontrés par différents hôpitaux et leurs méthodes de solution ne sont pas toujours clairement reflétés dans la conception des projets (objectif du projet, résultats et indicateurs notamment).

Concernant les divers projets cibles de la présente étude, la solution des problèmes et l'élévation de la gestion au niveau des établissements de santé, comme les hôpitaux, pris individuellement ne sont pas toujours fixées comme buts des projets. Par conséquent, sous ce genre de conditions, l'analyse a été menée à partir du point de vue de la question : est-ce que les principaux thèmes caractéristiques que l'hôpital puisse se permettre de porter et pour lesquels il y a une limite dans l'examen de la pertinence de la logique d'extraction de la seule part d'activité liée à «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» de chaque projet, sont reflétés dans la conception du projet ? Conséquence, des cas où la voie de solution (la logique) des « principaux thèmes caractéristiques (problèmes) » et des thèmes centraux issus de l'introduction de «l'approche 5S-KAZEN-TQM» en cours dans les établissements de santé cibles comme les hôpitaux, ne sont pas toujours clairement reflétés dans la conception du projet ont été constatés. En outre, étant donné qu'il y a des cas où il existe un saut partiel dans les étapes de la logique d'expression des effets, il est nécessaire d'agencer la logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» en fonction des principaux thèmes (types de problèmes) auxquels sont confrontés les hôpitaux.

Dans l'industrie manufacturière du Japon et de l'Amérique qui poursuit le profit, les activités TQM et KAIZEN sont menées avec pour objectif, l'amélioration des chiffres de la gestion à savoir, le profit et les coûts ; les 5S y sont utilisés comme outil et des résultats ont été obtenus. Même dans les hôpitaux privés de ces 2 pays où ces techniques ont été introduites, il est nécessaire de prendre en considération le cas des hôpitaux des pays modernes. Il semble qu'il y a beaucoup de points communs dans les conceptions de base. En plus, dans ces 2 pays où l'approche a été introduite, le point de vue coût et gestion est indispensable même s'il s'agit d'une organisation médicale publique. Aux Etats-Unis, les résultats portés par l'amélioration des soins médicaux ont été soulevés, avec pour arrière-plan, la nécessité d'une réduction des coûts et de l'amélioration de l'efficacité dans le domaine des soins médicaux. Même dans les 4 hôpitaux japonais passés en revue, l'amélioration de la gestion figure comme objectif parmi les bases des activités 5S-KAIZEN. Les activités ont été poursuivies d'après la logique selon laquelle la résolution des « thèmes » des hôpitaux, positionnée sous cet objectif, comme la prévention des accidents médicaux, l'amélioration de la qualité de l'efficacité du service et l'amélioration

de la qualité des services médicaux, conduit en fin de compte, à l'amélioration de la gestion de l'hôpital, et de nombreux résultats ont été obtenus. C'est-à-dire qu'un modèle logique qui détermine les objectifs et exécute en continu le cycle du PDCA de fixation des objectifs, de vérification des activités et des résultats et de détermination des nouveaux objectifs, a été exécuté à travers les activités 5S et KAIZEN.

A l'Hôpital Régional de Thiès au Sénégal aussi, l'objectif des activités KAIZEN est «exploiter efficacement les ressources limitées» et est abordé à partir du point de vue de l'efficacité de la gestion.

Dans la première section du chapitre 2, résultat de l'examen de la conception des projets ciblés en Afrique, fait à partir d'une étude documentaire, la majorité de projets s'étaient fixés comme objectif, l'amélioration de la qualité des soins médicaux et l'amélioration des capacités locales de gestion qui l'accompagnent et les projets soulevant comme objectif la solution des problèmes au niveau de l'unité hospitalière étaient peu nombreux. Du point de vue de l'amélioration de la gestion, «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» le seul à abonder d'objectifs. Cependant, il ne s'agit pas d'un projet de coopération technique et une MCP n'ayant pas été élaborée dans les interventions que sont l'étude préparatoire de la coopération et la formation en pays tiers, des indicateurs n'avaient pas été fixés au moment du démarrage. Dans le cadre des tournées de l'expert après le démarrage, l'évaluation des diverses rubriques des 5S et du leadership par notation sur la base de listes de pointage et des indicateurs de produit et de niveau de résultats ont été utilisés. En outre, dans le cadre de l'étude préparatoire de la coopération, Rapport final de cette étude (Document 1.n), les données relatives à l'amélioration de la gestion de l'hôpital, ont été proposées comme un des indicateurs de mesure du produit et la réalisation ou non du suivi des efforts autonomes des divers hôpitaux pour la collecte de données cohérentes avec l'étude, reste ambiguë.

Entre autres, des projets dont les relations entre les objectifs du projet et ses activités et indicateurs, sont difficiles à comprendre ont été trouvés çà-et-là. Par exemple, dans les cas où «la disposition d'équipes d'activités 5S» a été fixée comme indicateur de mesure du «renforcement du leadership» qui est un objectif du projet et comme dans les cas où la «fixation des 5S» est soulevée comme activités pour la réalisation du «renforcement des services de santé maternelle et infantile» mais l'étape nécessaire suivante, l'amélioration des services, n'est pas toujours suffisamment planifiée, il y a des projets difficiles à comprendre par une tierce personne, si des explications additionnelles concernant la logique d'aboutissement des activités du projet aux objectifs et la fixation des indicateurs de mesure du degré de réalisation ne sont pas données.

Dans la section 2 du chapitre 2, l'insuffisance de ressources, la mauvaise qualité de l'environnement interne de l'hôpital et la mauvaise qualité de la communication entre au sein du personnel sont appréhendés comme problèmes portés par l'hôpital et il a été vérifié

que les 5S ont obtenus de gros résultats dans le cadre de l'amélioration de l'environnement au sein de l'hôpital et de l'élévation des capacités organisationnelles. Néanmoins, la logique avec laquelle, l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» pourrait servir de méthode de résolution des problèmes portés par l'hôpital, n'apparaît pas clairement et il est apparent que des problèmes subsistent aussi dans la détermination du but des projets et d'indicateurs appropriés.

La proposition ci-dessous est faite dans le chapitre 4 pour résoudre des tels problèmes.

- 1) Rendre clairs les problèmes centraux dont la solution est possible au niveau de l'unité hôpital avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».
- 2) Etablir un modèle logique clair de résolution des principaux problèmes
- 3) Rendre claires les conditions préalables d'expression du modèle logique d'expression des effets et les limites de la présente approche.
- 4) Dans le cadre de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», aux diverses étapes de l'expression des effets, arranger les objectifs et les résultats, et les divers types d'indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) de mesure des effets.

【 Hypothèse 2 : Il existe des facteurs qui bloquent le développement allant des 5S (aménagement de l'environnement de l'hôpital) au KAIZEN (agencement du processus de service notamment). 】

Si la méthodologie d'enseignement de l'introduction de l'approche et la méthodologie de fixation des objectifs et d'indicateurs pouvant être collectés, basées sur la logique, ne sont pas adéquates, ce sera un facteur d'entrave au déroulement. Pour promouvoir le développement des 5S vers KAIZEN, à l'étape initiale de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», il est nécessaire d'enseigner plus simplement KAIZEN (concernant «l'enseignement élémentaire KAIZEN», voir le chapitre 4, section 4, 5) et décrire de façon détaillée la logique d'amélioration de la qualité du « travail ») et de faire comprendre aux personnes concernées que les 5S sont un outil pour le KAIZEN. Par ailleurs, au moment de la fixation des objectifs et des indicateurs, il est important de fixer des objectifs et des indicateurs par niveau en fonction du niveau de l'étape de la logique d'expression des effets et l'aménagement organisationnel de l'environnement du travail pouvant assurer l'obtention de ces indicateurs est nécessaire.

Comme mentionné dans l'hypothèse 1, les activités «5S-KAIZEN-TQM» exécutées dans les entreprises ordinaires et les hôpitaux du Japon et d'Amérique, ont pour objectif final, l'amélioration de la gestion. Les activités TQM et KAIZEN sont des activités qui pratiquent continuellement le cycle PDCA de compréhension et de solution personnelles des problèmes qui existent autour de soi. Cela concorde avec la définition mentionnée dans le «ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT» (document 1.o), à savoir, une solution participative des problèmes conforme au cycle PDCA. Même dans «

programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» et les projets concernés, les 5S sont placés comme point d'entrée mais il y a un point de différence selon lequel l'amélioration du service se fait en fonction du KAIZEN et en divisant clairement les étapes, après l'aménagement de l'environnement du travail. L'Hôpital de consultation de Mbeya est un cas d'hôpital ayant réussi à traverser les étapes mais par exemple, l'élaboration de règles concernant le dépôt des objets et la fixation de méthode de nettoyage et sa fréquence, etc., sont comprises dans l'amélioration de la manière de travailler, et les 5S ne se limitent pas à l'amélioration du nettoyage et au dépôt des objets. Les 5S tout en ayant tendance à être un point d'entrée, ses activités comprennent les facteurs mentionnés plus tôt et on peut penser qu'il est utile d'aménager un socle d'exécution graduelle de KAIZEN tout en menant les activités 5S. D'un côté, l'instrument de KAIZEN ne se limite pas seulement aux 5S, il comprend aussi «l'élimination du gaspillage» et «standardisation», etc.

Dans les infrastructures de petite échelle comme le poste de santé de Kothiary cible du «Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale au Sénégal (PRESSMN) Phase II», les 5S et des activités KAIZEN relativement simples ont été réalisées simultanément et on peut penser qu'il est important de se tourner vers l'extension de cette technique en fonction des établissements ciblés, en continuant à exploiter ce genre de bon exemple.

Par ailleurs, l'arrière-plan divisant les 5S et KAIZEN, est quelque chose qui vise ce que le personnel médical d'Afrique, peu familier avec le concept d'amélioration du service, a pris en considération pour pouvoir, en partant d'un concept simple, acquérir un concept beaucoup plus complexe sans embrouille, outre les efforts autonomes envers l'amélioration du service dans les hôpitaux ordinaires d'Afrique, extrêmement fragiles, pour pouvoir, tout en éprouvant les effets, dérouler les activités étape par étape mais on a pu penser à l'existence de la possibilité que le fait de séparer clairement les étapes et de mener la formation est devenu une entrave qui ne le paraît pas, au développement de l'amélioration des objets vers le Kaizen (KAIZEN) des services. Seulement, même si on avait introduit les 5S en positionnant une partie de KAIZEN depuis le début, sans se limiter à pouvoir faire le déroulement des 5S vers KAIZEN, un examen approfondi concernant ce point est nécessaire. En outre, dans le Guide d'exécution 5S utilisé dans le Projet de renforcement du système de santé au Sénégal, les effets post-introduction sont indiqués simplement et en détail en utilisant des photos mais les mentions concernant KAIZEN sont relativement peu nombreuses comparées à celles des 5S et l'impression est que les mentions comme les cas d'exemples exécutés, sont comparativement peu nombreuses.

【Hypothèse 3 : L'implication cohérente de toutes les personnes concernées par l'hôpital depuis le démarrage des activités et la continuité des activités 5S-KAIZEN-TQM sont liées (des effets sont visibles sur la continuité en cas d'insuffisance d'implication).】

Il est possible de dire que la présente hypothèse n'est pas toujours pertinente dans le cas de beaucoup de projets cibles de l'étude, étant donné que dans la majorité des cas dont la continuité est assurée, l'introduction est faite sans implication cohérente de toutes les personnes concernées par l'hôpital depuis le démarrage des activités, en sélectionnant des services partiels comme pilotes et les cas de succès sont développés dans les autres services. Par exemple, en Tanzanie, comme à l'Hôpital de Consultation de Mbeya, le succès obtenu dans un domaine, érigé en cas de démonstration, suscite l'intérêt des autres services à l'intérieur de l'hôpital et les activités continuent en s'étendant. Ainsi, l'implication de toutes les personnes concernées par l'hôpital depuis le début des activités n'assure pas toujours la continuité des activités à partir du fait de commencer les 5S à petite échelle en sélectionnant les services pilotes. En outre, en réalité, il est difficile d'impliquer les professions spécialisées comme les médecins depuis le début et elles sont impliquées de façon irraisonnable, il y a le risque qu'elles se transforment en forces de résistance ou deviennent non coopératives. Dans ce cas, au contraire, des effets négatifs se feront sentir sur la continuité des activités.

Néanmoins, dans les centres de petite taille comme les postes de santé du Sénégal, il y a aussi des cas réussis où depuis le début, tout le monde sous le directeur de l'hôpital, les partenaires locaux y compris, a participé aux activités «5S-KAIZEN-TQM» et on peut penser que les facteurs relatifs à la taille du centre sont fortement liés à cela.

Même dans l'écoute des experts chargés de l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans le secteur des soins sanitaires, traitée dans la section 1 du chapitre 2, l'opinion selon laquelle le directeur de l'hôpital et l'équipe amélioration de la qualité (ci-après, QIT) fixent l'étendue du domaine et commencent, est un point de vue qui corrobore la relation entre l'étendue du domaine au moment du commencement et la taille de l'hôpital.

Même au Japon, dans les grandes entreprises et les grands hôpitaux, on peut observer des cas où après avoir recruté depuis le début les titulaires des activités et des experts en quantité suffisante, comme suffisamment de temps et d'argent sont dépensés dans la formation préalable, les activités s'étendent à toute l'entreprise mais dans la majorité des petites et moyennes entreprises, étant donné que les ressources humaines et le budget sont limités, la technique consiste généralement à sélectionner les services pilotes, commencer petit et agrandir.²³ Dans les petites entreprises familiales, au contraire, les activités sont menées par tout le monde dans l'ensemble de l'organisation étant donné qu'il n'est pas nécessaire de répartir d'abord les services.

D'un côté, il est apparu que le chef de l'hôpital et les membres de l'équipe QIT jouent un rôle important dans la poursuite de la continuité des activités.

²³ Kakiuchi Shigeru – La technique d'amélioration de l'usine – Association Japonaise pour la Rationalisation de la Gestion - 2008

Les activités ci-après, en tant que rôles du chef de l'hôpital et des membres de l'équipe QIT, peuvent être indiquées comme facteurs de promotion de la continuité.

- ① En fonction d'un engagement fort et d'une initiative personnelle du chef, un environnement permettant de poursuivre les activités en toute quiétude, peut être créé en donnant l'appui spirituel et matériel aux activités.
- ② Les membres de l'équipe QIT mesurent la visibilité des résultats des activités et renforcent la continuité en menant périodiquement depuis l'étape de la planification, une série d'activités aboutissant au suivi.
- ③ Le chef évite la stagnation des activités en exerçant une forte persuasion sur le personnel qui ne font preuve d'ardeur.
- ④ Appuyer la continuité des activités par un agencement inter-service au cas où le chef et les membres de l'équipe QIT mènent les activités KAIZEN et TQM au travers des services.

【Hypothèse 4 : L'examen et la sécurisation de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux représentent des goulets d'étranglement à l'occasion du développement du scénario de l'établissement des hôpitaux pilotes 5S à la diffusion nationale par le Ministère de la Santé.

Généralement, il a été constaté que l'examen des résultats par les agences centrales de supervision du Gouvernement, le Ministère de la Santé notamment, et la sécurisation des intrants liés à l'approche dans les hôpitaux pilotes, représentent des goulets d'étranglement dans le déroulement national de l'approche. En outre, à l'Hôpital Mbeya de Tanzanie et au Poste de santé de Kothariy au Sénégal, qui ont réussi l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», on a réussi à renforcer les efforts personnels des centres et aussi l'extension aux services externes pour ce qui concerne l'Hôpital Mubeya en Tanzanie, en prenant le temps de sécuriser un fort soutien et une forte assistance du Ministère de la Santé et des services médicaux régionaux.

Par exemple, on a pu observer, même s'ils sont peu nombreux, des cas où comme au Poste de santé Gaspard Camara au Sénégal et à l'Hôpital Mbeya de Tanzanie, informés de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», des centres ont pris l'initiative de s'y atteler et les activités réussissent.

Même au Japon, il s'agit toutefois de cas d'hôpitaux privés, à l'Hôpital Clinique de Takeda à l'Hôpital Municipal d'Iwata, les 5S ont été introduits spontanément en accueillant l'orientation d'experts externes et sans la participation du Ministère de la Santé.

Le Projet de Démonstration National sur la TQM pour la Santé (NDP) aussi est un projet de volontariat ayant pour base les hôpitaux et les entreprises privés et, même dans le cas du Sri Lanka, les activités d'un seul médecin constituent le point de départ.

Comme raison à cela, les 5S et KAIZEN, comme compris à partir des cas des efforts menés, sont des activités réalisables avec de faibles intrants et la décision d'introduire ou non ces activités dépend de la volonté des centres de santé.

D'un côté, les centres de soins sanitaires montrant de gros résultats débouchant des efforts menés suite à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» de leur propre chef, sont encore peu nombreux. Par ailleurs, la réalité est que l'élaboration du Programme national à long terme de Santé du Sri Lanka exécuté entre 2002 et 2007 au Sri Lanka avec l'assistance de la JICA, a consisté à accélérer le déroulement de la même approche au niveau de tout le pays. Dans ce programme, le Ministère de la Santé du Sri Lanka reconnaissant que la même approche est un élément important de la réforme des centres de santé, a décidé de la dérouler dans tout le pays, tout en élaborant un plan stratégique pour sa diffusion et a érigé l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Castle Street comme modèle idéal de gestion des hôpitaux publics sri lankais. Ainsi, en direction de la vulgarisation nationale, des hôpitaux pilotes sont reconnus et il est possible qu'un développement plus efficient soit possible en appuyant l'examen et l'introduction des activités qui y sont menées. Seulement, étant donné que le développement ne peut pas être mené si le chef de l'hôpital qui accueille de l'introduction ne fait pas preuve d'ardeur, on peut penser que l'aspect le plus important de l'appui frontal du Ministère de la Santé aux hôpitaux, est d'affecter un directeur d'hôpital notamment et des ressources humaines de premier rang qui montrant un intérêt et de la volonté pour les hôpitaux qui déroulent l'approche. Sur la base de l'examen ci-dessus, il est prévu comme mesures promotion du développement national de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» et comme rôles attendus du Ministère de la Santé, notamment :

- ① L'appui aux activités de diffusion des hôpitaux pilotes sur le plan des ressources ;
- ② la création d'un système de constitution d'équipes de projet réunissant le Ministère de la Santé et les hôpitaux pilotes, notamment ;
- ③ Le déroulement institutionnel latéral des informations sur les succès des divers hôpitaux ;
- ④ La mise à disposition et la diffusion uniforme des directives, des manuels et des textes
- ⑤ La mise en place d'un système de gratification pour maintenir la motivation comprenant un aspect motivation financière et l'évaluation externe.

Entrefilet 3. «Gaspillage»

Pendant l'amélioration du travail autour de soi, on dit souvent : «Eliminons le gaspillage !» Alors, «le gaspillage» de quoi s'agit-il ? Les réponses données souvent seraient : «le travail non nécessaire», «le travail qui n'est pas utile» etc.

Est-ce qu'habituellement tout le monde fait du «travail non nécessaire» ou du «travail qui n'est pas utile» etc. ? La majorité de personnes répondrait : «Moi, je ne fais pas ce genre de travail» Etant donné la pratique accumulée sur une longue période de temps, le travail fait tous les jours, est pour soi la manière la plus facile de faire et on peut bien avoir l'impression que son efficacité est bonne.

Si devait dire à ce genre de personne : «Tout votre n'est que gaspillage», elle monterait de la voix et tristement répliquerait : «C'est parce que vous n'avez pas déjà fait le travail que je fais et que vous n'y comprenez rien que vous dites ce genre de chose».

Mais veuillez réfléchissez un peu sur la vision du travail !

Maintenant, il n'est pas question de rechercher «le gaspillage»; veuillez réfléchir sur quel travail (mouvement) offre au client de la valeur ajoutée. Autrement dit, pour lesquels de vos mouvements, le client est prêt à payer de l'argent ?

Pour ce client (veuillez vous mettre à la place du client), hormis le travail pour lequel il veut bien nous payer, tout est du travail inutile ».

Veuillez revoir votre propre travail encore une fois en pensant ainsi.

Par exemple, dit de façon extrémiste, quand l'infirmier fait une piqûre, ce qui est nécessaire pour le patient c'est : le travail consistant à «planter l'aiguille dans le bras », le travail consistant à «injecter le médicament liquide» et le travail consistant à «retirer l'aiguille du bras» ; tout le reste est «travail» inutile.

Evidemment, stériliser le bras, etc. est nécessaire comme travail mais étant donné que ce genre de travail ne génère pas de valeur habituellement, des efforts de KAIZEN doivent être fait autant que possible pour en réduire la durée tout en obtenant le même effet. Qu'en est-il du reste: le travail consistant à «aller jusqu'à une étagère éloignée pour chercher la piqûre» et le travail consistant à «chercher la piqûre»? Qu'en est-il du le travail consistant à «aller chercher le gaz pour la stérilisation»?

Ainsi, pour le client, connaissant ce qu'est du travail qui offre de la valeur ajoutée, il est habituel de penser ainsi ; il est en position de trouver autant de « gaspillage » autour de soi.

Ainsi, trouver soi-même les «gaspillages», un à un successivement, représente une activité KAIZEN. A cette étape, les mathématiques et le calcul ne sont pas nécessaires à cette étape.

Ne pensez vous pas qu'il n'y a pas de grande différence à connaître seulement ceci et ne pas le savoir, avant de s'atteler aux 5S.

Chapitre 4 Modèle logique et indicateurs du 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux

4.1 Considérations basées sur les résultats de l'examen

Comme mentionné dans le chapitre 3, résultat de l'étude portant sur les 15 pays d'Afrique ciblés par la présente étude, l'existence de 3 problèmes a été rendus clairs à l'occasion l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les centres de santé des pays ciblés.

<Problème élucidé pendant l'examen de l'hypothèse 1 >

Thème 1: Le simple corps des centres de santé est visé et il n'est pas indiqué de modèle présentant clairement la voie de solution des thèmes caractéristiques centraux (problèmes) des centres concernés et des thèmes caractéristiques centraux liés à l'introduction de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

<Problèmes élucidés pendant l'examen de l'hypothèse 2 >

Thème 2 : En fonction de la manière de penser étape par étape, exécuter les 5S et ensuite mener le KAIZEN, il y a des cas où KAIZEN n'est pas précisément compris par les personnes concernées au moment de l'introduction de l'approche (d'un côté, les effets de l'introduction étape par étape dans les hôpitaux publics d'Afrique restent ambiguës dans la présente étude).

Thème 3 : Les indicateurs de résultat correspondant aux activités 5S sont presque tous des indicateurs de niveau de produit des activités 5S et la fixation d'indicateurs d'effets de niveau KAIZEN du service est rare (la fixation d'objectifs et d'indicateurs par niveaux, obéissant au niveau de l'étape de la logique de déclaration de résultats, est importante).

Comme mesure de solution et d'amélioration de ces problèmes, en mettant le focus sur le corps des hôpitaux, le modèle logique d'expression des résultats et les indicateurs, et en plus les points sujets à caution notamment, ont été classés par catégories, en types de problèmes rencontrés par les hôpitaux, un projet modèle logique d'application de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» dans les hôpitaux a été élaboré et proposée pour exploitation. Son flux concret et sa structure sont indiqués ci-après. Dans le présent chapitre, comme mesure de solution des 2 problèmes ci-dessus, il s'agit de :

- 1) Expliciter les problèmes centraux auxquels les hôpitaux sont confrontés pouvant être résolus avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» ;
- 2) Déterminer une logique appropriée aboutissant à la solution des problèmes des divers hôpitaux en élaborant et en exploitant un modèle logique (projet) d'expression des résultats des problèmes centraux (par type de problème) explicitant la voie de solution des problèmes centraux en utilisant l'«approche 5S-KAIZEN-TQM»;

- 3) Expliciter les points sujets à caution de l'exploitation du modèle logique d'expression des résultats ;
- 4) Arranger les exemples d'indicateurs (quantitatifs fixes, qualitatifs) en fonction des étapes du modèle logique d'expression des résultats ;
- 5) Arranger les objectifs et les résultats et les exemples d'indicateurs de mesure (quantitatifs fixes, qualitatifs) de leurs effets en fonction des étapes du modèle logique d'expression des résultats.

4.2 Conception de base de l'élaboration du modèle logique

Le modèle logique de l'unité entreprise, en cours dans l'industrie manufacturière qui a d'abord introduit et développée la présente technique, est prise comme base à l'occasion de l'élaboration du modèle logique 5S-KAIZEN-TQM qui fait du centre de santé une unité principale. Les différences de forme professionnelle entre le service médical et l'industrie manufacturière et l'état des hôpitaux des pays cibles de l'étude sont pris en considération au moment d'aborder son élaboration.

4.2.1 Conception des modèles logiques 5S-KAIZEN-TQM chez les fabricants japonais

Dans le schéma³, l'arbre logique des 5S-KAIZEN-TQM en cours dans l'industrie manufacturière japonaise montre quelque chose posé et exprimé comme objectif supérieur de l'industrie manufacturière, le «Développement continu de l'entreprise» en général.²⁴

Les 5S-KAIZEN sont une technique d'amélioration de la gestion développée da l'industrie manufacturière et la TQM est une technique qui trouve son origine dans l'industrie manufacturière américaine mais est une technique d'amélioration de la qualité qui a connu son propre développement au Japon.²⁵ Leur objectif final, pour les deux techniques, réside dans un développement continu de l'entreprise base sur l'amélioration sans relâche de la gestion. Dans l'industrie manufacturière, les facteurs constitutifs pour réaliser l'amélioration de la gestion sont PQCDS, à savoir, la Productivité (Productivity), la Qualité (Quality), le Coût (Cost), la Livraison (Delivery) et la Sécurité (Safety).²⁶ Ensuite, comme préalable à ces expressions de résultat, la capacité organisationnelle du camp de la gestion et du personnel, c'est-à-dire le pouvoir de travailler en groupe, la capacité d'amélioration de la gestion et une morale élevée basée sur la matérialisation de la satisfaction des employés, est nécessaire. L'essence KAIZEN qui réalise ces améliorations est l'élimination profonde du gaspillage. Les 5S sont positionnés comme outil d'élimination du gaspillage et utilisés simultanément comme outil d'élévation du pouvoir d'organisation.

²⁶ Shota Shu – Méthode d'avancement des activités Kaizen – entre de Gestion de l'Association pour l'Efficiency du Japon – 2007

²⁷ Kitahara Sadasuke – Assistance pour l'efficiency – De la TQC à la TQM – Yuuhikaku, 1991

²⁸ Kakuta Yasuhiro – Le nouveau système Toyota – Kodansha, 1991

Par conséquent, «la propreté» et «l'élévation de la conscience »qui assurent la réduction du «gaspillage» et le maintien de la continuité des 3S sont donnés comme résultat direct des activités 5S. Généralement, le «gaspillage» signifie la dilapidation ou la perte de personne, d'argent, d'espace, de temps et d'informations, etc. mais ici, il est pris représentativement comme «le gaspillage des objets»,«gaspillage (de temps) consacré à la recherche» et «gaspillage des infrastructures». La relation entre résultat direct et résultat indirect n'est pas une correspondance unitaire ; étant donné qu'il s'agit d'une relation composite, les divers liens sont exprimés par des flèches. Le PQCDs du résultat indirect ne consiste pas en diverses améliorations faites une seule fois chacune mais étant donné qu'il signifie une élévation et une amélioration continue, «l'élévation du pouvoir d'organisation a été insérée transversalement comme condition préalable». Cette «amélioration continue» est l'essence KAIZEN qui vise l'élimination profonde du «gaspillage» et sera une caractéristique importante comme sujet ultérieur du présent chapitre.

