

MINISTRE DE LA SANTE



BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

Guide de formation sur la stratégie 5S Kaizen TQM (Etape 5S)



Japan International Cooperation Agency

Janvier 2016

Préface

La vision de la politique nationale de santé se décline comme le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système national de santé performant. Trois (03) des huit (08) orientations stratégiques du plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) qui est l'outil de mise en œuvre de cette politique de santé ont un lien étroit avec la stratégie 5S-Kaizen-TQM qui est une démarche qualité. Ce sont :

- le développement du leadership et de la bonne gouvernance dans le secteur de la santé ;
- l'amélioration des prestations des services de santé ;
- la promotion de la santé et la lutte contre la maladie.

La qualité des services et des soins de nos formations sanitaires est régulièrement mise en cause par les populations.

En vue d'améliorer la qualité des services et des soins, la stratégie 5S-Kaizen-TQM est un outil applicable à tous les niveaux de notre système santé car requérant beaucoup plus un leadership et une attitude positive que des moyens financiers qui demeurent le tendon d'Achille de toutes nos politiques de santé. Cette stratégie a fait ses preuves dans des pays aux ressources limitées comme le notre et a été expérimentée au Burkina Faso depuis 2009 avec l'appui de la coopération japonaise. Cependant, il s'agira de l'adapter à notre contexte afin d'en tirer le maximum de profit pour mettre à la disposition de nos populations des services et soins de qualité d'où l'élaboration de ce guide de formation pour l'implémentation des 5 S-Kaizen –TQM par des experts nationaux.

Aussi, voudrais-je traduire la reconnaissance du ministère de la santé à la coopération japonaise pour son appui inestimable qui a permis l'élaboration du présent guide de formation et exhorter tous les acteurs de notre système de santé à se l'approprier pour l'implémentation des 5S-Kaizen –TQM à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dr Smaila OUEDRAOGO

Comité d'élaboration

N° D'ORDRE	NOM PRENOMS	QUALIFICATION	SERVICE
1.	DIABATE Sibiri	Attaché de santé	CHR Banfora
2.	KAGONE Amadou	Attaché de santé	CHR Banfora
3.	KI Désiré	Administrateur des hôpitaux et des services de santé	CHR Banfora
4.	KONFE Salifou	Médecin de santé publique, qualificateur	DES
5.	LILIOU K. Sabine	Médecin gynécologue obstétricienne	HD-Bogodogo
6.	MILLOGO Jean Jacques	Médecin de santé publique	JICA
7.	NANA W. Félicité	Médecin de santé publique, qualificateur	DES
8.	SO Abdoulaye	Médecin de santé publique, qualificateur	CHU-BC

Comité de validation

N° D'ORDRE	NOM PRENOMS	QUALIFICATION	SERVICE
1.	BAMBA Moussa	Orthoprothésiste	CNAOB
2.	COMPAORE Marietou	Attaché de santé	DES
3.	COMPORE Mahamadou	Pharmacien	DGS
4.	DJENI Moctar	Attaché de santé	CHR Gaoua
5.	GANSORE Cheik	Chargé de programme	JICA
6.	KAFANDO Awa	Médecin	DPS
7.	KAGONE Amadou	Attaché de santé	CHR Banfora
8.	KONFE Salifou	Médecin de santé publique, qualificateur	DES
9.	MILLOGO Jean Jacques	Médecin de santé publique	JICA
10.	NANA W. Félicité	Médecin de santé publique, qualificateur	DES
11.	OUANGARE Assane	Médecin	PADS
12.	OUATTARA Yaya	Attaché de santé	CHUYO
13.	SAWADOGO Ouirago	Attaché de santé	CHR Dédougou
14.	SERE Adisa	Pharmacien	Expertise France
15.	SO Abdoulaye	Médecin de santé publique qualificateur	CHU-BC
16.	TIENDREBEOGO Ferdinand	Administrateur des hôpitaux et services de santé	DES
17.	TOKUDA Shimpei	Résident représentant adjoint	JICA
18.	TRAORE Adiza	Chargé de SS-Kaizen	JICA
19.	YAOGHO Idrissa	Médecin	CHR Tenkodogo
20.	ZONGO Honoré	Médecin	CMA Koupela
21.	ZOUNGRANA Paul	Médecin	polyclinique le Genets

Acronymes et sigles

AAKCP	Asia-Africa Knowledge Cocreation Program
AQS	Assurance Qualité des Soins
COPE	client-oriented, provider-efficient
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CQI	Control Quality Improvement
DES	Direction des Etablissements de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
FEFO	First Enter, First Out
FIFO	First In First Out
HD	Hôpital de District
IEC/CCC	Information Education Communication/ Communication pour Changement de Comportement
ISO	International Standardization Organization
JICA	Japan International Cooperation Agency
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
QIT	Quality Improvement Team
SBM-R	Gestion axée sur les standards et les récompenses
TQM	Total Quality Management
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
WEI	Work Environment Improvement
WIT .K	Work Improvement Team

Table des matières

Liste des tableaux

Tableau I : liste du matériel didactique

Tableau II : traduction des termes 5S en français

Tableau III : avantages de la pratique des 5S sur la qualité

Tableau IV : avantages de la pratique des 5S sur la sécurité et l'environnement

Tableau V : différence entre influence et manipulation

Tableau VI : Phases Implémentation

Liste des figures

Figure 1 : photos avant et après une séance de Seiri dans un hôpital

Figure 2: photos avant et après une séance de Seiton dans un hôpital

Figure 3 : photos avant et après une séance de Seiso dans un hôpital

Figure 4: photos avant et après une séance de Seketsudans un hôpital

Figure 5 : photos avant et après une séance de Shisuke dans un hôpital

Figure 6 : Comparaison kaizen et innovation

Annexes

Annexe 1 : agenda de la formation

Annexe 2 : Outils de mise en œuvre du Seiton et kit 5S

Annexe 3 : Modèle de gruyère pour l'analyse des risques

Annexe 4 : mise en place des cellules et comités qualité

Annexe 5 : grille de suivi et d'évaluation 5S du Dr Ishijima Hisahiro adapté

Introduction

L'amélioration de la qualité des services et des soins dispensés dans les formations sanitaires a été et demeure toujours une préoccupation nationale. Cette préoccupation est d'autant plus justifiée eu égard aux nombreuses récriminations des usagers de nos formations sanitaires.

Pour faire face à cet important défi, il est nécessaire d'adopter des stratégies innovantes à l'instar des 5S-KAIZEN-TQM qui est une démarche qualité inspirée de la culture japonaise.

Au-delà des multiples sens attribués à l'expression « qualité des soins » il faut essentiellement retenir que la qualité des soins et des services repose sur la satisfaction des clients à travers les mesures prises pour garantir la conformité aux normes et standards reconnus , acceptés et adaptés au contexte . De ce fait, la qualité des soins est fondée sur un travail en équipe dans un esprit d'équité et d'éthique selon des normes et standards déterminés de façon consensuelle.

La démarche 5S-KAIZEN-TQM qui vise l'amélioration des conditions de travail, l'accroissement de la productivité et la satisfaction de toutes les parties prenantes (clients, prestataires et la structure) est une opportunité pour nos structures de santé d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Le présent guide de formation sur l'implémentation de la démarche 5S-KAIZEN-TQM est avant tout un outil à la disposition des acteurs de notre système de santé pour le succès de la mise en œuvre de cette nouvelle stratégie. Il est articulé autour de trois parties ci-après :

1. préparation de la formation
2. réalisation de la formation
3. suivi et évaluation de la formation

A/ PREMIÈRE PARTIE : PRÉPARATION DE LA FORMATION

I. Composition de l'équipe de formateurs et de travail

Le nombre de formateurs et d'encadreurs est variable avec le nombre de participants. Il est important que les formateurs/encadreurs accompagnent les apprenants pendant les travaux de groupes et les phases pratiques. Pour cela, il faut deux à trois formateurs par session de vingt-cinq (25) participants.

Le choix des formateurs doit tenir compte de :

- l'expertise du formateur dans le domaine de la qualité et de la stratégie ;
- des compétences et l'expérience pédagogique du formateur ;
- de la connaissance du formateur du site d'implémentation ;
- l'engagement du formateur dans la promotion de la stratégie
- de la disponibilité du formateur à faire le suivi post formation.

Au cas où le/les formateurs principaux ne sont pas de la structure, il est nécessaire que la structure identifie un ou des assistants formateurs pour accompagner le/les formateurs principaux.

II. Choix des apprenants

En raison de la spécificité de l'approche qui est basée sur le travail d'équipe, la formation à l'implémentation doit intéresser tous les intervenants du site d'implémentation que ça soit le personnel clinique, administratif et de soutien.

Pour des raisons pratiques, il est conseillé de ne pas dépasser 25 participants par session.

III. Échange avec les acteurs sur la formation

Avant la formation, l'équipe des formateurs doit rencontrer celle de la direction de la structure et échanger sur :

- la politique qualité de la structure et des autres stratégies qualité mises en œuvre pour faire le lien avec les chapitres de formation ;
- l'organisation et le déroulement de la formation ;
- la mise en œuvre des 5S-Kaizen-TQM après la formation.

IV. Fixation des objectifs et méthodes pédagogiques

Bien que le but et les objectifs de la formation soient déclinés comme suit, chaque structure a la latitude de peaufiner les objectifs spécifiques en s'adaptant au contexte.

- **But de la formation :**
 - Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et services au niveau de la structure par l'application des 5S –KAIZEN-TQM
- **Objectif général de la formation :**
 - Renforcer les compétences du personnel de la structure dans la mise en œuvre de l'approche 5S
- **Objectifs spécifiques de la formation :**

A la fin de la session, les participants doivent être capables :

 - d'expliquer les principes et pratiques de 5S –KAIZEN-TQM
 - d'appliquer la méthode 5S
 - d'élaborer un plan opérationnel 5S
- **Méthodes pédagogiques :**

La formation est basée sur la méthode participative utilisant les techniques interactives telles que :

- Brainstorming et questions –réponses ;
- Exposés illustrés ;
- Discussions ;
- Travaux de groupes ;
- Etudes de cas ;
- Jeux de rôle ;
- Exercices photos ;
- Séances vidéo ;
- Séances d'activités pratiques ;
- Visites terrains.

V. Organisation administrative et durée de la formation

Il est important de prendre des dispositions pour faciliter la présence des participants (lettres d'invitation), la réalisation des travaux pratiques (note d'information). La formation est prévue pour durer 05 jours sur site. (annexe1).

VI. Préparation des ressources matérielles nécessaires

Le formateur doit disposer d'une liste de contrôle pour éviter l'omission de matériels requis. Il doit aussi s'assurer de la disponibilité de salles pour les travaux de groupe ; du respect des horaires des pauses et de la diffusion de l'information dans les unités qui seront visitées.

La composition du matériel est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau I : liste du matériel didactique à titre indicatif

Audiovisuel/informatique	Bureautique	Autres
Vidéo projecteur	Tableaux PADEX (flip chart)	kit 5S (voir annexe 2)
Appareil photo	Marqueurs	kit du participant
Ordinateur	Scotch	
Imprimante	Bloc-notes	
Appareil d'animation (poste téléviseur, CD, lecteur DVD...)	Stylos à bille papier kraft	

VII. Préparation des chapitres

Une visite du site d'implémentation par les formateurs est capitale et permettra de :

- s'imprégner du contexte pour compléter les présentations pendant la formation ;
- prendre des vues pour la sensibilisation (photos) ;
- apprécier le cadre de la formation et de préparer la phase pratique.

VIII. Quelques conseils

Le succès de la formation dépendra du niveau de préparation et de la qualité de communication des formateurs. Les suggestions suivantes pourraient aider :

- parcourir les chapitres, les études de cas et les exercices ;
- assimiler toutes les informations fournies dans le chapitre concerné ;
- évaluer régulièrement l'atelier de formation de manière participative (à la fin de chaque journée) ;
- prévoir une séance de débriefing entre formateurs à la fin de chaque journée ;
- faire un rappel sur les chapitres de la veille ;
- faire preuve de respect envers tous les participants ;
- encourager les participants à poser des questions s'ils ne comprennent pas un sujet et poser des questions aux participants pour s'assurer qu'ils comprennent ;
- recourir à des activités variées afin de prévenir l'ennui et d'encourager la participation ;
- s'assurer que l'on dispose de matériels et fournitures nécessaires pour la formation à l'aide de la liste de contrôle ci-dessus ;
- penser aux sections susceptibles de présenter des difficultés pour les participants et prévoir les questions les plus courantes.

B/ DEUXIEME PARTIE : RÉALISATION DE LA FORMATION

I. Phase introductive

1. Présentation des participants et recueil des attentes

Pour introduire la formation, les éléments suivants peuvent être pris en compte :

- préparer un tableau ou du papier kraft avec des colonnes dont le contenu sera par exemple: nom, prénoms, expérience en matière de 5S, et les attentes vis-à-vis de la formation ;
- procéder à la présentation des participants ;
- inscrire les attentes des participants sur le tableau ou le papier kraft au fur et à mesure qu'elles sont énoncées.
- discuter les attentes des participants et distinguer celles qui seront prises en compte pendant la formation et celles qui ne le seront pas et ce, en rapport avec les objectifs de la formation.
- expliquer aux participants que toutes les attentes ne seront pas satisfaites par la présente formation, mais qu'un effort sera fait pour répondre aux principales.

