

**ETUDE PREPARATOIRE
RELATIVE AU PROGRAMME
D'AMELIORATION DE LA QUALITE
DES SERVICES DE SANTE
PAR 5S-KAIZEN-GQT**

RAPPORT FINAL

MARS 2013

AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE

FUJITA PLANNING CO., LTD.

HDD
JR
13-037

**ETUDE PREPARATOIRE
RELATIVE AU PROGRAMME
D'AMELIORATION DE LA QUALITE
DES SERVICES DE SANTE
PAR 5S-KAIZEN-GQT**

RAPPORT FINAL

MARS 2013

AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE

FUJITA PLANNING CO., LTD.

Résumé

Résumé

1. Introduction et Arrière-plan

L'aide au développement cherche à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) formés sur la base de la Déclaration du Millénaire adoptée dans le Sommet du Millénaire de l'ONU en 2000, à travers beaucoup de fonds et de programmes d'aide.

Mais la plupart d'entre elles visent à renforcer les soins ambulatoires ou à développer les fonctions de centres de santé en vue d'appuyer directement la population cible. Leurs activités sont ainsi menées par les personnels recrutés dans le cadre des programmes, des ONG, etc. Par conséquent, le fonds d'aide n'est pas suffisamment investi pour l'administration de santé publique ni pour les établissements de santé (hôpitaux) qui se trouvent au cœur du système de santé des pays bénéficiaires.

Dans cette circonstance, la coopération internationale de la santé publique en vient à focaliser, non pas seulement sur l'intervention verticale (développement vertical) destinée à résoudre chaque problème spécifique, mais aussi sur l'aménagement du fondement (développement horizontal) nécessaire pour améliorer la qualité des services médicaux et sanitaires.

En vue d'améliorer les services de santé en Afrique, la gestion des établissements est indispensable, à savoir, comment valoriser des ressources limitées pour obtenir les meilleurs résultats. Pour relever ce défi, la JICA met en œuvre depuis 2007 le programme qui vise à introduire progressivement, dans les hôpitaux de quinze pays africains l'approche de « 5S-KAIZEN-TQM », une méthode de gestion à la japonaise.

2. Enquête Préparatoire

(1) Objectifs

De décembre 2009 à mars 2011, la précédente enquête préparatoire s'est effectuée pour faire la synthèse des résultats du programme «hôpital propre» en s'appuyant sur l'état actuel et l'avancement des actions engagées dans le cadre de ce programme. Par la suite, une proposition a été formulée de systématiser davantage ce programme y compris l'étape KAIZEN. C'est ainsi que l'enquête préparatoire suivante a été lancée pour une période allant d'août 2012 à mars 2013. Voici ce qui est attendu de cette enquête :

- a. Les résultats du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » jusqu'à présent sont vérifiés.
- b. En vue de systématiser les résultats et expériences du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers », les informations sont analysées et diffusées.
- c. Les orientations et les activités de la coopération utilisant les résultats du programme « GQT

pour de meilleurs services hospitaliers » sont analysées pour élaborer une stratégie concrète.

- d. Conformément à la stratégie mentionnée dans (c.) ci-dessus, l'appui aux activités pilotes et le suivi sont mis en œuvre dans chaque pays. Sur la base de telles actions, les activités futures comme la formulation de projets sont examinées.

(2) Activités à réaliser

Les activités de cette enquête se divisent en deux volets : l'appui à la formation et l'étude sur le terrain.

1) Appui à la formation

L'équipe de cette enquête accompagne la formation conçue et effectuée par JICA Tokyo qui se tient à Tokyo, au Sri Lanka et en Afrique (étape d'introduction à KAIZEN) pour y assurer les cours et y apporter le soutien à la rédaction du plan d'action aux participants de la formation.

2) Etude sur le terrain

- a. Effectuer la mission de supervision dans les pays cibles avec les membres du comité de coopération thématique
- b. Faire la revue des résultats du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » dans les pays cibles, effectuer l'étude sur la politique existante relatives à la qualité des services médicaux ainsi que le système d'exécution dans les pays cibles
- c. Collecte d'informations sur les activités des organisations internationales

3. Les procédures d'enquête et d'activités

(1) Soutien à la formation

Les objectifs de cette formation sont les suivants :

- 1) promouvoir la préparation pour la transition vers la phase KAIZEN dans les hôpitaux pilotes
- 2) faire apprendre aux hôpitaux pilotes l'organisation assurant la transition vers KAIZEN et le processus du renforcement des capacités au sein de leur personnel.