Autrement dit, au cas où les indicateurs du projet sont portés au niveau des résultats directs, il y aura un sentiment de réalisation et les activités finiront par stagner au moment où ces objectifs seront réalisés. Par exemple, dans le cas où l'objectif du projet comme fixé comme le résultat direct, «faire l'arrangement et l'agencement des outils», si «l'arrangement et l'agencement des outils» sont terminés et que l'objectif est rempli, les activités finiront par devenir de la routine.

D'un côté, au cas où le l'objectif est porté à un niveau d'une étape plus élevé, «élévation de la productivité» «continue», même si «l'arrangement et l'agencement des outils» se terminent, par la suite, «l'élévation du taux d'opération du centre» et «amélioration de l'ordre des tâches» notamment par exemple, étant donné qu'on peut penser à la possibilité d'une amélioration sans limite, les activités seront volontaires et continues en plus. Une telle situation est propice à l'exécution des activités KAIZEN.

Cependant, même à cette étape, il y a le risque que les activités stagnent du fait du sentiment de fardeau s'il n'y pas une compréhension de la nécessité de «l'élévation de la productivité». Par exemple, si en fonction de «l'élévation de la productivité »le nombre de personnes diminue et que l'on pense risquer de perdre son travail, la vitalité au travail sera entaillée et l'on risque de devenir une force de stagnation. Par conséquent, en partageant le fait que «l'élévation de la productivité» est liée à l'objectif supérieur de la gestion qui est «le développement continu de l'entreprise» à travers «le concept supérieur» expansion du chiffres d'affaires» et «expansion des bénéfices», il est nécessaire de comprendre exactement qu'il est possible que finalement son propre emploi soit assuré dans le futur et que même son revenu puisse augmenter et qu'il faut poursuivre les activités quotidiennes. En fonction de la compréhension de l'objectif supérieur, l'étendue des activités sans s'arrêter à «l'élévation de la productivité» (P), s'étendra aussi à «l'élévation de la qualité» (Q), «la réduction des coûts» (C), «l'amélioration de la durée de livraison» (D) et à

«l'élévation de la sécurité» (S). C'est à cette étape que les circonstances sont réunies pour que la Gestion Totale de la Qualité (TQM : Total Quality Management) puisse être réalisée.

Ainsi, «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» en cours dans l'industrie manufacturière utilise les 5S comme un des outils destinés à ce que l'ensemble du personnel, ayant compris l'objectif considéré comme supérieur par l'entreprise, poursuive volontairement et continuellement les activités KAIZEN journalières. Les activités sont menées du bas vers le haut par de petits groupes comme les cercles de qualité mais pour la continuité des activités, il est nécessaire que les dirigeants responsables de la gestion indiquent l'objectif supérieur et les indicateurs supérieurs du haut vers le bas et les fassent bien connaître au personnel. Les responsables de la gestion intermédiaire déclinent les indicateurs supérieurs en indicateurs propres à leur département en se fondant sur l'objectif supérieur mais la proposition de leur méthode de réalisation est confiée à de petits groupes et le suivi des résultats et l'appui aux activités sont effectués.

Ainsi, sont présentés ci-dessus le modèle logique des 5S-KAIZEN-TQM en cours dans l'industrie manufacturière et son opération.

4.2.2 Conception de l'élaboration des modèles logiques 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux des pays en développement d'Afrique et consorts

Le plus grand point de différence entre l'industrie manufacturière et les soins de santé est celui selon lequel les soins de santé traitent des hommes alors que l'industrie manufacturière traite des objets. Autrement dit, dans l'industrie manufacturière, la fabrication continue du même objet avec la même qualité est recherchée mais dans les soins de santé, les circonstances des malades étant différentes dans leur ensemble, un traitement individuel adapté aux circonstances est recherché. Cependant, même si l'autre partie est différente, par exemple, l'acte de prise de sang est universel et il est possible d'utiliser cette technique pour renforcer la qualité de la prise de sang et il est possible aussi de réduire les accidents médicaux au moment de la prise de sang. C'est-à-dire, l'application à l'acte médical, en tant que tel, qui guérit la maladie, est difficile mais de gros effets, semblables à ceux obtenus dans l'industrie manufacturière, sont aussi attendus de l'amélioration des tâches, de la gestion des objets et de la gestion des hommes accompagnant les actes médicaux individuels.

Conformément à une telle conception, l'arbre logique des 5S-KAIZEN-TQM des hôpitaux a été élaboré comme indiqué dans le schéma 4 en se référant au cas de l'industrie manufacturière mentionné plus tôt. Le fait que cette technique, soit déjà beaucoup employée comme méthode d'amélioration de la gestion même dans les centres de santé du Japon et de l'Amérique se présente comme énoncé dans le chapitre 4. Dans les hôpitaux privés du Japon et d'Amérique, pareillement à l'industrie manufacturière, on observe beaucoup de cas où «l'amélioration de la gestion» est donnée comme objectif supérieur

pour le «développement continu de l'hôpital». Par exemple, à l'Hôpital Général de Nerima au Japon, il est admis que le fait de tomber en mars 1991, dans des difficultés de gestion, suite à un déficit chronique continu sur de longues années, est à l'origine de l'introduction de la TQM.²⁷ Dans les salutations d'usage de l'Administrateur général sur la page web du même hôpital, il est mentionné poursuivre la continuité de l'exploitation de «l'Hôpital Général de Nerima» tout en établissant aussi un «Institut de recherche sur l'élévation de la qualité» et mener la recherche et le développement et les activités qui lui sont accessoires, pour réaliser l'objectif de la personne morale et l'on comprend le fait que «la continuité de l'exploitation» est posée comme objectif de gestion. Dans le cas de l'Hôpital Général de Takeda aussi, avec l'intention de développer les activités 5S, il est fait l'éloge de viser «une organisation de haute qualité, de haute sécurité et de haute productivité» pour laquelle, avec l'état actuel de compréhension au moment de l'introduction, il est reconnu le fait «d'avoir à s'inquiéter de la persistance de la continuité des changements thématiques».²⁸ Dans le Projet National de Démonstration sur la TQM pour la Santé (NDP) introduits 21 hôpitaux américains, avec comme arrière-plan il est reconnu que du fait de la commercialisation des soins de santé, même dans les organisations à but non lucratif, une gestion professionnelle est nécessaire pour survivre.

Par conséquent, concernant les hôpitaux privés japonais et américains, de manière similaire aux objectifs de l'industrie manufacturière, l'objectif suprême et les objectifs supérieurs de l'arbre logique des 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux, ayant pour objectif suprême le développement continu de l'organisation, on peut dire que l'objectif supérieur devient un indicateur qui se rattache à l'amélioration de la qualité de la gestion. Autrement dit, avec comme objectif suprême, le «développement continu de l'entreprise» on peut fixer comme objectifs supérieurs, «l'augmentation des profits», «l'augmentation du chiffre d'affaires» et «élévation du degré de satisfaction des patients». Toutefois, la situation montre que presque la totalité des hôpitaux des pays d'Afrique ciblés, sont publics et presque tous sont soutenus par le budget de l'Etat ou les subventions des bailleurs de fonds. C'est-à-dire, si l'on prend en considération le fait que la gestion de l'hôpital est positionnée au niveau de l'offre de services de soins médicaux publics aux populations, il n'est pas raisonnable d'appliquer les modèles japonais et américains tels quels. Prenant en compte les circonstances ci-dessus, l'objectif suprême a été fixé comme «l'offre de services de soins médicaux publics» dans le cadre d'un budget limité. L'objectif supérieur aussi a été changé en «augmentation des profits» et l'objectif a été fixé à : pouvoir offrir des services à un nombre toujours plus grand de patients grâce à la «réduction des frais» par patient. Concernant «l'augmentation du chiffre d'affaires», si l'on prend en compte la situation actuelle de l'Afrique, considérant que même si les patients augmentent, cela ne conduit pas à une augmentation directe du chiffre d'affaires, l'augmentation du chiffre d'affaires a été

²⁷ Uchisato Shigeru – Considérations sur l'introduction de la TQM dans la gestion des hôpitaux (Recherche Mita Sur le Commerce, Volume 49, n° 5 – Décembre 2012

²⁸ Takahara Shonan - Activités 5S pour l'élimination des erreurs et des accidents médicaux (Solutions JIPM, 2011), p172

éliminée pour le moment. Même en Afrique, si les facteurs externes futurs s'améliorent, d'abord, il s'agira d'ajouter « augmentation du nombre de patients » et de fixer comme un des objectifs de gestion, le fait d'offrir des services de soins médicaux à un nombre toujours plus grand de patients.

Comme objectif du projet, en plus de «la prévention des accidents médicaux» et «l'élévation de l'efficacité du service» clinique comme signification des 5S en cours dans les organisations médicales au Japon», «l'amélioration du travail» («l'élévation de la qualité du service»²⁹) soulevées comme effets directs des activités cliniques 5S, sont données comme objectif éventuel des projets menés dans les diverses activités manufacturières. Ici, « travail » est l'expression de toutes les tâches réalisées dans les centres de santé. Par exemple, il ne s'agit pas seulement de l'acte médical, il s'agit d'un large concept comprenant le contact avec les patients, les tâches professionnelles, les travaux de nettoyage et aussi les activités KAIZEN.

Si l'on compare l'objectif des projets en cours dans les pays d'Afrique au but des projets en cours dans les activités manufacturières, «la prévention des accidents médicaux» correspond à «l'amélioration de la sécurité» dans les activités manufacturières, «l'amélioration de la qualité du «travail»» à «l'amélioration de la productivité» et «la réduction des coûts» dans les activités manufacturières et «l'amélioration de la qualité du «travail»» correspond à «l'amélioration de la qualité» dans les activités manufacturières. Si cela est décliné en logique de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» basée sur l'étude sur le terrain indiquée dans la section 3 du chapitre 2, «la prévention des accidents médicaux» se décompose en 2, «l'élimination de l'infection hospitalière» et «la prévention de l'infection hospitalière» et «l'amélioration de l'efficacité du service» se décompose en 2, «l'amélioration de la qualité de gestion des produits médicaux et des équipements» et «l'amélioration de l'efficacité du «travail». Concernant «l'élévation du pouvoir d'organisation» qui constitue une condition préalable de l'expression de l'objectif du projet, des hypothèses uniformisées avec le cas des activités manufacturières ont adoptées.

L'arbre logique des 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux d'Afrique (schéma 4) a été formulé sur la base de la conception ci-dessus. Concernant ce modèle, le projet a été formulé avec pour objectif d'exploiter dans la mesure du possible, la conception de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» appliquée dans le secteur des industries manufacturières et de renforcer la gestion des hôpitaux publics des pays en développement d'Afrique notamment et, «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» a été formulée sur de cette hypothèse préalable, en ajustant le focus porté sur les domaines où l'approche peut être appliquée. Au cours de la formulation réelle du projet, outre la possibilité de prévoir la fixation d'objectifs diversifiés, étant donné qu'il y a aussi des problèmes qui ne sont pas toujours envisagés dans le modèle (en particulier, les problèmes non prévus par l'amélioration sur la base de

²⁹ Takahara Shonan - Activités 5S pour l'élimination des erreurs et des accidents médicaux (Solutions JIPM, 2011)

«l'approche 5S-KAIZEN-TQM»), il est nécessaire de les prendre en considération dans le cadre de l'application réelle. Dans le schéma, la logique allant des effets directs jusqu'à l'expression des effets au-delà de l'objectif du projet, est expliquée ci-après en détail, dans la section 4 du chapitre 4, selon l'objectif du projet.

Du reste, initialement, il était visé de mener l'agencement et l'élaboration d'une proposition de conception de projet (objectif du projet, résultats, activités indicateurs) d'application des 5S en fonction des sous-problèmes de santé mais après prise de connaissance des résultats de l'analyse, étant donné que «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» rencontrait des limites, ne pouvant pas faire face à l'amélioration des actes médicaux et des techniques médicales en tant que tels, il a été décidé de lui substituer l'arrangement par catégories du modèle logique et des indicateurs concernés par rapport aux principaux types de problèmes rencontrés par les hôpitaux. Avec l'assistance de la JICA, les personnes concernées peuvent dans le cas d'un examen plus concret de l'introduction au niveau de l'unité hôpital, aborder la partie liée au modèle logique et l'exploiter dans la planification et l'élaboration d'un projet.

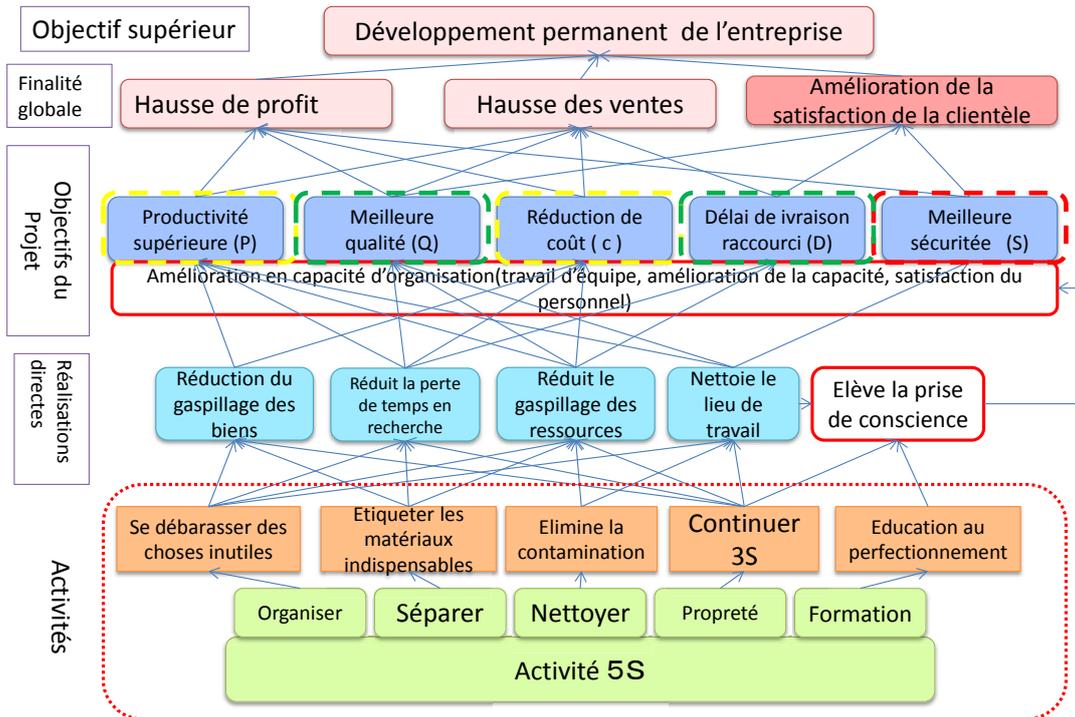


Schéma 6 Arbre logique du 5S-KAIZEN-TQM chez les fabricants japonais

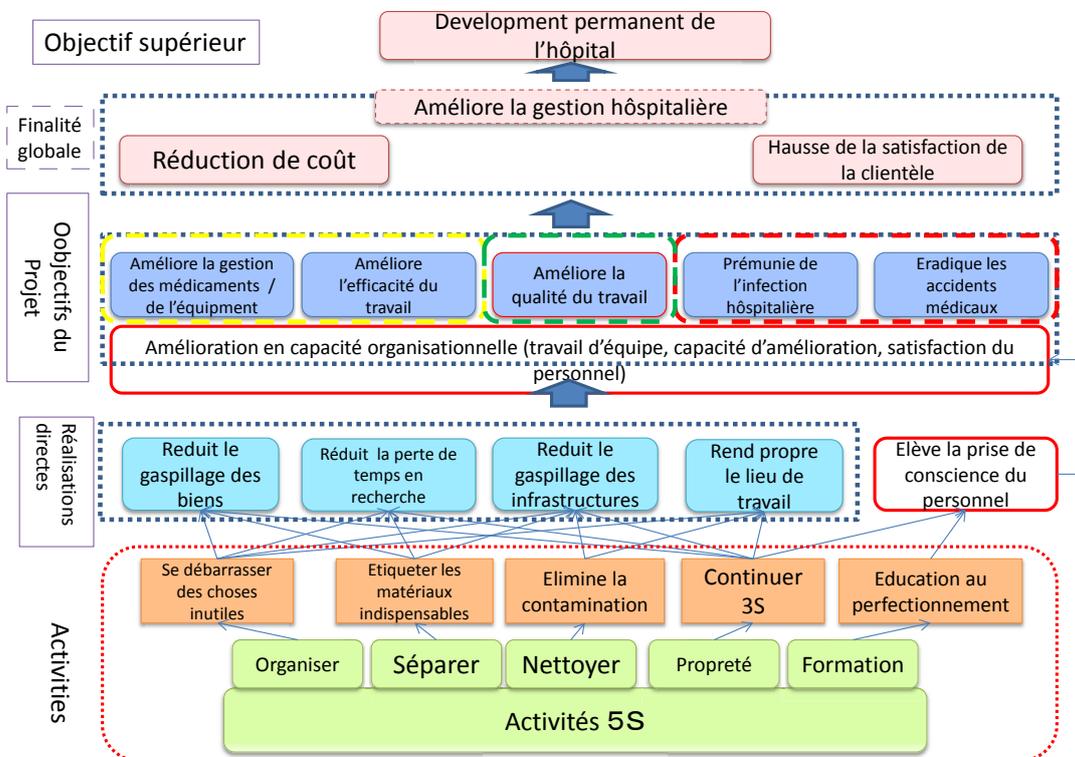


Schéma 7 Logique 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux africains

4.3 Logique et indicateurs

«L'arbre logique des 5S-KAIZEN-TQM des hôpitaux africains» mentionné est décomposé dans la section suivante en un modèle composite logique d'expression des effets et explicité en détail dans la section 2 du chapitre 4 mais la conception et la structure et les indicateurs de ce modèle logique est résumée dans la présente section.

Les principaux problèmes de chaque modèle logique sont abordé et classifié en problèmes, les objectifs du projet dans l'arbre logique de la section précédente. L'objectif du projet a été choisi par analogie avec l'objectif des projets des activités manufacturières et l'objectif du projet d'activités TQM dans les hôpitaux représentatifs du Japon et de l'Amérique et a été finalement formulé en faisant référence à «la logique des projets dans les hôpitaux sénégalais et tanzaniens» (schéma 5) basée sur l'étude de terrain indiquée dans le chapitre 2. Les relations entre les objectifs des projets dans l'industrie manufacturière et les problèmes du modèle logique élaboré cette fois-ci (indicateurs du projet) sont résumés ci-après.

Tableau 17 Comparaison des objectifs de projet des hôpitaux et des fabricants

N°	Problématiques à l'hôpital (objectifs du projet)	Objectifs du projet dans le secteur de la fabrication
1)	Accidents médicaux	Améliorations des standards de sécurité
2)	Infection hospitalière	Améliorations des standards de sécurité
3)	Gestion améliorée des produits pharmaceutiques, De l'équipement	Productivité améliorée, réductions des coûts.
4)	Améliorations de l'efficience	Productivité améliorée, réductions des coûts.
5)	Améliorations de la qualité du travail	Amélioration de la qualité du produit, livraison améliorée.
6)	Améliorations en capacité organisationnelle	Améliorations en capacité organisationnelle

Par ailleurs, les références ont été limités aux domaines d'application possibles étant donné qu'on peut penser qu'il existe aussi des cas où la logique en cours dans les activités manufacturières ne s'ajuste pas toujours au moment du choix des problèmes des hôpitaux. Dans le schéma 8, il est indiqué par quelle logique passer en utilisant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» pour que les problèmes centraux des hôpitaux déterminés ci-dessus aboutissent à l'impact d'amélioration de la gestion des hôpitaux. On peut penser pouvoir s'attendre à la réalisation d'effets beaucoup plus certains en utilisant la présente approche en fonction du choix des problèmes et de la logique correspondant à chaque hôpital pris individuellement et de la réalisation de la fixation des objectifs.

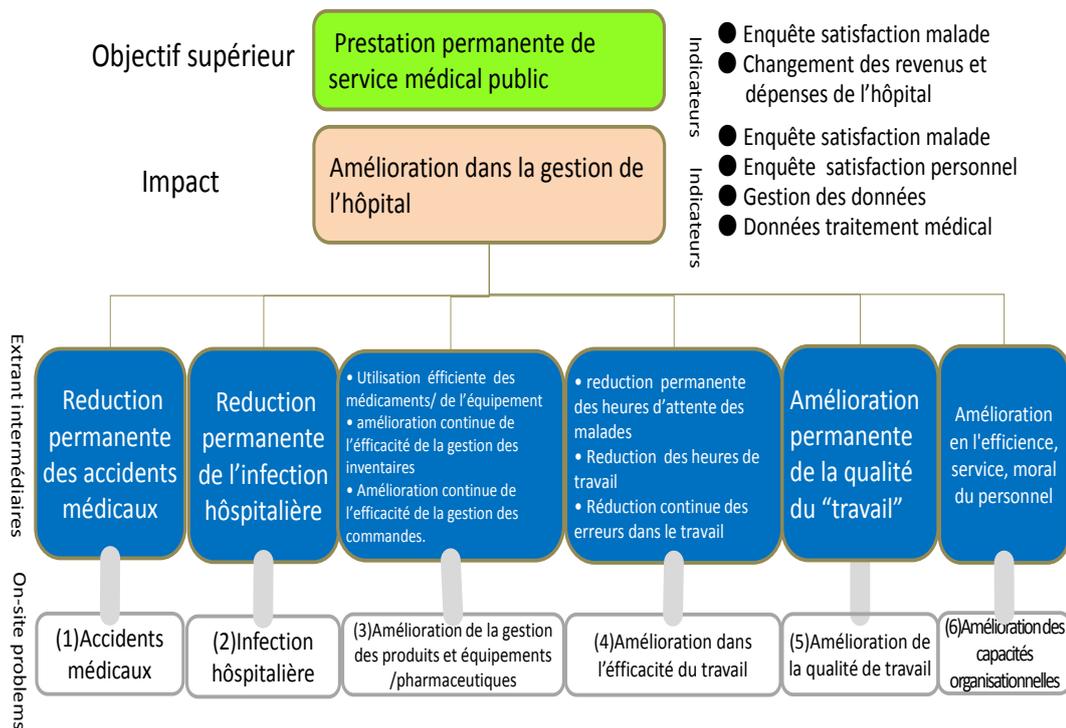


Schéma 8 Proposition de modèles logiques thématiques pour «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»

Le schéma 9 montre la structure de base du modèle logique explicité dès maintenant. La logique d'expression des effets allant des causes aux activités aboutissant à l'impact est indiquée dans le sens latéral du modèle logique. La solution des problèmes s'exprime ici en termes de résultat. Concernant les problèmes de l'hôpital, problèmes (1) à (4), le produit et le résultat direct 1 sont des résultats des activités 5S et le résultat direct 2 et le résultat indirect sont des résultat de niveau KAIZEN. On peut dire que la TQM aboutissant à l'expression de l'impact est en état de matérialisation.

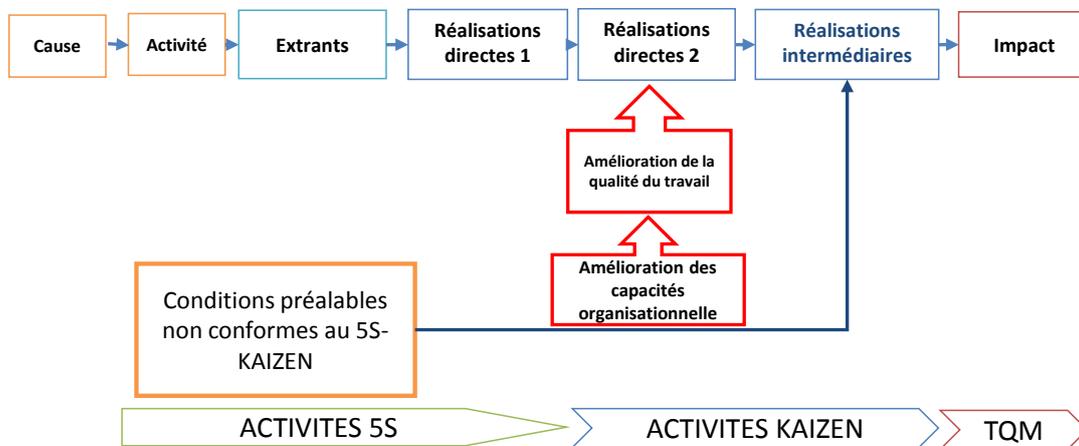


Schéma 9 Structure de base u modèle logique

Un signe comme (S1) indiquant le niveau d'activité est ajouté à la suite des rubriques d'activités. Les indications allant de (S1) à (S5), correspondent aux 5S, Arrangement (S1), Agencement (S2), Nettoyage (S3), Propreté (S4) et Discipline (S5). (K) a été ajouté aux activités de niveau KAIZEN.

Concernant les indicateurs de mesure des produits, des résultats et de l'impact, la figure d'ensemble est résumée et présentée dans le document attaché 6. Simultanément, les divers indicateurs de niveau du modèle logique sont aussi annexés à l'explication du modèle logique selon les problèmes des hôpitaux.

- 1) Au moment du choix des indicateurs, les éléments ci-dessous ont été consultés.
- 2) Les rubriques et indicateurs des fiche de pointage utilisés dans "LE PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT " introduits dans 15 pays d'Afrique subsaharienne
- 3) Les indicateurs fixés par les autres bailleurs de fonds pour mesurer les effets en Afrique
- 4) Les indicateurs mis à disposition par l'agence autonome Agence des Soins Médicaux et du Bien-être utilisé dans le diagnostic des hôpitaux japonais
- 5) Les indicateurs utilisés dans les projets 5S des hôpitaux japonais (Hôpital Général de Nerima, Hôpital de Takeda, Hôpital Général Municipal d'Iwata, Hôpital de la croix Rouge de Musashino)
- 6) Les indicateurs utilisés par le Projet National de Démonstration sur le TQM dans la Santé (NDP)

Les indicateurs utilisés dans les activités KAIZEN de l'Hôpital Mason de Virginie

D'un côté, étant donné qu'il est difficile d'appliquer aux hôpitaux publics des pays en développement tourmentés par l'insuffisance de ressources, les indicateurs utilisés dans les hôpitaux privés des pays développés où l'environnement de la politique et l'environnement du service sont préparés, il s'est agi de sélectionner encore parmi ceux-ci des indicateurs avec les points ci-dessus comme normes.

- 1) Les indicateurs dont on peut penser que la collecte est relativement possible dans les hôpitaux publics des pays en développement tourmentés par l'insuffisance de ressources (y compris toutefois, les données pour lesquelles l'aménagement d'infrastructures est nécessaire).
- 2) Les données dont on peut penser que la collecte est continue.
- 3) Les données dont on peut penser que les coûts et le temps sont relativement bas au moment de leur collecte.

Néanmoins, actuellement, il y a beaucoup d'indicateurs, dont la collecte des données n'est pas assurée en réalité, qui sont incluse et concernant la possibilité de collecter les indicateurs ultérieurs, on s'attend à ce qu'un test d'évidence sur le terrain et une

vérification suffisante de l'environnement des divers hôpitaux soient nécessaires. Par conséquent, afin de fournir une contribution au moment de la formulation du projet, les indicateurs pouvant être obtenus ou déjà utilisés dans les 15 pays ciblés sont marqués « ☆ » (tableau 18, tableau 19, tableau 20, tableau 21, tableau 22, tableau 23 et document annexe 6).