2. Définition des normes (règles à suivre pendant la formation)

Après la présentation des participants et le recueil des attentes, il serait nécessaire de :

- décider avec eux des normes ou règles de base à respecter (ponctualité, assiduité, respect des opinions d'autrui, humilité, respect des horaires, etc.) pour permettre l'atteinte des objectifs de la formation ;
- noter les normes/règles proposées sur une feuille et afficher ;
- les rassurer qu'ils doivent se sentir libres de poser n'importe quel type de question.

3. Informations administratives

Il faut donner toutes les informations nécessaires sur le séjour et la prise en charge des participants : logement, pause-café et repas, perdiems, transport, toilettes, sécurité.

4. Évaluation initiale des connaissances des participants

Pour cette évaluation, il faut :

- annoncer le pré test et expliquer son but ;
- distribuer les copies, lire et répondre aux questions des participants ;
- donner le temps pour répondre aux questions ;
- corriger les copies de manière participative lors du post test ;
- s'inspirer des résultats de l'évaluation pour orienter éventuellement la formation : (revoir les méthodes d'enseignement en fonction des résultats et accorder plus de temps aux chapitres où il y a beaucoup de lacunes).

5. Présentation du contenu de la formation

Avant de présenter les chapitres, il est nécessaire de :

- présenter l'objectif général et les objectifs spécifiques de la formation (par exemple, faire lire par les participants et clarifier) ;
- discuter du programme et de l'emploi de temps avec les participants pour retenir les horaires qui conviennent au groupe ;
- donner une description générale du contenu des séances en indiquant les thèmes de chaque étape (se référer au programme de la formation).

II. Chapitres de formation

1. Généralité sur la qualité des soins

1.1 Définition de concepts

- **Qualité** : l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites.¹
- **Soin** : Acte (ensemble de gestes) qui vise le bien être d'un individu ou d'un groupe d'individus. Il peut être curatif ; préventif ; promotionnel ; ré-adaptatif

¹ ISO 9000-2000, systèmes de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire

- **Qualité des soins :**

- "Fournir des soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats qu'on en tire sans pour cela augmenter les risques."²
- Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³, les soins de qualité sont des services conformes aux normes locales ou nationales y afférentes, délivrés en cas de besoin, au niveau requis du système de santé. Un soin de qualité « doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Par le passé, la qualité était définie à un niveau clinique et impliquait la fourniture de soins compétents au niveau technique, efficaces et sûrs qui contribuent au bien-être des clients. Cependant, la qualité des soins est multidimensionnelle et peut être définie et mesurée de plusieurs manières en fonction des priorités des parties prenantes :

- les clients, dont la perception de la qualité est susceptible d'être influencée par des considérations sociales et culturelles, accordent une grande importance aux aspects humains des soins.
- les prestataires insistent habituellement sur l'importance de la compétence technique ainsi que sur les infrastructures et l'appui logistique de leur institution;

² Avedis DONABEDIAN, MD "The quality of care. How can it be assessed?" Archives of pathology and laboratory medicine. 1988;

³ OMS, Quality assessment and assurance in Primary health care, 1989

- les responsables de programmes se concentrent sur les systèmes d'appui, tels que la logistique et la tenue des dossiers ;
- les décideurs et les partenaires techniques et financiers insistent sur les coûts, l'efficience et les résultats des investissements en matière de santé dans leur ensemble.
- **Assurance qualité** : " Est l'ensemble des activités entreprises pour mettre en place des normes et un processus de suivi, et d'améliorer la performance afin que les soins fournis soient aussi efficace et sains que possibles".⁴
- **Norme**: « C'est un document approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques pour des produits ou des procédés et des méthodes de production connexes, dont le respect n'est pas obligatoire. Il peut aussi traiter en partie ou en totalité de terminologie, de symboles, de prescriptions en matière d'emballage, de marquage ou d'étiquetage, pour un produit, un service, un procédé ou une méthode de production donnés. »⁵
- **Processus** : ensemble d'activités corrélées qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie.
- **Procédure** : manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus.
- **Client**: Organisme ou personne qui reçoit un produit (un bien ou un service). Il peut être interne ou externe.
- **Satisfaction** : sentiment de bien-être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable. C'est l'opinion d'un client résultant de l'écart entre sa perception du produit ou du service consommé et ses attentes.

⁴ The Quality Assurance Project, 1993

⁵ Loi n°011-2007/AN du 27 mai 2007 portant institution d'un système national de normalisation, de certification, d'accréditation et de promotion de la qualité au Burkina Faso

- **Audit:** processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelles mesures les critères sont satisfaits⁶

- **Erreur**

C'est l'exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect ou inapproprié pour atteindre un objectif

Elle se produit lorsque, pendant la planification ou l'exécution, on fait quelque chose alors qu'il ne fallait pas le faire (erreur par commission) ou lorsqu'on ne fait pas quelque chose alors qu'il fallait le faire (erreur par omission).

- **Incident**

C'est un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, un dommage au patient

- **Événement indésirable⁷** : toute manifestation nocive et non recherchée survenant chez une personne pendant ou après un traitement, qu'elle soit considérée ou non comme liée à un ou des produits) de santé à usage humain;

- **Atteinte** : c'est l'altération d'une structure ou d'une fonction de l'organisme et/ou l'effet délétère qui en résulte. Ce terme recouvre les maladies, les traumatismes, les souffrances, les incapacités et la mort ; l'atteinte peut donc être physique, sociale ou psychologique

- **Infections associées aux soins**

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

⁶ ISO 9000-2005 systèmes de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire

⁷ Décret N°2012- 1033/PRES/PM/MS du 28 décembre 2012 portant création, attributions et organisation d'un système national de vigilance des produits de santé à usage humain.

1.2 Typologie et dimensions de la qualité des soins

1.2.1 Typologie

Quatre types de qualité sont classiquement décrits :

- La **qualité attendue par le client** (patient) se construit autour des besoins et des expériences antérieures de l'utilisateur. Dans le domaine de la santé il peut s'agir de l'expertise et de la compétence technique du professionnel, de l'écoute apportée (capacité à laisser le patient exprimer ses attentes), ou des informations délivrées.
- La **qualité vécue par le client** est celle qu'il expérimente ; elle dépend de la qualité attendue et de la qualité effectivement délivrée.
- La **qualité voulue** par l'entreprise, qui doit théoriquement être formulée sous forme de critères explicites, comme un cahier des charges, idéalement à partir de la qualité attendue par le client. Dans le domaine de la santé il peut s'agir des normes et protocoles ainsi que les bonnes pratiques cliniques permettant d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.
- La **qualité effectivement délivrée**: idéalement elle doit correspondre à la qualité voulue par la structure (conformité de la qualité délivrée). Dans le domaine de la santé, elle est celle que le prestataire donne effectivement, celle que reçoit réellement le patient. On insiste surtout sur la qualité délivrée déterminée par la maîtrise d'une prestation de qualité (qui doit par exemple respecter les recommandations de bonne pratique édictées) et la qualité de l'information délivrée au patient.

1.2.2 Dimensions de la qualité des soins

- **La compétence technique** (personnels qualifiés, plateau technique adéquat) : c'est la mesure dans laquelle les tâches effectuées par le personnel et les établissements sont conformes aux normes ou répondent aux attentes techniques.
- **L'accès aux services** : il reflète l'absence d'obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques aux services.
- **L'efficacité** : c'est la mesure dans laquelle les résultats souhaités sont atteints.

- **L'efficience** : c'est l'efficacité au moindre coût
- **Les relations interpersonnelles**: désignent l'écoute et la communication efficaces entre les prestataires et entre les prestataires et les clients ; elles s'appuient sur le développement de la confiance, du respect, de la confidentialité et de la sensibilité aux préoccupations du client.
- **La continuité**: elle désigne la fourniture de soins par le même prestataire pendant toute la durée des soins (lorsque cela est faisable et approprié), ainsi qu'une référence et une communication en temps voulu entre les prestataires lorsque plusieurs d'entre eux doivent intervenir.
- **L'innocuité**: c'est la mesure dans laquelle les risques sont minimisés.
- **Les agréments**: C'est un ensemble qui prend en compte l'apparence matérielle, la propreté de l'établissement et le confort ainsi que l'intimité qu'il offre aux patients.
- **Le choix des services**: il désigne la liberté qu'ont les patients de choisir leur prestataire, leur traitement ou leur plan d'assurance, suivant ce qui est approprié et faisable. Inhérent à cette dimension est l'accès du client à l'information qui permet à celui-ci de faire des choix en pleine connaissance de cause.

1.3 Avantages de la qualité

Une démarche qualité est créatrice de valeurs à la fois pour les clients externes, le personnel, les dirigeants et les actionnaires.

1.3.1 Pour les clients externes

La démarche qualité est avant tout une approche tournée vers le client acheteur et/ou utilisateur du produit ou service.

Les clients sont considérés comme des partenaires et consultés régulièrement.

Il existe un engagement de la structure vis-à-vis de lui qui est à son écoute, qui identifie, comprend et cherche à satisfaire ses besoins.

Les barrières se brisent, la communication s'améliore et ils deviennent des acteurs promoteurs de leur santé et de la structure

1.3.2 La qualité bénéficie au personnel

Chaque collaborateur, chaque service est acteur de la qualité. Chacun est tour à tour client et fournisseur. La démarche qualité permet au personnel de mieux vivre le quotidien car elle promeut des modes de fonctionnement interne simplifiés et plus efficaces ; des processus simplifiés, mieux formalisés et maîtrisés ; une plus grande rigueur dans les méthodes ; une diminution des erreurs. Le personnel est plus responsabilisé, se sentant mieux reconnu et plus motivé.

1.3.3. La qualité bénéficie aux dirigeants

La qualité participe à la tâche des dirigeants, même si certains restent parfois à convaincre. La qualité instaure un climat serein au sein de la structure par un mode de fonctionnement plus fluide et plus efficace de l'organisation ; une meilleure prise en compte des questions de sécurité et d'environnement ; une réduction des coûts de non qualité liés aux dysfonctionnements internes et aux réclamations clients ; une amélioration des résultats économiques de l'établissement; une amélioration des performances globales et des résultats ; une plus grande confiance des clients grâce aux preuves fournies sur la qualité des soins et des services toutes choses devant concourir à une amélioration de la satisfaction et de la fidélisation des clients

1.3.4 La qualité profite aux actionnaires/partenaires

Les actionnaires recherchent des bénéfices. Une politique qualité efficace leur permet d'agir sur le maintien du capital client et la réduction des coûts de revient grâce à la baisse des coûts de non-qualité.

1.4 Historique et cadre institutionnel

1.4.1 Historique

- La qualité dans le domaine de la santé

L'histoire de l'Assurance qualité des soins (AQS) remonte à l'antiquité. Les normes autorisant les personnes à pratiquer la médecine remontent au premier siècle après la naissance de Jésus-Christ dans certaines parties de l'Inde et de la Chine.

En Europe, les traces de la même autorisation se retrouvent en 1140 en Italie. Le processus aboutit au 19^e siècle à des normes uniformes concernant la formation et les examens donnant le droit de soigner.

Aux Etats-Unis d'Amérique, le mouvement moderne pour la qualité des soins de santé a commencé en 1917 avec la compilation par le collège Américain des chirurgiens du premier ensemble de normes minimales pour les hôpitaux américains afin de mettre fin aux soins inadéquats. Cette approche a donné lieu au processus d'accréditation géré à présent par la commission conjointe de l'accréditation des organisations de soins de santé.

Au Royaume uni, le service national de la Santé a adopté une politique officielle de la qualité en 1991 et reconnu l'amélioration de la qualité comme le moyen le plus efficace par rapport aux coûts pour la mise en œuvre de cette politique.

Dans les pays en développement, le passage de la gratuité des soins au système de recouvrement des coûts à la faveur des soins de santé primaires puis de l'initiative de Bamako a probablement été un facteur déterminant dans la prise de conscience des clients devenant plus exigeants en matière de qualité.

En Afrique, la 45^e session du comité régional de l'OMS Afrique tenue à Libreville (Gabon) en 1995 et la réunion régionale tenue en novembre 1996 à Brazzaville (Congo) ont souligné la nécessité d'évaluer et de promouvoir la qualité des soins et services dans les pays de la sous-région.

Au Togo, le concept de l'AQS avait déjà été introduit en 1992 par le projet SEATS/DSF puis SFPS (1995) dans les centres de planification familiale.

- La qualité des soins au Burkina Faso

Le Burkina Faso a souscrit en 1995 à la résolution AFR/RC45/R3 de la 45^{ème} session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique relative aux stratégies d'amélioration des soins dans les institutions de santé et a fait de la quête permanente de la qualité l'une de ses préoccupations à travers :

- les cercles d'amélioration de la qualité (cercle d'or) dans les années 90 ;
- l'élaboration du programme national d'assurance qualité en 2003 ;
- la mise en œuvre de la stratégie AQS dans les établissements de santé à partir de 2003 ;
- la souscription au projet AAKCP en 2009 ;

- la mise en œuvre de la phase pilote du projet « 5S-Kaizen-TQM » depuis 2009 ;
- l'évaluation du programme national d'assurance qualité en 2010 ;
- la mise à échelle de la stratégie « 5S-Kaizen-TQM » depuis 2012 ;
- la mise en œuvre de la stratégie SBM-R (gestion axée sur les standards et les récompenses) dans trois régions sanitaires (Centre-sud, Sud-ouest et Cascades) et de l'approche COPE («client-oriented, provider-efficient » services (services efficaces axés sur le client) ;
- la mise en œuvre des démarches de certification ISO dans certaines formations sanitaires publiques et privées ;
- l'élaboration de la stratégie nationale de la qualité des soins et de la sécurité des patients en cours ;
- l'élaboration du programme d'accréditation et de certification en cours.