Cette formation a été améliorée grâce aux propositions faites lors de la formation précédentes. Elle a davantage explicité le chemin allant de 5S à KAIZEN et les compétences exigées tout en adoptant la méthode participative qui confie l'initiative aux participants pour les questions réponses et les présentations faites dans le cadre des séminaires.

Selon l'évaluation faite par les participants, ceux-ci ont atteint, semble-t-il, les objectifs de la formation. Mais l'activité KAIZEN n'est engagée que dans ces 8 pays : le Bénin, la RDC, le Kenya, le Madagascar, le Mali, le Nigéria, la Tanzanie et l'Ouganda.

(2) L'enquête terrain

Assurée par les membres du comité de soutien, l'étude sur le terrain consiste d'abord à mener l'encadrement ambulante destinée à promouvoir la mise en place et la propagation vers tout le pays de 5S-KAIZEN, et ensuite à vérifier l'avancement du plan d'action élaboré dans le cadre de la rédaction du document stratégique, et enfin à enquêter les tendances actuelles des organisations internationales.

1) Vérification de l'avancement du plan d'action

Les pays participants à ce programme ont rédigé un plan d'action faisant partie de leur document stratégique lors de la formation effectuée au Japon. L'attitude de leaders et le fonctionnement de QIT influent largement sur le degré d'avancement de ce plan d'action.

2) Vérification de l'avancement de 5S-KAIZEN

Quant à l'évaluation à l'aide de la feuille de contrôle, par la nécessité de tenir en compte la demande émise par les partenaires locaux, la méthodologie variait d'un pays à l'autre, d'une équipe d'étude à l'autre.

Il est souhaitable que les notes de l'évaluation soient réparties dans cet ordre : leadership > 3S (Seiri-Organiser, Seiton-Ordonner, Seisou-Propreté) > S4 et S5. Dans la majorité des établissements les notes obtenues reprennent cette tendance, ce qui laisse apparaître l'engagement des 5S sous le leadership reconnu par le personnel.

3) Gestion de l'hôpital et informations cliniques

L'aperçu des données ainsi collectées dans chaque hôpital est le suivant :

- Quant au nombre de patients, l'augmentation serait due à une tendance naturelle à la hausse. Par contre, la baisse du nombre de patients est enregistrée dans les établissements qui ont connu des grèves du personnel.
- Le nombre d'examens médicaux progresse dans les établissements ayant obtenus le faible résultat de l'évaluation, alors que dans ceux qui ont obtenus le résultat élevé, la tendance est à la baisse. Si les rapports de cause à effet ne sont pas clairement identifiés, plusieurs facteurs peuvent être relevés : a) ce phénomène serait lié à la baisse du nombre de patients, b) la progression de 5S-KAIZEN-TQM permettrait d'effectuer les examens plus adéquats.
- Le nombre de patients envoyés à d'autres hôpitaux de référence a baissé dans les hôpitaux ayant obtenus le résultat élevé.
- Le nombre de patients envoyés à d'autres hôpitaux de référence a baissé, ce qui suggère une meilleure prise en charge réalisée dans les établissements.
- Les causes de décès sont les maladies propres aux pays africains en développement telles que paludisme, SIDA, malnutrition, diarrhée et anémie. Chez les adultes, les maladies liées au mode de vie, telles que hypertension et diabète, sont rapportées dans cette liste.

4) Collecte d'informations sur les tendances au sein du Ministère de la Santé

Concernant le plan d'action élaboré par le ministère de la santé de chaque pays et l'état de la réalisation de celui-ci, la progression s'observe dans les pays disposant d'un système de l'amélioration de la qualité grâce à ce programme. D'autre part, dans les pays accusant un certain retard dans la mise en place du système d'application, le plan d'action ne voit pas encore sa

réalisation effective.

5) Extraction de bonnes pratiques

Les bonnes pratiques rapportées sont les suivantes : a) utilisation raisonnable du budget et augmentation du nombre de prestations (6 cas), b) gestion d'informations et de documents (6 cas), c) réduction du temps d'attente (4 cas), d) gestion de stock (4 cas) et e) amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients (5 cas).

6) Avancement de la propagation nationale

Dans les pays participants, les activités 5S sont introduites dans plus de 200 hôpitaux dont 10 a entamé l'activité KAIZEN.