4.4 Proposition de modèle logique

Dans cette section est expliquée cause par cause, le modèle logique d'expression des résultats de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» (projet) concernant les 6 principales activités de l'hôpital qui sont «les accidents médicaux», «la contamination à l'hôpital», «l'amélioration de la gestion des produits médicaux et des équipements», l'amélioration de l'efficacité du «travail», l'amélioration de la qualité du «travail» et «l'élévation du pouvoir d'organisation».

- (1) Modèle logique de l'élimination des accidents médicaux (projet) (voir le schéma 10 et le tableau 18)

【Définition de l'accident médical】

«L'accident médical comprend tout accident grave survenant dans le processus d'ensemble de l'hôpital, dans un lieu concerné par les soins médicaux et inclus les cas où les personnes occupées aux soins médicaux sont les victimes et les cas de chute dans les couloirs (Ministère de la santé et du Travail, 2002). » Citation de la «Politique générale de propulsion de la sécurité médicale – Pour prévenir les accidents médicaux»

【Conception de base】

Les causes d'accidents médicaux sont classées en 6 catégories : «les erreurs d'informations sur les patients», «les erreurs de médicaments et d'équipement médical », «les défauts de l'environnement du travail», «les défauts d'installation des équipements», les défauts de médicaments et d'équipements» et «le défaut de connaissances techniques médicales». Parmi ceux-ci, les accidents pouvant pris en charge par «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» sont les 4 suivants : «les erreurs d'informations sur les patients», «les erreurs de médicaments et d'équipement médical», «les défauts de l'environnement du travail» et «les défauts d'installation des équipements». Les autres, «les défauts de médicaments et d'équipements» et «le défaut de connaissances techniques médicales» sont des cibles mais sont des conditions nécessaires pour le résultat final (résultat direct) qui est «la réduction continue des accidents médicaux». «L'amélioration de la qualité» et «l'amélioration de la capacité organisationnelle» aussi sont des conditions nécessaires pour l'expression du résultat direct 2.

En outre, concernant le processus allant des activités aux produits et au résultat direct 1, il y a une relation de correspondance respective entre une activité déterminée et un produit

déterminée, entre un produit déterminé et le résultat direct 1 déterminé. Toutefois, l'amélioration continue des services et la continuité des activités dites de réduction des erreurs continues sont recherchées dans l'accomplissement du résultat direct 2 et du résultat indirect et correspondent à un résultat de «niveau KAIZEN». Par conséquent, même si une amélioration se termine, il est nécessaire de trouver un nouveau problème par la suite et de renouveler encore l'amélioration. Par ailleurs, dans ce processus, si l'introduction de nouveaux médicaments, équipements, techniques et connaissances qui ne peuvent pas être couverts dans le cadre des 5S et du KAIZEN, n'est pas exécutée et réalisée de manière continue, les améliorations et les réductions finissent par stagner à un niveau donné, et comme résultat, la réalisation des résultats de niveau KAIZEN devient pénible.

Par exemple, soulevons le cas : faire disparaître «les erreurs d'informations sur les patients» comme causes qui produisent «des erreurs d'informations sur les patients». 3 activités de niveau 5S sont soulevées ici comme activités correspondantes. La première est «la sélection et l'arrangement des fiches patients» et le produit devient «pouvoir sortir la bonne fiche patient tout de suite». La deuxième, «afficher le nom du patient, etc. sur le lit», étant une activité d'arrangement, le résultat est «identification précise des patients». La troisième, «élaborer et mettre en œuvre des règles de livraison de informations patients» est une activité de niveau propreté et le résultat devient «les erreurs de livraison des informations patients diminuent », au moment de la relève des infirmiers notamment. En fonction de ces 3 activités 5S, on peut obtenir comme résultats directs : «la réduction des erreurs d'informations patients» et «la réduction du temps de recherche d'informations patients».

【Remarque】

Dans le cas où les personnes concernées par l'hôpital fixent seulement un objectif de niveau 5S, si les activités 5S se terminent et des résultats visibles sont obtenus, les activités y relatives se terminent ici. D'un côté, si les personnes concernées par l'hôpital fixent seulement un objectif de niveau résultat indirect, se concentrent sur l'exécution d'une formation sur le KAIZEN («Amélioration de la capacité organisationnelle») depuis le début et acquièrent des techniques de révision des tâches « Amélioration de la qualité du « travail » et font volontairement la révision des tâches en direction de l'amélioration suivante pour améliorer encore plus «la méthode de vérification des informations patients», il est possible de découvrir de nouveaux problèmes et de poursuivre la résolution des problèmes avec de nouvelles activités 5S. En plus, si les personnes concernées par l'hôpital prennent fortement conscience du fait que pour réduire les accidents médicaux, elles sont en train de réaliser «l'amélioration continue de la méthode de vérification des informations patients» pour les réalisations indirectes «la réduction continue des accidents médicaux» correspondant à un niveau plus élevé que les tâches actuellement en cours d'exécution, le personnel s'apercevra de l'existence de problèmes pouvant devenir des causes d'accidents médicaux, «le mode de gestion des médicaments et des équipements», «le mode de

manipulation des médicaments et des équipements», «le mode de circulation dans l'hôpital», «la configuration» de l'hôpital et «le mode d'installation des équipements» et autres, et pourra penser qu'il est meilleur de poursuivre la continuation de KAIZEN dans leur entourage direct en utilisant les activités 5S.

L'élimination des accidents médicaux

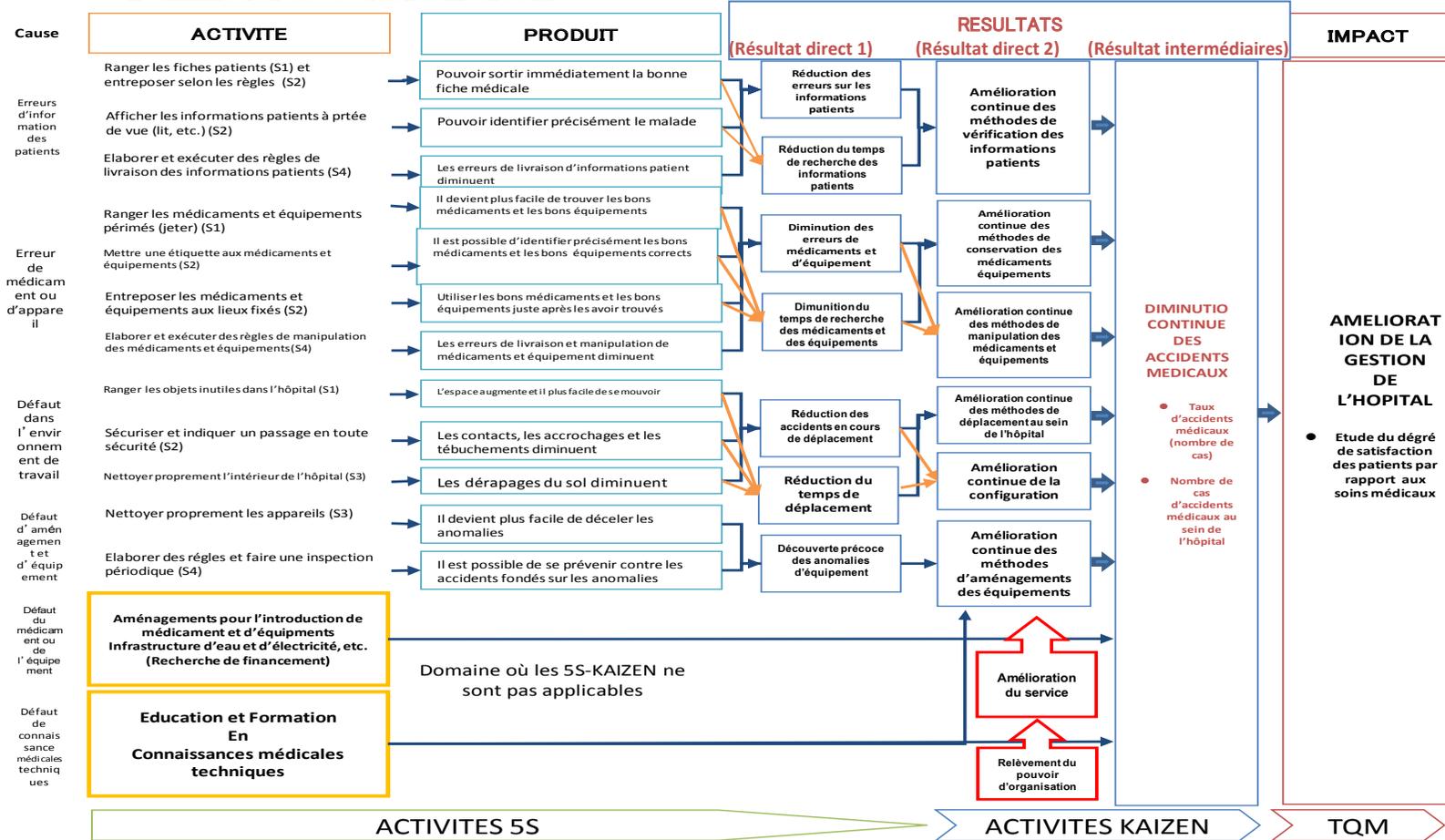


Schéma 10 Modèle logique de l'élimination des accidents médicaux

Tableau 18 Cas d'indicateurs de niveau du modèle logique de l'élimination des accidents médicaux

FONDEMENT	INDICATEUR DU PRODUIT	INDICATEUR DE RESULTAT DIRECT	INDICATEUR DE RESULTAT INTERMEDIAIRES	INDICATEUR D'IMPACT
Erreur de l'information sur les patients	<ul style="list-style-type: none"> ● Les fichiers et les cartes sont-ils bien rangés? ● Les fiches médicales sont-elles livrées selon les règles ? (S2) ● Les informations sur les patients sont-elles placées à côté des patients ● Les règles de transmissions des informations sur les patients sont-elles fixées? ● Les tâches ont-elles menées selon les règles ? (S5) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas avérés de confusion d'informations portant sur les patients ● Nombre de cas de pertes d'informations portant sur les patients ● Durée moyenne du temps consacré à la vérification des informations portant sur les patients ☆ Nombre de cas de plaintes des patients ● Degré de compréhension des règles de travail du personnel 		
Erreur des médicaments et équipements	<ul style="list-style-type: none"> ● Les médicaments et les équipements périmés ont-ils été dégagés ? (S1) ● Des étiquettes sont-elles collées sur les médicaments et équipements médicaux (S2) ● Les médicaments et les équipements sont-ils déposés dans les lieux désignés ? ● Les méthodes et les règles de dégagement et de stockage et les règles de manipulation des médicaments et équipements médicaux ont-elles été terminées ? (S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cas de médicaments et équipements périmés ● Nombre de cas d'occurrence de confusions dans la manipulation des équipements médicaux ☆ Durée moyenne du temps demandé pour l'acquisition des équipements médicaux ● Degré de compréhension par le personnel des règles de manipulation 	<p>OBJECTIF DU PROJET « Baisse continue des accidents médicaux »</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas d'accidents médicaux (Annuel) ● Nombre de cas de décès par accident médical (Annuel) ● Nombre de cas d'erreurs et de fautes médicales (Annuel) ● Nombre de cas d'exécution de mesures de sécurité (Annuel) 	<p>IMPACT « Amélioration de la gestion de l'hôpital »</p> <ul style="list-style-type: none"> ☆ Degré d'amélioration du à l'étude du degré de satisfaction des patients (Installations et dispositifs internes de l'hôpital) ☆ Taux d'utilisation des lits (Annuel) (Nombre de patients internes / Nombre total de lits) ● Nombre de patients référés à partir des autres établissements (Annuel)
Défaut de l'environnement du lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> ● Les objets inutiles pour l'hôpital sont-ils rangés ? ● La sécurité de l'accès est-elle assurée et le guidage est-il affiché ? ● Le nettoyage de l'hôpital est-il réalisé ? (S3) ● La fréquence du nettoyage et son objet et la répartition des rôles sont-elles déterminées ? (S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas référés ● Nombre de cas de patients en retournement ou en détérioration ● Nombre de cas de plaintes des patients ● Fréquence d'exécution du nettoyage interne de l'hôpital ● Etude du degré de satisfaction des patients par rapport à la propreté intérieure de l'hôpital ● Etude du degré de satisfaction du personnel par rapport à l'environnement du travail 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ☆ : les indicateurs pouvant être obtenus ou déjà utilisés dans les 15 pays ciblés sont marqués </div>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de dispositifs médicaux (Annuel) (Chirurgie, Examens, accouchement)
Défaut d'installation d'équipements	<ul style="list-style-type: none"> ● Les équipements sont-ils nettoyés et entretenus régulièrement ? (S3) ● Les règles d'inspection des équipements sont-elles déterminées ? (S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas de nettoyage et d'inspection des équipements ● Nombre de cas de découverte de déficiences d'équipements 		

Remarques: Les quatre indicateurs énumérés à l'objectif du projet tels que le nombre d'accidents médicaux sont difficiles à mesurer, même au Japon. En outre, ces indicateurs sont liés aux techniques médicales pures. Par conséquent, il est important de définir des indicateurs qui reflètent clairement les résultats directs dans la phase initiale.

2) Logique de la prévention de la contamination au sein de l'hôpital (voir schéma 11, tableau 19)

【Définition de l'infection hospitalière】

La définition : « Est dite infection hospitalière toute maladie contagieuse transmise sous l'environnement de l'hôpital ; les maladies contagieuses transmises sous l'environnement de l'hôpital sont dites contamination dans l'hôpital même si elles se déclarent hors de l'hôpital. En revanche, même si elles se déclarent au sein de l'hôpital, les maladies contagieuses qui sont transmises hors de l'hôpital (à l'intérieur de la ville) ne sont pas une infection hospitalière mais appelées Contamination à l'intérieur de la ville » a été utilisée (novembre 2019 – Ordre des Médecins du Japon - « Manuel de politique de sécurité médicale pour le Personnel de la Santé »).

【Définition de déchet】

Les « déchets » considérés ici sont définis comme leur synonyme, «les déchets contagieux» avec l'infection hospitalière comme présupposition. La définition des «déchets contagieux» adopte celle-ci : «Le coton hydrophile, la gaze, les bandes, les plâtres, les couches en papier, les seringues de piqûres, les tubes de piqûres, les jeux de perfusion, les thermomètres, les outils d'examen des tubes de test, etc., les solvants organiques, du sang, l'organisation des viscères, devenus déchet du fait de l'acte médical, sont compris parmi les sources des maladies que l'homme peut contracter, qui présentent un risque remarquable de transmission et se contractent remarquablement, ou les objets présentant ces risques.» (Ministère de l'Environnement – 2012 – Citation du «Manuel de traitement des déchets contagieux basé sur la technique de traitement des déchets»).

【Conception】

Les principales causes de l'infection hospitalière sont classées en catégories : «l'insuffisance de sensibilisation auprès des patients et du personnel», «le défaut de politique de lutte contre la contamination», «le défaut de l'environnement du travail», «le défaut de traitement des déchets», «le défaut des médicaments et des équipements», «le défaut de techniques et connaissances médicales». Parmi celles-ci, 4 peuvent être abordées avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» : «l'insuffisance de sensibilisation auprès des patients et du personnel», «le défaut de politique de lutte contre la contamination», «le défaut de l'environnement du travail» et «le défaut de traitement des déchets». Les autres, «le défaut des médicaments et des équipements» et «le défaut de techniques et connaissances médicales» sont ciblés mais «le défaut des médicaments et des équipements» et l'insuffisance des produits de stérilisation et de vaccins en particulier, restent un obstacle à l'expression des résultats de beaucoup d'activités.

Par exemple, pour «réduire la contamination par les mains et les doigts» le simple lavage au savon avec de l'eau propre montre aussi un résultat déterminé mais la sécurisation de l'eau nécessaire pour la stérilisation reste une condition nécessaire «stériliser périodiquement l'intérieur de l'hôpital». En outre, dans le cas de la prévention de la contamination pendant la vaccination, de gros résultats peuvent être perçus dans la prévention de la contamination à travers le personnel. Par conséquent, elle reste une condition nécessaire pour le résultat final, «la réduction continue de l'infection hospitalière».

«Le défaut de techniques et connaissances médicales» comme dans le cas des accidents médicaux, reste un obstacle pour l'expression du résultat indirect (résultat indirect 1). Pareillement, «l'amélioration du «travail »» et «l'amélioration de la capacité

organisationnelle» mentionnés ultérieurement, restent aussi des conditions nécessaires pour l'expression des réalisations indirectes.

Ici, «la méthode de sensibilisation des patients et du personnel», «la méthode de réduction de la contamination», «l'amélioration de l'environnement interne de l'hôpital» et «la méthode de traitement des déchets» ont été donnés comme exemples en prenant «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» comme thème déployant des effets pour «la réduction de l'infection hospitalière».

【Remarque】

Similairement au cas des accidents médicaux, si le personnel en reconnaissant clairement le résultat indirect « la réduction continue de la contamination au sein de l'hôpital » comme objectif commun depuis le début, met en place des images concrètes et un environnement pouvant sécuriser les moyens d'accomplissement concernant le KAIZEN depuis le début des activités 5S («élévation de pouvoir d'organisation»), on peut penser que la résolution des problèmes s'améliorera si le personnel parvient à porter sur soi la méthode de révision des tâches («amélioration de "travail"») et mène volontairement la révision des tâches pour progresser encore vers plus d'amélioration.

En particulier, dans les pays en développement où les ressources manquent, « le défaut des médicaments et des équipements » sera un gros obstacle dans la réalisation de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM». Par exemple, «l'aménagement d'infrastructures d'eau d'assainissement» représente une condition préalable pour la prévention de la contamination dans l'hôpital et l'attention doit en outre, être portée sur les appareils et la fourniture d'électricité, etc. pour les faire fonctionner.

La prévention de la contamination au sein de l'hôpital

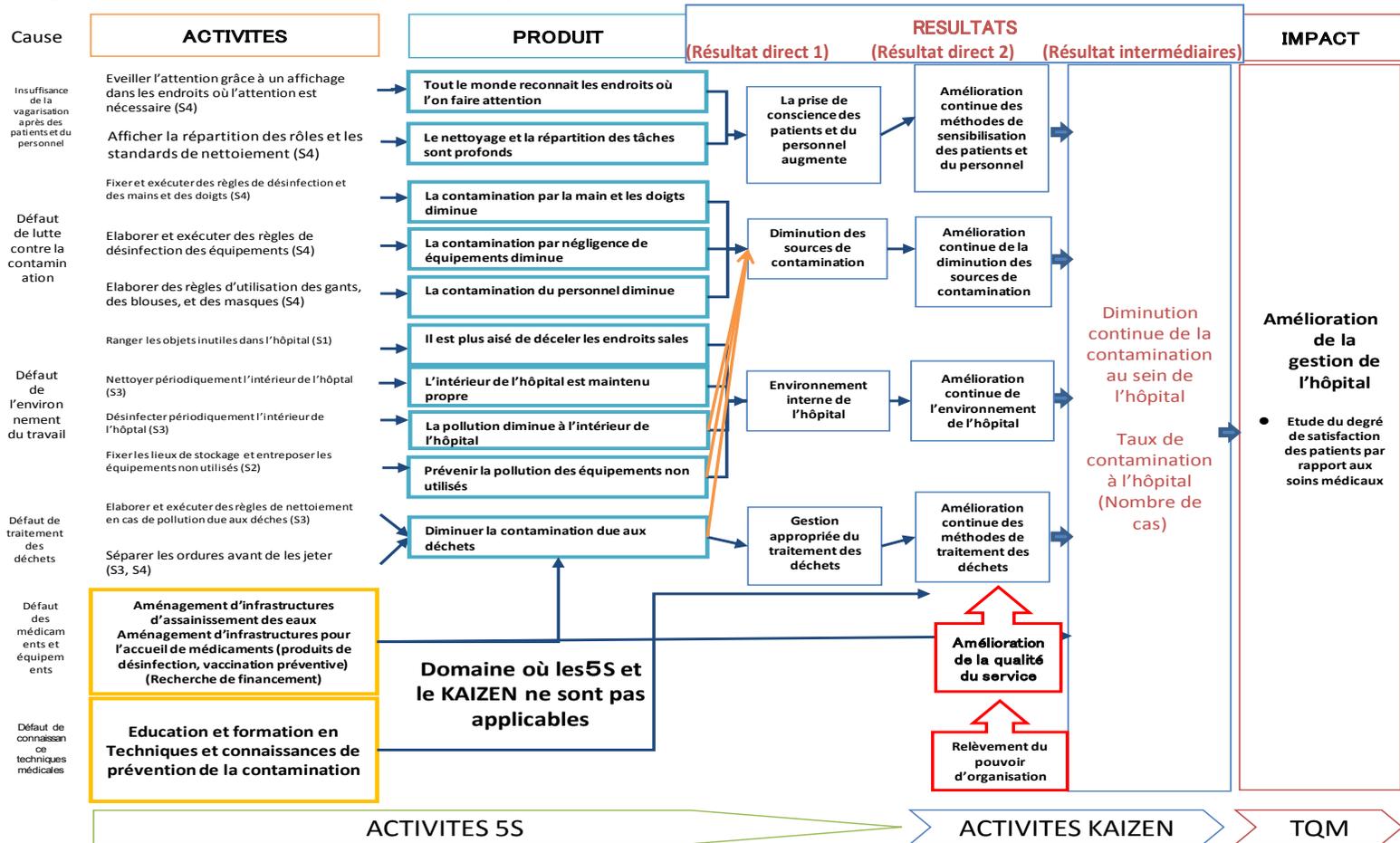


Schéma 11 Modèle logique de la prévention de la contamination au sein de l'hôpital

Tableau 19 Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique de la prévention de la contamination au sein de l'hôpital

FONDEMENT	INDICATEUR DU PRODUIT	INDICATEUR DE RESULTAT DIRECT	INDICATEUR DE RESULTAT INDIRECT	INDICATEUR D'IMPACT
Insuffisance de la éducation auprès des patients et du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ● Les supports d'affichage des éveils d'attention sont ils placés là où c'est nécessaire? (S4) ● Les normes des domaines des fonctions sont-ils fixés dans le nettoyage? (S4) ● Les normes et la répartition des rôles en matière de nettoyage sont-ils indiqués? (S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ Degré de compréhension des règles chez les patients et le personnel ☆ Degré de compréhension de la contamination du personnel au sein de l'hôpital 	<p>Objectif du projet « Réduction continue de la contamination au sein de l'hôpital »</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de contaminations au sein de l'hôpital (Annuel) ● Nombres de décès par contamination au sein de l'hôpital (Annuel) ● Nombre d'activités de lutte contre la contamination exécutées (Annuel) 	<p>IMPACT « Amélioration de la gestion de l'hôpital »</p> <ul style="list-style-type: none"> ☆ Enquête sur le degré de satisfaction des patients (Propreté des équipements et des instruments au sein de l'hôpital)(%) ☆ Taux d'utilisation des (Nombre des patients hospitalisés/Nombre total de lits) ● Nombre de mesures de traitement (Annuel) (chirurgie, examen, accouchement) ● Nombre de patients référés par les autres établissements (Annuel)
Défaut de politique de lutte contre la infection	<ul style="list-style-type: none"> ● Les règles de désinfection des mains et des doigts sont-elles fixées? (S4) ● Des tâches basées sur les règles de désinfections sont-elles menées? (S4) ● Les règles de désinfection des appareils et instruments sont-elles fixées? (S4) ● Les tâches effectuées sont-elles basées sur les règles de désinfection? (S4) ● Les règles d'utilisation des gants et des masques sont-elles fixées? (S4) ● Les tâches effectuées sont elles basées sur les règles d'utilisations? (S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Degré de compréhension des règles par les patients et le personnel ● Etude sur le degré de satisfaction du personnel par rapport à la lutte contre la contamination 		
Défaut de l'environnement du travail	<ul style="list-style-type: none"> ● Met-on en ordre les choses inutiles au sein de l'hôpital? (S1) ● Le nettoyage interne de l'hôpital est-il effectué? (S3) ● La fréquence, le contenu et la répartition des rôles sont-ils fixés pour le nettoyage? (S4) ● La désinfection interne de l'hôpital est-elle effectuée continuellement? (S3) ● La fréquence, le contenu et la répartition des rôles sont-ils fixés pour le nettoyage? (S4) ● Les équipements non utilisés sont-ils rassemblés dans le lieu d'entreposage? ● Les règles d'entreposage des équipements non entreposés sont-elles fixées? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fréquence d'exécution du nettoyage au sein de l'hôpital ● Fréquence d'exécution de la désinfection au sein de l'hôpital ● Nombre d'équipements non utilisés conservés ● Etude du degré de satisfaction du personnel par rapport à l'environnement des lieux de travail 		
Insuffisance de traitement des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ● Les règles de nettoyage en cas de salissement avec un objet sale sont-elles fixées? ● Les places et les règles de dépôt des catégories de déchets sont-ils définies? ● Les objets sales et les ordures ordinaires sont-elles séparées et jetées? (S3,S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de poubelles séparées d'ordures installées ● Degré de compréhension des règles de liaison en cas d'occurrence de contamination 		

☆ : les indicateurs pouvant être obtenus ou déjà utilisés dans les 15 pays ciblés sont marqués

Remarques: Il est difficile de distinguer les infections dans les hôpitaux des infections acquises en communauté dans la situation africaine actuelle. Par conséquent, cette approche pourrait être utilisée dans les infections hospitalières spécifiques, comme dans l'opération chirurgicale, à l'étape initiale d'un projet.

3) Logique de l'amélioration de la gestion des produits et des équipements médicaux (voir schéma 12, tableau 20)

【Conception】

Ici, les causes de mauvaise gestion des produits et équipements médicaux sont classées en 5 catégories, l'existence de «stocks obsolètes», «le défaut de gestion des stocks», «le défaut de gestion des commandes», «l'insuffisance de l'approvisionnement en produits et équipements médicaux» et «l'insuffisance de budget pour les achats». Parmi celles-ci, celles pouvant être abordées avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» au nombre de 3 : «les stocks obsolètes», «le défaut de gestion des stocks», «le défaut de gestion des commandes». Les 3 autres sont abordés mais 2, «l'insuffisance de l'approvisionnement en produits et équipements médicaux» et «l'insuffisance de budget pour les achats» restent des conditions préalables d'expression de la réalisation directe 2.

Par exemple, pour la réduction des «stocks obsolètes», même si grâce à des activités visant «l'élimination des stocks dont la durée de péremption est périmée» plus d'espace et disponible et «l'on parvient à stocker les objets nécessaires», étant donné que c'est insensé qu'il n'y ait pas de budget pour acheter d'autres biens nécessaires, et même s'il y a du budget, avec l'insuffisance de l'approvisionnement et le défaut de logistique, il est impossible d'exprimer les effets si les médicaments et équipements nécessaires ne sont pas introduits. Le résultat est le même en ce qui concerne «les ruptures de stocks».

Comme compris ultérieurement, s'il y a un montant fixe pour les dépenses de médicaments et d'équipements, avec le budget économisé grâce à l'amélioration de la gestion, il devient possible d'acheter aussi de nouveaux médicaments et équipements. «L'exploitation efficiente des dépenses de médicaments et d'équipement», le «renforcement continu des services de gestion des stocks» et le «renforcement continu des services de gestion des commandes» sont donnés comme résultat final de «l'amélioration de la gestion des produits et des équipements médicaux» (réalisation indirecte) et, leurs indicateurs représentatifs sont ajoutés au schéma. Par conséquent, on comprend que les hôpitaux connaissant des limites dans leur budget en seront amenés à contribuer indirectement à «l'élimination des accidents médicaux» et à «la prévention de l'infection hospitalière» et aux mesures de lutte contre l'insuffisance des biens et de finances.