1.4.2 Le cadre juridique

Il est marqué par :

- la Constitution de juin 1991 : le droit à la santé est reconnu et l'état œuvre à le promouvoir (article 26) ;
- la loi n° 23/94/ADP du 19 Mai 1994 portant Code de la santé publique qui est le texte fondateur de la protection et de la promotion de la santé de la population ;
- la loi n°034/98/AN du 18 mai 1998 portant loi hospitalière. Cette loi fait de la qualité de la prise en charge du patient un des objectifs essentiels pour tout établissement hospitalier et fait obligation à tout établissement hospitalier d'élaborer une Charte du malade hospitalisé précisant les droits et les devoirs du patient vis-à-vis de l'établissement et de ses personnels ;
- les lois organisant les ordres professionnels : Une de leurs attributions est d'exiger une compétence reconnue garantissant la qualité et la sécurité des actes accomplis au service des malades et de la population. Il s'agit des ordres des médecins, des infirmiers/infirmières, des sages-femmes/maïeuticiens, des chirurgiens-dentistes, et des pharmaciens ;
- le décret N° 2014-615/PRES/PM/MEF/MS du 24 juillet 2014 portant statut général des Établissements Publics de Santé (EPS) en son article 3, stipule

que la prévention des risques sanitaires et la qualité de la prise en charge des patients constituent un objectif essentiel des EPS ;

- les décrets portant statuts particuliers des EPS consacrent la création de direction en charge de la qualité ;
- les décrets portant codes de déontologie (médecins, infirmiers/infirmières, sage-femme/maïeuticiens, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) font l'obligation aux prestataires d'offrir des soins et prestations de qualité ;
- l'arrêté 2007-240/MS/CAB du 24 juillet 2007 portant charte de l'utilisateur des services de santé: définit les droits et devoirs des parties prenantes.

1.4.3 Cadre organisationnel

Le cadre organisationnel est défini comme suit.

Au niveau des directions centrales, on dénombre essentiellement trois structures :

- La Direction des établissements de santé⁸. Elle est chargée entre autres (i) d'élaborer, de coordonner et de suivre la mise en œuvre du programme de certification des établissements publics et privés de santé (ii) de promouvoir l'assurance qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements publics et privés de santé.
- La Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires et ses différentes directions techniques⁹ qui assurent la vigilance des produits de santé à travers la commission nationale de vigilances des produits de santé et des comités techniques spécialisés ; organisent le contrôle national de qualité des laboratoires privés et publics, y compris les centres de transfusion sanguine.
- Le Laboratoire national de santé publique¹⁰ qui assure les contrôles de qualité sanitaire et réalise des expertises relatives à la biologie médicale, à l'alimentation, la nutrition, la pharmacie, l'eau, l'environnement et tout autre domaine en rapport avec la santé publique et la sécurité sanitaire.

⁸ Arrêté N°2013- 1276/MS/CAB du 18 décembre 2013 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction générale de la santé.

⁹ Arrêté N° 2013-1269/MS/CAB du 18 décembre 2013 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires.

¹⁰ Décret 2015-1630/PRES-TRANS/PM/MS/MEF du 28 décembre 2015 portant approbation des statuts particuliers du Laboratoire national de santé publique

Au niveau des districts sanitaires :

- Dans chaque équipe cadre de district, une des attributions du médecin chef de district est d'assurer l'évaluation de la qualité des soins dans les formations sanitaires et un autre médecin est chargé des activités cliniques et de la qualité des soins.

Au niveau des structures de soins

- A la faveur de la relecture des statuts particuliers, des directions chargées de la qualité ont été créées dans les établissements publics hospitaliers. Elles sont chargées entre autres de la promotion de l'assurance qualité des soins et des services ; de l'élaboration et de la mise en œuvre des procédures de gestion dans tous les services de l'hôpital y compris administratifs ; de la promotion et de l'application des règles d'hygiène hospitalière.

2. Introduction sur la stratégie 5S-Kaizen-TQM

2.1 Historique

L'approche ici proposée s'appuie sur les outils de gestion développés et utilisés par l'industrie Japonaise telles que Toyota company et autres. Mais cette méthode tire ses racines de la culture populaire Japonaise appelée « Omotenashi », ou la traditionnelle « Cérémonie de Thé ».

En 2000, le célèbre Dr Wimal Karandagoda, responsable du centre hospitalier Castle Street Hospital for women au Sri Lanka en collaboration le professeur Handa Yujiro expérimenta cette approche qui consiste à procéder à la mise en place des activités suivant une chronologie allant des 5S, au KAIZEN, et au TQM (gestion totale de la qualité).

Pendant l'élaboration de la politique en matière du développement de la santé publique au Sri Lanka en 2000 – 2007, le gouvernement avec l'aide de l'Agence Japonaise de la Coopération Internationale (JICA), reconnut en l'approche 5S – KAIZEN – TQM, un outil essentiel de la réforme du secteur. C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique fut chargé de généraliser l'adoption de l'approche par toutes les structures de santé à l'échelle nationale. Un plan stratégique de vulgarisation fut établi, et la maternité de Castle Street Hospital fut érigée en Centre d'Excellence en matière de gestion des hôpitaux au Sri Lanka.

En 2007, un nouveau projet de taille internationale fut lancé sur (i) la recherche en matière de gestion totale de la qualité sous la conduite du Prof. Toshihiko Hasegawa, et sur (ii) la proposition d'adapter le concept 5S-KAIZEN-TQM en milieux hospitaliers à un projet conventionnel de la JICA par le Prof. Yujiro Handa. Un Programme conjoint Asie Afrique de Création des Connaissances (AAKCP) est mis à profit pour développer ce sujet sur la gestion des hôpitaux. L'objectif visé était de créer un nouvel avenir, et une nouvelle connaissance pour les peuples d'Asie et d'Afrique. Ce programme a été développé en 2 phases :

- En 2007, la première phase fut introduite avec la mise en œuvre des activités dans huit pays d'Afrique (du groupe 1 de l'AAKCP) : l'Erythrée, le Kenya, la Tanzanie, le Madagascar, le Malawi, le Nigeria, le Sénégal et l'Uganda. Les activités des 5S furent alors initiées dans un hôpital pilote dans chacun de ces pays.
- En 2009, la seconde phase a été entamée afin de généraliser l'adoption de la méthode à toutes les structures de santé dans chacun des huit pays, mais aussi à élever le niveau d'application des hôpitaux pilotes aux échelons du Kaizen.

En 2009, parallèlement au programme du groupe 1, le projet s'étendit à sept autres pays à savoir le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Niger, la République Démocratique du Congo, le Mali, et le Maroc (AAKCP- groupe 2), avec la désignation des hôpitaux pilotes et l'introduction des premières étapes des activités 5S.

Actuellement, les activités de 5S- KAIZEN- TQM sont en application simultanément dans les hôpitaux des quinze pays des groupes AAKCP 1 et 2 en Afrique.

Au Burkina Faso, le Centre Hospitalier Régional de Banfora est le site pilote national pour la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM.

Depuis 2012, la stratégie est en expansion dans plusieurs hôpitaux régionaux et de districts.

2.2 Principes de la stratégie 5S-Kaizen -TQM

La stratégie 5S-Kaizen-TQM a été décrite en 2000 par Dr Wimal Karandagada au Sri Lanka. Elle combine trois stratégies d'amélioration de la qualité par étape suivant une chronologie allant de:

- l'amélioration de l'environnement et la promotion du cadre de travail (5S),
- à la culture d'amélioration continue de la qualité (KAIZEN),
- et enfin au management total de la qualité (TQM).

Le cadre conceptuel de la démarche 5S- Kaizen-TQM est imagé tel un arbre dont les racines sont constituées par les 5S, le tronc par le Kaizen et les branches par le TQM. Aussi, le fertilisant et l'eau utilisé comme substance nutritive pour faire grandir l'arbre sont représentés respectivement par l'attitude positive et le leadership.

- « **5 S** » stratégie japonaise d'amélioration de l'environnement de travail par l'application de cinq règles de propreté et de discipline.
- Le **Kaizen** est un terme japonais qui se traduit par l'amélioration continue. Il constitue une philosophie de gestion axée sur l'amélioration continue de la qualité et sur l'optimisation des processus de production et de fabrications de façon à satisfaire les besoins du client. Décrit par Masaaki Imai en 1986.
- **Total Quality Management (TQM)** ou gestion total de la qualité (GTQ) est une approche d'amélioration continue de la qualité des biens et des services permettant de satisfaire les besoins des clients par l'implication de tous les niveaux et de toutes les fonctions de l'organisation.
- la construction d'une **attitude positive** conduira à une prise de conscience individuelle sur la nécessité du respect des règlements de la structure. Ce changement de comportement doit mener à l'autodiscipline, sans laquelle toute la mise en œuvre de l'approche est impossible.
- **Le leadership** est déterminant pour mettre en œuvre cette stratégie car elle exige un changement dans la façon dont les prestataires et les gestionnaires travaillent. Passer à une stratégie qui inculque aux agents de santé le désir de faire des améliorations et qui les habilite à cet égard exige manifestement qu'il y ait un leadership

2.3 Terminologie de la stratégie « 5S-Kaizen-TQM »

- GEMBA

C'est l'endroit où la valeur ajoutée est créée. Ce terme est souvent utilisé pour désigner "terrain", "atelier", poste de travail ou lieu de travail.

- MURI: surcharge, inutilité

Ils représentent l'excès, la surcharge ou l'irrationnel ; en un mot, tout ce qui sort du cadre ordinaire et excède les capacités naturelles.

- MUDA: gaspillages

Les Muda représentent l'ensemble des gaspillages qu'une entreprise peut « produire ». Par définition, les Muda sont toutes activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée. Taiichi Ohno, un des pères fondateurs du modèle Toyota identifia **7 gaspillages** principaux: la surproduction ; les temps d'attentes inutiles ; les transports ; les stocks inutiles ; les étapes n'apportant aucune valeur ajoutée dans les processus ; les déplacements humains inutiles et la non qualité produit.

- **MURA**: ce sont des irrégularités en rapport avec la non-conformité aux normes.
- **WEI**: (Work Environment Improvement) il s'agit d'un concept d'amélioration de l'environnement de travail en vue d'accroître la productivité.
- **WIT**: (Work Improvement Team) ou Equipe d'amélioration du travail : il s'agit d'une équipe chargée du suivi de la mise en œuvre des activités 5S au sein d'une unité de soins ou d'un service. C'est la cellule qualité.
- **QIT**: (quality improvement team) Equipe de pilotage de la qualité, chargée de la planification, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des activités 5S dans une structure. C'est le comité qualité.
- **Ceinture blanche**: distinction pour la réalisation régulière des trois premiers S (pré standardisation)
- **Ceinture noire**: distinction pour la standardisation, prêt pour la pérennisation.

3. Généralités sur les 5S

3.1 Définition

Les 5S sont une stratégie japonaise d'amélioration de l'environnement de travail par l'application de cinq règles de propreté et de discipline. Cette stratégie a été décrite dans les années 70 par M. Shiego Shingo.

La méthode 5S fait partie des outils de gestion de la qualité dont le but principal est d'optimiser les conditions et le temps de travail. Elle ne s'applique pas à une activité, mais à un milieu physique (magasin, bureau, salle de consultation/hospitalisation,...). La démarche 5S constitue assez souvent la première étape de toute démarche qualité.

Elle tire son origine de la première lettre de chacun des 5 mots japonais qui compose cette méthode.

Tableau II : traduction des termes 5S en français

Mot japonais	Traduction
Seiri	Séparer /Trier
Seiton	Situer/Ranger
Seiso	Salubrité/Nettoyer
Seiketsu	Standardiser / Harmoniser
Shitsuke	Se discipliner /Maintenir le système / Pérenniser

3.2 Objectifs des 5S

Les 5S visent à garantir la propreté et la bonne organisation du poste de travail. En effet, ils permettent de :

- améliorer l'espace de travail ;
- améliorer l'efficacité et la sécurité dans le lieu de travail ;
- diminuer et de prévenir les pannes ;
- permettre une meilleure gestion du matériel et des outils ;
- diminuer le stress et le risque d'accidents ;
- améliorer les conditions de travail ;
- motiver le personnel ;
- améliorer la rentabilité ;
- avoir une meilleure image de marque.