7) Activités réalisées par d'autres organisations internationales

L'équipe de l'enquête a rendu visite au siège de l'OMS et dans les bureaux locaux des organisations travaillant dans l'aide au développement pour présenter l'approche de 5S-KAIZEN-TQM et recueillir les informations sur les programmes menés par ces organisations. L'équipe a constaté qu'il y a une complémentarité entre cette approche et ces programmes de l'amélioration de qualité.

8) Réalisation de formations liées à ce programme

Entre avril 2010 et décembre 2012, le nombre de personnes ayant participé à une formation liée à cette approche est de 7663 (4991 dans les pays anglophones, 2672 dans les pays francophones).

(3) Autres

Dans le cadre du soutien à ce programme sont réalisées les activités suivantes : a) édition de lettre de nouvelles, b) révision du manuel 5S-KAIZEN-TQM.

4. Analyse des facteurs de réussite du programme

Selon les résultats de l'enquête, le degré d'avancement de chaque pays est classé dans ces étapes suivantes : a) introduction de 5S, b) accomplissement de 3S, c) accomplissement de 5S, d) introduction de KAIZEN, e) ancrage de KAIZEN. Par la suite, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont analysés.

Parmi les 15 pays participants, l'ancrage de KAIZEN ne s'observe qu'en Tanzanie et au Madagascar, dans 3 établissements. L'Hôpital Nianancoro Fomba au Mali et l'Hôpital mère-enfant de l'île de Lagune mènent effectivement les activités 5S pour arriver à l'étape d'introduction de KAIZEN. Après avoir accompli 3S, S4 et S5 sont pratiqués dans ces établissements suivants : la Clinique Ngaliema en R. D. Congo, et l'Hôpital obstétrique de l'île de Lagos, l'Hôpital d'Orotta et de Halibet en Érythrée, et l'Hôpital de Dowa et de Mzimba au Malawi, l'Hôpital de Banfora. Le renforcement de S1 à S4 s'effectue dans ces établissements : l'Hôpital Coast au Kenya, l'Hôpital de Dambacounda au Sénégal, l'Hôpital de Tororo en Ouganda, l'Hôpital Prince Charles au Burundi.

Sur le plan de la vitesse d'avancement, la Tanzanie, le CHUF, le CHUF, le Mali et le Bénin arrivent à passer de l'introduction à l'accomplissement de 5S en passant par 3S. Le passage vers KAIZEN

est constaté dans ces établissements. D'autre part, le Kenya (CPGH), le Burkina Faso et la R. D. Congo, ont eux aussi réalisé ce même chemin mais en mettant un peu plus de temps. En Érythrée (Hôpital d'Orotta et de Halibet), au Nigéria et en Ouganda, les activités 5S ont été réalisées mais stagné par la suite pour rester à l'étape de 3S.

Le leadership est très élevé dans pays où les activités progressent. Celles-ci progressent par le fait que les directeurs et les dirigeants reconnaissent la nécessité de la réforme hospitalière.

Quand le principe de cette méthode est bien compris et partagé par le personnel, les personnes concernées respectent l'heure de l'encadrement ambulancier, ce qui témoigne du changement de mentalité et des impacts positifs apportés par 5S. Dans ces pays, le changement ainsi réalisé par cette activité permet d'inclure l'apprentissage et l'ancrage d'autres initiatives.

À part la Tanzanie, dans les pays où les activités 5S progressent, le soutien apporté par le ministère de la santé se limite au suivi et à la supervision. L'établissement de directives et le soutien effectif par des engagements politiques ne s'observent pas encore. L'enquête suggère aussi que le soutien apporté par les bureaux locaux de la JICA donne des impacts sur l'avancement des hôpitaux pilotes. En Érythrée, au Burundi et au Sénégal, la contribution des autres projets connexes ne est pas très élevée.

5. Évaluation du Programme

(1) Objet de l'évaluation

Cette évaluation consiste, par rapport au but du Programme (amélioration fonctionnelle des établissements de santé africains à ressources limitées, et hausse du niveau de qualité des services médicaux), à mettre en évidence les impacts concrets et à en identifier les facteurs déterminants, en vue d'établir clairement les prémisses pour l'élaboration ultérieure des stratégies d'amélioration fonctionnelle des établissements de santé africains par l'Approche 5S-KAIZEN-TQM.

(2) Cadre d'évaluation

Cette approche a pour particularité d'introduire de différentes méthodes de façon progressive. Les activités des hôpitaux pilotes s'articulent sur ces trois étapes : 5S, KAIZEN et TQM. De plus, cette approche présente deux aspects, c'est-à-dire, «l'introduction progressive de 5S-KAIZEN-TQM» et «la propagation vers tout le pays par l'administration de la santé par les acquis de cette introduction». Par conséquent, les éléments de l'enquête sont déterminés pour qu'ils puissent être adaptés à ces deux aspects.