Ici, pour les 3 résultats finaux, comme thèmes déployant des effets, «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» montre comme cas : «le mode de réduction des stocks obsolètes», «le mode de gestion des stocks» et «le mode de gestion des commandes».

【Remarque】

Cette rubrique concerne un élément dont l'effet apparaît de façon manifeste dans «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» mais d'abord, étant donné que le responsable éprouve un sentiment de fardeau, la vérification périodique du respect certain des règles du haut vers le bas et du respect des règlements est nécessaire tout en préparant la sécurisation de la motivation. En outre, étant donné que le fait que le responsable sait pourquoi il mène les activités est une motivation pour le respect des règles, il est nécessaire de partager jusqu'à l'objectif de niveau impact. En particulier, il est important au préalable, de partager suffisamment le point selon lequel finalement, les activités sont liées à ses propres intérêts. Similairement aux autres problèmes, si le personnel en reconnaissant clairement le résultat indirect «la réduction continue de l'infection hospitalière» comme objectif commun depuis le début, met en place des images concrètes et un environnement pouvant sécuriser les moyens d'accomplissement concernant le KAIZEN depuis le début des activités 5S

(«amélioration de la capacité organisationnelle»), on peut penser que la résolution des problèmes s'améliorera si le personnel parvient à porter sur soi la méthode de révision des tâches («amélioration de "travail"») et mène volontairement la révision des tâches pour progresser encore vers plus d'amélioration.

L'amélioration de la gestion des produits et des équipements médicaux

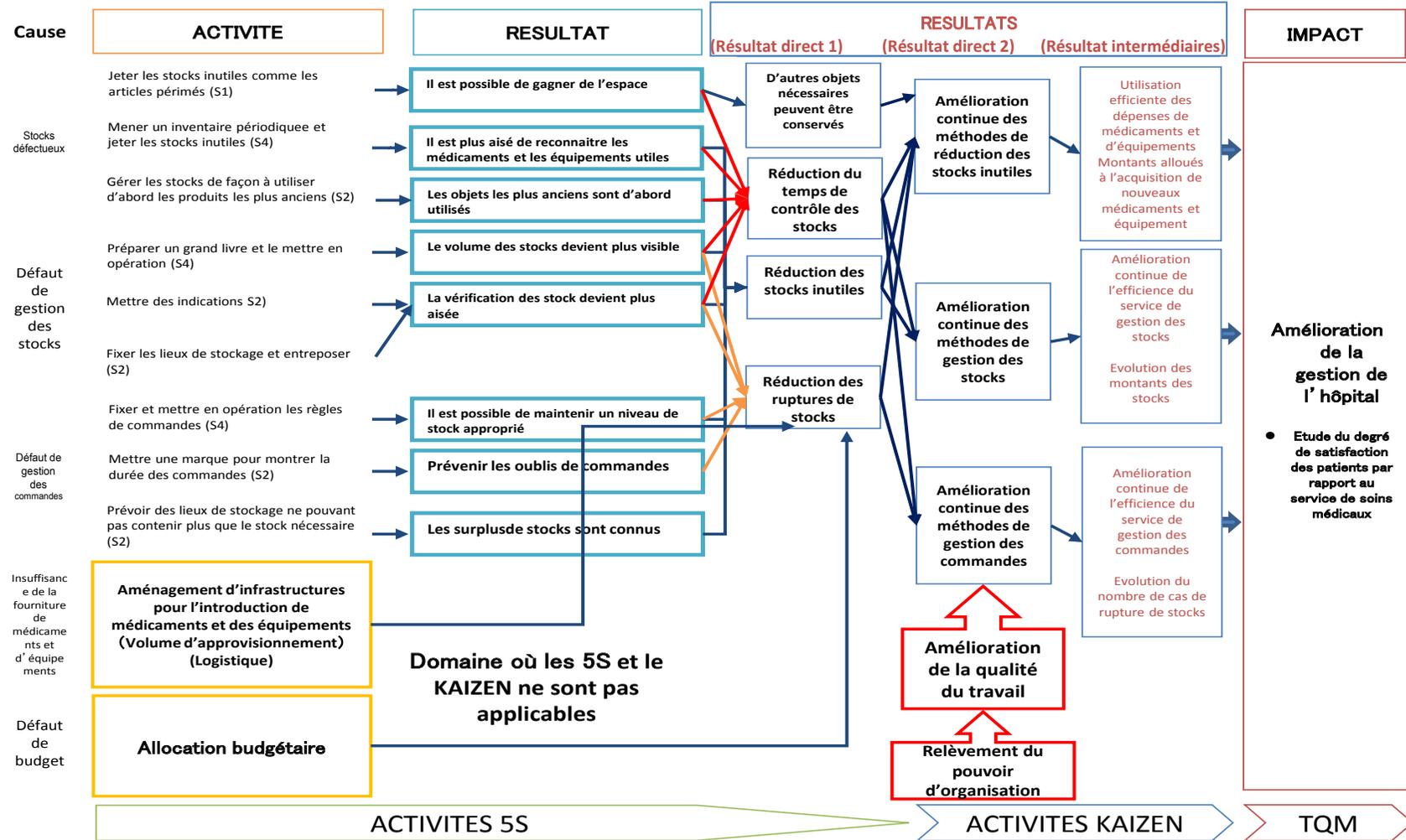


Schéma 12 Modèle logique de l'amélioration de la gestion des produits et des équipements médicaux

Tableau 20 Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique de l'amélioration de la gestion des produits et des équipements médicaux

FONDEMENT	INDICATEUR DU PRODUIT	INDICATEUR DE RESULTAT DIRECT	INDICATEUR DE RESULTAT INTERMEDIAIRES	INDICATEUR D'IMPACT
Stock obsolète	● Les stocks périmés sont-ils annulés (S1)	● Montant des stocks à liquider ● Fréquence d'exécution des inventaires ☆ Durée d'acquisition des articles	OBJECTIF DU PROJET [Utilisation efficiente des médicaments et équipements médicaux] ☆ Montant des stocks (\$) ☆ Montant des matériaux médicaux (\$)	IMPACT [Amélioration de la gestion de l'hôpital] ● Montant des frais % (Frais d'opération/recettes du service médical) ● Proportion des frais de matériaux médicaux % (Frais de matériaux médicaux/Recettes du service médical) ● Montant des recettes du service médical (\$) ● Etude sur le degré de satisfaction des patients par rapport à la fourniture de médicaments et d'appareils médicaux
	● Un inventaire périodique est-il effectué?			
	● Les vieux équipements sont-ils stockés à l'avant			
Défaut de Gestion des inventaire	● Un grand-livre est-il élaboré et mis en opération?	● Montant des stocks périmés liquidés ● Nombre de médicaments et d'appareils sans étiquette ● Nombre de médicaments et d'appareils non stockés dans un lieu ☆ Durée d'acquisition des articles	[Amélioration continue de l'efficienne de la gestion des stocks] ☆ Montant des stocks (\$) ☆ Montant des frais (\$) ☆ Montant de matériaux médicaux (\$)	
	● Les médicaments et les appareils portent-ils une étiquette? (S2)			
	● Les médicaments et les appareils sont-ils stockés dans lieux fixés?			
Défaut de Gestion Des Commandes	● La réglementation des commandes est-elle déterminée? (S4) ● Un service conforme à la réglementation des commandes est-il exécuté? (S4)	☆ Nombre de jours de rupture de stocks de produits médicaux ☆ Nombre de jours de rupture de stocks d'équipement médicaux ● Montant des stocks périmés dégagés	[Amélioration continue de l'efficienne de la gestion des commandes] ☆ Montant des frais (\$) ☆ Montant des matériaux médicaux (\$)	
	● La réglementation des commandes est-elle fixée? (Propreté)			
	● La réglementation des commandes est-elle observée? (Propreté)			
	● Une marque est-elle apposée de façon savoir la période de la commande? (S2)			
	● Existe-il un lieu de stockage ne pouvant pas contenir plus que stock nécessaire? (S2)			

☆ : les indicateurs pouvant être obtenus ou déjà utilisés dans les 15 pays ciblés sont marqués

Remarques: La comparaison des données actuelles avec celles de l'année dernière peuvent clarifier les lacunes en d'utilisation des données comme les stocks, les dépenses et les coûts des matériaux. Les indécisions peuvent être détectées de cette façon.

4) Logique de l'amélioration de l'efficacité du "travail" (schéma 13, tableau 21)

【Définition du «travail»】

Le "travail" exprime toutes les activités menées dans les centres de santé. Par exemple, il ne s'agit pas seulement de l'acte médical, mais c'est un concept qui englobe le contact avec les clients, les tâches administratives, les tâches de nettoyage, et aussi les activités KAIZEN.

【Conception】

Ici, les causes de la mauvaise efficacité du « travail » sont classées en 5 catégories : «le défaut d'orientation des patients», «le défaut de gestion de la documentation», «le défaut de gestion des équipements», «l'insuffisance du pouvoir d'organisation» et «le défaut de ressources humaines et du budget».

Parmi celles-ci, 4 peuvent être abordées avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» : «le défaut d'orientation des patients», «le défaut de gestion de la documentation» et «le défaut de gestion des équipements», «l'insuffisance du pouvoir d'organisation». «Le défaut de ressources humaines et du budget» n'est pas abordé mais reste une condition préalable de l'expression du résultat final (réalisation indirecte).

En somme, si l'on présume une quantité fixe de ressources (humaines et financières), il y a des limites pour poursuivre l'amélioration continue du résultat final avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» et cela signifie que dans cette approche, l'amélioration après avoir épuisé les ressources et le budget actuels, demande de nouvelles ressources humaines et l'allocation d'un budget pour une amélioration encore plus grande. Seulement, dans le sens de l'efficacité du "travail" pur, étant donné qu'une amélioration de grande échelle peut être attendue avec cette seule approche, il serait temps d'examiner l'introduction de nouvelles ressources et d'un nouveau budget au moment où «la réduction du temps d'attente des malades» et «la durée de travail du personnel» entrent dans une situation de détérioration avec l'augmentation continue des patients.

3 éléments d'amélioration sont fixés comme résultat final, «le temps d'attente des malades», «la durée de travail du personnel» et «les erreurs de service» et les indicateurs représentatifs respectifs sont ajoutés dans le schéma.

Ici, pour les 3 résultats finaux, comme thèmes déployant des effets, «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» montre comme cas : «le mode d'orientation des patients», «le mode de gestion des documents» et «le mode de gestion des équipements». Similairement aux autres problèmes, si le personnel en reconnaissant clairement le résultat indirect «la réduction continue de l'infection hospitalière» comme objectif commun depuis le début, met en place des images concrètes et un environnement pouvant sécuriser les moyens d'accomplissement concernant le KAIZEN depuis le début des activités 5S («amélioration de la capacité organisationnelle»), on peut penser que la résolution des problèmes s'améliorera si le personnel parvient à porter sur soi la méthode de révision des tâches («amélioration de travail») et mène volontairement la révision des tâches pour progresser encore vers plus d'amélioration.

Ce qui est caractéristique ici est le point selon lequel, «l'amélioration de la capacité organisationnelle» qui fait de «l'insuffisance de la capacité organisationnelle» une condition préalable de la réalisation indirecte, est soulevée séparément comme une cause. Cela parce que quand on considère l'efficacité du «travail» en particulier, on peut penser

que même dans le pouvoir d'organisation, «la mauvaise répartition du travail» entre les hommes devient un facteur important. «La mauvaise répartition du travail» correspond à des cas où, à côté des employés affairés, il y a des employés qui ne travaillent pas pensant qu'il ne s'agit pas de leur propre travail. Cela correspond presque à tous les cas où l'employé, ne comprenant pas l'objectif de l'organisation à laquelle il appartient, détermine lui-même son petit domaine. Par conséquent, étant donné que le fait de faire partager périodiquement l'objectif de l'organisation dans le cadre de la formation de l'ensemble du personnel et de mettre des murs au travail grâce à l'entraide dans le cadre des groupes pendant les activités de petits groupes, reste un facteur important dans l'expression de l'ensemble des résultats, cet élément a été extrait et rajouté en particulier.

【Remarque】

Ici, même s'il semble qu'en tant qu'indicateurs, «la réduction de la durée d'attente des patients» et «la durée de travail du personnel» ayant baissé, l'amélioration de l'efficacité du «travail» ait été réalisée, la durée de consultation par patient devient plus courte, et étant donné qu'il est possible que la qualité des services médicaux baisse et qu'il est possible aussi que le nombre de patients baisse, il est nécessaire d'y porter attention au moment de vérifier les indicateurs.

Il est nécessaire de fixer et de vérifier simultanément des indicateurs de niveau aussi.

L'amélioration de l'efficacité du "travail"

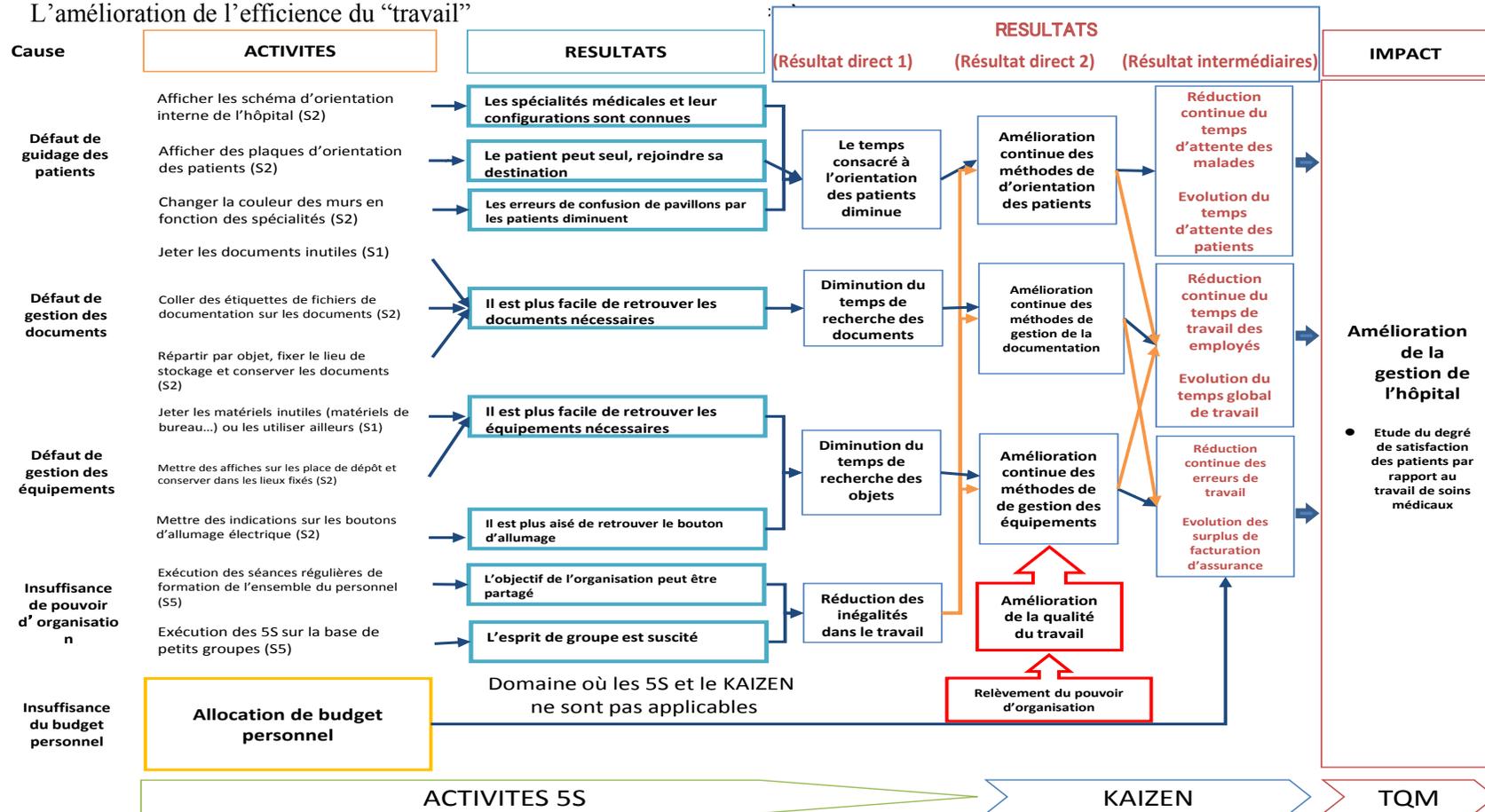


Schéma 13 Modèle logique de l'amélioration de l'efficacité du "travail"

Tableau 21 Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique de l'amélioration de l'efficience du "travail"

FONDEMENT	INDICATEUR DU PRODUIT	INDICATEUR DE RESULTAT DIRECT	INDICATEUR DE RESULTAT INTERMEDIAIRES
Défaut de guidage des patients	<ul style="list-style-type: none"> ● Les plans de guidage interne de l'hôpital sont-ils affichés ? ● Un affichage est-il fait pour l'orientation des patients ? (S2) ● Des travaux sont-ils fait pour différencier la couleur des murs selon les spécialités médicales (S2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas de demandes d'orientation faites par les patients ● Nombre de cas d'orientation de patients ● Nombre de cas d'amélioration de l'affichage interne de l'hôpital 	<p>OBJECTIF DU PROJET « Diminution continue du temps d'attente des patients »</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombres de malades externes (Annuel) ● Nombre de malades hospitalisés (Annuel) ● Durée de séjour des patients ● Montant des recettes issues des malades externes (Annuel) ● Montant des recettes issues de l'hospitalisation (Annuel) <p>« Diminution continue du temps de travail du personnel »</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Durée moyenne de travail supplémentaire ● Frais de personnel (Annuel) <p>« Réduction des erreurs de service »</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas d'amélioration du service (Annuel) <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px; color: red;"> <p>☆ : les indicateurs pouvant être obtenus ou déjà utilisés dans les 15 pays ciblés sont marqués</p> </div>
Défaut de gestion de la documentation	<ul style="list-style-type: none"> ● Les documents inutiles sont-ils jetés ? (S1) ● Des étiquettes de fichiers de documents sont-elles collées à la documentation ? (S2) ● Les documents concernés sont-ils conservés dans un lieu déterminé ? (S2) ● Le lieu de conservation de la documentation est-il fixé ? (S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas de pertes de documents ☆ Temps passé pour la recherche de documents 	
Défaut de gestion des équipements	<ul style="list-style-type: none"> ● Les équipements et les matériels de bureau inutiles sont-ils jetés ou sont-ils plutôt détournés ? (S1) ● Les équipements sont-ils gardés en fonction des lieux de travail ? (S2) ● Y-a-t-il un affichage pour le lieu de dépôt des équipements ? (S2) ● Des indications sont elles faites notamment sur les boutons d'alimentation des appareils ? (S2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas de détournement d'équipements périmés ● Nombre de cas de pertes d'équipement ● Temp demandé pour l'acquisition d'équipements 	
Insuffisance de pouvoir d'organisation	<ul style="list-style-type: none"> ● Une formation est-elle effectuée périodiquement pour l'ensemble du personnel ? (S5) ● Des activités 5S basées sur de petits groupes sont-elles réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fréquence d'exécution de la formation ● Nombre total de personnes et de services ayant participé à la formation ☆ Notes au test dur le degré de compréhension de la formation ● Nombre de personnes et de services ayant participé à la formation ● Nombre de rapports d'exécution d'activité de petit groupes ● Périodicité des séances de rapport d'activité de petits groupes 	

Remarque: Indicateurs de niveau dans le modèle logique d'efficacité du " travail"
 Remarques: Les indicateurs des résultats indirects comme «la moyenne des heures supplémentaires» et le «taux horaire» doivent être correctement déclarés, vérifiées et payés

5) Logique de l'amélioration du "travail" (voir schéma 14, tableau 22)

【Définition de l'amélioration du « travail »】

La définition adoptée est : «Les activités qui diminuent et entretiennent les variations fondées sur l'homme dans toutes les professions». Ceci est défini ainsi parce qu'il est perçu que la gestion des processus définie dans les JIS8101-2:1999 (process quality control), diminue et entretient les produits qui sont le résultat du processus et les variations des caractéristiques des services. Dans ce processus d'activité se poursuit l'amélioration des procédés, la standardisation et l'accumulation technologique. Cette définition des JIS comprend aussi les services et étant donné que les points soulevés par l'amélioration du processus dans le processus d'activité, la standardisation et l'accumulation technologique correspondent à la technique d'amélioration des tâches (« travail ») dans le KAIZEN, on peut dire que cette définition est appropriée.

【Conception】

4 éléments sont soulevés comme causes de mauvaise qualité du «travail» dans les sites médicaux, «le défaut de standards de travail», «l'insuffisance de la transmission des standards de travail», «l'insuffisance de l'amélioration des standards de travail» et «la mauvaise qualité des techniques médicales ». Parmi celles-ci, les 3 premières étant celles qui peuvent être abordées dans «l'approche 5S-KAIZEN-TQM», «la mauvaise qualité des techniques médicales» n'est pas abordée.

Ici, la plupart des activités, sont des activités de niveau KAIZEN et le fait de recevoir une formation élémentaire KAIZEN et de comprendre la méthode d'élaboration du flux de travail et sur cette base, la technique d'exécution de l'amélioration des tâches représente une énorme condition préalable.

Les «cas référés» dans les activités n'ont pas réellement abordé les accidents et les échecs mais signifient les tâches auxquelles on pourrait penser notamment, en cas d'accident et d'échec, si de mauvaises conditions s'y ajoutent. En analysant cette cause et en se tournant vers des méthodes de travail ne produisant pas la même situation, on arrivera à produire des méthodes de travail plus rationnelles et plus sûres.

En continuant les activités comme celles montrées ici, en maîtrisant à un faible niveau les variations des services dues aux hommes, le service général de l'hôpital (travail) se rehaussera et l'amélioration continue et en plus stable indiquée de 1) à 4) pourra être réalisée.

【Remarque】

La formation élémentaire en KAIZEN consiste à enseigner simplement ce que sont les soi-disant «l'irraisonnable, l'irrégularité et le gaspillage» et le sens du «gaspillage» en particulier (voir colonne) et d'enseigner comme exemple de «gaspillage», les 7 cas de «gaspillage» avec des exemples concrets. Ensuite, il s'agit de faire pratiquer les 5W qui sont une méthode pour découvrir les vraies causes de «gaspillage» (méthode consistant à faire jaillir les vraies causes en répétant 5 fois Pourquoi (Why)) et de montrer des cas d'ECRS (les premières lettres de Eliminer (Eliminate), Combiner Combine, Réarranger (Re-arrange) , Simplifier (Simplify)) qui montre l'ordre de priorité dans le cas de la réflexion sur l'amélioration du travail) et de KAIZEN.³⁰

³⁰ Shota Shu – Méthode d'avancement des activités Kaizen – entre de Gestion de l'Association pour l'Efficiency du Japon – 2007

Comme le soi-disant outil QC7, il est nécessaire de faire attention que les techniques d'analyse utilisant les statistiques et les mathématiques, Fishbone notamment, ne sont pas nécessaires au début, au contraire, elles risquent au contraire, de donner aussi l'impression que KAIZEN est quelque chose de difficile.

Comme signe qui montre une stagnation des activités, bien souvent, la revue et la révision des standards de travail n'est pas faite pendant une longue période. Cela est la preuve que les standards de travail ont été seulement confectionnés mais ne sont pas utilisés en réalité. Comme rubrique que l'équipe d'amélioration de la qualité (ci-après, QIT) doit vérifier, il ne s'agit pas simplement de contrôler seulement « le nombre de standards de travail révisés », il est nécessaire de vérifier simultanément s'il n'y a pas de standards de travail qui n'ont pas été révisés pendant longtemps et chercher à savoir s'ils sont utilisés en réalité.

L'amélioration du "travail"

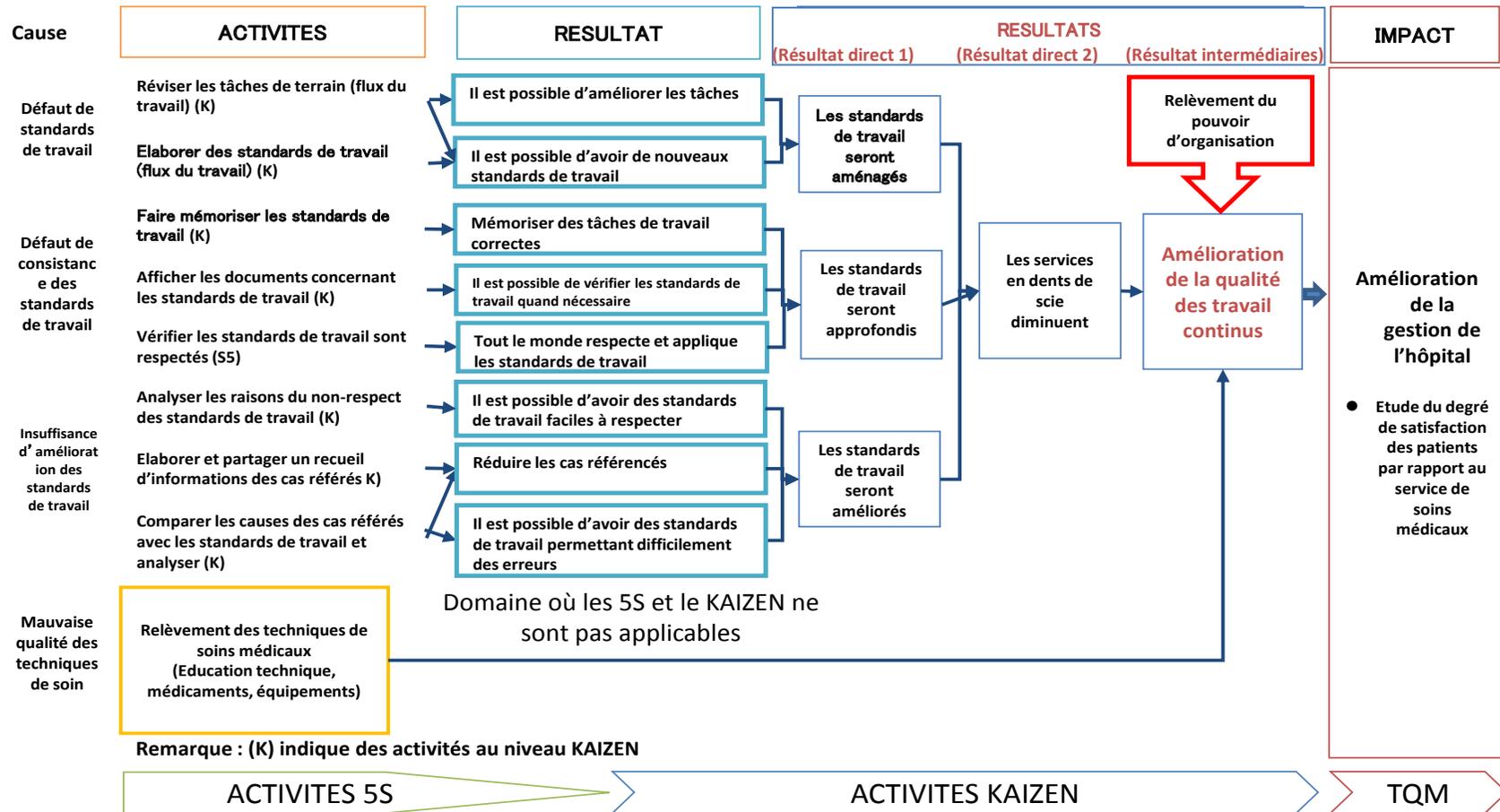


Schéma 14 Modèle logique de l'amélioration du "travail"

Tableau 22 Cas d'Indicateurs de niveau dans le modèle logique de l'amélioration du "travail"

FONDEMENT	INDICATEUR DU PRODUIT	INDICATEUR DE RESULTAT DIRECT	INDICATEUR DE RESULTAT INTERMEDIAIRES	INDICATEUR D'IMPACT
Défaut de préparation des standard	<ul style="list-style-type: none"> ●Y-a-t-il une révision des tâches courantes (flux du travail) (K) ●Des standards de travail (flux du travail) ont-ils été élaborés ? (K) 	<ul style="list-style-type: none"> ●Nombre de standards de travail révisés ●Périodicité des réunions de révision des standards de travail ●Nombre de standards de travail élaborés ●Nombre de services ayant élaboré des standards de travail 	<p>OBJECTIF DU PROJET 「Standardisation de la qualité du service」</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Nombre de cas d'erreurs, de fautes médicales et d'accidents médicaux (Annuel) ●Nombre de cas de contamination au sein de l'hôpital (Annuel) <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>☆ : les indicateurs pouvant être obtenus ou déjà utilisés dans les 15 pays ciblés sont marqués</p> </div>	<p>IMPACT 「Amélioration de la gestion de l'hôpital」</p> <p>☆Taux d'utilisation des lits de l'hôpital (%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Malades provenant des autres établissements ●Nombre de cas référés (Annuel) ☆Nombre de dispositifs médicaux (Annuel) ☆Degré d'amélioration fondé sur l'étude sur le degré de satisfaction des patients (dispositifs médicaux) ☆Etude sur le degré de satisfaction du personnel (efficience du service)
Insuffisance de profondeur de préparation des standard	<ul style="list-style-type: none"> ●Le personnel comprend-il les standards de travail ? (K) ●Les standards de travail sont-ils affichés ? (K) ●Vérifie-t-on le respect des standards de travail ? (K) 	<ul style="list-style-type: none"> ●Nombre de services ayant affiché des standards de travail ●Périodicité de brigades de vérification QIT, etc. ●Périodicité des réunions de services concernant les standards de travail 		
Amélioration insuffisante de la préparation des standard	<ul style="list-style-type: none"> ●Analyser les raisons pour lesquelles les standards de travail ne sont pas respectés ? (K) ●Elaborer et partager un recueil des cas de références (K) ●Mener une comparaison et l'analyse des causes de référence et les standards de travail (K) 	<ul style="list-style-type: none"> ●Elaboration ou non de recueil de cas QIT ●Nombre de services ayant reçu le recueil de cas ●Périodicité des réunions des services concernant les standards de travail ●Périodicité d'organisation de sessions d'études de cas, etc. 		