3.3 Avantage des 5S

A titre indicatif, quelques avantages de la pratique des 5S sur la qualité des soins, la sécurité et l'environnement peuvent être déclinés comme suit :

3.3.1 Avantages des 5S sur la qualité des soins

Les avantages de la pratique des 5S sur la qualité des soins sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau III : avantages de la pratique des 5S sur la qualité

<p>avantages sur l'efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faciliter la recherche du matériel (dossiers, consommables,...) - améliorer la rapidité dans le travail - renforcer la réactivité face à l'urgence - améliorer l'organisation et fonctionnement des services - cultiver le respect des normes (consignes, protocoles,...) 	<p>avantages sur l'efficience :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rationaliser : n'avoir au poste que le nécessaire, redéploiement ou reconversion du matériel non utilisé - favoriser la maintenance surtout préventive+++ - réduire la charge de travail - améliorer la gestion des stocks
<p>avantages sur les relations interpersonnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la collaboration (convivialité) - renforcer la communication : verbale et non verbale (signaux+++) - développer l'esprit d'équipe - prévenir et gérer les conflits - motiver le personnel 	<p>avantages sur l'accès aux services et agréments</p> <ul style="list-style-type: none"> - communiquer avec les usagers - aménager l'espace - améliorer l'orientation et l'indication - exploiter judicieusement l'espace - rendre attractif et agréable le séjour

3.3.2 Avantages des 5S sur la sécurité et l'environnement

Les avantages de la pratique des 5S sur la sécurité et l'environnement sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau IV : avantages de la pratique des 5S sur la sécurité et l'environnement

<p>avantages sur la sécurité des personnes et du milieu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dégager les issues de secours - améliorer la gestion du flux - règlementer les accès - réduire les risques de chute des personnes et des objets - identifier et contrôler les zones à risque 	<p>avantages sur la sécurité des prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduire les risques de contamination (infections nosocomiales, AELB) - réduire les risques d'accidents de travail - réduire les risques d'erreur de prestation
--	--

4. Détail sur chaque S : S1 à S5

4.1 Seiri : l'art de savoir trier

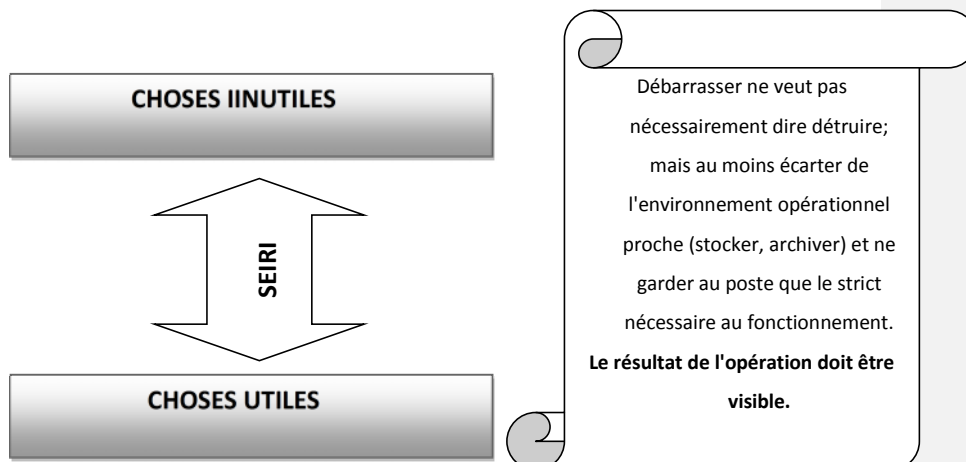
4.1.1 Définition

Le Seiri (S1) est la première étape de la stratégie 5S. Il signifie séparer ou supprimer. Il s'agit de trier et se débarrasser des objets non utilisés dans les lieux de travail.

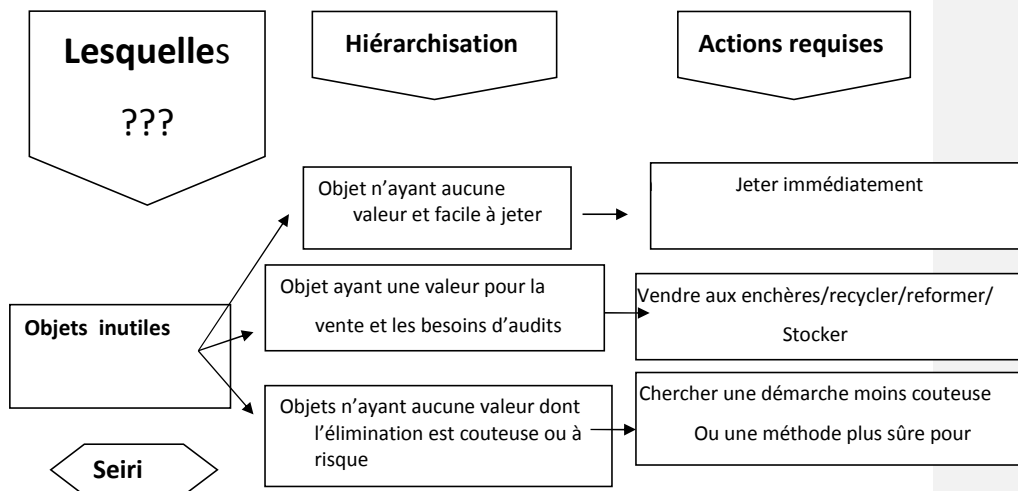
De façon culturelle, nous n'acceptons pas jeter, nous avons tendance à garder même ce qui ne nous sert plus : des informations, des documents ou des objets gardés pour rien, occupent de l'espace dans nos services. Il faut faire la différence entre **l'indispensable** et **l'inutile**, et accepter de se débarrasser de tout ce qui encombre le poste de travail, le bureau,... et qui ne sert pas quotidiennement.

4.1.2 Comment faire le Seiri ?

Pour réaliser le Seiri, il faut faire le tri des objets utiles de ceux qui ne le sont pas et de se débarrasser de ce qui est inutile.



Après le seiri, les objets inutiles peuvent être catégorisés selon le schéma ci dessous



Exemple pratique de Seiri

Pour réaliser le Seiri dans le lieu de travail, on pourrait :

- organiser "une saison A de Seiri " au cours de laquelle chacun trie et se débarrasse des objets inutiles. Aussi, durant les activités quotidiennes de Seiri, Seiton et Seiso, chacun essaie d'éliminer les objets inutiles et d'empêcher l'accumulation des déchets ;
- identifier clairement et photographier si possible la zone de travail ;
- Identifier les objets jugés inutiles à l'intérieur de la zone de travail (collants, étiquettes) ;
- classer par catégorie (suivant le schéma ci dessus) les objets jugés inutiles ;
- débarrasser les objets inutiles conformément aux actions requises.
- éloigner pendant un temps raisonnable, les objets jugés incertains (pour ainsi évaluer leur utilité réelle).
- Mesurer les résultats obtenus et les afficher dans la zone de travail (nombre d'éléments éliminés, espace économisé, photos, etc.) ;

- Prendre objet après objet dans le périmètre que vous avez défini et se poser la question :
 - Est-ce que nous nous servons de cet objet ?
 Réponses: "oui" / " non " / " ne sais pas "

OUI	NE SAIS PAS	NON
Conserver	Temps d'observation	Ne pas conserver
↓		↓
Ranger		-Redeployer - Recycler -Reformer - Jeter

4.1.3 Quelques précautions pour faire le SEIRI

- Lutter contre "Je le garde au cas où...". Il est important de prendre une décision ferme : est-ce que cela m'est utile ? est-ce que je m'en sers ? si oui, alors je garde ! si non, alors je m'en sépare.
- Lutter contre cette fatalité « je me retrouve dans mon désordre! »
- Ceci est un processus sans fin. Si on recommence l'étape "seiri" sur la même zone, on trouvera encore des objets à éliminer.
- Attention à ne pas définir un périmètre trop grand, sinon à la fin de la journée (temps), tous les objets qui auront été enlevés des étagères, seront par terre et on aura le sentiment d'avoir perdu son temps. Dans ce cas, il existe le risque qu'on remette tous les objets en vrac et que le résultat soit pire qu'au démarrage du seiri.

- Etre modeste, démarrer petit à petit, améliorer par la suite.



Figure 1 : photos avant et après une séance de Seiri dans un hôpital

4.2 Seiton : l'art de savoir ranger

4.2.1 Définition

Le Seiton (S2) est la deuxième étape de la stratégie 5S. Il signifie situer ou ranger. Il consiste à ranger tous les objets utiles dans l'ordre pour faciliter l'accessibilité.

Le slogan à retenir pour seiton est tout simplement :

Une place pour chaque chose, et chaque chose à sa place

4.2.2 Comment faire le Seiton

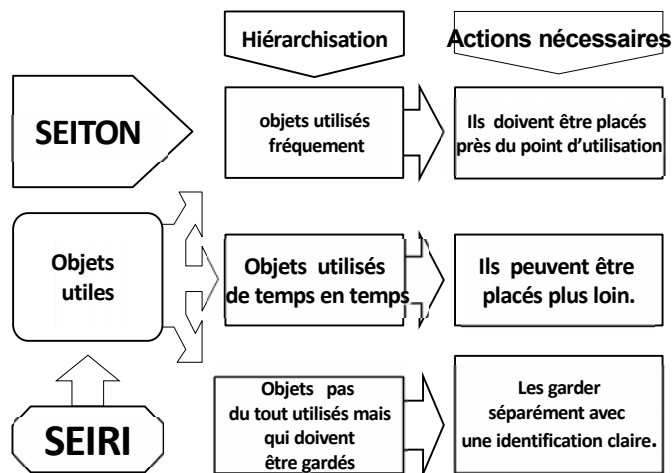
Pour réaliser le Seiton dans le lieu de travail, on pourrait :

- définir les règles de rangement c'est-à-dire une place pour chaque chose ;
- délimiter les zones et marquer les emplacements ;
- classer les objets par ordre d'utilisation et selon la taille ;
- utiliser systématiquement des étiquettes, tableaux, figures, et des codes couleurs ;
- ne rien laisser trainer.

De façon pratique, pour effectuer cette étape :

- il faut se demander pour les objets jugés utiles après le Seiri :
 - **qu'est-ce** que nous utilisons le plus souvent ?
 - de **quelle manière** ?

- **qui** les utilise le plus, si ces objets sont dans une zone collective et utilisés par plusieurs personnes ?
 - dans **quel ordre** on utilise?
- il faut ranger plus ou moins loin en fonction de :
- la fréquence d'utilisation
 - du lieu d'utilisation
 - de la facilité de manutention,
 - Du nombre des utilisateurs de l'objet...



4.2.3 les principes de Seiton

- suivre la méthode d'entrée première et de sortie première (FIFO/FEFO) pour les objets stockés ;
- affecter à chaque objet un lieu spécifique ;
- tous les objets et leurs lieux doivent être indiqués avec une étiquette systématique ;
- placer les objets de sorte qu'ils soient visibles pour minimiser le temps de recherche ;
- déposer les objets de sorte qu'ils puissent être atteints ou manipulés facilement ;

- placer les objets fréquemment utilisés près de leurs utilisateurs.

4.2.4 Exemple d'outils pour le Seiton (cf annexe 3)

4.2.5 Exemples pratiques de Seiton

➤ Exemple 1: en fonction de la fréquence

- tout ce qui ne sert pas (ou qui ne sert plus) depuis un an doit être jeté, ou recyclé ou réemployé;
- de ce qui reste, tout ce qui sert moins d'une fois par mois est mis à l'écart (par exemple, aux archives, ou au magasin du service) ;
- de ce qui reste, tout ce qui sert moins d'une fois par semaine est mis à proximité (exemple dans une armoire au bureau) ;
- de ce qui reste, tout ce qui sert moins d'une fois par jour est au poste de travail ;
- de ce qui reste, tout ce qui sert moins d'une fois par heure est au poste de travail, directement à portée de main ;
- et ce qui sert au moins une fois par heure est directement sur l'opérateur.

➤ Exemple 2: Rangement en fonction des utilisateurs

- un seul utilisateur: dans ce cas, l'objet n'a pas besoin de rester dans la zone commune, il sera mieux à portée de main de son unique utilisateur.
- plusieurs utilisateurs: dans ce cas, l'objet doit se trouver rangé dans une zone accessible à tous les utilisateurs.



Figure 2 : photos avant et après une séance de Seiton dans un hôpital

4.3 Seiso : l'art de rendre propre

4.3.1 Définition

Le Seiso (S3) est la troisième étape de la stratégie 5S et signifie salubrité, rendre propre. Il consiste à nettoyer parfaitement son lieu de travail afin qu'il n'y ait plus de saleté sur les surfaces, le matériel et les équipements.

L'état de propreté doit être visible et le rester

Mis en forme : Non Surlignage

Mis en forme : Centré

4.3.2 Comment faire le Seiso?

Pour réaliser le Seiso, il faudrait:

- éliminer les déchets, les saletés, les corps étrangers afin que l'environnement de travail soit propre ;
- organiser des saisons de grand nettoyage ;
- pratiquer individuellement et quotidiennement le petit nettoyage.

4.3.3 Précautions pour Seiso

- Les outils de nettoyage doivent être adaptés au type de nettoyage effectué et doivent être disposés à côté de ce qui est à nettoyer.
- Le nettoyage concerne tout le monde et ne doit pas être réservé qu'au personnel de nettoyage.

Il existe trois types de lieux de travail :

- le lieu de travail de 3ème classe : tout le monde fait le désordre mais personne ne fait le nettoyage
 - le lieu de travail de 2ème classe : certains sèment le désordre et d'autres font le ménage
 - le lieu de travail de 1ère classe : **PERSONNE** ne sème le désordre, **TOUT** le monde met de l'ordre et **CHACUN** fait le ménage
- Sensibiliser sur les avantages du nettoyage car :
 - le nettoyage réduit les contaminations ;
 - le nettoyage prévient des défaillances : lorsqu'on détecte des anomalies, on corrige ou on avertit selon le cas ;

- le nettoyage agit sur l'état d'esprit du personnel : travailler dans un environnement propre améliore les conditions de travail, le moral du personnel, réduit les accidents de travail et l'absentéisme.
- le nettoyage influence les visiteurs et clients : la perception et la confiance ressentie dépendent directement de l'image immédiatement ressentie à l'instant où l'on entre en contact avec le lieu.