L'objectif de ce programme n'étant pas clairement défini, celui de la formation effectuée au Japon est considéré comme axe du programme. Ensuite, l'objectif ultime et celui du programme sont déterminés. L'objectif ultime est le suivant : «dans les pays ciblés, les services médicaux et

sanitaires de qualité sont offerts dans les hôpitaux à l'aide de 5S-KAIZEN-TQM». Les objectifs du programmes sont les suivants : «dans les hôpitaux pilotes, l'activité KAIZEN est engagée en basant sur le plan stratégique élaboré dans le cadre de la formation au Japon» ; «la volonté du gouvernement de faire des hôpitaux pilotes une vitrine de ce programme pour améliorer la qualité des services médicaux et sanitaires sur le plan national, cette volonté est explicité dans le plan stratégique par le concours du ministère de la santé». L'évaluation porte sur l'état constaté en décembre 2012. Selon ces objectifs, les pays anglophones (premier groupe) qui a entamé cette approche en 2007 sont censés arriver à la propagation de KAIZEN dans l'hôpital et celle de 5S dans tout le pays, et les pays francophones (deuxième groupe) ayant débuté en 2009 censés réaliser l'introduction de KAIZEN dans l'hôpital et le début de propagation de 5S dans tout le pays.

(3) résultats d'évaluation

Seules la Tanzanie (anglophone) et la R. D. Congo (francophone) ont réalisé l'avancement escompté lors de l'élaboration des objectifs. Les étapes clefs sont : au niveau des hôpitaux pilotes, le passage de 3S à 4S et celui de S5 à KAIZEN ; au niveau du ministère, la mise en place d'une section dédiée à l'amélioration de la qualité et l'élaboration d'un plan de propagation.

Quant à l'amélioration du milieu de travail, premier objectif du programme, celui-ci a réussi à faire ancrer 3S dans les hôpitaux pilotes, malgré les soutiens relativement peu coûteux constitués de la formation au Japon et à l'extérieur du Japon, de l'encadrement ambulancier et du fonds de petite sommes. D'autre part, les étapes S4 et S5 sont réalisées grâce au soutien fourni, semble-t-il, par l'encadrement ambulancier, le fonds de petite somme et le fonds alloué aux activités de JOCV, bref, par l'apport efficace de la part des projets connexe. Chaque organisme en a besoin mais la formation, au Japon et à l'extérieur du Japon, n'arrive pas à l'assurer.

Sur la propagation vers tout le pays, contrairement à ce qui était conçu au départ, beaucoup de pays s'y engagent avant même que les hôpitaux pilotes ne soit pas encore arrivé au niveau assez élevé pour qu'ils puissent jouer le rôle de vitrine.

Concernant le passage à KAIZEN, il n'y a aucun pays qui puisse le réaliser après la formation de KAIZEN organisée pour les pays anglophone en 2009, ce qui suggère qu'il serait insuffisant d'organiser une formation pour l'introduction de KAIZEN.

(4) Facteurs de promotion et d'entrave

La bonne progression du Programme dépend de la bonne compréhension, par toutes les personnes concernées, d'une part, des facteurs de manifestation des effets de l'Approche, et, d'autre part, des aspects techniques du Schème, à savoir : approche progressive, activités en équipes et modification de l'état d'esprit. Ladite progression est aussi influencée, peut-on croire, par l'utilisation efficace ou non de la mission de supervision, de l'offre de petits fonds et des autres projets d'aide.

L'utilisation efficace de ces soutiens dépend de degré d'engagement dont font preuve les agents de la JICA, les conseillers du ministère de la santé, et les spécialistes des projets connexes. Il est donc indispensable de renforcer les ressources disponibles sur place pour promouvoir cette approche. L'utilisation efficace des ressources locales par la coopération sud-sud augmenterait, semble-t-il, l'efficacité de cette approche.

Quand le ministère élabore les directives et le plan de propagation, à part le soutien de ce programme, la mobilisation des ressources humaines comme conseillers du ministère de la santé sera cruciale. La progression des activités, tant au niveau des hôpitaux pilotes qu'au niveau ministériel, dépend largement de ces questions : comment chaque gouvernement situe le domaine de la santé dans la politique de coopération internationale avec la JICA, place ce programme dans le domaine de la santé.