Remarque: De fréquentes révisions et corrections des normes sont importantes pour maintenir la qualité de «travail» à un niveau supérieur. Par conséquent, vérifier s'il ya une norme non-révisée depuis une longue période est tout aussi important.

6) Logique d'élévation du pouvoir d'organisation (voir Schéma 15, tableau 23)

【Conception】

Ici, 4 causes de faiblesse du pouvoir d'organisation sont données : «l'insuffisance d'information», «l'insuffisance d'expérience», «le défaut de traitements» et «le manque de leadership du chef». Parmi celles-ci, les 3 premières peuvent être abordées dans «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» et «le manque de leadership du chef» n'est pas abordé.

Dans le résultat final de l'élévation du pouvoir d'organisation (réalisation indirecte), 3 sont soulevés, «l'amélioration de l'efficacité du travail», «l'amélioration de la capacité d'amélioration des services» et «l'amélioration du moral du personnel» et comme problèmes que «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» peut déployer pour ces 3 résultats finaux, «la capacité organisationnelle de réalisation du service», «la capacité de mener des activités volontaires» et «la capacité organisationnelle d'amélioration du service» ont été soulevés respectivement pour le résultat direct 2. Comme condition préalable de l'ensemble des autres éléments, 1) à 5), la raison au sein de «l'élévation du pouvoir d'organisation» est que la capacité de réalisation directe 2 est une capacité indispensable à l'amélioration continue des autres éléments. Ceci, parce que l'essence de KAIZEN se trouve dans la mise en œuvre comme en spirale du cycle de gestion (Plan, Do, Check, Action Cycle ; ci-après, cycle PDCA) : trouver les problèmes de manière volontaire, élaborer un plan d'amélioration (P), l'exécuter (D), vérifier les résultats (C) et se brancher sur l'action suivante (A) en direction d'un objectif plus élevé. Par ailleurs, ce cycle se faisant au niveau des groupes, ayant compris les problèmes autour de soi, pouvoir faire des améliorations qui ne sont pas partiellement optimales et pouvoir aussi éliminer «le manque de raison, l'inégalité et le gaspillage» dans le travail, sont des facteurs importants de KAIZEN.

【Remarque】

Les activités de groupe, avec des «différences culturelles» selon le pays, sont refusées dans beaucoup de cas, mais dans la plupart des cas, le manque d'expérience en est la cause réelle. Au début, il est nécessaire que les dirigeants de l'hôpital en utilisant un problème simple, conduisent les activités du haut vers le bas et de façon contraignante fasse pratiquer les succès des activités de groupe.

Un «haut leadership» est indispensable dans l'amélioration de la capacité organisationnelle et si le chef qui possède la qualité de leadership, a un tel pouvoir moral que s'il n'appuie «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» sur tous les plans, et de sa propre initiative n'accorde pas preuve sa compréhension et son assistance aux activités, l'ensemble des activités stagnent et retournent au point de départ finalement. Par conséquent, l'éducation et la formation destinées au directeur de l'hôpital et aux prétendants représentent un point important dans la dynamisation et la poursuite de l'extension des activités.

Ceci, comme prévu, la formation qui a rassemblé les directeurs d'hôpitaux réalisée par «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT» qui a mené la présente étude, a fait ses preuves à travers le rôle important qu'elle a joué dans le cadre de la réalisation de l'ensemble des résultats et de l'introduction de l'approche dans chaque hôpital.

Elévation du pouvoir d'organisation

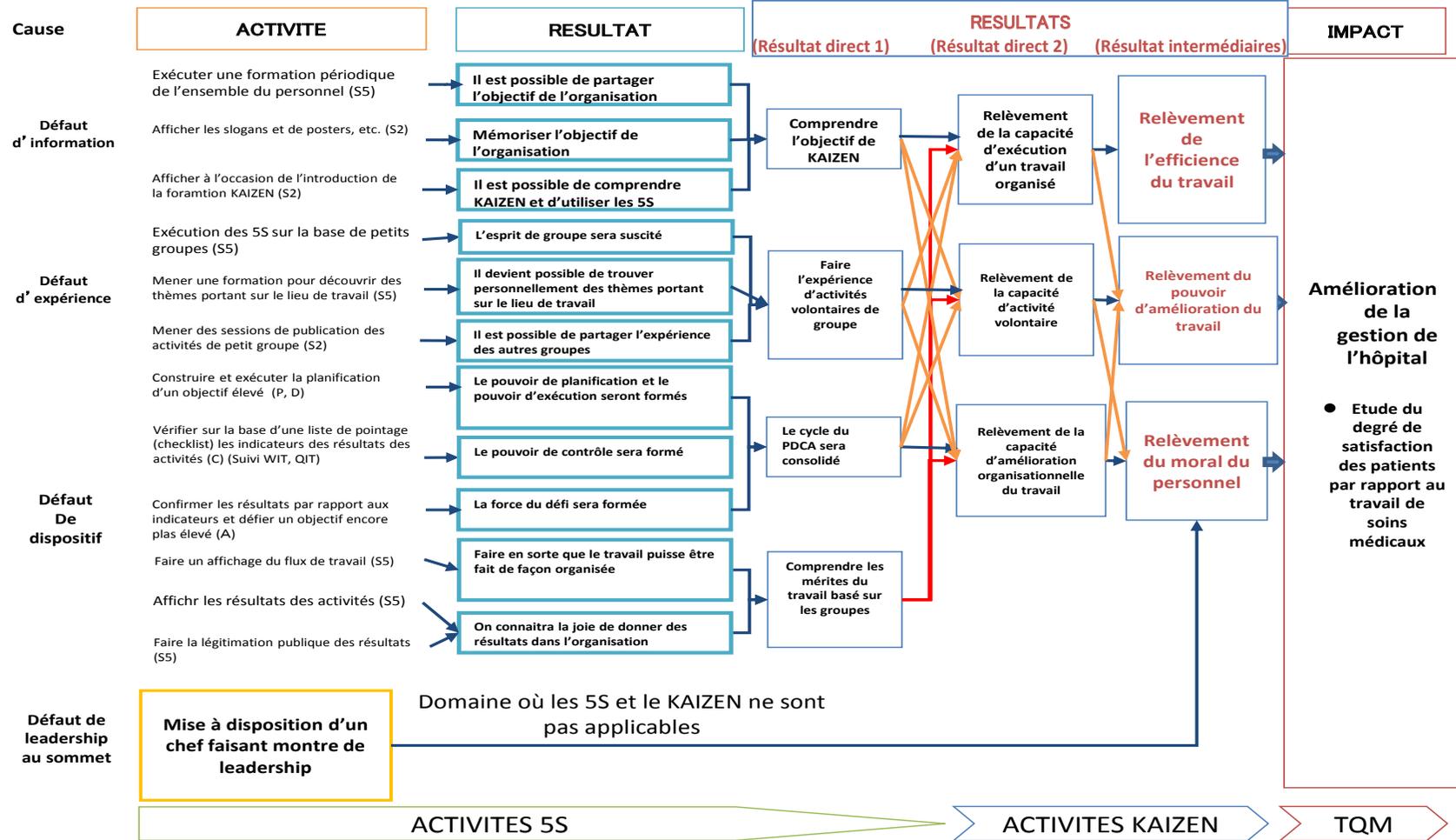


Schéma 15 Modèle logique d'élévation du pouvoir d'organisation

Tableau 23 Cas d'indicateurs de niveau dans le modèle logique d'élévation du pouvoir d'organisation

FONDEMENT	INDICATEUR DU PRODUIT	INDICATEUR DE RESULTAT DIRECT	INDICATEUR DE RESULTAT INTERMEDIAIRES	INDICATEUR D'IMPACT
Insuffisance d'information	● Une formation régulière de tout le personnel est-elle menée ? (S5)	● Périodicité d'exécution de la formation ● Nombre de personnes et de services participants à la formation	OBJECTIF DU PROJET « Relèvement de l'efficience du service » ● Durée moyenne des heures supplémentaires (Heures) ● Montant des frais de personnel (\$)	IMPACT « Amélioration de la gestion de l'hôpital » ● Nombre d'employés par patient (nombre d'employés / Nombre de patients) ● Recettes par employé (\$) (recettes médicales / nombre d'employés) ☆ Etude du degré de satisfaction des patients (ciblant le personnel) ☆ Etude du degré de satisfaction des employés (Assuidité au travail, efficience du service)
	● Des slogans et des posters sont-ils affichés ? (S2)	● Notes des tests sur le degré de compréhension de la formation		
	● Sont-ils mis en œuvre pendant l'introduction de la formation Kaizen ? (S5)	● Test de reconnaissance légitime de l'objectif de l'organisation ● Notes du test sur le degré de compréhension des 5S et du KAIZEN		
Insuffisance d'expérience	● Des activités 5S menées sur la base de petits groupes ont-elles été menées ?	● Nombre de personnes et de services ayant participé aux activités de petit groupe ● Nombre de rapports d'exécution d'activités de petit groupe ● Périodicité des sessions de rapport des activités de petit groupe	« Relèvement du pouvoir d'amélioration du service » ● Existence ou non de données sur les cas de résultats ● Nombre total personnes ayant participé à la formation ● Evolution des notes des tests sur le degré de compréhension de la formation	
	● Des formations destinées à trouver des thèmes portant sur le lieu de travail sont-elles faites ? (S5)	● Nombre de personnes et de services ayant participé à la formation ● Etude du degré de satisfaction du personnel participant (degré de satisfaction des activités)		
	● Des sessions de publication des des activités de petit groupe sont-elles menées ?			
Défaut de mécanisme	● Construire un objectif élevé, élaborer sa planification et l'exécuter (Planifier, faire : Plan, Do)	● Nombre de cas planifiés ● Nombre de services de planification ● Périodicité d'organisation des réunions régulières	« Relèvement du moral du personnel » ● Nombre de services et nombre de personnes ayant participé aux activités (Annuel) ● Nombre d'employés sans emploi (Annuel) ● Nombre d'absences injustifiées et de retards (Mois) ● Durée de service du personnel (Annuel)	
	● QIT évalue les résultats des activités à l'aide d'une liste de pointage (Vérifier)	● Périodicité de vérification basée sur le QIT		
	● Vérifier les résultats à l'aide des indicateurs et viser un objectif plus élevé (Action)	● Périodicité de suivi par les dirigeants ● Périodicité d'organisation des réunions régulières		
	● Faire un affichage du flux du travail	● Nombre de services affichant le flux du travail		
	● Faire l'affichage des résultats des activités	● Nombre de services affichant les résultats ● Nombre de résultats		
	● Réaliser une reconnaissance publique des résultats des activités	● Périodicité de publication des résultats ● Nombre de services publiant les résultats ● Nombre de cas de reconnaissance publique des résultats ● Nombre de services objet de reconnaissance publique		

☆ : les indicateurs pouvant être obtenus ou déjà utilisés dans les 15 pays ciblés sont marqués

Remarques: Pour les indicateurs de résultat indirect, «durée moyenne de travail supplémentaire » et « montant des frais de personnel», il est nécessaire de vérifier si les heures supplémentaires sont déclarées et payées correctement.

7) Indicateurs

Une proposition détaillée d'indicateurs par niveau dans la logique des divers problèmes mentionnés ci-dessus, est indiquée dans le tableau 21. Les propositions détaillées d'indicateurs par niveau dans la logique par thème est donnée dans les tableaux 18 à 23. Parmi les indicateurs inscrits dans le tableau, sont compris les résultats des rassemblements exécutés dans les hôpitaux des pays en développement dont les indicateurs n'ont pas encore réellement été vérifiés. Par conséquent, concernant les projets en cours actuellement dans les 15 pays cibles dans le cadre du «programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT», concernant les indicateurs dont l'acquisition des données n'est pas faite et ceux dont les indicateurs ont été déjà pour le moins fixés, « ☆ » est marqué et la facilitation des utilisateurs a été planifiée.

Des indicateurs financiers et le degré de satisfaction des patients des divers hôpitaux ont été fixés dans l'objectif supérieur. Concernant les indicateurs financiers des divers hôpitaux, ils sont marqués « ☆ » étant donné que, dans tous les hôpitaux, il n'est pas possible actuellement de les acquérir mais qu'en réalité les données sur les revenus et les dépenses qui ne sont pas des indicateurs dans «le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT », ont été acquises.

Au niveau de l'impact, on a inclus les indicateurs de l'étude du degré de satisfaction des patients (degré de renforcement des installations de l'hôpital, degré de satisfaction des traitements médicaux, propreté des salles d'hôpital et des pavillons, la facilité pour le patient de comprendre la configuration de l'hôpital, est-ce que la prise en charge par le personnel est adéquate ou non), de l'étude du degré de satisfaction de personnel (ardeur au travail, efficacité du travail), de l'augmentation des services de l'hôpital (le nombre de cas de références de patients des autres établissements, le nombre de traitements médicaux, le montant des recettes et dépenses médicales) et de l'efficacité des dépenses (le taux d'utilisation des lits de l'hôpital, la part des dépenses, la part des matériaux médicaux, le nombre d'employés par patient, les recettes par malade interné, les recettes par malade externe, les recettes médicales par lit, les frais de personnel, les recettes par employé), concernant les divers problèmes qui seront améliorés à travers «l'approche 5S-KAIZEN-TQM» Au niveau des résultats, des indicateurs de gestion relatifs à l'objectif des divers projets ont été fixés pour chaque objectif.

Au niveau des produits, des indicateurs ont été fixés en se référant aux rubriques d'évaluation notée de la fiche de pointage utilisée dans le Programme de Co-création de Savoir Asie-Afrique (Asia-Africa Knowledge Co-creation Program: AAKCP) et les projets concernés en Tanzanie et au Sénégal pour mesurer les réalisations directes de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

Ces indicateurs sont résumés dans le document 6 annexé pour pouvoir être consultés. Vus dans l'ensemble, les indicateurs déjà utilisés comme indicateurs de niveau d'impact étant plutôt nombreux, on comprend que les éléments utilisés comme indicateurs de réalisations directes et de réalisations indirectes à l'étape précédente, sont peu nombreux (Suppression : «Cela semble indiquer indirectement qu'il y a un saut entre l'activité et l'impact et que la structure de la logique de l'expression des effets, est faible». Il est souhaitable d'augmenter les indicateurs de niveau semblable à l'occasion de la formulation ultérieure du projet).

8) Conditions préalables, causes d'accélération et causes de blocage

Les conditions préalables propres aux problèmes, les causes d'accélération et causes de blocage ont été clairement explicitées dans l'explication du modèle logique des divers problèmes. Ici, sont clairement explicitées les conditions préalables propres aux problèmes, les causes d'accélération et causes de blocage communes à tous les problèmes.

【Conditions préalables】

Les 3 points suivants sont donnés comme conditions préalables à l'occasion du démarrage du projet «approche 5S-KAIZEN-TQM».

- ① Le directeur de l'hôpital doit avoir connaissance des problèmes pouvant être résolus et problèmes ne pouvant pas être résolus avec «l'approche 5S-KAIZEN-TQM»
- ② Le directeur de l'hôpital doit prendre connaissance des problèmes, penser fortement avoir l'intention de les résoudre et mener une puissante communication.
- ③ Au moment du démarrage des activités, les personnes concernées par l'hôpital doivent avoir compris concrètement et nettement que KAIZEN est une activité volontaire et en plus continue et que les 5S sont un de ses outils.
- ④ Des données pouvant être collectées de manière continue existent ou des indicateurs de substitution peuvent être fixés.

【Causes d'accélération】

Au-delà de l'étape des produits, les 3 causes d'accélération suivantes peuvent être soulevées.

- ① La possibilité de recevoir l'assistance technique des bailleurs de fonds des organisations gouvernementales.
- ② Le directeur de l'hôpital et les QIT mènent les activités avec persistance et prennent volontairement la tête des activités pour les propulser.
- ③ Commencer les activités à une échelle pilote et adopter des techniques qui accumulent les cas de succès.

Au-delà de la réalisation des résultats, les causes suivantes peuvent être soulevées.

- ① Les personnes concernées par l'hôpital doivent recevoir une formation régulière appropriée à la progression des activités.
- ② Pouvoir disposer d'un manuel simple concernant KAIZEN-TQM.
- ③ Le partage des activités entre les services.
- ④ L'implication des personnes au sein de l'hôpital ayant des connaissances expertes, à commencer par les médecins.
- ⑤ La souillure provenant des patients et de l'extérieur.

【Causes de blocage】

Au-delà de l'étape des produits, les 3 causes de blocage suivantes sont soulevées.

- ① Le fait de ne pas pouvoir acheter les matériels et équipements nécessaires aux activités à partir du budget.
- ② L'existence de personnel peu coopératif pour les activités.
- ③ Les résultats en cours dans l'hôpital ne sont justement évalués par les organisations de tutelle comme le Ministère de la Santé.

Au niveau résultat, les suivantes peuvent être relevées.

- ① Le fait qu'une formation KAIZEN n'ayant pas été exécutée au début de l'introduction, la fixation des objectifs des activités s'arrête au niveau des 5S.
- ② L'absence d'une formation périodique
- ③ Un mouvement et retraite importants du personnel.

④ La non disponibilité des données sur les indicateurs de résultat.

L'ensemble des activités KAIZEN se sature et décline si rien n'est fait à nouveau. Par conséquent, la cause ultime de l'accélération consiste à faire tourner le cycle PDCA en fonction de «la continuité des activités et de la formation». Il s'agit pour cela, en fonction de «la vision des problèmes», d'attacher la faculté de «trouver les problèmes de façon volontaire» aux ressources humaines locales. Cependant, il est nécessaire de porter l'attention sur le fait que dans les pays en développement comme ceux d'Afrique, nombreux sont les cas où les infrastructures sociales, le budget, etc., qui sont les conditions préalables des activités, manquent. Toutefois, étant donné que l'assistance directe à cette insuffisance de ressources devient aussi finalement un facteur qui retarde les activités volontaires de ceux-ci, il est conclu que prendre en considération le mode de cette assistance, sa programmation temporelle et sa durée au moment de la formulation du projet en fonction de la situation des divers pays, représente le raccourci vers le succès de «l'approche 5S-KAIZEN-TQM».

Document annexe

Document annexe 1 Liste de la littérature passée en revue

1. Rapports et documents concernés relatifs aux projets cibles, etc.
 - a. Programme Asie-Afrique de Co-crédation de Savoir – le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT
(Etude préparatoire de coopération et Formation régionale, 2007-2013)
 - b. Programme Asie-Afrique de Co-crédation de Savoir – le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT
(Etude préparatoire de coopération et Formation régionale, 2009-2013)
 - c. Projet de renforcement du développement des ressources humaines de la santé en Tanzanie
(Projet de coopération technique – 2010-2014) - MCP
 - d. Projet de renforcement de la santé maternelle et infantile dans l'Etat de Lagos au Nigéria
(Projet de coopération technique – 2010-2014) - Tableau d'évaluation préalable des activités
 - e. Le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et les Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile au Burundi (Projet de coopération technique - 2009-2012)
Tableau d'évaluation préalable, Rapport à mi-parcours et Rapport d'évaluation finale
 - f. Projet de Renforcement du Management de Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou
(Projet de coopération technique – 2011-2014)
Premier Rapport annuel d'avancement des activités – Rapport annuel d'avancement des activités et MCP
 - g. Projet de renforcement des services sanitaires à travers la gestion des infrastructures sanitaires en Ouganda
(Projet de coopération technique – 2011-2014)
Tableau d'évaluation préalable
 - h. Conseiller technique pour le secrétaire général du Ministère de la Santé Publique en République Démocratique du Congo
(Expert individuel – 2008-2013)
Rapport de l'étude d'élaboration du plan détaillé
 - i. Conseiller en Soins continus de santé maternelle et infantile au Maroc
(Expert individuel – 2010-2013)
Documents de liquidation et Rapport d'activité de l'expert
 - j. L'appui à la Santé Maternelle et Infantile Phase II
(Formation en pays tiers, 2010-2013)
Rapport d'exécution – Santé maternelle et infantile – Phase II
 - k. Expert en 5S-KAIZEN-TQM en vue de l'amélioration de la gestion des hôpitaux au Malawi
(Expert individuel – 2011-2013)
 - l. Programme de Co-crédation de savoir Asie-Afrique» (AAKCP) : Leçons et propositions
(Mai 2011)
 - m. «ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT» - Rapport, JICA
(Juin, 2012)
 - n. «ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE PAR 5S-KAIZEN-GQT» - Rapport final, JICA
(Mars, 2011)
 - o. Rapport final « ETUDE PREPARATOIRE RELATIVE AU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE» (Mars 2013)

2. Autres documents

- a. Tomoko Kawakami – Signification théorique de l'introduction du système de production de Toyota dans les domaines des soins de santé (Mémoire, Volume 56, n° 3 – Université du Kansai – Décembre 2011)
- b. Donald M. Berwick, Curing Health Care (Guérir les soins de santé) (1990)
- c. Donald M. Berwick, Curing Health Care (Guérir les soins de santé) – Le défi d'un nouveau système de santé (Nakayama Shoten - 20002)
- d. Recherche sur le renforcement de la Technique de gestion totale de la qualité (TQM) dans les établissements de santé et de soins sanitaires (JICA, 2006)
- e. Politique générale de propulsion de la sécurité des soins médicaux (Ministère de la Santé et du Travail, 2005)
- f. Indicateurs de référence pour le diagnostic facile de la gestion (Agence autonome publique – Agence pour le Bien-être Médical)
http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/toukei/pdf/h23_byouin.pdf 30 mai 2013
- g. Activités 5S à l'Hôpital général d'Iwata ! Efforts vers la participation de tous aux activités 5S (Hôpital général d'Iwata, 2012)
- h. Activités 5S pour l'élimination des erreurs et des accidents médicaux (Solutions JIPM, 2011)
- i. Cri de défi vers la sécurité médicale » (Elzebia JAPAN, 2005)
- j. Uchisato Shigeru – Considérations sur l'introduction de la TQM dans la gestion des hôpitaux (Recherche Mita Sur le Commerce, Volume 49, n° 5 – Décembre 2012)
- k. Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda – Change Management For Hospitals (Changer la gestion des hôpitaux, 2011)
- l. Nimnath Withanachch, Wimal Karandagoda and Yujiro Handa – A performance improvement programme at a public hospital in Sri Lanka: an introduction (Programme d'amélioration de la performance dans un hôpital public : une introduction) - 2011
- m. Kakiuchi Kazuo – Technique KZ d'amélioration de l'usine (Association Japonaise pour la Rationalisation de la Gestion, 2008)
- n. Kitahara Sadasuke – Assistance pour l'efficacité – De la TQC à la TQM – Yuuhikaku, 1991
- o. Kakuda Yasuhiro – Le nouveau système Toyota – Kodansha, 1991
- p. Shota Shu – Méthode d'avancement des activités Kaizen – Centre de Gestion de l'Association pour l'Efficacité du Japon – 2007
- q. Guide de l'amélioration de la qualité et la prévention et le contrôle des infections pour les participants – 2009
- r. Ordre des Médecins du Japon – Manuel de mesures pour la sécurité médicale du personnel médical (Novembre 2007)

Document annexe 2 Calendrier de l'évaluation

<p>Evaluation au Japon Nov. 2012~ Jan. 2013</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examiner les documents et les rapports 2. Entretien avec les experts japonais 3. Participation aux réunions préparatoires
<p>Enquête terrain en Tanzanie 12~26 Jan, 2013</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar es Salaam MDSAS, Hôpital de Mhinbili, JHPIEGO, U.R.C 2. Région d'Iringa Hôpital de Tosamaganga, Equipe Régionale de Gestion de la Santé (ERGS) 3. Région de Mbeya Hôpital Consultatif de Mbeya, Hôpital Régional de Mbeya, Hôpital de Mbalizi, ERGS, GIZ,
<p>Enquête terrain au Sénégal 28-Jan~10-Fév., 2013</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dakar MDS, Family Health International(FHI), Centre de Santé Gaspard Camara, Hôpital Grand-Yoff, JICA Projet de Renforcement de la santé maternelle, JICA Projet de Renforcement du Système de Gestion de la Santé. 2. Région de Thiès Hôpital de Thiès 3. Région de Tambacounda Centre de Santé de Tambacounda, Hôpital Régional de Tambacounda, Poste de Santé de Kotiary, Service Régional de Santé
<p>Synthèse Fév. Juin, 2013</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen des documents 2. Participation aux réunions de compte-rendu 3. Production des versions définitives des rapports et documents de présentation.