Le nettoyage améliore la qualité en agissant sur l'efficacité, l'innocuité mais aussi sur l'efficience.



Figure 3 : photos avant et après une séance de Seiso dans un hôpital

4.4 SEIKETSU : l'art d'harmoniser

4.4.1 Définition

Le Seiketsu (S4) est la quatrième étape de la stratégie 5S. Il signifie standardiser ou harmoniser. Il consiste à instaurer les 3 premiers S dans la routine des différentes sections du lieu de travail ou le Gemba.

4.4.2 Comment faire le Seiketsu ?

Pour réaliser le Seiketsu, il faudrait :

- instaurer les trois premiers S comme normes
- standardiser c'est à dire faire des 3 premiers S une partie du travail quotidien
- harmoniser la pratique des 3 premiers S dans toutes les sections du lieu de travail

- établir des règles de travail basées sur les 3 premiers S. Ces règles doivent être simples, visuelles ou écrites.
- standardiser toutes les procédures clés des étapes S1 à S3 sur la base de l'expérience enregistrée et le bilan des succès rencontrés par les équipes dynamiques.

4.4.3 Exemple de Seiketsu

Le Seiketsu peut concerner le rangement des imprimés, le classement des dossiers, l'aménagement des points d'eau dans les salles, la gestion des déchets, les étiquetages (verte, orange, rouge sur les équipements médicaux et appareils). Pour y parvenir, il faudrait :

- vulgariser les procédures standards qui doivent se baser sur la visualisation et la sensibilisation à travers la structure (IEC/CCC) ;
- standardiser les différentes fiches de suivi (gestion des stocks, malades, environnement) ;
- organiser régulièrement des visites de suivi et d'évaluation menées par les équipes de promotion de la qualité en vue de contrôler les acquis des 5S en visant la perfection (audit 5S) ;
- organiser un suivi de routine (collecte des données et visite de sites) ;
- vulgariser par des slogans 5S
 - des slogans qui accrochent ;
 - des messages clés sur les 5S sur des posters, autocollants ou autres moyens de promotion ;
 - des succès 5S créés et affichés partout dans la structure pour avoir un impact sur les utilisateurs des services
- superviser et encourager : activité prioritaire
 - organiser des visites inopinées sur les sites d'application ;
 - évaluer non pas pour découvrir les faiblesses, les erreurs, les mauvaises performances mais plutôt s'intéresser aux succès ;

- identifier les faiblesses et discuter des moyens d'y remédier avec les cellules qualité ;
- encourager les acteurs publiquement devant les responsables.



Figure 4: exemple de standardisation de l'archivage

4.5 Shitsuke : l'art de discipliner

4.5.1 Définition

Le Shitsuke (S5) est la dernière étape de la stratégie 5S. Il signifie se discipliner pour pérenniser. Il consiste au respect rigoureux au quotidien des règles et principes définis.

4.5.2 Comment faire le Shitsuke ?

Pour réaliser le Shitsuke, il faudrait :

- respecter les règles soi-même ;
- faire respecter les règles par l'entourage ;
- expliquer l'intérêt des 5S pour ceux qui ne les respectent pas (IEC/CCC) ;
- progresser en améliorant les règles et en faisant évoluer les standards : créer de nouveaux standards en adoptant l'état d'esprit de l'amélioration continue (Kaizen) ;
- adopter une attitude positive pour promouvoir l'autodiscipline ;
- organiser le renforcement continu des compétences sur la stratégie ;
- tenir les rencontres des équipes d'amélioration du travail comme les cellules et comité 5S (de courte durée pour discuter des difficultés et progrès enregistrés) ;

- innover pour maintenir en éveil les équipes d'amélioration du travail (éviter la routine)
- organiser une saine émulation avec une reconnaissance des mérites



Séance de restitution d'une supervision 5S



Séance de formation 5S

Figure 5: activités de pérennisation

5. Leadership

5.1 Définitions des concepts

On retiendra que:

- Le leadership, « c'est la capacité d'influencer le comportement des membres d'une organisation en leur faisant faire avec enthousiasme des tâches qu'ils n'auraient pas effectuées sans cette influence »;
- Le leader est celui qui est capable de faire accomplir des tâches par ses subordonnés via son influence et son pouvoir de persuasion. Le défi du leader est de constituer une organisation où les membres s'identifient aux objectifs, trouvent leur travail significatif et se sentent responsables dans la réalisation des objectifs.

Il est important de distinguer influence et manipulation

Tableau V : différence entre influence et manipulation

INFLUENCE	MANIPULATION
Les objectifs sont clairs et explicités	Les objectifs sont flous non annoncés ou délibérément faux
L'intention vis-à-vis de l'autre est positive	L'un cherche à l'emporter au détriment de l'autre
Le leader s'appuie sur des principes et des valeurs	La fin justifie les moyens

L'interlocuteur dirigé est conscient de l'influence exercée par le leader	L'autre ne se rend pas compte de la manipulation
---	--

5.2 Rôles du leader

Trois rôles principaux sont reconnus aux leaders : rôle de concepteur, d'enseignant et de serviteur.

- Le leader est un concepteur

Sa fonction de concepteur ou d' "Architecte social" est rarement visible; elle est exécutée en coulisse, il précise la vision et les valeurs fondamentales pour lesquelles les gens vivront au sein d'une organisation. Il conçoit les politiques, les stratégies et l'organisation de la structure.

- Le leader est un enseignant

Il aide les gens à acquérir des vues plus précises et plus pénétrantes de la réalité actuelle (il est un entraîneur et un guide). Il cherche à découvrir les causes sous-jacentes des problèmes.

- Le leader est un serviteur

C'est le rôle le plus subtil. Il veut servir, servir en premier. Il est au service des gens qu'il dirige, de la mission.

5.3 Comment devenir leader ?

Pour devenir un leader, il faut développer les qualités suivantes :

- la confiance en soi ;
- la force morale: pour exercer la force morale vous devez mener une vie bien honnête. Choisir le bien et rester serein (Charisme++) ;
- le sens de la justice ;
- le sacrifice de soi: le travail le plus dur et la responsabilité la plus grande sont du ressort du leader ;
- la gestion du social : donner en temps, en argent, en réconfort ;
- la culture de la reconnaissance : savoir récompenser ou reconnaître le mérite ;
- la connaissance et le respect des membres de l'équipe ;
- la prise de décisions sans hésitation : tout ordre raisonnable dans une situation critique vaut mieux que rien ;

- le bannissement des cinq formes majeures de compétition: raciale, sexuelle, politique, économique et religieuse ;
- la promotion des futurs leaders

“On ne naît pas leader mais tout le monde dispose d'un potentiel qu'il peut améliorer”
 CAR « Vous pouvez acheter le temps d'un individu, sa présence physique à un endroit donné; vous pouvez même mesurer le nombre de mouvements musculaires à l'heure; mais vous ne pouvez pas acheter l'enthousiasme; vous ne pouvez pas acheter l'initiative; vous ne pouvez pas acheter la loyauté, la dévotion du cœur; de l'esprit et de l'âme: Vous devez le mériter »

6. Attitude positive

6.1 Définitions

L'attitude c'est la manière de communiquer nos humeurs aux autres.

Quand on est optimiste et on espère rencontrer le succès, on transmet une attitude positive et les gens répondent souvent favorablement. Quand on est pessimiste et on s'attend au pire, l'attitude est souvent négative et les gens ont tendance à nous éviter.

L'attitude est un état d'esprit. C'est la façon dont on appréhende mentalement les choses. La pensée négative peut devenir une habitude destructrice. Faisons plus attention à nos pensées, et cherchons à retourner notre attitude personnelle négative.

6.2 Principes

“ L'attitude positive constitue la semence d'un résultat positif”.

Le changement majeur dans la vie d'un individu est un changement d'attitudes. Les bonnes attitudes font les bonnes actions

« Vous pouvez tout faire, s'il vous est assez important de le faire » ;

« Vous pouvez tout faire, mais pas tout à la fois » : chacun doit reconnaître ses limites et nul ne peut être excellent en tout.

« Vous pouvez tout faire, mais vous aurez besoin d'aide » : quelles que soient nos capacités, nous aurons besoins de l'aide d'autrui.

6.3 Avantages

- **Avantages pour soi-même**
 - Confère une personnalité plaisante
 - Donne de l'énergie pour agir
 - Accroît la jouissance de la vie
 - Inspire ceux qui vous entourent (vous devenez un modèle à imiter)
 - aide à devenir un membre qui contribue à la société et un grand atout pour la communauté.
- **Avantages pour le service :**
 - accroît la productivité et les bénéfices;
 - favorise l'atteinte des objectifs ;
 - encourage le travail en équipe ;
 - améliore la qualité ;
 - crée une atmosphère agréable ;
 - favorise de meilleures relations avec l'administration, personnel, et clients ;
 - réduit le stress et les frustrations.

6.4 Lien entre l'attitude positive et l'approche 5S

L'approche 5S est basée sur l'engagement, le travail en équipe et la promotion de l'autodiscipline dans l'optique d'un changement de comportement en faveur de l'amélioration de la productivité. Sans attitude positive, la quête d'une autodiscipline serait donc vaine.

En somme, le but de l'approche 5S-KAIZEN- TQM est la création de valeurs liées à la satisfaction du personnel, des clients et la réalisation des différentes prestations des soins et services.

7. Kaizen

7.1 Définition

Le terme Kaizen est d'origine japonaise et signifie « changer en mieux », ou encore « amélioration ». C'est une activité de groupe pour une amélioration continue des conditions, pour laquelle toute chose peut et doit être suivie et améliorée. Son application dans les services de santé transforme les activités en processus continu

d'amélioration impliquant tous les acteurs sans distinction des catégories professionnelles.

L'homme qui a fait connaître et adapter le mot et la démarche Kaizen dans le monde entier est le Japonais Masaaki IMAI, consultant et conseiller depuis les années 1960.

7.2 Caractéristiques du Kaizen

Le kaizen est une succession de petites améliorations et est basé sur :

- un changement graduel et constant sur le long terme sans bouleversement profond de l'organisation ;
- de petits efforts d'amélioration continus et croissants basés sur le savoir-faire conventionnel et l'esprit d'équipe

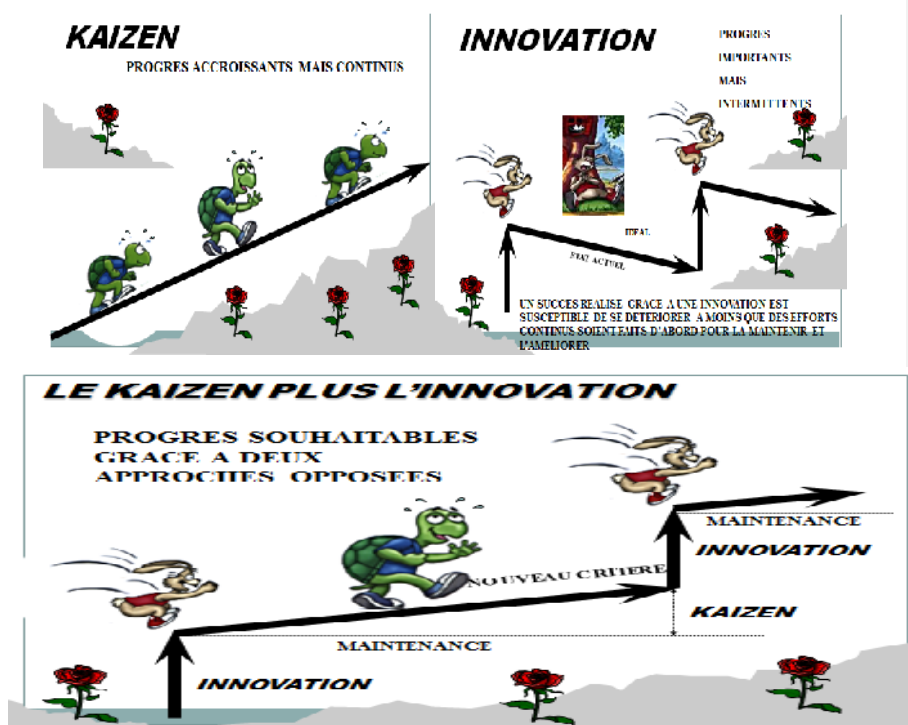


Figure 6 : Comparaison kaizen et innovation (Source : changement de management de l'hôpital, JICA 2013)

7.3 Principes du kaizen

- impliquer tout le personnel ;
- apprécier le processus et non le résultat ;
- encourager le travail d'équipe ;
- aller à la recherche des problèmes au lieu de les laisser venir (anticipation);
- chercher toujours à faire mieux mais pas d'emblée la perfection ;
- ne pas dépenser beaucoup d'argent pour les activités du Kaizen.

7.3 Comment faire le Kaizen ?

Personne ne peut prétendre tout connaître mais chacun connaît quelque chose quelque part, aussi le travail en équipe minimise les faiblesses individuelles et renforce l'individu autant que l'équipe entière.

Le kaizen est basé sur la résolution des problèmes des Gemba en équipe. Cela peut se faire à travers des rencontres des cellules et comité qualité.

Dans les services de santé, certains problèmes sont simples à résoudre et n'ont pas besoin de gros effort, dans ce cas les solutions d'amélioration peuvent être immédiatement prises : c'est le Kaizen par suggestion.