Document annexe 3 Liste des personnes interviewées

Titre	Personne
Japon	
National Center for Global Health and Medicine	Dr. Noriaki IKEDA
Fujita Planning Co., Ltd.	Mr. Shuichi SUZUKI
Nippon Medical School	Dr. Toshihiko HASEGAWA
Tanzania	
Ministère de la Santé et des Affaires Sociales Directeur Assurance Qualité Santé	Dr. Mohamed Ally Mohamed
Ministère de la Santé et des Affaires Sociales Chef, Service d'Inspection des Services de Santé	Dr. Henock A.M. Ngonyani
Conseiller au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales Expert de la JICA	Mr. Hisahiro ISHIJIMA
Ministry of Health & Social Welfare Administrateur de la Réforme Hospitalière	Ms. Romana F. Sanga
Hôpital National de Muhimbili Directeur des Ressources Humaines Responsable du Service d'Amélioration de la Qualité	Mr. Makwaia M. Makani Ms. Regina Kiwoli Nyambo
University Research Co., LLC. Conseiller Principal QI Conseiller Principal QI	Mr. David J. KIHWELE Ms. ELIZABETH C.U. HIZZA
JHPIEGO Conseiller pour la Prévention des Infections	Mr. Albert Komba
Equipe Régionale de Gestion de la Santé, Iringa	Dr. Manyama Deogratias
Hôpital de District Désigné de Tosamaganga Directeur QIT QIT Assistant du QIT HMT QIT	Dr. Lazaro Mtuya Mr. Lowrence Mhaluka Dr. Leonard Merere Mr. Angelo Mbuki Ms. Isse Nsehhu Ms. Velonica Kihuro
Hôpital consultative de Mbeya Directeur Général JOCV Secrétaire du QIT QIT QIT QIT QIT QIT QIT	Dr. Eleuter Roki Samky Mr. Yoshiharu KAMATA Ms. Adela Mrula Ms. An Mtandi Mr. R. Dibogo Ms. Ruth Shadrack Mr. Esther Kaseko Mr. Humphrey Kiwelu Mr. Thomas Isdory / QIT
Service Médical Régional de Mbeya Médecin Chef de Région Infirmier en Chef de Région Pharmacien Régional Technicien du Laboratoire Régional	Dr. Agnes Buehwa Ms. Lydia Mbembela Ms. Lucia F. Mkumbo Mr. Ezekiel Tuya

Santé Mentale Régionale GIZ-Programme de Santé Germano-Tanzanien	Mr. Jordan Nyenyenbe Mr. Johanenes Schwed
Hôpital Régional de Mbeya Directeur Matrone	Dr. Lewis Kallist Chomboko Ms. Anna J. Otaru (Autres 16 membres du QIT/EGS)
Service Régional de Santé de Mbeya Médecin Chef de Région Infirmier en Chef de Région Pharmacien Régional Technicien du Laboratoire Régional Santé Mentale Régionale GIZ-Programme de Santé Germano-tanzanien	Dr. Agnes Buehwa Ms. Lydia Mbembela Ms. Lucia F. Mkumbo Mr. Ezekiel Tuya Mr. Jordan Nyenyenbe Mr. Johanenes Schwed
Conseil de l'Equipe de Gestion de la Qualité, Mbeya Administrateur du Conseil de Santé LAB&EVALUATION Administrateur en chef de la santé publique	Ms. Jescar Msebeni Ms. Georgina Mwingwa Mr. Edao J. Kyara
Hôpital de Mbalizi Directeur Général	Dr. Msafiri Kimaro (Autres 26 membres du QIT/EGS)
Sénégal	
Ministère de la Santé et de la Prévention Coordonnatrice de Programme Conseiller Technique	Dr. Ndella KONATE Dr. Mari NAGAI
Ministère de la Santé et de la Prévention Responsable SIM/DES (Chef de la Division Qualité)	Mr. Ousmane Dia
Projet de Renforcement du Management de Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou, PARSS Chef	Mr. Shogo KANAMORI
Projet de Renforcement de la Santé Maternelle et Néo-natale à Tambacounda et Kédougou, PRESSMN Chef	Dr. Yasuo SUGIURA Ms. Miho GOTO
Hôpital Régional de Tambacounda Directeur Directrice de la Qualité, technicienne biomédicale Président du comité 5S, infirmier	Dr. Niasse Cheikh Ms. Khady Kane Mr. Mamadou Faye
Service Régional de Santé de Tambacounda Superviseur SSP Responsable des partenariats	Mr. Dame Fall Ms. Aissatou Sall
Poste de santé de Kotiary Infirmier en Chef, ICP JOCV, infirmière	Mr. Boubacar Diallo Ms. Yuki SATO

Centre de Santé de Tambacounda Directeur	Dr. Amadou Mbaye DIOUF
Hôpital Régional de Thiés Directeur Chef de la Qualité, de l'Hygiène, et de la Sécurité Responsable qualité en QHS Information Information EGS JOCV	Mr. Babakar MANE Mr. Ablaye Diop Ms. Fatoumau Dieng Mr. Samba Diaye Mr. Aly Mar Aioum Mr. Talla Ndiage Ms. Kaori KANETA
Centre de Santé Gaspard Camara Directeur Superviseure en Soins de Santé Responsable de l'Education à la Santé Coordinatrice des Activités de Santé de la Reproduction du District Programme Elargi de Vaccination Sage femme Gestionnaire Technicien Responsable du Génie Sanitaire, Chef du Point Focal Qualité 5S Major du Bloc, collaborateur 5S: Service des nouveau-nés Responsable de l'assistance sociale	Dr. Ndeye Magatte NDIAYE Ms. Aissatou DIEDHIOU Ms. Aminata BA Ms. Aissatou NIANG Ms. Arame DIASSE Ms. GASSAMA Mr. Jacques SOW Ms. Ibrahima FALL Mrs. BA Mrs. Gueye Datt DIOP
Hôpital Général de Grand Yoff Directeur Chef du Laboratoire, Chef de la cellule Qualité de l'Hôpital	Dr. Moussa DAFF Ms. Mme NIANG
Family Health International Conseiller technique Directrice de pays Directeur technique	Dr. Karim Seck Dr. Barbara SOW Dr. Abdoulaye Cire ANNE

Document annexe 4 Documentation collectée durant l'étude

Tanzanie

1. "La structure organisationnelle du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales"
2. "Ressources humaines pour plan stratégique de santé 2008-2013"
3. "Le Cadre d'Amélioration de la Qualité des Soins de Santé en Tanzanie 2011-2016"
4. "Directive de mise en œuvre des approches for 5S-CQI-TQM en Tanzanie"
5. "Module de formation en gestion d'hôpitaux de district et hôpitaux régionaux de référence "
6. Rapport d'étape des Réformes hospitalières Juillet 2011-Décembre 2012"
7. "RAPPORT D'ETAPE SUR 5S-KAIZEN (Hôpital Luthérien de Haydom) "
8. Brochure JHPIEGO
9. "FICHE DE SUIVI ET EVALUATION DE L'EVOLUTION DES POINTS DES ACTIVITES 5-S A OBSERVER" (Version Février. 2012)
10. Hôpital de Muhimbili
 - "5S-CQI-TQM Rapport d'Etape 2009,2011,2012 Hôpital de Mhinbili"
11. Hôpital de Tosamaganga
 - "Fiche d'évaluation du malade/ Résultat du questionnaire du malade"
 - "Rapport d'étape 2011"
 - " Liste de contrôle des activités 5S"
12. Hôpital Régional de Mbeya
 - "Rapport d'étape 2012"
 - "Une étude des facteurs entraînant la mort parmi les personnes vivants avec le HIV admises à l'Hôpital Régional de Mbeya en 2012"
 - "5S-KAIZEN-TQM Fiche d'interview de visite de consultation "
13. Hôpital Consultatif de Mbeya
 - "Evaluation de 5S en 2010"
 - "Rapport d'étape"
 - "Plan d'action"
 - "Rapport d'étape KAIZEN 2010-2012"
14. Hôpital de Mbalizi
 - "Rapport d'étape 2012"
 - "Plan d'Action 2013"
 - "Information financière"
15. Hôpital de Singida
 - "Rapport sur la visite de consultation de 5S-KAIZEN à l'Hôpital Régional de Singida " (2012)
16. Mbeya Regional Health Management Team
 - Statistiques sur la situation sanitaire dans la Région de Mbeya
17. Le Programme Germano-tanzanien d'Appui à la Santé
 - "Examen du rapport d'étape du PGTAS 2008.11"
18. "Formation Nationale des Formateurs PCI, Dodoma Tanzanie 2010.08"

Sénégal

1. "Stratégie Nationale de Développement Economique et Social 2013-2017"

2. "Plan national de developpement sanitaire PNDS 2009 – 2018"
3. "Plan stratégique qualité 2011 – 2015 Ministère de la santé et de la prevention"
4. "Organigramme du ministère de la santé et de l'action sociale"
5. "Témoignages sur l'amélioration de la qualité" (FHI)
6. "CHANGE 2" au Bénin
7. "Observations, des locaux du matériel technique et des supports" etc.
8. "PTA 2012 Région Médicale de Tambacounda"
9. "Guide de gestion du plan de travail annuel (PTA) supplément 2"
10. "SYNTHESE DES RESULTATS" (Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales)
11. "Situation des personnels de santé du Sénégal" (2010. 3)
12. "Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples"
13. "Rapport de présentation du projet de budget 2012"
14. " Mise en œuvre de 5S dans les établissements de soins de santé " (PARSS: Projet d'Appui au Renforcement de Système de Santé au Sénégal)
15. "Manuel Illustratif des 5S" (Draft) (PARSS)
16. "Guide Pratique des 5S à l'intention des formateurs" (Draft) (PARSS)
17. Un document de présentation of "Renforcement du système de santé Phase 2" (JICA)
18. "Expérimentation d'un modèle de soins d'accouchement dans la Région de Tambacounda: Concept et modèle de soins d'accouchement du point de vue des 5S-KAIZEN" (PRESSMN: Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale dans les régions de Tambacounda et Kédougou)
19. "Soins de santé maternelle et néonatale bases sur les preuves Manual de mise en oeuvre" (PRESSMN)
20. " Lettre de Tambabacounda" (PRESSMN)
21. Partenariat Mondial pour l'Education des Filles et des Femmes" de l'UNESCO
22. "Enseignement élémentaire ·Tableau récapitulatif ·Taux Brut de Scolarisation"
23. "Rapport d'analyse situationnelle de l'offre de soins de santé maternelle dans 6 centres de santé de la région de Dakar" (2012)
24. Hôpital Régional de Tambacounda
 - "Plan de Travail", "Vision/Mission/Valeur" etc.
 - "Fiche de suivi pour 5S"
25. Centre de Santé de Tambacounda
 - "TABLEAU DES EMPLOIS ET DES EFFECTIFS"
 - "PLANS D'ACTION DES UNITES/BLOCS DU CENTRE DE SANTE DE TAMBACOUNDA DANS LE CADRE DE LA MISE EN OEUVRE DES 5S, GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DANS LE CENTRE"
 - "Elaboration de plans d'actions"
 - "Principe et Pratiques des 5S dans le Centre de Santé"
 - "Relevé d'Activité"
26. Poste de Santé de Kothiary
 - "Mise en pratique des activités de 5S et de soins humanisés dans le poste de santé de Kothiary" (2012)
 - "Canevas de Présentation du Bilan des Activités des Postes de Santé"
27. Centre de Santé Gaspard Camara

- “Etat des Recettes etc.
 - “Ministère de la Santé et de l’Action Sociale Région Médicale de Dakar District Sanitaire de Dakar Centre Centre de Santé Gaspard Camara” (Fév. 2013)
28. Hôpital de Thiés
- ”INTRODUCTION ET IMPLANTATION DE LA DÉMARCHE 5S AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE THIÈS”
 - ”CHRT_Banque de Sang_Cartographie des Processus”
 - ”PLAN D’ACTION”
29. Brochure de l’Hôpital Général de Grand Yoff

Document annexe 5 Matrice de Conception du Projet (MCP) du projet de coopération techniques au Sénégal

Projet de Renforcement du Management de Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou (Ver. 1)
 et Projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile dans la Région de Tambacounda et la Région de Kédougou – Phase II (Ver. 0)

Intitulé du Projet: Projet de Renforcement du Management de Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou
 Zones ciblées: Régions de Tambacounda et Kédougou, République du Sénégal

Durée: 3 ans
 Période: mars 2011 - fév 2014

Sommaire Narratif	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses Importantes
But L'état de santé des populations de Tambacounda et Kédougou est amélioré	Indicateurs de santé liés aux OMDs (réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies) sont améliorés dans les régions de Tambacounda et Kédougou.	(1) EDS(Etude Démographique Sanitaire) (2) BONG(Besoins obstétricaux non couverts) (3) ENPS(Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal)	
Objectif du Projet Les capacités de gestion axée sur les résultats (*1) des Régions Médicales et des Districts Sanitaires sont renforcées dans les régions de Tambacounda et Kédougou	Les Régions Médicales, les Services Régionaux et les Districts Sanitaires ont rempli chacun les points suivants, relatifs à la gestion des travaux de l'exercice 2013 (de janvier à décembre 2013). (1) Le PTA de l'exercice 2013 a été élaboré suivant les 8 étapes mentionnées dans le Guide pour la Gestion Effective du PTA. (2) La réalisation des activités annuelles de l'exercice 2013 a été suivie selon les 7 étapes mentionnées dans le Guide pour la Gestion Effective du PTA. (3) Les résultats de l'exercice 2013 ont été évalués suivant les 3 étapes mentionnées dans le Guide pour la Gestion Effective du PTA. (4) La réalisation des activités de SS-KAZEN-TQM (*2) sera suivie dans chaque Centre de Santé selon les normes et les outils établis avant fin 2013. (5) Les activités pour l'amélioration du management des ressources (tels que la gestion des ressources humaines et financières, des médicaments, des équipements et des infrastructures médicales etc...) seront planifiées et exécutées dans chaque District Sanitaire avant fin 2013 suivant les divers directives et outils, notamment ceux prévus par les lois et règlements.	(1) Documents de PTA(Formulaires A, B et C) (2) Documents de PTA(Formulaire D) (3) Documents de PTA(Formulaire E) (1)(2)(3) Rapports des Régions Médicales, Services Régionaux et Rapports de Projet (4)(5) Rapports des Districts Sanitaires et Rapports de Projet	1. La partie Sénégalaise alloue les ressources (humaines, matériels et financières) nécessaires et à temps pour promouvoir et promouvoir l'application des résultats du projet. 2. La politique Plan National du Développement Sanitaire et le Cadres de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme(CDSMT) ne changeront pas. 3. Le Plan National de Développement Ressources Humaines de la Santé est validé et mise en oeuvre.
Résultats			
1 Les capacités de planification et suivi-évaluation des Régions Médicales et des Districts Sanitaires sont améliorées	(1) Au moins, un agent chargé du traitement des données sanitaires dans chaque Région Médicale et chaque District Sanitaire aura reçu une formation sur le système d'information d'ici la fin de l'année 2013. (2) Un système pour l'amélioration de capacités de planification et suivi-évaluation (équipe de formateurs, modules de formation, guide de mise en oeuvre, cadres de formation (*3), mécanisme de suivi-évaluation et mécanisme de financement) sera mis en place d'ici à la fin de l'année 2013. (3) Au cours de l'année 2011, le Guide de Gestion Effective du PTA en version initiale a été élaboré. (4) Avant fin 2013, le Guide de Gestion Effective du PTA en version finale sera élaboré. (5) Avant fin 2012, plus de 80% des membres de l'équipe de management des Régions Médicales, Services Régionaux et des Districts Sanitaires (Equipes Cadres de Région (ECR) / District (ECD)) auront participé à la formation du Guide pour la Gestion Effective du PTA dans les 2 régions. (6) Avant fin 2012, les outils de supervision améliorés seront mis en place. (7) Avant fin 2012, plus de 80% des membres de l'équipe de management des Régions Médicales, Services Régionaux et des Districts Sanitaires (ECR/ECD) seront formés sur la supervision.	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) Rapports de Projet (1)(2)(5)(7) Rapports des Régions Médicales (3)(4) Guide de Gestion du PTA (6) Les outils de supervision	1. La partie Sénégalaise alloue un budget et personnel nécessaires pour les activités du projet. 2. La partie Sénégalaise alloue le budget nécessaire pour la mise en oeuvre des PTA.
2 Les capacités en management des ressources(tels que la gestion des ressources humaines et financières, des médicaments, des équipements et des infrastructures médicales etc) au niveau des Régions Médicales et des Districts Sanitaires sont améliorées	(1) Un système pour l'amélioration de capacités en management de ressources (équipe de formateurs, modules de formation, guides de mise en oeuvre, cadres de formation (*3), mécanisme de suivi-évaluation et mécanisme de financement) sera mis en place d'ici à la fin de l'année 2013. (2) Avant fin 2012, un Guide pratique de SS-KAZEN-TQM en version initiale sera élaboré. (3) Avant fin 2012, des séances de formation en SS-KAZEN-TQM seront organisées dans les 10 Centres de Santé. (4) Avant fin 2013, un Guide pratique de SS-KAZEN-TQM en version finale sera élaboré. (5) Avant fin 2013, le Guide sur le management de ressources sera élaboré. (6) Avant fin 2013, plus de 80% des membres de l'équipe de management des Régions Médicales et des Districts Sanitaires (ECR/ECD) auront participé aux formations sur divers guides/outils sur le management des ressources (tels que la gestion des ressources humaines et financières, des médicaments, des équipements et des infrastructures médicales etc).	(1)(2)(3)(6) Rapports de Projet (2)(4) Guide Pratique de SS-KAZEN-TQM (5) Guide sur le management de ressources (3)(6) Rapports des Régions Médicales	
3 Les leçons tirées du Projet sont partagées à Tambacounda et Kédougou et ailleurs	(1) Avant la fin du Projet, les enseignements tirés de la mise en oeuvre des systèmes d'amélioration des capacités de planification/suivi-évaluation et de management des ressources seront validés, puis partagés avec les autres régions. (2) Les guides/manuels relatifs à l'amélioration des capacités en management ont été approuvés comme documents nationaux et également partagés avec les autres régions.	(1) PV évaluation conjointe du Projet et rapports d'activités (2) Rapports de Projet et Rapports des autres Régions Médicales	
Lignes d'actions	Inputs		
1 Les capacités de planification et suivi-évaluation des Régions Médicales et des Districts Sanitaires sont améliorées	Japon	Sénégal	1. Les homologues qui ont été formés ne sont pas affectés (pour éviter l'interruption des activités du Projet).
1-1. Rationaliser la gestion du système information sanitaire (eg. fiches de contrôle) dans les Régions Médicales et les Districts Sanitaires	Experts (1) Conseiller en Chef, Gestion axée sur les résultats, Planification du secteur de la santé (2) Gestion financière (3) SS-KAZEN-TQM (4) Suivi et Evaluation (5) Information Sanitaire (6) D'autres experts selon nécessité. Stages (1) Stages à l'étranger (2) Formations au Sénégal (3) Autres formations nécessaires Equipement et Matériels Equipement et le matériel nécessaires à la mise en oeuvre des activités du Projet tels que les imprimantes, ordinateurs, photocopieuses, téléphones portables avec photos numériques, projecteur pour Kédougou bureau. * Les équipements à fournir freont l'objet d'un changement à cause de conditions budgétaires de la partie japonaise. Coûts de fonctionnement	Homologues (1) Directeur du Projet (2) Chefs du Projet (3) Ministère de la Santé et Prévention (4) Régions Médicales de Tambacounda et Kédougou. (5) Personnel des Districts Sanitaires (6) Autre personnel mutuellement convenu comme nécessaire Infrastructures, équipements et matériels (1) Locaux pour bureaux du Projet au sein du Ministère de la Santé et de la Prévention, des Régions Médicales de Tambacounda et Kédougou (2) Equipements, matériels et informations nécessaires pour les activités du Projet. Prise en charge des homologues du Projet Coûts Locaux (1) Coûts de fonctionnement du Projet	
1-1-1. Vérifier la qualité et l'utilisation des données du SYSNIS et/ou autres systèmes d'information dans les Régions Médicales et les Districts Sanitaires en menant des enquêtes de base			
1-1-2. Assister les Régions Médicales à analyser des données sanitaires et faire le feedback aux Districts Sanitaires sur l'utilisation des données dans l'élaboration de plans d'actions			
1-1-3. Former, sous la direction des Régions Médicales et selon les résultats de l'enquête de base, les Districts Sanitaires dans la collecte, transmission et analyse efficaces des données sanitaires			
1-2. Renforcer les capacités de management/gestion opérationnelle des Régions Médicales et les Districts Sanitaires pour l'exécution PTA			
1-2-1. Exécuter une enquête de base conjointe sur la planification et le management/gestion opérationnelle			
1-2-2. Elaborer un plan de suiviévaluation des PTA des Districts Sanitaires par la Région Médicale en mettant l'accent sur la gestion organisationnelle, la gestion des ressources, la gestion du progrès, suiviévaluation et le feedback, etc.			
1-2-3. Former les Régions Médicales et les Districts Sanitaires sur le management/gestion opérationnelle du PTA en tenant compte des résultats de l'étude de base			
1-2-4. Renforcer la mise en oeuvre des PTA au niveau des Régions Médicales et les Districts Sanitaires grâce à la régularité de la tenue des supervisions et des réunions de coordination au niveau national et niveau régional			
1-3. Appuyer les Districts Sanitaires à élaborer des PTA réalisables basés sur les résultats de suiviévaluation			
1-3-1. Identifier les priorités de l'offre de services au niveau de chaque District Sanitaire			
1-3-2. Aider les Districts Sanitaires à élaborer des POCL Santé et PTA sous la direction des Régions Médicales			
1-3-3. Mettre en place un système de contrôle interne pour la gestion du progrès des PTA			
1-3-4. Promouvoir l'utilisation des résultats du monitoring pour la planification des PTA et autres activités au cours des réunions de coordination des Régions Médicales et des Districts Sanitaires			
2 Les capacités en management des ressources(tels que la gestion des ressources humaines et financières, des médicaments, des équipements et des infrastructures médicales etc) au niveau des Régions Médicales et des Districts Sanitaires sont améliorées			
2-1. Promouvoir des activités de SS des Districts Sanitaires			
2-1-1. Faire l'état de lieux sur l'environnement de travail et l'attitude du personnel au niveau des Districts Sanitaires en menant des enquêtes de base			
2-1-2. Former le personnel des Districts Sanitaires sur la pratique des SS			
2-1-3. Assister les Districts Sanitaires à élaborer leurs plans d'action pour la pratique des SS			
2-1-4. Encadrer les Districts Sanitaires dans la mise en oeuvre des plans d'actions SS			
2-2. Renforcer la capacité de KAZEN-TQM des Districts Sanitaires			
2-2-1. Evaluer les compétences managériales des Districts Sanitaires en menant une enquête de base sur le management/gestion organisationnelle tels que la gestion des ressources humaines et financières, des médicaments, des équipements et des infrastructures médicales			
2-2-2. Elaborer un plan KAZEN-TQM fondé sur les priorités identifiées à travers les enquêtes de base			
2-2-3. Encadrer les Districts Sanitaires dans l'exécution des plans KAZEN-TQM			
2-2-4. Assurer le suivi évaluation des plans KAZEN-TQM dans chaque District Sanitaire			
3 Les leçons tirées du Projet sont partagées à Tambacounda et Kédougou et ailleurs			
3-1. Evaluer les résultats de l'intervention du projet sur l'amélioration des capacités de management du système en menant une étude terminale comparative (endline survey)			
3-2. Actualiser les documents (directives, manuels et autres matériels) relatifs aux leçons tirées du Projet			
3-3. Mener des activités de relations publiques (présentation des activités du Projet au niveau central, publicités, publication de bulletins, etc.) pour le partage de l'information sur les performances du Projet à l'intérieur et hors des zones ciblées			
			Preconditions
			Les organisations de contrepartie ne s'opposent pas à la mise en oeuvre du Projet.

Project Design Matrix (PDM)

Version: 0

Project Title: Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale au Sénégal (PRESSMN) Phase II

Duration: 4 years from November 2012 to October 2016

Target Area: Whole country of Senegal

Implementing Agency: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (Le Cabinet, Direction Generale de la Santé esp. Direction chargée de santé de la mère et de l'enfant, Direction des Ressources Humaines

et École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS))

Beneficiaries: Pregnant women and newborns in Senegal

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal MMR and NMR are reduced through improvement of services for maternal and neonatal health in Senegal.</p>	<p>Following indicators mentioned in the Sectoral Mid-term Expenditure Framework (Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme: CDSMT) 2011-13 (1) Maternal mortality rate (2) Neonatal mortality rate (3) Rate of utilisation of antenatal care (consultation prénatale: CPN) (4) Proportion of delivery in the health facilities (5) Proportion of delivery by skilled birth attendants (6) Rate of postnatal care (consultation post natales: CPoN)</p>	<p>Demographic Health Survey (enquête démographique et de santé à indicateurs multiples: EDS-MICS)</p>	
<p>Project Purpose The scaling-up of PRESSMN model is realized nationwide.</p>	<p>(1) 7 out of 10 District Health Offices (District Sanitaires) implement PRESSMN model in the Regions of Tambacounda and Kédougou. (2) 22 out of 66 District Sanitaires implement PRESSMN model in 12 Regions except Tambacounda and Kédougou. (3) Number of delivery in the health facilities applying PRESSMN model increases by 20% in average. (4) Number of women completing the fourth ANC increases by 20% in average in the health facilities applying PRESSMN model.</p>	<p>(1) Project reports (2) Project reports (3) Annual Statistics of the National Service for Health Information (Service National de l'Information Sanitaire: SNIS) (4) Project reports</p>	
<p>Outputs 1. Structure for national coordination of PRESSMN model is established and operational in the Ministry of Health and Social Action (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale: MSAS).</p>	<p>1(1) PRESSMN model validated by the Scale-up Committee (Comité de passage à l'échelle) 1(2) PRESSMN model is integrated into the Annual Working Plan (Plan de Travail Annuel: PTA) of the Direction in charge of maternal and child health, as well as into policy documents (PNP, Strategic Plan of Reproductive Health, etc) 1(3) Strategy for dissemination and extension of PRESSMN model is defined.</p>	<p>Project reports</p>	
<p>2. Structure for regional coordination of PRESSMN model is established and operational in 14 Regional Medical Offices (Région Médicales: RM).</p>	<p>2(1) Number of Régions Médicales that incorporate PRESSMN model into their Annual Working Plan (Plan de Travail Annuel: PTA) 2(2) Number of Régions Médicales that adopted strategy of dissemination and extension of PRESSMN model 2(3) Number of RM that selected "Pilot Units" 2(4) Number of RM that trained "Pilot Units"</p>	<p>Project reports</p>	
<p>3. PRESSMN model is integrated into the curricula of Registered Nurses (Infirmiers Diplôme d'État: IDE) and Registered Midwives (Sage-femmes d'État: SFE).</p>	<p>3. Validated curricula of IDE and SFE with incorporation of PRESSMN model</p>	<p>Curricula of ENDSS</p>	
<p>4. The effects of PRESSMN model are assessed by research studies.</p>	<p>4(1) Number of research studies conducted 4(2) Number of key findings of effectiveness of PRESSMN model in website of MSAS 4(3) Number of the results of the research disseminated in academic conferences 4(4) Number of the results of the research published in journals</p>	<p>(1) Research studies reports (2) Website of MSAS (3) Presentation of the results disseminated in academic conferences (4) Papers published in journals</p>	
<p>Activities 1-1 Ministry of Health and Social Action (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale: MSAS) conducts baseline, intermediate and endline survey to collect the data such as the number of delivery cases in the health facilities to monitor and evaluate the Project. 1-2 MSAS holds "the Expanded Working Group" meeting. 1-3 MSAS develops and validates the strategy for national dissemination and extension of PRESSMN model, including TOT program and the mechanism of monitoring and evaluation, with collaboration of Comité de passage à l'échelle. 1-4 MSAS elaborates tools and materials to advocate the strategy for national dissemination and extension of PRESSMN model to stakeholders such as relevant directions of MSAS, Regional Medical Offices (Région Médicales: RM), development partners, universities and relevant associations. 1-5 MSAS conducts workshop to advocate the strategy for national dissemination and extension of PRESSMN model to RM. 1-6 MSAS conducts TOT for regional level by central level. 1-7 MSAS supervises RM on the implementation of PRESSMN model and facilitates peer vision between RMs. 2-1 RMs hold workshops to sensitise the PRESSMN model to administratifs régionaux, collectivités locales, comités de santé, Non Governmental Organisations (Organisations non gouvernementale: ONG) and private sectors. 2-2 RMs conduct TOT for "Pilot Units". 2-3 RMs supervise "Pilot Units" to implement PRESSMN model through their routine supervision. 2-4 RMs hold meetings to develop the plan for regional dissemination and extension of PRESSMN model. 3-1 MSAS and ENDSS holds workshops to mobilise the stakeholders of curriculum development to review and modify the curricula of Registered Nurses (Infirmiers Diplôme d'État: IDE) and Registered Midwives (Sage-femmes d'État: SFE). 3-2 MSAS and ENDSS modify the curricula of IDE and SFE. 4-1 MSAS develops a research protocole. 4-2 MSAS implements the research. 4-3 MSAS diffuses the results from the research.</p>	<p>Inputs <i>Japan side</i> 1. Long-term experts: 3 2. Short-term experts: as necessary 3. Training in Japan and third countries 4. Participation in international conferences and workshops 5. Machinery and equipment</p>	<p><i>Senegal side</i> 1. Project Director: Directeur General of Health 2. Project Manager: Direction in charge of maternal and neonatal health 3. Health workers involving in maternal and neonatal health 4. Suitable office space 5. Budget arrangement</p>	<p>Preconditions</p>