Exemple : l'harmonisation du support de passation de service

Par contre d'autres problèmes plus complexes nécessitent que l'équipe se réunisse pour une analyse plus poussée du problème et le choix des solutions : c'est le Kaizen par étapes.

Exemple : absentéisme dans le service

8. TQM

8.1 Définition

Le TQM (management total de la qualité) est une méthode de gestion d'une structure orientée sur l'excellence, basé sur la participation de tous ses membres et visant à pérenniser sa réussite par la satisfaction de ses clients.

Partant de cette définition, Le TQM caractérise un leadership visionnaire et stratégique, travaillant en équipe pour une cause commune. Dans le contexte des services de santé, l'ultime raison de poursuivre les initiatives d'amélioration passe par un intérêt personnel de chaque professionnel de santé et le renforcement de leur professionnalisme pour offrir un meilleur service aux clients.

8.2 Pourquoi parler de management ?

La qualité doit être gérée parce qu'elle s'adresse à toutes les fonctions de la structure. Elle concerne non seulement :

- la production des soins et services mais aussi toutes les autres fonctions administratives, soutien,...
- les prestations de soins et services mais aussi leur environnement ;
- les qualitatifs mais aussi tout le personnel ;
- la structure de santé mais aussi ses fournisseurs, partenaires et la communauté.

8.3 Principes du management de la qualité

On distingue sept principes pour le management de la qualité selon ISO :

- l'écoute client
- l'engagement de la direction
- l'implication du personnel
- l'approche processus (y compris l'approche système)
- l'amélioration continue
- l'approche factuelle
- la gestion des relations avec les parties intéressées

9. Sécurité du patient

Aucun acte de soins aussi pertinent qu'il soit n'est dépourvu de risques. Ainsi, les activités de soins doivent faire face à la dangerosité potentielle des moyens utilisés qui pèsent en permanence sur la balance bénéfice/risque et donc sur les décisions du professionnel de santé. Dans tous les systèmes de santé du monde en quête continue de la qualité des soins, l'une des dimensions essentielles et incontournables est la sécurité des patients.

9.1 Définition

La sécurité des patients est l'absence de préjudice accidentel à une personne recevant des soins ou des services de santé. C'est un sous-ensemble de la qualité des soins de santé.

9.2 Quelques risques (rapport OMS AFR/RC58/8)

9.2.1 Les infections associées aux soins

Quelques études menées sur la prévalence des infections associées aux soins de santé dans les hôpitaux de certains pays africains signalent des taux d'infection élevés (18,9 % au Mali; 14,8 % en Tanzanie; 9,8 % en Algérie ; les patients subissant des interventions chirurgicales étant les plus fréquemment touchés.

9.2.2 Les injections à risque

L'étendue des événements indésirables causés par les injections à risque est encore inconnue et l'OMS estime à 15 milliards d'injections par an dans les pays en développement soit 4-5 par habitant et par an; 40% à l'aide des seringues et aiguilles réutilisées et non stérilisées pouvant aller jusqu'à 70% dans certains pays.

9.2.3 La gestion des déchets

La gestion des déchets dans les structures de santé pose un véritable problème de santé publique depuis le tri en passant par le transport et l'élimination. Cela aggrave le risque de contamination des patients, du personnel, de la communauté et peut mener à une revente des déchets.

9.2.4 La sécurité transfusionnelle

Les risques de transmission du sang contaminé dans les pays à faible revenus sont estimés à 3.59% (2.01% - 6.08%) pour l'hépatite B ; 1.07% (0.63% - 1.96%) pour l'hépatite C et 0,85 (0.48% - 2.0%) pour le VIH ; 5-15% des infections à VIH dans les pays en développement sont dues aux transfusions à risque.

9.2.5 La sécurité des médicaments

Les médicaments contrefaits représentent jusqu'à 30% des médicaments consommés dans les pays en développement

9.2.6 La charge de travail

La fatigue et la pression au travail entraînent des risques élevés d'erreurs.

L'estimation du manque du personnel qualifié (médecins, infirmières et sages-femmes) dans 57 pays africains est de 2,4 millions.

9.3 Gestion de la sécurité des patients

9.3.1 Gestion des risques

Selon Reason, l'erreur n'est pas évitable, mais elle est relativement prévisible en fonction des enjeux et de la situation, des conditions de travail et des compétences.

La gestion des risques en milieu de soins peut passer par plusieurs étapes :

- **Identification du risque** : le repérage et la détermination des risques sont les premières étapes de la gestion de la sécurité.
- **Analyse des risques** : Selon Heinrich pour qu'un seul accident majeur survienne, il aurait fallu 29 incidents, 300 échappés bords, 3000 actes dangereux d'où la nécessité de recenser et d'analyser les actes dangereux et les incidents mineurs en vue d'éviter la survenue de l'accident majeur. Pour chaque risque identifié, il est important de déterminer sa fréquence et sa gravité et d'identifier ses causes racines. Le modèle de Gruyère peut être utilisé (cf annexe 4).
- **Le traitement des risques**

Le traitement des risques repose sur une combinaison des mécanismes :

- **La prévention et la récupération** qui visent à réduire la fréquence du risque (suppression, récupération après effet)
- **L'atténuation ou protection** qui vise à réduire les conséquences (gravité) du risque déjà réalisé (incident ou événement indésirable déjà survenu)

Dans le cadre de la sécurité des patients, la gestion des risques peut être catégorisée comme suit :

- **Sécurité des produits de soins** à travers la surveillance de la survenue des effets indésirables (vigilances) comme par exemple des médicaments (**Pharmacovigilance**) des produits sanguins (**Hémovigilance**); des consommables et équipements (**Matérovigilance**) ; des réactifs de laboratoire (**Réactovigilance**)
- **Sécurité des prestations de soins et services de santé** à savoir la lutte contre les infections associées aux soins, la sécurité de la vaccination et des injections, la sécurité chirurgicale,...
- **Sécurité des personnes et des locaux** à savoir les locaux techniques (Bloc opératoire, la stérilisation, les unités de soins intensifs,...) ; locaux non

techniques (risques d'incendie, d'électrocution,...) ; la protection des personnes et des biens.

9.3.2 Culture de la sécurité

La culture de la sécurité :

- est un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients : tous les professionnels de santé se sentent responsables de la sécurité des patients, de leur propre sécurité, de celle de leurs collègues et de celle des visiteurs ;
- place la sécurité au-dessus des objectifs financiers et opérationnels ;
- encourage et récompense l'identification, la communication et la résolution des problèmes de sécurité ;
- agit sur l'apprentissage organisationnel pour anticiper les incidents ;
- offre des ressources tant humaine, financière, matérielle, organisationnelle qu'informationnelle appropriées pour maintenir des systèmes de sécurité efficaces.

10. Institutionnalisation

Les différentes phases de l'implémentation sont résumées dans le tableau suivant

Tableau VI : Phases Implémentation

Phase	Exemples d'activités	Acteurs possibles	bénéficiaires	Durée approximative
Préparatoire	Sensibiliser l'équipe de direction Et le personnel	formateurs point focal 5S de la DES	Equipe de direction personnel	3 mois
	Former l'équipe de direction et le comité qualité	formateurs	Equipe de direction Comité qualité	
	Analyser la situation	Comité qualité	Equipe de direction	
	Sélectionner les sites et zones	Comité qualité	Comité qualité sites concernés	
Introductiv e	Former le personnel	formateurs	Personnel des sites concernés	6 mois
	Former les cellules qualité	Comité qualité	cellules qualité	
	Mettre en œuvre les trois premiers S	Personnel des sites concernés	Site	
Mise en oeuvre	Mener des activités de standardisation « S4 »	Personnel des sites concernés Comité qualité	Site / structure	1 an
	Suivre et évaluer	Comité et cellule qualité	Site / structure	
Pérennisati on	Extension	Equipe de direction Comité qualité	Structure	Continu
	Formation continue	Comité qualité formateurs	personnel	
	Réaliser des émulations	Comité et cellule qualité	personnel	
kaizen	Former sur les outils du Kaizen Mettre en œuvre Suivre et évaluer	Equipe de direction Comité et cellule qualité	Structure	1 an après MEO des 5S

TQM	Former sur les outils du Kaizen Mettre en œuvre Suivre et évaluer	Equipe de direction Comité et cellule qualité	Structure	Après une année de kaizen
------------	---	--	-----------	---------------------------------

10.1 Phase préparatoire

Etape 1 : sensibilisation

La sensibilisation vise la prise de conscience sur les avantages de la stratégie (cf généralités sur les 5S). Cela peut se faire par la tenue de séances formelles ou non de sensibilisations des premiers responsables, du conseil d'administration et du reste du personnel. Aussi, par des visites sur le terrain d'autres structures qui mettent en œuvre la stratégie (benchmarking).

La principale indication que la structure est prête à expérimenter la stratégie est la décision délibérée aussi bien des premiers responsables que des acteurs à mettre en place la stratégie. Cet engagement pourrait être formalisé c'est-à-dire par écrit, signé par le premier responsable et diffusé.

Etape 2 : mise en place du comité qualité (QIT)

Il est indispensable de mettre en place un comité de pilotage de la stratégie (comité qualité). Les membres doivent être multidisciplinaires, complémentaires issus aussi bien des services administratifs que des services techniques. La nomination doit être formelle par note de service et les responsabilités bien partagées. (cf annexe 5).

Etape 3 : formation de l'équipe de direction et du comité qualité

Le leadership étant la clé du succès de la stratégie 5S, il est important que les membres de l'équipe de direction et du comité qualité soient formés sur ses principes et aussi sur des notions de management telles que la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation.

Il est important à la fin de cette formation, que les grandes orientations de la mise en œuvre de la stratégie soient fixées par l'élaboration d'un plan stratégique.

Etape 4 : analyse de la situation

Avant la mise en œuvre de la stratégie, il est nécessaire de faire un état des lieux afin d'identifier et analyser les problèmes en rapport avec la qualité, la sécurité et l'environnement. A ce stade Il est important de faire des photos des opportunités d'amélioration qui serviront de base pour la comparaison.

Etape 5 : sélection des sites d'implémentations

Pour réussir la mise en œuvre de la stratégie, il est conseillé d'appliquer les 5S à une petite échelle (service, unité) pour démontrer les succès puis diffuser progressivement à l'ensemble de la structure. Bien que les 5S puissent être appliqués à tout espace physique et même virtuel (ordinateurs), il serait judicieux pour l'initiation de choisir un site favorable à un succès rapide et visuel afin d'encourager son extension. Quelques critères peuvent être utilisés :

- un site déjà engagé dans une démarche qualité ;
- un site où le personnel est engagé dans l'amélioration continue ;
- un site où le premier responsable est bien engagé.

10.2 Phase introductive

Bien que le personnel soit sensibilisé sur les avantages de la stratégie, il est important qu'il comprenne comment réaliser les 5S.

Etape 6 : formation de toute l'équipe du site

Après le choix du site d'implémentation, il est nécessaire que tous les intervenants du site se familiarisent avec les outils 5S. Pour cela une formation est indispensable. Il faut qu'à l'issue de la formation, un plan opérationnel de mise en œuvre soit élaboré et prêt à être appliqué. Ce plan doit contenir :

- la définition claire des objectifs et des priorités ;
- la délimitation de la durée de chaque étape ;
- l'évaluation des moyens matériels, humains et financiers à mettre en œuvre ;
- la définition des indicateurs pour évaluer le travail effectué avant, pendant et après chaque étape 5S qui doivent être communiqués aux différentes équipes d'animation.

Etape7 : mise en place des cellules qualité(WIT)

Il est nécessaire de créer une ou plusieurs équipes d'animation 5S par site d'intervention et définir le rôle de chacun.

Pour garantir l'implication effective de tout le personnel, l'organisation des équipes 5S peut épouser la structure hiérarchique. Au sommet sera constituée une équipe d'encadrement de la direction générale, ensuite une équipe par

département, par service, par division, par unité, par section, par site, par bureau,... (cf annexe 5)

Etape 8 : pratiquer les trois premiers S confère Chapitre de S1-S5

10.3 **Phase de Mise en œuvre** : confère Chapitre de S1-S5

Etape 9 : standardisation

10.4 **Phase de pérennisation**

Etape 10 : pérennisation

10.5 **Conditions de réussite**

- La prise en compte de la stratégie dans les directives de planification à tous les niveaux du système de santé
- L'engagement du premier responsable de la structure
- La prise en compte de la stratégie dans la planification stratégique et opérationnelle de la structure
- L'implication du personnel
- La disponibilité des documents de planification
- La disponibilité des outils de gestion et de mise en œuvre
- La communication dans le service et entre services
- Le dynamisme des organes de coordination et de gestion
- Le suivi et l'évaluation

← **Mis en forme** : Paragraphe de liste, Gauche, Ajouter un espace entre les paragraphes de même style, Sans numérotation ni puces

11-C/ TROISIEME PARTIE : SUPERVISION, SUIVI ET EVALUATION

Mis en forme : Police :Gras

12. SUPERVISION, SUIVI ET EVALUATION

Mis en forme : Paragraphe de liste, Gauche, Ajouter un espace entre les paragraphes de même style, Sans numérotation ni puces

12.110.1 Supervision

La supervision peut être définie comme un ensemble de mesures visant à s'assurer que le personnel réalise les activités avec efficacité et devient plus performant dans son travail. Elle est surtout un processus formatif. Son objectif est d'améliorer la qualité du travail dans le cadre des instructions 5S existantes, de compléter la formation pour que les instructions soient bien comprises et bien appliquées.

Concernant la formation 5S ; le comité et cellules de la structure devra veiller à la mise en œuvre des plans d'action élaborés par les cellules 5S au cours de la formation. La périodicité des supervisions devra respecter le plan d'action.

11.2 Suivi

Le plan de mise en œuvre de la stratégie doit prévoir le suivi et évaluation.

Le suivi concerne la collecte et l'analyse des informations sur les activités 5S. Il implique un ensemble d'évènements qui surviennent ou devraient survenir après le démarrage des activités 5S. Pour cela des outils doivent être élaborés et tenus par les équipes d'animations 5S (cf annexe 6). Il faut toujours prendre les photos avant et après le passage afin de montrer à tous l'importance de cette méthode. C'est un argument assez convainquant pour maintenir une adhésion continue surtout lors des saisons 5S.

En cas de difficultés, il faut remonter sans délai l'information afin de mobiliser les compétences nécessaires pour les surmonter.

11.3 Evaluation

Suivant la boucle de l'amélioration continue de la qualité, il est indispensable d'évaluer régulièrement les activités 5S afin d'identifier les dysfonctionnements et mettre en place les actions d'améliorations.

En effet, l'évaluation est présentée comme un jugement sur les réalisations d'un programme. Dans quelle mesure les objectifs ont-ils été atteints ? A-t-on bien travaillé ?

Plusieurs approches peuvent être utilisées: il s'agit de l'audit 5S, du contrôle 5S, des enquêtes de satisfaction,...

Elle peut être réalisée par les acteurs eux-mêmes dans le cadre de l'auto-évaluation ou confiée à des acteurs externes. Elle doit être périodique, en court, moyen et long terme.

L'explication des résultats et des observations est inséparable de toute évaluation. En effet, si on souhaite améliorer les opérations il est indispensable de comprendre ce qui ne marche pas, et pourquoi.

C. Suivi et évaluation de la formation

I. Pendant la formation

- **Participants** : Questionnaire pré /post test
- **Formation** : Questionnaire d'évaluation de la formation

II. Après la formation

Supervision

Evaluation de la mise en œuvre

Annexes

Annexe 1 : Agenda pour la formation sur le concept « 5S-Kaizen-TQM »

Jour 1		
Heure	Activité	Intervenant
8h30-9h	Accueil et installation des participants	Administrateur
9h-9h15	<ul style="list-style-type: none"> - Discours d'ouverture - Présentation des participants - Informations administratives 	Administrateur
9h15-9h30	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation et adoption de l'agenda - Choix des rapporteurs - Objectifs de l'atelier 	Participants
	Recueils des attentes Définition des normes	Facilitateurs Participants
9h30-10h	Pré test	Participants
10h-10h30	Pause-café	Administrateur
10h30-12h	Généralités sur la qualité	Facilitateur
12h-13h	Pause repas	Administrateur
13h-14h	Introduction sur la stratégie « 5S-Kaizen-TQM »	Facilitateur
14h-14h30	Exposition photos	Facilitateur
14h30-15h30	Généralités sur les 5S	Facilitateur
15h30	Evaluation de la journée Synthèse de la journée	Participants
Jour 2		
8h-8h30	Lecture et amendements du rapport Rappel sur les travaux de la veille	Participants
8h30-10h	<ul style="list-style-type: none"> - Le seiri - Le seiton - Le seiso - Seiketsu - Shitsuke 	Facilitateur
10h-10h30	Pause café	Administrateur
10h30-11h30	Sécurité du patient	Facilitateur
11h30-13h	Départ pour le Gemba : Cas pratique S1	Participants
13h-14h	Pause repas	Administrateur
14h-16h	Départ pour le Gemba : Cas pratique S2-S3	Participants
Jour 3		
8h-8h30	Lecture et amendements du rapport Rappel sur les travaux de la veille	Participants
8h30-10h30	Départ pour le Gemba : Cas pratique S2-S3	Participants
10h30-11h	Pause café	Administrateur
11h-12h	Suivi évaluation de la stratégie	
12h-12h30	Adaptation grille d'évaluation	
12h30-13h30	Pause –déjeuner	Administrateur
13h30-16h	Cas pratique dans un bureau : Evaluation du Gemba	Participants
Jour 4		

8h-8h30	Lecture et amendements du rapport Rappel sur les travaux de la veille	Participants
8h30-9h30	Le leadership	Facilitateur
9h30-10h30	Attitude positive	Facilitateur
10h30-11h	Pause -café	Administrateur
11h -11H 45	Kaizen	
11h45-12h 30	TQM	Facilitateur
12h30-13h30	Pause repas	Administrateur
13h30-16h	Plénières des cas pratiques 5S-kaizen	Participants
Jour 5		
8h-8h30	Lecture et amendements du rapport	Participants
8h30-8h45	Post test	Participants
8h 45 -9h30	Mise en œuvre de la stratégie	Facilitateur
9h30-10h30	Travaux de groupe Planification opérationnelle	Participants
10h30-11h	Pause-café	Administrateur
11h -12h30	Plénière travaux de groupe	Facilitateur
12h30-12h45	Vidéo 5S	
12h45-13h	Evaluation de la formation Clôture	Participants
13h	Pause repas	

Annexe 2 : kit 5S (a-à titre indicatif)



- Tournevis
- Vis
- Clous (pointes)
- Punaises
- Attaches
- Couteaux
- Cordes
- Marqueurs
- Gants d'examen et de ménage
- Agrafeuses
- Rouleaux de scotch
- Cordes
- Badges
- Pochettes perforées A4
- Balai
- Masques
- Savon, liquide
- Eau de Javel
- Tubes de colle
- Ciseaux
- Polystyrène

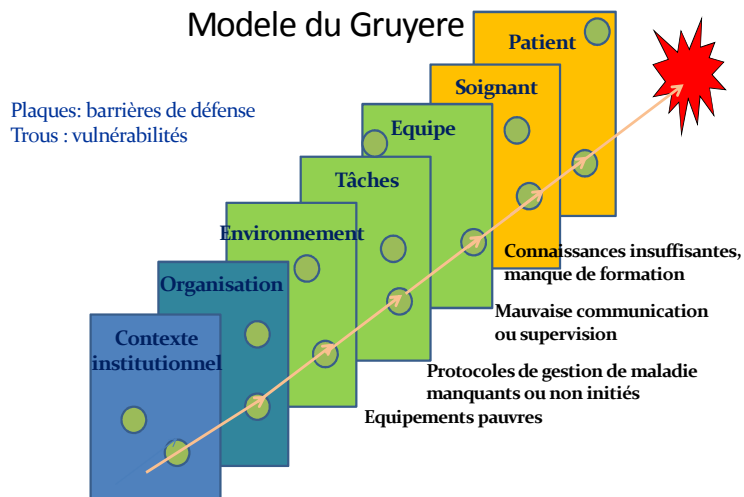
Annexe 3 : Outils de mise en œuvre du Seiton

Outils Seiton

Etiquette rouge	Ordre alphabétique	Zones
-Alignement	-Ordre ascendant	- Etiquetage
-Théorie de l'axe X et de l'axe Y	-Ordre du gauche au droit	-Symboles
Numérotation	-Ordre du haut vers le bas	Lignes de rue
Tableaux de noms	Directions	-Signalisation de sécurité
Listes de vérification	Bulletin d'instructions	Code de couleurs

Annexe 4

Mis en forme : Centré



Annexe 5 : Outil de mise en œuvre des activités 5S dans une structure

Mis en forme : Police :Non Gras

1. Dans les centres hospitaliers universitaires, régionaux et de districts polycliniques/cliniques privé +++++

❖ Comité 5S

- **Composition du comité 5S** : 5 à 8 personnes dont le premier responsable et le responsable chargé de la qualité.

Les autres membres seront désignés par le premier responsable (DG, MCD) selon leur engagement pour les activités qualité.

○ **Attributions :**

- élaborer la stratégie qualité de la structure ;
- élaborer le plan stratégique 5S-KAIZEN-TQM de la structure ;
- assurer la formation du personnel sur les concepts 5S-KAIZEN –TQM ;
- veiller à l'intégration des activités 5S dans le PA général de la structure ;
- suivre la mise en œuvre des activités 5S par des supervisions périodiques ;
- programmer et conduire l'auto-évaluation annuelle ;
- rendre compte périodiquement au directeur général de l'état d'avancement des activités 5S ;
- participer au plaidoyer pour la diffusion des activités 5S ;
- promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline ;
- programmer l'évaluation externe en fin d'étape

❖ Cellule qualité

- **Lieu** : unité de soins, unités techniques et unités administratives
- **Composition** : 2 à 3 personnes désignées selon leur engagement dans les activités 5S. Cette identification peut se faire à l'occasion d'une réunion de service.
- **Attributions :**
 - élaborer le plan d'action 5S-KAIZEN-TQM des unités de concert avec le chef de service, le SUS et les autres membres du service ;
 - suivre la mise en œuvre des activités 5S par :
 - L activités de maintien :

- assurer le niveau rangement des poste de travail (bureau, table, armoire...);
- assurer le niveau de propreté des poste de travail (bureau, table, armoire...);
- organiser les saisons seiri, seiton, seiso dans les unités de soins /unités techniques (périodicité à déterminer avec toutes l'équipe).
- II-Respect / consolidation des acquis :
 - améliorer l'orientation et l'identification des services ;
 - améliorer l'identification et l'orientation des unités/postes de travail dans les services
 - Aménager les jardins des unités de soins pour rendre le cadre agréable pour les usagers
 - Délimiter des zones pour le matériel surtout pour le matériel roulant
 - Étiqueter les installations défectueuses
 - Participer à l'élaboration des protocoles de soins
 - Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline
- Périodicité des réunions : mensuelle

2. Dans les centres médicaux(CM)

❖ Comité 5S

- Composition du comité 5S : 3 à 5 personnes dont le médecin chef du CM, du responsable de l'unité de médecine et le président du COGES.
Les autres membres seront désignés par le médecin chef du CM selon leur engagement pour les activités qualité.
- Attributions :
 - Élaborer la stratégie qualité de la structure
 - Élaborer le plan d'action 5S-KAIZEN-TQM de la structure
 - Assurer la formation du personnel sur les concepts 5S-KAIZEN -TQM
 - Veiller à l'intégration des activités 5S dans le PA général de la structure
 - Suivre la mise en œuvre des activités 5S par des supervisions périodiques
 - Programmer et conduire l'auto-évaluation annuelle

- Rendre compte périodiquement au directeur général de l'état d'avancement des activités 5S
- Participer au plaidoyer pour la diffusion des activités 5S
- Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline

❖ **Cellule qualité**

- Lieu : unité de soins, unités techniques et unités administratives
- Composition : 2 à 3 personnes : un infirmier, une sage-femme/ accoucheuse auxiliaire et le président du comité de gestion.
- Attributions :
 - Elaborer le plan d'action 5S-KAIZEN-TQM des unités de concert avec le chef de service, le SUS et les autres membres du service
 - Suivre la mise en œuvre des activités 5S par :

I-Activités de maintien

- Assurer le niveau rangement des poste de travail (bureau, table, armoire...)
- Assurer le niveau de propreté des poste de travail (bureau, table, armoire...)
- Instaurer les 5-10 mn de seiri, seiton, seiso par agent à chaque prise de service
- Instaurer des saisons seiri, seiton seiso dans les unités de soins /unités techniques (périodicité à déterminer avec toutes l'équipe)

II-respect / consolidation des acquis

- Améliorer l'orientation et l'identification des services
- Améliorer l'identification des unités/postes de travail dans les services
- Indiquer les modes d'utilisation des toilettes et autres commodités pour les usagers des services
- Indiquer les toilettes en tenant compte du genre
- Aménager les jardins des unités de soins pour rendre le cadre agréable pour les usagers
- Délimiter des zones pour le matériel surtout pour le matériel roulant

- Étiqueter les installations défectueuses
 - Participer à l'élaboration des protocoles de soins
 - Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline
 - Périodicité des réunions : mensuelle
3. Dans les centres de santé et promotion sociale (CSPS)
- ❖ **Comité 5S**
- Au regard du nombre (5 agents de santé) la mise en place d'un comité n'est pas efficient au niveau du CSPS.
- ❖ **Cellule qualité**
- Lieu : unité de soins, unités techniques et unités administratives
 - Composition : 2 à 3 personnes désignées selon leur engagement dans les activités 5S. Cette identification peut se faire à l'occasion d'une réunion de service. Inclure un membre COGES
 - Attributions :
 - Élaborer le plan d'action 5S-KAIZEN-TQM de la structure
 - Assurer la formation du personnel sur les concepts 5S-KAIZEN -TQM
 - Intégrer les activités 5S dans le PA du CSPS
 - Programmer et conduire l'auto-évaluation annuelle
 - Rendre compte périodiquement à l'ICP de l'état d'avancement des activités 5S
 - Participer au plaidoyer pour la diffusion des activités 5S
 - Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline
 - Suivre la mise en œuvre des activités 5S par :
 - ▬ Activités de maintien
 - Assurer le niveau rangement des poste de travail (bureau, table, armoire...)
 - Assurer le niveau de propreté des poste de travail (bureau, table, armoire...)
 - Instaurer les 5-10 mn de seiri, seiton, seiso par agent à chaque prise de service
 - Instaurer des saisons seiri, seiton seiso dans les unités de soins /unités techniques (périodicité à déterminer avec toutes l'équipe)

II-Respect / consolidation des acquis

- Améliorer l'orientation et l'identification des services
- Améliorer l'identification des unités/postes de travail dans les services
- Indiquer les modes d'utilisation des toilettes et autres commodités pour les usagers des services
- Indiquer les toilettes en tenant compte du genre
- Aménager les jardins des unités de soins pour rendre le cadre agréable pour les usagers
- Délimiter des zones pour le matériel surtout pour le matériel roulant
- Étiqueter les installations défectueuses
- Participer à l'élaboration des protocoles de soins
- Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline
- Périodicité des réunions : mensuelle
- Attributions :
 - Élaborer la stratégie qualité de la structure
 - Élaborer le plan d'action 5S-KAIZEN-TQM de la structure
 - Assurer la formation du personnel sur les concepts 5S-KAIZEN -TQM
 - Veiller à l'intégration des activités 5S dans le PA général de la structure
 - Suivre la mise en œuvre des activités 5S par des supervisions périodiques
 - Programmer et conduire l'auto-évaluation annuelle
 - Rendre compte périodiquement au directeur général de l'état d'avancement des activités 5S
 - Participer au plaidoyer pour la diffusion des activités 5S
 - Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline

4. Dans les directions administratives (Directions centrales et régionales)

❖ Comité 5S

- Composition du comité 5S : 5 à 8 personnes dont le directeur et Chef de service de l'administration et des finances.