Document annexe 6 Liste d'indicateurs utilisés à l'occasion de l'introduction de "l'approche 5S-KAIZEN-TQM" dans le domaine des soins médicaux

THEME	FONDEMENT	INDICATEUR DU PRODUIT	INDICATEUR DE RESULTAT DIRECT	INDICATEUR DE RESULTAT INTERMEDIAIRES	INDICATEUR D'IMPACT	INDICATEUR OBJECTIF SUPERIEUR
Accidents médicaux (Sécurité)	Erreur de l'information sur les patients	<ul style="list-style-type: none"> Les fichiers et les cartes sont-ils bien rangés? Les fiches médicales sont-elles livrées selon les règles?(S2) Les informations sur les patients sont-elles placées à côté des patients Les règles de transmissions des informations sur les patients sont-elles fixées? Les tâches ont-elles menées selon les règles?(S5) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas avérés de confusion d'informations portant sur les patients Nombre de cas de pertes d'informations portant sur les patients Durée moyenne du temps consacré à la vérification des informations portant sur les patients ★Nombre de cas de plaintes des patients Degré de compréhension des règles de travail du personnel 	<p>OBJECTIF DU PROJET</p> <p>«Baisse continue des accidents médicaux»</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas d'accidents médicaux (Annuel) Nombre de cas de décès par accident médical (Annuel) Nombre de cas d'erreurs et de fautes médicales (Annuel) Nombre de cas d'exécution de mesures de sécurité (Annuel) 	<p>IMPACT</p> <p>«Amélioration de la gestion de l'hôpital»</p> <ul style="list-style-type: none"> ★Degré d'amélioration du à l'étude du degré de satisfaction des patients (Installations et dispositifs internes de l'hôpital) ★Taux d'utilisation des lits (Annuel) (Nombre de patients internés / Nombre total de lits) Nombre de patients référés à partir des autres établissements (Annuel) Nombre de dispositifs médicaux (Annuel) (Chirurgie, Examens, accouchement) 	
	Erreur des médicaments et équipements	<ul style="list-style-type: none"> Les médicaments et les équipements périmés ont-ils été dégagés?(S1) Des étiquettes sont-elles collées sur les médicaments et équipements médicaux(S2) Les médicaments et les équipements sont-ils déposés dans les lieux désignés? Les méthodes et les règles de dégagement et de stockage et les règles de manipulation des médicaments et équipements médicaux ont-elles été déterminées?(S4) 	<ul style="list-style-type: none"> Cas de médicaments et équipements périmés Nombre de cas d'occurrence de confusions dans la manipulation des médicaments ★Durée moyenne du temps demandé pour l'acquisition des équipements médicaux Degré de compréhension par le personnel des règles de manipulation 			
	Défaut de l'environnement du lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> Les objets inutiles pour l'hôpital sont-ils rangés? La sécurité de l'accès est-elle assurée et le guidage est-il affiché? Le nettoyage de l'hôpital est-il réalisé?(S3) La fréquence du nettoyage et son objet et la répartition des rôles sont-elles déterminées?(S4) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas référés Nombre de cas de patients en retournement ou en détérioration Nombre de cas de plaintes des patients Fréquence d'exécution du nettoyage interne de l'hôpital Etude du degré de satisfaction des patients par rapport à la propreté intérieure de l'hôpital Etude du degré de satisfaction du personnel par rapport à l'environnement du travail 			
	Défaut d'installation d'équipements	<ul style="list-style-type: none"> Les équipements sont-ils nettoyés et entretenus régulièrement?(S3) Les règles d'inspection des équipements sont-elles déterminées?(S4) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de nettoyage et d'inspection des équipements Nombre de cas de découverte de défauts d'équipements 			
Infection hospitalière (Sécurité)	Insuffisance de la qualification auprès des patients et du personnel	<ul style="list-style-type: none"> Les supports d'affichage des éveils d'attention sont-ils placés là où c'est nécessaire?(S4) Les normes des domaines des fonctions sont-ils fixés dans le nettoyage?(S4) Les normes et la répartition des rôles en matière de nettoyage sont-ils indiqués?(S4) 	<ul style="list-style-type: none"> ★Degré de compréhension des règles chez les patients et le personnel ★Degré de compréhension de la contamination du personnel au sein de l'hôpital 	<p>Objetif du projet</p> <p>«Réduction continue de la contamination au sein de l'hôpital»</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de contaminations au sein de l'hôpital (Annuel) Nombre de décès par contamination au sein de l'hôpital (Annuel) Nombre d'activités de lutte contre la contamination exécutées (Annuel) 	<p>IMPACT</p> <p>«Amélioration de la gestion de l'hôpital»</p> <ul style="list-style-type: none"> ★Enquête sur le degré de satisfaction des patients (Propreté des équipements et des instruments au sein de l'hôpital)(%) ★Taux d'utilisation des (Nombre de patients hospitalisés/Nombre total de lits) Nombre de mesures de traitement (Annuel) (chirurgie, examen, accouchement) Nombre de patients référés par les autres établissements (Annuel) 	
	Défaut de politique de lutte contre la infection	<ul style="list-style-type: none"> Les règles de désinfection des appareils et instruments sont-elles fixées?(S4) Des tâches basées sur les règles de désinfections sont-elles menées?(S4) Les règles d'utilisation des gants et des masques sont-elles fixées?(S4) Les tâches effectuées sont-elles basées sur les règles d'utilisations?(S4) 	<ul style="list-style-type: none"> Degré de compréhension des règles par les patients et le personnel Etude sur le degré de satisfaction du personnel par rapport à la lutte contre la contamination 			
	Défaut de l'environnement du travail	<ul style="list-style-type: none"> Met-on en ordre les choses inutiles au sein de l'hôpital?(S1) Le nettoyage interne de l'hôpital est-il effectué?(S3) La fréquence, le contenu et la répartition des rôles sont-ils fixés pour le nettoyage?(S4) La désinfection interne de l'hôpital est-elle effectuée continuellement?(S3) La fréquence, le contenu et la répartition des rôles sont-ils fixés pour le nettoyage?(S4) Les équipements non utilisés sont-ils rassemblés dans le lieu d'entreposage? Les règles d'entreposage des équipements non entreposés sont-elles fixées? 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquence d'exécution du nettoyage au sein de l'hôpital Fréquence d'exécution de la désinfection au sein de l'hôpital Nombre d'équipements non utilisés conservés Etude du degré de satisfaction du personnel par rapport à l'environnement des lieux de travail 			
	Insuffisance de traitement des déchets	<ul style="list-style-type: none"> Les stocks périmés sont-ils annulés(S1) Un inventaire périodique est-il effectué? Les vieux équipements sont-ils stockés à l'avant Un grand-livre est-il élaboré et mis en opération? Les médicaments et les appareils portent-ils une étiquette?(S2) Les médicaments et les appareils sont-ils stockés dans lieux fixés? 	<ul style="list-style-type: none"> Montant des stocks à liquider Fréquence d'exécution des inventaires ★Durée d'acquisition des articles Montant des stocks périmés liquides Nombre de médicaments et d'appareils sans étiquette Nombre de médicaments et d'appareils non stockés dans un lieu ★Durée d'acquisition des articles 			
Amélioration de la gestion des produits et équipements pharmaceutiques (Défaut de matériel et d'argent)	Stock obsolète	<ul style="list-style-type: none"> Les stocks périmés sont-ils annulés(S1) Un inventaire périodique est-il effectué? Les vieux équipements sont-ils stockés à l'avant 	<ul style="list-style-type: none"> Montant des stocks à liquider Fréquence d'exécution des inventaires ★Durée d'acquisition des articles 	<p>OBJECTIF DU PROJET</p> <p>«Utilisation efficiente des médicaments et équipements médicaux»</p> <ul style="list-style-type: none"> ★Montant des stocks (\$) ★Montant des matériaux médicaux (\$) ★Amélioration continue de l'efficience de la gestion des stocks ★Montant des stocks (\$) ★Montant des frais (\$) ★Montant de matériaux médicaux (\$) 	<p>IMPACT</p> <p>«Amélioration de la gestion de l'hôpital»</p> <ul style="list-style-type: none"> Montant des frais (%) (Frais d'opération/recettes du service médical) Proportion des frais de matériaux médicaux (%) (Frais de matériaux médicaux/Recettes du service médical) Montant des recettes du service médical (\$) Etude sur le degré de satisfaction des patients par rapport à la fourniture de médicaments et d'appareils médicaux 	<p>OBJECTIF SUPERIEUR</p> <p>«Offre continue de services de soins médicaux»</p> <p><Indicateur ></p> <p>★Evolution de l'étude du degré global de satisfaction des patients par rapport à l'offre de soins médicaux</p>
	Défaut de Gestion des inventaires	<ul style="list-style-type: none"> La réglementation des commandes est-elle déterminée?(S4) Un service conforme à la réglementation des commandes est-il exécuté?(S4) La réglementation des commandes est-elle fixée?(Propreté) La réglementation des commandes est-elle observée?(Propreté) Une marque est-elle apposée de façon savoir la période de la commande?(S2) Existe-t-il un lieu de stockage ne pouvant pas contenir plus que stock nécessaire?(S2) 	<ul style="list-style-type: none"> ★Nombre de jours de rupture de stocks de produits médicaux ★Nombre de jours de rupture de stocks d'équipement médicaux Montant des stocks périmés dégagés 			
	Défaut de Gestion Des Commandes	<ul style="list-style-type: none"> Les stocks périmés sont-ils annulés(S1) Un inventaire périodique est-il effectué? Les vieux équipements sont-ils stockés à l'avant Un grand-livre est-il élaboré et mis en opération? Les médicaments et les appareils portent-ils une étiquette?(S2) Les médicaments et les appareils sont-ils stockés dans lieux fixés? 	<ul style="list-style-type: none"> Montant des stocks à liquider Fréquence d'exécution des inventaires ★Durée d'acquisition des articles 			
	Défaut de Gestion Des Commandes	<ul style="list-style-type: none"> La réglementation des commandes est-elle déterminée?(S4) Un service conforme à la réglementation des commandes est-il exécuté?(S4) La réglementation des commandes est-elle fixée?(Propreté) La réglementation des commandes est-elle observée?(Propreté) Une marque est-elle apposée de façon savoir la période de la commande?(S2) Existe-t-il un lieu de stockage ne pouvant pas contenir plus que stock nécessaire?(S2) 	<ul style="list-style-type: none"> ★Nombre de jours de rupture de stocks de produits médicaux ★Nombre de jours de rupture de stocks d'équipement médicaux Montant des stocks périmés dégagés 			
Amélioration de l'efficience du travail (insuffisance de personnel et de finance)	Défaut de guidage des patients	<ul style="list-style-type: none"> Les plans de guidage interne de l'hôpital sont-ils affichés? Un affichage est-il fait pour l'orientation des patients?(S2) Des travaux sont-ils fait pour différencier la couleur des murs selon les spécialités médicales(S2) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de demandes d'orientation faites par les patients Nombre de cas d'orientation de patients Nombre de cas d'amélioration de l'affichage interne de l'hôpital 	<p>OBJECTIF DU PROJET</p> <p>«Diminution continue du temps d'attente des patients»</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients par employé (Nombre d'employés par malade) Recettes par malade hospitalisé (\$) Nombre de malades hospitalisés (Recettes d'hospitalisation / Nombre de patients hospitalisés) Revenu par malade externe (\$) Recettes sur malades externes / Nombre de malades externes Recettes des services médicaux par lit (\$) (Recette / nombre de pavillons) Part des frais de personnel (%) (Montant total des salaires / recettes des services médicaux) Recettes par employé (\$) (Recettes des services médicaux / Nombre d'employés) ★Etude du degré de satisfaction des malades (facilité de compréhension à l'intérieur de l'hôpital) ★Etude du degré de satisfaction des malades (durée de séjour à l'intérieur de l'hôpital) ★Etude du degré de satisfaction du personnel de l'hôpital (Environnement du lieu de travail) 		
	Défaut de gestion de la documentation	<ul style="list-style-type: none"> Les documents inutiles sont-ils jetés?(S1) Des étiquettes de fichiers de documents sont-elles collées à la documentation?(S2) Les documents concernés sont-ils conservés dans un lieu déterminé?(S2) Le lieu de conservation de la documentation est-il fixé?(S4) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de pertes de documents ★Temps passé pour la recherche de documents 			
	Défaut de gestion des équipements	<ul style="list-style-type: none"> Les équipements et les matériels de bureau inutiles sont-ils jetés ou sont-ils plutôt détournés?(S1) Les équipements sont-ils gardés en fonction des lieux de travail?(S2) Y-a-t-il un affichage pour le lieu de dépôt des équipements?(S2) Des indications sont-elles faites notamment sur les boutons d'alimentation des appareils?(S2) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de détournement d'équipements périmés Nombre de cas de pertes d'équipement Temp demandé pour l'acquisition d'équipements 			
	Insuffisance de pouvoir d'organisation	<ul style="list-style-type: none"> Une formation est-elle effectuée périodiquement pour l'ensemble du personnel?(S5) Des activités 5S basées sur de petits groupes sont-elles réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquence d'exécution de la formation Nombre total de personnes et de services ayant participé à la formation ★Notes au test sur le degré de compréhension de la formation Nombre de personnes et de services ayant participé à la formation Nombre de rapports d'exécution d'activité de petit groupe Périodicité des séances de rapport d'activité de petits groupes 			
Amélioration de la qualité du travail	Défaut de préparation des standard	<ul style="list-style-type: none"> Y-a-t-il une révision des tâches courantes (flux du travail)(K) Des standards de travail (flux du travail) ont-ils été élaborés?(K) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de standards de travail révisés Périodicité des réunions de révision des standards de travail Nombre de standards de travail élaborés Nombre de services ayant élaborés des standards de travail 	<p>OBJECTIF DU PROJET</p> <p>«Standardisation de la qualité du service»</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas d'erreurs, de fautes médicales et d'accidents médicaux (Annuel) Nombre de cas de contamination au sein de l'hôpital (Annuel) 	<p>IMPACT</p> <p>«Amélioration de la gestion de l'hôpital»</p> <ul style="list-style-type: none"> ★Taux d'utilisation des lits de l'hôpital (%) Malades provenant des autres établissements (Nombre de cas référés (Annuel) / Nombre de dispositifs médicaux (Annuel)) ★Degré d'amélioration fondé sur l'étude sur le degré de satisfaction des patients (dispositifs médicaux) ★Etude sur le degré de satisfaction du personnel (efficience du service) 	
	Insuffisance de profondeur de l'appréhension des standard	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel comprend-il les standards de travail?(K) Les standards de travail sont-ils affichés?(K) Vérifie-t-on le respect des standards de travail?(K) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de services ayant affiché des standards de travail Périodicité de brigades de vérification QIT, etc. Périodicité des réunions de services concernant les standards de travail 			
	Amélioration insuffisante de la préparation des standard	<ul style="list-style-type: none"> Analyser les raisons pour lesquelles les standards de travail ne sont pas respectés?(K) Elaborer et partager un recueil de cas de références(K) Mener une comparaison et l'analyse des causes de référence et les standards de travail(K) 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration ou non de recueil de cas QIT Nombre de services ayant reçu le recueil de cas Périodicité des réunions des services concernant les standards de travail Périodicité d'organisation de sessions d'études de cas, etc. 			
Amélioration des capacités organisationnelles	Insuffisance d'information	<ul style="list-style-type: none"> Une formation régulière de tout le personnel est-elle menée?(S5) Des slogans et des posters sont-ils affichés?(S2) Sont-ils mis en œuvre pendant l'introduction de la formation Kaizen?(S5) 	<ul style="list-style-type: none"> Périodicité d'exécution de la formation Nombre de personnes et de services participants à la formation ★Notes des tests sur le degré de compréhension de la formation Test de reconnaissance légitime de l'objectif de l'organisation ★Notes du test sur le degré de compréhension des 5S et du KAIZEN 	<p>OBJECTIF DU PROJET</p> <p>«Relèvement de l'efficience du service»</p> <ul style="list-style-type: none"> Durée moyenne des heures supplémentaires (Heures) Montant des frais de personnel (\$) ★Relèvement du pouvoir d'amélioration du service Existence ou non de données sur les cas de résultats Nombre total personnes ayant participé à la formation Evolution des notes des tests sur le degré de compréhension de la formation ★Relèvement du moral du personnel Nombre de services et nombre de personnes ayant participé aux activités (Annuel) Nombre d'employés sans emploi (Annuel) Nombre d'absences injustifiées et de retards (Mois) Durée de service du personnel (Annuel) 	<p>IMPACT</p> <p>«Amélioration de la gestion de l'hôpital»</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'employés par patient (nombre d'employés / Nombre de patients) Recettes par employé(\$) (recettes médicales / nombre d'employés) ★Etude du degré de satisfaction des patients (cibant le personnel) ★Etude du degré de satisfaction des employés (Assiduité au travail, efficience du service) 	
	Insuffisance d'expérience	<ul style="list-style-type: none"> Des activités 5S menées sur la base de petits groupes ont-elles été menées? Des formations destinées à trouver des thèmes portant sur le lieu de travail sont-elles faites?(S5) Des sessions de publication des activités de petit groupe sont-elles menées? 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes et de services ayant participé aux activités de petit groupe Nombre de rapports d'exécution d'activités de petit groupe Périodicité des sessions de rapport des activités de petit groupe Nombre de personnes et de services ayant participé à la formation Etude du degré de satisfaction du personnel participant (degré de satisfaction des activités) 			
	Défaut de mécanisme	<ul style="list-style-type: none"> Construire un objectif élevé, élaborer sa planification et l'exécuter (Planifier, faire : Plan, Do) QIT évalue les résultats des activités à l'aide d'une liste de pointage (Vérifier) Vérifier les résultats à l'aide des indicateurs et viser un objectif plus élevé (Action) Faire un affichage du flux du travail Faire l'affichage des résultats des activités Réaliser une reconnaissance publique des résultats des activités 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas planifiés Nombre de services de planification Périodicité d'organisation des réunions régulières ★Périodicité de vérification basée sur le QIT ★Périodicité de suivi par les dirigeants Périodicité d'organisation des réunions régulières Nombre de services affichant le flux du travail Nombre de services affichant les résultats Nombre de résultats Périodicité de publication des résultats Nombre de services publiant les résultats Nombre de cas de reconnaissance publique des résultats Nombre de services objet de reconnaissance publique 			
	Défaut de mécanisme	<ul style="list-style-type: none"> Construire un objectif élevé, élaborer sa planification et l'exécuter (Planifier, faire : Plan, Do) QIT évalue les résultats des activités à l'aide d'une liste de pointage (Vérifier) Vérifier les résultats à l'aide des indicateurs et viser un objectif plus élevé (Action) Faire un affichage du flux du travail Faire l'affichage des résultats des activités Réaliser une reconnaissance publique des résultats des activités 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas planifiés Nombre de services de planification Périodicité d'organisation des réunions régulières ★Périodicité de vérification basée sur le QIT ★Périodicité de suivi par les dirigeants Périodicité d'organisation des réunions régulières Nombre de services affichant le flux du travail Nombre de services affichant les résultats Nombre de résultats Périodicité de publication des résultats Nombre de services publiant les résultats Nombre de cas de reconnaissance publique des résultats Nombre de services objet de reconnaissance publique 			

Document annexe 7 Liste des hôpitaux cibles de l'étude de terrain

	Hôpital National de Mhinbili	Hôpital de Tosamaganga	Hôpital Consultatif de Mbeya	Hôpital Régional de Mbeya	Hôpital de Mbalizi
Autorité attirée	MDSAS	Eglise Catholique Romaine	MDSAS	Région de Mbeya	A vocation religieuse
Nombre de lits	1500	164	477	80	150
Nombre d'employés	2700	200	860	198	108 (comprenant 18 docteurs, 20 infirmières)
Nombre de malades hospitalisés	1000-1200	87	85	98-120	150-200
Nombre de malades en consultation externe	1000-1200	150	360	250-300, CTC 150 (Centre de Traitement et de Soins VIH-SIDA)	180
Lieu	Dar es salaam	Iringa	Mbeya	Mbeya	Mbeya
Remarques	Un des hôpitaux les plus illustratifs du pays	A vocation religieuse, démarrent eux-mêmes 5S	Mettre en œuvre 5S-KAIZEN avec les meilleurs résultats.	-	Démarre 5S depuis Juillet, 2012
Ressource humaine par hôpital	4 Membres du QIT (Infirmières) Nombre de stagiaires en formation 5S : 48 (2012) Nombre de stagiaires en KAIZEN: 72 (2012)	18 employés QIT (Docteurs, infirmières, administration, comptables, etc.) 69 employés ont adhéré à l'orientation 5S (A2011) 30 employés se sont inscrits à la formation 5S-CQI-TQM (A2011) 26 employés se sont inscrits à la formation KAIZEN (A2011) 23 employés ont rejoint la formation à l'hôpital consultatif de Mbeya	10 membres du QIT (incluant 3 docteurs et 5 infirmières) 120 employés ont pris part à la formation KAIZEN (A2010~A2012)	14 membres du QIT (3 médecins, 5 infirmières etc.)	① Formation 5S offerte par l'hôpital aux employés ② Equipe QIT
Ressource matérielle par hôpital	① Service QIT ② Objets mis sur les tableaux d'affichage ③ Déchets à réutiliser pour les récipients en tube	Déchets recyclés pour faire des emballages pour les récipients	① Service QIT ② Matériaux Originaux pour la formation ③ Formations aux membres du personnel	Déchets recyclés	① Etagères ② Déchets recyclés ③ Affiches
Ressource financière par hôpital	Budget pour l'amélioration de la qualité 5 millions de shillings par année	20% des dépenses de l'hôpital vont aux activités 5S depuis l'an 2012.	Les dépenses à moyen terme incluent les coûts de 5S	Budget 5S de 8 millions shillings/AN	Le transport pour la formation externe et les repas, ou le coût d'achat des articles nécessaires ont été pris sur budget de l'hôpital.
Ressource externe (Ministère, donateurs etc.)	Cycle de formation par les experts	Appels de consultants de l'Hôpital Consultatif de Mbeya. Formation à l'Hôpital Consultatif de Mbeya	Contrôle par des experts japonais et JOCV	Un employé de GIZ dans l'équipe QIT	Formateurs
Ressource matérielle externe (Ministère, donateurs etc.)	"Directives de Mise en œuvre pour les démarches 5S-CQI-TQM en Tanzanie"	"Directive de Mise en œuvre des Approches 5S-CQI-TQM en Tanzanie"	"Démarche de mise en œuvre des Approches 5S-CQI-TQM en Tanzanie"	"Directive de Mise en œuvre des Approches 5S-CQI-TQM en Tanzanie"	Matériels de formation, Appareil photo, 20 T-shirts avec le logo QIT, Casquettes
Ressource financière externe (Ministère, donateurs etc.)	Budget général annuel	Fonds commun du MDS	Fonds commun du MDS	PCI (Fonds commun du MDS) Approches QUMIC avec le soutien du GIZ	Budget offert par l'église.
Programme d'autres donateurs	PCI (Prévention et Contrôle des Infections)	PCI	① PCI ② ACCREDITATION par ABOIT	① IPC ② Approche QUMIC	CUMIC par le GIZ avant le commencement de 5S
Principaux défis dans l'hôpital	Atmosphère insalubre dans l'hôpital	Environnement insalubre dans l'hôpital	① La valorisation de la "qualité" n'était pas partagée entre les employés. ② Manque de médicaments, de ressources humaines etc., ce qui affecte le traitement adéquat des malades. ③ Manque de confiance entre les employés, occasionné par la perte d'objets.	Manque de ressource humaine au département inventaire	Plainte des malades sur la trop longue durée du temps passé à l'hôpital.
Comment utiliser 5S pour les défis	-	5S était utilisée pour seulement nettoyer l'établissement, mais cela amena le sens de la responsabilité d'entretenir le cadre de travail pour tout le monde.	-	Réduire le temps de travail additionnel en heures supplémentaires ou en vacances	Réduire le temps d'attente à l'accueil ou à la caisse en classant des fiches par ordre.
Déclencheur au démarrage de 5S	① Personnels de direction motivés ② Auto-analyse par comparaison aux autres hôpitaux	Participation à l'atelier 5S à Dar es salaam	① Participation au PECAA à Tokyo (Directeur) (A2007) ② Confiance accrue au QIT suite au succès des départements pilotes. ③ Prodigier la formation sur les objectifs et les contenus de 5S avant sa mise en œuvre	3 employés ont pris part à la formation 5S de 5-jours à l'Hôpital Consultatif de Mbeya.	Une religieuse est venue découvrir 5S durant la réunion du CACCC.
Démarrage de 5S depuis	A2007	Octobre, 2010	Aout, 2007	A2010	Juillet, 2012
Obstacles internes au démarrage et à la mise en œuvre de 5S	① Résistance de la part des médecins ② Réticence à changer les habitudes de travail. ③ Propension au "nettoyer n'est pas mon devoir"	① Résistance des employés ② Inertie de la mise en œuvre de 5S par manque de compréhension ③ Temps de formation et Formation Des Formateurs (FDF) en heures de travail.	① Résistance des médecins et employés à commencer 5S par scepticisme sur ses résultats ② Incompréhension de la philosophie de 5S comme activité générale de nettoyage. ③ Normalisation ④ Augmenter le nombre d'employés qui comprennent bien 5S.	1. Manque de ressources financières 2. Combinaison de 5S et actuel Programme QMIC (Cercle d'Amélioration de la Gestion de la Qualité) 3. Espace insuffisant pour le triage.	1) Plus fort engagement des employés contre l'activité 5S. 2) Leadership du Président du QIT 3) Prendre le temps du triage à cause de la programmation du rangement après la séparation. 4) Espace insuffisant pour le triage. 5) Certains employés résistent à 5S sans assez le comprendre.
Obstacles externes au démarrage et à la mise en œuvre de 5S	Renouvellement d'emploi	Pas de matériel en Swahili (Matériel en Anglais Uniquement)	Renouvellement de poste des employés	Manque de ressources financières	1) Absence d'eau, de courant électrique 2) Beaucoup d'accidents de circulation au bord de la route. 3) Bas salaires poussant les employés à opter pour d'autres hôpitaux.
Démarrage de KAIZEN depuis	-	-	A2010	-	-
Contenus de l'activité KAIZEN	-	-	① Démarrer KAIZEN 3 ans après 5S ② 3 thèmes 1) Empêcher les malversations financières par faux reçus des employés. 2) Diminuer les surplus d'inventaire 3) Réduire le temps d'attente des malades ③ 50 employés ont déjà pris part à la formation KAIZEN	-	-
Obstacles au démarrage et à la mise en œuvre de KAIZEN	-	-	Difficulté de la mise en œuvre dans plus d'un département	-	-
Volume de la formation préliminaire de 5S	-	1) Formation par un consultant convié de Mbeya en Mai, 2011 2) Formation-2-jours à Mbeya	① Programme PECAA (Programme Echange de Connaissance Asie-Afrique) ② 3 employés ont pris part à la formation au Sri Lanka ③ Formation interne depuis A2007-2008/1Q	1) 3 employés ont pris part à la formation à l'hôpital Consultatif de Mbeya 2) Ces 3 employés ont dispensé des formations internes à 30 employés	① 3 employés ont pris part à la formation à Iringa. ② 16 employés ont pris part à la formation à l'Hôpital Consultatif. ③ 30 chefs de département, 20 employés du QIT, 76 du WIT ont pris part à la formation de la JICA. ④ Participation à la Réunion de Compte Rendu des Travaux. ⑤ 3 employés ont pris part à la formation au KCMC ou à l'Hôpital Consultatif de Mbeya en Septembre, 2012
Département pilote de l'essai de 5S	Choisir un magasin comme modèle	Maternité, Dossier du malade, Comptabilité et Laboratoire	Chirurgie, DPCL Pédiatrie, Dossier malade, Administration, Entrepôt central	Magasin central, Dossier malade, DMCI Pharmacie, Pavillons, Maternité, Laboratoire, Rayons-X	Commencent par le rapport médical, et étendu à la réception du DMCE
Comment choisir le département pilote.	Départements qui étaient motivés par la participation à la formation dispensée par les experts japonais	4 départements ont compris l'objectif et les contenus de 5S. Ils étaient choisis avec un consultant de Mbeya.	1) Départements qui étaient enthousiasmés de démarrer 5S et ceux qui ne l'étaient pas. 2) Département clinique et département administratif	Départements qui n'étaient pas maintenus en ordre, tel entrepôt, comptabilité, médecine, et cartographie.	Le département du dossier médical rencontrait des problèmes tels que la perte de dossiers et de temps d'enregistrement de dossier trop long.
Rôle du Directeur dans l'activité 5S	Persuasion et encadrement de ceux qui étaient réticents à 5S	Appui et suivi des activités du QIT et du WIT	1) Introduction aux résultats de 5S en montrant des cas de Sri Lanka ou de notre hôpital au MDS 2) Obtenir l'accord du MDS pour démarrer 5S et leur faire un rapport sur son évolution 3) Attirer l'attention des dirigeants sur la nécessité d'améliorer la qualité dans l'hôpital	Appui en équipement de travail, contrôle des antiseptiques, fourniture de poubelles	Suivi des activités 5S, budget, réunion mensuelle QIT.
Rôle du QIT dans l'activité 5S	① Evaluation biannuelle de 5S ② Concours et gratification	1) Réunion sur le déroulement de 5S à chaque Vendredi 2) Gratification Annuelle 3) Formation Trimestrielle de 2-jours pour tous les employés	1) Persuasion de ceux qui s'opposent au 5S 2) Réunion régulière à chaque Vendredi	① Consultation par l'Hôpital Consultatif de Mbeya ② Auto-évaluation en Octobre, 2010	Réunion régulière
Défis récents	Augmentation du nombre de patients	Prendre le temps de former les nouveaux employés	Difficulté d'un "KAIZEN Elargi" qui est mis en œuvre dans plus d'un département.	Manque de ressources	Formation aux nouveaux employés
Extrait à court-terme (en dessous d'1 an)	① Créer un nouvel espace physique ② Réduire le temps mis à rechercher des documents ③ Orientation plus efficace des malades par la visualisation de l'information ④ Etablissement propre	① Traitement rapide et adéquat sans perdre du temps à rechercher des outils nécessaires. ② Cela prend entre 3 et 5 minutes pour sortir le dossier d'un malade. Cela prenait plus de 20 minutes auparavant. ③ 3 employés ont été ramenés à 2 à l'accueil. ④ Le temps d'attente des malades a été raccourci de 3 heures à 1 heure. ⑤ Disposition efficace des instruments.	① Beaucoup d'articles utiles étaient trouvés dans le magasin centrale. ② Changement de méthode de travail à la comptabilité pour empêcher les détournements de fonds. ③ Les articles en inventaire ont été réduits à moins de 50% ④ DMCI changea de méthode de travail en diffusant l'information au laboratoire plus fréquemment. Il a raccourci le temps d'attente des malades.	① Le département inventaire a commencé la gestion du temps en "premier entré, premier sorti", ou amélioration dans l'achat des articles. ② Paquets faits de déchets recyclés ③ Réduire le temps d'attente des malades ④ Etablissement propre ⑤ Réduction des gaspillages en biens ou en mouvements. ⑥ Les déchets dangereux sont séparés par des boîtes de détritux à codification colorée. ⑦ Les produits sont mis en ordre visuellement.	① Mise en ordre des instruments. ② Création de nouvel espace. ③ Le dossier d'un malade peut être ressorti en quelques minutes. ④ Sécurité des employés en triant les objets dangereux ou les rebuts. ⑤ Enseignes visuelles et cartes.
Extrait à long-terme (au delà d'1 année)	① Les employés sont devenus créatifs ② Amélioration du Travail d'équipe ③ Chaque département utilise les mêmes outils 5S.	① La mentalité des employés a changé pour être positive. ② Les recettes ont augmenté de 21 millions à 28 millions de shillings en 3 mois avec le changement du processus de travail. La fourniture de médicaments qu'après paiement a empêché qu'un malade ne rentre chez lui sans avoir payé.	① Meilleure attitude des employés au travail. ② Utilisation plus efficace des médicaments et instruments. ③ Meilleure gestion des ressources internes. ④ Meilleures relations entre les départements. ⑤ Tenir compte du coût dans leur considération. ⑥ Meilleure communication sur l'amélioration du cadre de travail. ⑦ Satisfaction du malade résultant de la satisfaction du personnel.	① Amélioration de la qualité du service ② Satisfaction du malade	Sensibilisation à l'amélioration du cadre de travail.
Indicateurs pour l'évaluation hospitalière	Points de contrôle mentionnés dans TQIF	Questionnaire aux malades	Questionnaire aux malades. Evaluation du personnel incluant le dévouement à l'activité 5S.	Outil QMIC et liste de contrôle des activités 5S	-
Indicateurs pour l'évaluation de 5S	Liste de contrôle des activités 5S	Liste de contrôle des activités de 5S	Liste de contrôle des activités 5S	Liste de contrôle des activités 5S	Liste de contrôle des activités 5S

Annexe. 7						
Information générale sur les hôpitaux en SENEGAL						
	Hôpital Régional de Tambacounda	Centre de Santé de Tambacounda	Poste de Santé de Kotiary	Hôpital de Thies	Centre de santé Gaspard Camara	Hôpital de Grand-Yoff
Autorité attitrée	MDS	(Regional Health Service)	(Regional Health Service)	MDS	(Regional Health Service)	MDS
Nombre de lits	115	24	-	324	24	237
Nombre d'employés	163 (Inclus 10 docteurs)	70 (y compris 5 docteurs et 6 infirmières)	7 (y compris 3 infirmières, pas de docteurs)	210	98 (Y compris 5 docteurs et 21 infirmières)	693
Nombre de malades hospitalisés	-	-	-	-	20	-
Nombre de malades	100	-	30 A/ J	-	-	-
Lieu	Ville de Tambacounda, 400km de Dakar	Ville de Tambacounda	Périphérie de la ville de Tambacounda	Région de Thies, 70km de Dakar	Dakar	Dakar
Ressource humaine par hôpital	•Participation de l'ancien Directeur à la formation 5S •Mise en place de QIT,WIT	•Conseils du Directeur de l'Education à la Santé (Primé dans la première compétition 5S) •Mise en place du sous-comité 5S •Mise en place du QIT	•Implication du Chef	•comité 5S •Equipe 5S (QIT)	•Participation aux formations et contrôles par le chef •Participation au comité de santé avec les résidents locaux •Mise en place du QIT,WIT	•Le Directeur qui a l'expérience de l'introduction de 5S à l'hôpital de Thies •10 membres de la Cellule Qualité •14 membres dans le Comité Qualité
Ressource matérielle par hôpital	•Plan d'action •enseignes	-	-	•Appareil photo numérique •Casaques avec logo pour les membres du QIT •Incinérateur •Meuble de rangement des objets	•Papiers, stylos, et autres matériaux acquis à partir du budget approuvé dans le comité de santé	-
Ressource financière par hôpital	cout de sous-traitance pour le nettoyage des installations	-	•Profit généré par la vente des médicaments	frais de 5S à partir du grand budget	•Budget approuvé par le comité de santé	Budget général de l'hôpital
Ressource humaine externe (Ministère, donateurs etc.)	•Contrôles par les experts de la JICA et du MDS •Réforme hospitalière de la coopération française Programme "Change2" -Formation du Personnel -Analyse du problème -Expérience réussie •JOCV (une infirmière) •Contrat de sous-traitance en nettoyage des installations •Formation au Japon et au Sri Lanka	•Formation par le PARSS •Contrôle par le MDS •Système de récompense du PARSS	•Participation à la formation au Japon du Chef •JOCV (une infirmière) •Experts du projet PRESSMN •Les habitants locaux participent au nettoyage hebdomadaire régulier	•Formation par la JICA •JOCV (A nurse) •Contrôle par le MDS	•Experts du PARSS •Le comité de santé avec l'implication des résidents locaux	•Programme "Change 2" de la Coopération Française •Formation par la JICA
Ressource matérielle externe (Ministère, donateurs etc.)	-	•Constructions de nouveaux bâtiments par une ONG française •Don d'une ambulance par une ONG espagnole et par le FNUJAP	•Un manuel délivré par le PRESSMN •Chaises, matelas, coussins, cloisons dans un pavillon de maternité offert par la JICA	Aucun	Aucun	Boîtes ou étiquettes donnés par la JICA
Ressource financière externe (Ministère, donateurs etc.)	•Soutien financier de la JICA •Appui du service régional	•Appui de la Région (7.5 million francs CFA)	•Salaire du chef subventionné par les Services Régionaux •Budget du comité de santé (700-800 mille francs/An) à être utilisé pour le salaire du personnel et l'achat des médicaments	•appui de 10 millions de francs CFA de la JICA •320 millions de francs CFA pour l'installation d'équipement par la JICA •Appui de la Banque Mondiale pour l'équipement	Appui du FHI(Family Health International)	Aucun
Programme d'autres donateurs	Aucun	Programme SIDA du MDS/FHI	Aucun	None	Programme HIV du FHI	Change 2
Main challenges in hôpital	•Manque de docteurs et d'infirmières •Situation financière austère	•Pas de salle d'attente pour les malades •Petit pavillon de maternité •Sursis du paiement réclamé aux malades •Manque de personnel •Installation insalubre •Amélioration de recette et dépense	•Débordé de travail •Traitement insuffisant pour les femmes enceintes •Lieu de travail désordonné •communication insuffisante entre les membres du personnel	Gestion du risque à l'encontre des erreurs	• Objets empiétés •Pas d'espace •Les employés étaient trop occupés pour mettre les choses en ordre. •Prendre le temps de répondre aux demandes des autres employés, ou pas de réponse.	•Amélioration de la qualité du service •Baisse des infections nosocomiales
Comment utiliser 5S pour les défis	-	-	•Réaliser des soins de santé humanisés en améliorant l'environnement	-	-	-
Déclencheur du démarrage 5S	•Tambacounda a été désigné site de projet par le MDS •Formation de l'ancien Directeur au Japon et au Sri Lanka	Nouveau Directeur être censé réactiver l'activité 5S	•5S a été compris par le comité de santé •Le chef a montré un fort engagement au 5S	•Fort engagement de l'ancien Directeur •Les employés avaient l'habitude de nettoyer les installations depuis le début.	•Le médecin chef a participé à l'atelier d'évaluation interne •Une inspection à l'hôpital de Tamba par elle en 2011	•Un nouveau directeur venant de l'Hôpital de Thies en Juin, 2012 •Une introduction des exemples dans cet hôpital
5S commence depuis	2007	2011	2010	2010	2012	La dernière partie de l'année 2012
Obstacles internes au démarrage et à la mise en œuvre de 5S	•Manque de ressources humaines •Manque de ressources financières •Difficulté de faire participer les médecins à 5S	•Employés occupés •Petit budget •Grèves des infirmières •Coût exigé de la mise en place de 5S •Pas de temps pour le suivi par eux-mêmes	•Maintenir la motivation à 5S dans les jours de grande fréquentation •Clairement partager la ligne de conduite et les contenus de 5S avec chacun •Petit nombre d'employés	•Difficulté dans la mentalité des employés •Préparer les règlements et normes •Le brusque décès d'un directeur- adjoint •Spin-out of a chef nurse	•Exigence de plus de 5S ou de formation KAIZEN •Pas de budget déterminé pour l'activité 5S •Pas de moyens de transport pour disséminer 5S aux autres centres	•Situation financière austère •Manque de ressources humaines •Leadership dans les gestionnaires de classe moyenne
Obstacles externes au démarrage et à la mise en œuvre de 5S	Hausse des malades au département maternité.	•Affectation de poste du Directeur	•Employés occupés 24 heures dans l'intervention hospitalière •Ce poste prend en charge une vaste zone.	•Affectation au poste de directeur	•Peu de contrôle par le MDS •Exode des pauvres au centre urbain qui entraîne la hausse du nombre de malades et un problème d'impayé	-
Lancement de KAIZEN depuis	-	-	-	-	-	-
Contenus de l'activité KAIZEN	-	-	-	-	-	-
Obstacles au démarrage et à la mise en œuvre de KAIZEN	-	-	-	-	-	-
Volume de la formation préliminaire 5S	Formation à chaque chef de département	Tous les employés ont participé à la formation d'une journée	•Formation au Centre de Santé de Tambacounda •Formation par la JICA	Formation à tous les employés sauf ceux du nettoyage et de la sécurité	3- jours de formation aux départements pilotes	-
Département Pilote d'essai de 5S	Accueil	Formation des départements Maternité, Laboratoire, Administration, Dentaire, et Education à la Santé.	Chef du Poste	Département de la maintenance.	Administration, Bureaux des Médecins, gestionnaires, et matrones, Magasin général, Service des Tickets, Laboratoire, et Service de Consultation Périnatale, CPN)	Laboratoire, Pharmacie, Cardiologie
Comment choisir le département pilote	Choisir des départements aux nombreux défis	-	-	Les objets inutiles peuvent être recyclés dans le département	-	-
Rôle du Directeur dans l'activité 5S	•Approbation de l'activité 5S •Concertation pour l'activité 5S	Réunion avec le QIT et leurs rapports mensuels	•Mise en œuvre de 5S •Discussion avec le comité de santé	•Approbation des requêtes de dépenses relatives au 5S	•Réunion mensuelle avec le comité de santé •Contrôle de 5S aux zones de travail	Supervision de 5S en tant que personne responsable de l'amélioration de la qualité
Rôle du QIT dans l'activité 5S	[Comité 5S] •Diffusion des bonnes pratiques •Propositions au Directeur concernant l'activité 5S	•Contrôle mensuel d'activité dans chaque département. •Rapport au Directeur	-	[Equipe 5S] •Réunion régulière chaque Vendredi •Rapport mensuel au comité 5S •Supervision des activités 5S	Contrôle aux zones de travail	•Encouragement et évaluation de 5S •Activité liée au Programme "Change2"
Extrait à court-terme (en dessous de 1 an)	•5S était étendu à tous les départements en 2009. •Discipline des malades par numérotation des chaises à la salle d'attente •Les bouteilles d'oxygène usagées étaient séparées des neuves. •Signes visuels (Signalisation) •enlèvement des nids de poule dans la cour pour avoir un meilleur coulement d'eau •meilleure sécurité par le rassemblement des aiguilles usagées dans une boîte •Changement de mentalité des employés pour qu'eux-mêmes résolvent les problèmes	•Activités de sécurité par les employés •Amélioration des conditions de travail nocturnes par l'installation de lampadaires •Création de nouvel espace •Meilleur hygiène	•Compréhension et appui des résidents locaux et du comité •Implication de tous les employés •Meilleure atmosphère de travail	•Analyse des situations par les employés eux-mêmes •Recycler les matériaux usagés •Partager le concept de 5S par des affiches •Revenu de vente des matériaux usagés •Amélioration du système de gestion des dossiers •Contrôler les matériaux usagés grâce à une base de données •Changement dans le comportement des employés •Baisse du risque de confusion de malades •Installations propres	•Entretien de la presse •Amélioration dans l'atmosphère de travail •Moins de temps pour les actions •recycler les matériaux usagés •Contrôle visuel des médicaments •Appréciation des malades •Augmentation de patients et de revenu •Pas de poubelle autour de l'installation •Etiquette ON/OFF sur les interrupteurs des lampes. •Diffuser l'activité 5S aux autres centres	•étagères bien rangées •Changement de mentalité et d'actions des employés dans le département du laboratoire •gestion améliorée des matériaux usagés et de l'équipement •Infrastructure améliorée (Pavé)
Extrait Long-terme (plus d'1 an)	•Sens de responsabilité des employés •Réparer l'espace du dossier d'information des malades en urgence •Préparation des rôles de chaque employé •Satisfaction du malade •Tableau de la Charte des droits du malade •Tableau Vision, Mission et Valeur •Codification colorée •Attitude positive des employés •Recyclage des matériaux usagés •Enseigne 5S dans la cour	•Amélioration de l'atmosphère de travail •Satisfaction du malade	•Uniformisation du temps et de la température de stérilisation •Satisfaction du malade	•Création d'espace •Diminution des mouvements inutiles •Utilisation efficace des ressources •Diminution des risques •Qualité de service améliorée •Amélioration de l'atmosphère de travail	N/A	N/A
Indicateurs pour évaluation hospitalière	-	Indicateurs utilisés par le Service Régional de Santé	Indicateurs utilisés par le service régional médical	-	-	-
Indicateurs pour évaluation 5S	•Indicateurs utilisés dans le Programme in PECAA	Indicateurs utilisés par le projet PARSS	-	Être préparé	-	-

Document annexe 8 Indicateurs de gestion hospitalière spécifiés par l'Agence des soins médicaux et du bien-être (WAM)

	Indicateurs de gestion	Description
Fonctionnalités	1. taux d'occupation des lits	En général, un plus grand taux élevé d'occupation des lits implique une plus grande efficacité d'exploitation de l'hôpital, et se traduit par une augmentation des bénéfices médicaux. Par conséquent, ce taux est l'un des importants indicateurs de gestion.
	2. Taux de patients internes et externes	Cet indicateur est un facteur significatif indiquant les caractéristiques de l'hôpital. Ce ratio varie d'une grande marge en fonction de chaque sujet médical et du nombre de lits. Cependant, il implique généralement que l'hôpital a un rendement d'exploitation élevé comparé à d'autres hôpitaux du même type et de la même envergure si le ratio patients internes, patients externes de l'hôpital est plus élevé que celui des autres hôpitaux.
	3. Durée moyenne d'hospitalisation	Cet indicateur varie en fonction de chaque sujet médical. Toutefois, si cette durée d'hospitalisation est courte comparée à d'autres hôpitaux du même type, cela implique que l'hôpital dispose d'une fonctionnalité supérieure aux autres hôpitaux.
	4. Nombre du personnel soignant pour 100 patients	Cet indicateur montre la pertinence du nombre de travailleurs qui prennent soin des patients. Le chiffre doit être évalué sur une base du poste par poste.
	5. Revenus hospitaliers par patient interne par jour	Cette valeur peut être considérée comme un indicateur de rentabilité. Il sert plutôt comme un indicateur pour déterminer le contenu des services médicaux de l'hôpital. Il est nécessaire d'évaluer cet indicateur en tenant compte des facteurs pertinents, tels que le niveau de soins et le nombre d'opérations chirurgicales.
	6. Revenus hospitaliers par patient externe par jour	Il est nécessaire d'analyser et d'évaluer cet indicateur classé par type de traitement médical en considérant la relation entre l'indicateur du nombre de prestation en dehors de l'hôpital, le nombre de jours de traitement, et le nombre moyen de patient externe par jour de l'hôpital.
	7. Le revenu annuel par lit médical	Il est nécessaire d'évaluer cet indicateur en tenant compte du taux d'occupation des lits, du nombre de patients externes, du contenu des services médicaux, et du niveau de service médical de l'hôpital.

Fonctionnalités: Les éléments ci-dessus sont utilisés pour vérifier les fonctions indispensables et le niveau de service médical de l'hôpital comme conditions préalables à l'évaluation quantitative des conditions financières et autres de l'hôpital.

Adéquation des coûts	8. Salaire annuel par membre du personnel de l'hôpital	Cet indicateur indique un niveau de salaire. En général, la gestion de l'hôpital serait stabilisée si ce niveau est faible. On doit cependant garder à l'esprit qu'un faible niveau va influencer négativement sur la motivation des travailleurs et le contenu des soins médicaux et autres services de l'hôpital.
	9. Taux de la charge salariale	Cet indicateur montre le ratio de la masse salariale de l'hôpital sur les revenus. Un personnel pléthorique, leur niveau de salaire élevé et le faible revenu de l'hôpital sont autant de facteurs qui augmentent le taux de la charge salariale.
	10. Ratio des matériels médicaux	Cet indicateur montre le ratio du coût des matériels médicaux de l'hôpital sur le revenu. Le ratio est évalué en tenant compte des facteurs pertinents, tels que la répartition des coûts des médicaments et matériels médicaux, les sujets médicaux, les fonctions de soins médicaux et les prestations extérieures de l'hôpital.
	11. Ratio des entrants de l'alimentation.	Cet indicateur montre le ratio des entrants d'alimentation de l'hôpital sur le revenu. Un faible ratio a une bonne influence sur la gestion de l'hôpital, mais il faut retenir qu'un faible ratio peut aussi dégrader la qualité de l'alimentation.
	12. taux des dépenses	Cet indicateur montre le ratio de frais de l'hôpital sur le revenu. Généralement, un taux inférieur est considéré comme meilleure, mais il est nécessaire d'évaluer l'indicateur en tenant compte du contenu de la prise en charge médicale et d'autres services de l'hôpital.
	13. Taux d'amortissement	Cet indicateur montre le ratio de la charge d'amortissement de l'hôpital sur le revenu. Le montant de la charge d'amortissement sera fixé dans le cas d'un amortissement linéaire et sera progressivement réduit selon les années écoulées dans le cas d'un amortissement dégressif, à condition, bien sûr, que le revenu de l'hôpital reste constant.
	14. Ratio des frais ordinaires de l'intérêt	Cet indicateur montre le ratio de la charge de l'intérêt de l'hôpital sur le revenu. Un taux plus faible conduit à une opération plus stable de l'hôpital. L'indicateur en tant que facteur de coût financier est évalué en tenant compte des emprunts en cours et des conditions d'emprunt de l'hôpital.
15. Ratio du point-mort	Cet indicateur montre un point du revenu où s'égalisent les pertes et profits. Cela implique que l'hôpital dispose d'une plus grande résistance à la baisse des revenus si ce ratio est plus faible.	

Adéquation des coûts: Les éléments ci-dessus sont utilisés pour vérifier que les dépenses nécessaires sont dépensées pour des services de haute qualité et qu'aucune dépense inutile n'est dépensée.

Productivité	16. Revenus médical annuel par membre du personnel soignant	Cet indicateur montre l'efficacité par poste des membres du personnel soignant de l'hôpital. Le montant varie selon le type et l'envergure de l'hôpital. Le montant augmentera si un petit nombre de travailleurs traite efficacement la même charge de travail.
	17. La productivité du travail	Cet indicateur montre la quantité de valeur ajoutée que chaque membre du personnel soignant a produit. Un chiffre plus élevé implique que l'hôpital fonctionne avec une gestion plus efficace et efficiente.
	18. part du travail	L'indicateur représente le ratio de distribution de la valeur ajoutée de l'hôpital sur les coûts de la main-d'œuvre et montre l'efficacité de la gestion. Le pourcentage est lié à la qualité et à la motivation des membres du personnel soignant. Par conséquent, on ne peut pas affirmer qu'un pourcentage inférieur est meilleur.

Productive: Les éléments ci-dessus sont utilisés pour vérifier que le personnel et les équipements de l'hôpital sont utilisés à pleine capacité et qu'ils produisent des revenus appropriés pour l'hôpital.

Stabilité	19. Ratio de fonds propres	Cet indicateur montre le ratio des fonds propres de l'hôpital pour le Capital total. Un ratio de fonds propres plus élevé implique que la stabilité financière de l'hôpital est évalué supérieure. Il existe une tendance à ce que le ratio de fonds propres d'un hôpital augmente en fonction des années écoulées.
	20. Taux de conformité fixe à long terme	il est essentiel que les actifs fixes exploités sur une longue période soient couverts par des fonds propres et un passif à long terme (par exemple, les dettes à long terme) de l'hôpital. Il est nécessaire que le taux de conformité à long terme fixe ne soit pas supérieur à 100%.
	21. Ratio de liquidité	Cet indicateur montre la solvabilité de l'hôpital pour régler des passifs actuels qui nécessitent un remboursement à court terme (par exemple, les crédettes et emprunts à court terme devant être repoussés d'un an au moins). Un ratio plus élevé indique que la stabilité financière à court terme de l'hôpital est estimée plus élevée.
	22. Le ratio d'endettement	Cet indicateur montre la relation entre le revenu annuel médical de l'hôpital en tant que source de remboursement de la dette et le solde du prêt de l'hôpital. Un ratio inférieur implique que la stabilité financière de l'hôpital est estimée plus élevée.

Stabilité: Les éléments ci-dessus sont utilisés pour vérifier que la solvabilité à court terme et les capitaux propres de l'hôpital sont suffisants pour établir une base financière stable.

Rentabilité	23. Chiffre d'affaires total de l'actif	Cet indicateur montre l'efficacité du Capital de l'hôpital. C'est un indicateur d'efficacité du capital. Si ce chiffre est faible, cela signifie généralement que l'hôpital est en état de surinvestissement (soit un manque de revenus médical pour l'investissement du Capital de l'hôpital).
	24. Revenu médical par rapport au profit	Cet indicateur montre le ratio du revenu médical de l'hôpital au profit. Même si ce ratio est élevé, il faut garder à l'esprit pour vérification que le rapport ne dégrade pas le contenu des soins médicaux et autres services de l'hôpital.
	25. Capital par rapport aux revenus médicaux	Cet indicateur montre le ratio de divers investissements dans les installations de l'hôpital aux revenus médicaux. Un ratio plus élevé indique que les résultats d'exploitation des installations sont meilleurs.

Rentabilité: Les éléments ci-dessus sont utilisés pour vérifier le montant des investissements du Capital de l'entreprise et l'efficacité des revenus de l'entreprise.

Sources: Réalisé en se référant à un exemple d'un rapport de diagnostic de gestion simple établi par l'Agence des soins médicaux et du bien-être (WAM), (Vérifié le 30 mai 2013, sur le site de WAM).