Les autres membres seront désignés par le premier responsable selon leur engagement pour les activités qualité.

- Attributions :
 - Élaborer la stratégie qualité de la structure
 - Élaborer le plan d'action 5S-KAIZEN-TQM de la structure
 - Assurer la formation du personnel sur les concepts 5S-KAIZEN -TQM
 - Veiller à l'intégration des activités 5S dans le PA général de la structure
 - Suivre la mise en œuvre des activités 5S par des supervisions périodiques
 - Programmer et conduire l'auto-évaluation annuelle
 - Rendre compte périodiquement au directeur général de l'état d'avancement des activités 5S
 - Participer au plaidoyer pour la diffusion des activités 5S
 - Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline

❖ **Cellule qualité**

- Lieu : services et bureaux
- Composition : 2 à 3 personnes désignées selon leur engagement dans les activités 5S. Cette identification peut se faire à l'occasion d'une réunion de service.
- Attributions :

Les attributions suivantes pourront être déclinées dans les lettres de missions et les fiches d'indication des attentes.

- Élaborer le plan d'action 5S-KAIZEN-TQM des unités de concert avec les chefs de service
- Suivre la mise en œuvre des activités 5S par :

LActivités de maintien

- Assurer le niveau rangement des postes de travail (bureau, table, armoire...)
- Assurer le niveau de propreté des postes de travail (bureau, table, armoire...)
- Instaurer les 5-10 mn de seiri, seiton, seiso par agent à chaque prise de service
- Instaurer des saisons seiri, seiton seiso dans les unités de soins /unités techniques (périodicité à déterminer avec toutes l'équipe)

II-Respect / consolidation des acquis

- Améliorer l'orientation et l'identification des services
- Améliorer l'identification des unités/postes de travail dans les services
- Indiquer les modes d'utilisation des toilettes et autres commodités pour les usagers des services
- Indiquer les toilettes en tenant compte du genre
- Aménager les jardins des unités de soins pour rendre le cadre agréable pour les usagers
- Délimiter des zones pour le matériel surtout pour le matériel roulant
- Étiqueter les installations défectueuses
- Participer à l'élaboration des protocoles de soins
- Promouvoir l'attitude positive et l'autodiscipline
- Périodicité des réunions : mensuelle

Annexe6 : grille de suivi et d'évaluation des activités 5S

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

Date: / / 2016
(jour / mois / an)

HOPITAL		DÉPARTMENT					remarques
		très mal	mal	moyen	bien	très bien	
1	DIRECTION DU CEO ET DE GESTION DU 5S Role et engagement de le cellule dirigeante au haut niveau,soutien aux activités du 5S,programme de formation de la cellule moyenne de gestion,mise en place des comités du 5S,campagnes du 5S						
1,1	Implication et engagement des cellules exécutives et de supervision	1	2	3	4	5	
1,2	Réunion mensuelle et mise au point par les équipes de suivi et contrôle	1	2	3	4	5	
1,3	Manuel du 5S conçu avec des détails pertinents	1	2	3	4	5	
1,4	Signe evident de formation dispensée à l'équipe de gestion/l'administration	1	2	3	4	5	

	TOTAL	Maximum points 20					0
		points acquis/ 20 x 100 =					0

2	SEIRI (Séparer) Dégager les endroits à l'intérieur comme à l'extérieur dans les lieux de travail. Evidence de déplacement de toute chose inutile tout aux alentours						
2,1	Objets indésirés débarrassés des locaux, bureaux, et places de travail	1	2	3	4	5	
2,2	Les murs sont débarrassés de vieux posters et autres images indésirés	1	2	3	4	5	
2,3	Les tableaux affichent des notes courantes avec instruction de débarras	1	2	3	4	5	
2,4	codage couleur pour les déchets maintenu et le standards respecté	1	2	3	4	5	
	TOTAL	Maximum points 20					0
		Points acquis / 20 x 100 =					0

3	SEITON (situer/systématiser) possibilité de retrouver toute chose tout de suite, rationalisation du temps de travail dans les institutions/organisations						
3,1	Evidences (imágenes) des périodes pré et post 5S	1	2	3	4	5	
3,2	Système de control visuel (codage par couleur) pour éviter les amalgames	1	2	3	4	5	
3,3	des tableaux d'indication aux entrées et couloirs de tous les services	1	2	3	4	5	
3,4	Une indication /étiquette d'identification est affichée sur toutes les machines, les chambres, les toilettes	1	2	3	4	5	
3,5	le matériel de travail, les outils, les dossiers, sont rangés selon la méthode de "peut voir" "prêt à utiliser" "peut ranger"	1	2	3	4	5	
3,6	utilisation de la méthode X-axe et Y-axe dans tout le secteur	1	2	3	4	5	
	TOTAL	Maximum points 35					0
		Points acquis / 30 x 100 =					0

4	SEISO (salubrité) la salubrité tout autour de l'institution doit être conçue selon les principes du 5S						
4,1	les murs, les sols, les fenêtres, les toilettes, les vestiaires, sur les lieux de travail sont propres et en ordre	1	2	3	4	5	
4,3	les plans de nettoyages et les responsabilités sont bien affichés	1	2	3	4	5	
4,4	exécution de la stratégie des poubelles	1	2	3	4	5	

4,5	usage evident de materiel adequat de nettoyage	1	2	3	4	5	
4,6	stockage methodique du materiel de nettoyage(balais et autre equipement)	1	2	3	4	5	
4,7	Machines / Appareils / Outils / Meubles à un niveau élevé de propreté et d'entretien des horaires s'affichent (Machines/Equipment/Tools/Furniture at a high level of Cleanliness & maintenance schedules displayed)	1	2	3	4	5	
TOTAL		Maximum points 30					0
		Points acquis / 30 x 100 =					0
5	SEIKETSU (standardiser) maximiser la standardisation des activités de mise en ordre,d'organisation,et de salubrité avec une evidence d'application tout autour						
5,1	procedures de standardisation adoptées sur les checklists et étiquettes selon 5S / adoption et standardisation des methodes 5S dans les couloirs et allées	1	2	3	4	5	
5,2	standardisation de la maintenance /stockage des dossiers/enregistrement/ordre du mobilier/equipement dans les bureaux,les lieux de travail,...	1	2	3	4	5	
5,3	standardisation deS Checklists pour les procédures administratives communes dans l'établissement et dans les services,	1	2	3	4	5	
TOTAL		Maximum points 25					0
		Points acquis / 25 x 100 =					0
6	SHITSUKE (se discipliner/sincérité) evidence d'une approche disciplinée des activités des 5S à travers une formation et developpement decent qui montre la sustainabilité à long terme						
6,1	evidence de formation/sensibilisation continue des employés toutes catégories confondues	1	2	3	4	5	
6,2	evidence d'activités de groupe du 5S et promotion du concept du KAIZEN	1	2	3	4	5	
6,3	evidence de suivi permanent et d'audit interne par le QIT	1	2	3	4	5	
6,4	evidence d'auto discipline parmi les visiteurs	1	2	3	4	5	
6,5	evidence d'auto discipline dans tout l'établissement	1	2	3	4	5	
TOTAL		Maximum points 25					0
		Points acquis / 25 x 100 =					0

	GRAND TOTAL	Maximum points 160					0
7	Productivité/Services	Montre l'efficacité du rendement avec une très bonne méthode de travail et de bonnes techniques de gestion					
7,1	évidence de système et méthode adopté pour améliorer la productivité	1	2	3	4	5	
7,2	usage de méthode innovante pour promouvoir la productivité / efficacité (faire les bien choses, et faire les choses justes)	1	2	3	4	5	
7,3	évidence d'usage de l'approche 5S pour promouvoir la productivité	1	2	3	4	5	
	TOTAL	Maximum Points15					0
		Points acquis / 15 x 100 =					0

8	QUALITE	l'objectif est de satisfaire le client en offrant les bonnes prestations, répondant ainsi aux exigences, pour avoir plus de confiance					
8,1	des plans de communications sont évidents dans la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité	1	2	3	4	5	
8,2	évidence de réduction de déchets, recyclage, réutilisation (3R) à travers le 5S	1	2	3	4	5	
8,3	évidence de direction et coordination pour améliorer la qualité par le 5S	1	2	3	4	5	
8,4	évidence de qualité soutenue des produits et prestations avec 5S	1	2	3	4	5	
8,5	la qualité selon le concept de fabrication/prestation par application de 5S	1	2	3	4	5	
	TOTAL	Maximum Points25					0
		Points acquis / 25 x 100 =					0

9	COUT	le cout juste des produits/prestations rendus par rapport au standard maintenu par un processus spécifique dès le départ					
9,1	signes de reduction des couts de materiel de production, de travail, d'énergie	1	2	3	4	5	
9,2	avantages tangibles des couts à travers la methode de 5S par la maitrise de la gestion des déchets	1	2	3	4	5	
9,3	signes de reduction de defectuosités en introduisant le concept de 5S	1	2	3	4	5	
9,4	réduction du temps d'attente des travailleurs/machines avec le 5S	1	2	3	4	5	
	TOTAL	Maximum Points20					0
		Points acquis / 20 x 100 =					0

10	SECURITE	la sécurité générale des employés, des visiteurs, et biens, se faire sentir avec le 5S					
10,1	évidence des effets de la sécurité par un plus bas taux d'accidents survenus dans l'année	1	2	3	4	5	

10,2	méthode d'usage des mesures de sécurité sur les machines et équipements	1	2	3	4	5	
10,3	méthode d'usage des mesures de sécurité pour protéger les employés et les visiteurs	1	2	3	4	5	
10,4	évidence d'adoption de mesures de sécurité dans la production de produits/services d'excellence	1	2	3	4	5	
10,5	évidence d'une culture de la sécurité à l'hôpital	1	2	3	4	5	
TOTAL		Maximum Points25					0
Points acquis / 25 x 100 =							0
11	LIVRAISON						
	évidence d'une réduction du temps de livraison des produits/services en adoptant le 5S						
11,1	évidence de livraison à temps des produits/prestation des services	1	2	3	4	5	
11,2	effet ressenti de façon générale dans l'institution/l'organisme en réduisant le temps de livraison	1	2	3	4	5	
11,3	évidence de contribution des employés dans la réduction du temps de livraison	1	2	3	4	5	
11,4	évidence du concept "juste à temps" à l'hôpital	1	2	3	4	5	
TOTAL		Maximum Points20					0
Points acquis / 20 x 100 =							0

12	Morale						
	évidence d'amélioration du niveau du moral dans les institutions/organismes, de façon générale						
12,1	niveau du moral affiché par l'exécutif/le staff/et les employés	1	2	3	4	5	
12,2	adoption de méthodes innovantes pour stimuler le moral des employés/staff	1	2	3	4	5	
12,3	évidence de plans conçus par les employés pour afficher un bon niveau du moral	1	2	3	4	5	
12,4	méthode de stimulation conçue par la direction pour rehausser le moral des employés	1	2	3	4	5	
12,5	évidence d'esprit du 5S, d'esprit du KAIZEN, et d'esprit de culture de TQM	1	2	3	4	5	
TOTAL		Maximum Points25					0
Points acquis / 25 x 100 =							0
13	ORGANISATION, TRAVAUX D'AMELIORATION DU TRAVAIL(WIT)						
	rôle et activités des cellules qualité						
13,1	Composition des cellules qualité	1	2	3	4	5	
13,2	fréquence des activités des cellules qualité	1	2	3	4	5	
13,3	fréquence de séances de supervision par la cellule de gestion de la qualité	1	2	3	4	5	

	TOTAL	Maximum Points 15	0
	Points acquis / 15 x 100 =		0

14	RENFORCEMENT DU PERSONNEL HOSPITALIER A TRAVERS 5S KAIZEN TQM						
	conditions et opportunités de renforcement des capacités du personnel par lui-même						
14,1	opportunités d'acquisition pour le 5S KAIZEN TQM	1	2	3	4	5	
14,2	fréquence de tenue de séminaires pour 5S KAIZEN TQM	1	2	3	4	5	
	TOTAL	Maximum Points 10				0	
	Points acquis / 10 x 100 =					0	