(5) Évolution d'indices cliniques et managériales

En général, l'étape des 5S a difficilement un impact sur les indices cliniques, les effets escomptés des 5S s'observant plutôt dans l'amélioration des indices relatifs au travail, tels que ceux de la réduction des stocks. À l'étape du KAIZEN, il est possible d'améliorer les indices liés à la hausse du rendement de l'hôpital, en termes de productivité et coûts, de qualité et sécurité, etc. Il faudra donc, à l'étape du KAIZEN, que l'on extraie de tels indices pour chaque processus KAIZEN, tout en mettant en place un cadre de collecte régulière des données.

(6) Rôle de l'étude préparatoire à la coopération

Quant à la contribution de l' Étude préparatoire à la promotion de l' exécution harmonieuse du programme sont 1) Standardisation de la mission de supervision, 2) Introduction d' une méthode standardisée de collecte des données, 3) Amélioration des stages au Japon et des stages complémentaires outre-mer.

(7) Conclusions

L'exécution par étapes (de la mise en place des assises à l'exécution, par l'approche 5S-KAIZEN-TQM, des activités d'amélioration organisationnelle des établissements de santé et d'amélioration des services de santé, avec des ressources limitées) pouvant être appliquée, non seulement dans le Programme, mais aussi dans les autres projets, elle constitue une méthode de développement autonome dont il est souhaitable que l'on continue de promouvoir l'introduction.

Par contre, il importe que l'on reconsidère le cadre du « Programme Hôpital Propre » de sorte qu'il permette d'apporter l'aide en l'adaptant à l'état de progression dans chacun des pays. Il est donc souhaitable que l'on remplace l'approche « Stages, Mission de supervision et Offre de petits fonds » poursuivie jusqu'ici sous l'initiative de la partie japonaise par une approche 5S-KAIZEN-TQM qui, tout en étant combinée à l'aide uniforme (standardisée), serait axée sur une aide basée sur la requête du gouvernement homologue.

(8) Problèmes du Programme

- Des soutiens apportés sans comprendre les enjeux de cette approche peuvent constituer des obstacles.
- Dans les pays où la propagation vers tout le pays n'est pas réalisée suivant un plan, la stratégie et les directives ne sont pas élaborées. La propagation nationale n'est pas ainsi soutenue par une stratégie et une direction explicites.
- Pour que l'hôpital puisse introduire le KAIZEN de lui-même après le stage KAIZEN, une aide extérieure est nécessaire en matière de méthode KAIZEN à l'étape expérimentale.
- Les activités ne peuvent pas se poursuivre lorsque les stagiaires et les responsables de l'Approche changent d'affectation.
- L'intensité de l'aide apportée dans chaque pays est influencée par les décisions du responsable du Programme dans le pays en question.
- Sur l'avancement de chaque pays, le contenu de soutien et les effets obtenus, le partage d'informations n'est pas suffisant entre les personnes concernées

Abréviation

	Nom officiel	Français
AAKCP	Asia-African Knowledge Co-Creation Program	Programme de Co-création de saviors Asie-Afrique
ACHEST	African Centre for Global Health and Social Transformation	Centre africain pour la santé mondiale et la transformation sociale
AFD		Agence Française de Développement
AfHEA	African Health Economics and Policy Association	Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé
AFRO	(WHO) Africa Regional Office	(OMS) Bureau Régional Afrique
CEMAC	Commission de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale.	Commission de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale.
APPS	African Partnership for Patient Safety	Partenariats africains pour la sécurité des patients
AU	African Union	l'Union africaine
CEMAC		Commission de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale.
CHU		Centre Hospitalier Universitaire
CHUF		Centre Hospitalier Universitaire Fianarantsoa
CHUM		Centre Hospitalier Universitaire Mahajanga
CISS		Cellule d'inspection des services de santé
CPGH	Coast Provincial General Hospital	Hôpital général provincial de Coast
CTB		Agence belge de développement
DMAT	Department of Medical Administration and Training	Département de l'administration et de formation médicale
DES		La Direction des établissements de Santé
DS		La Direction de Santé
DFID	Department for International Development	Département pour le développement international
EAC	East African Community	Communauté Est-Africaine
EAHRC	East African Health Research Commission	Commission de recherche concernant les questions de santé dans l'EAC
ECHO	European Commission's Humanitarian Aid Office	Commission européenne Aide humanitaire & Protection Civile
ECOWAS	Economic Community of West African States	Communauté économique des �tats de l'Afrique ouest

	Nom officiel	Français
EMRO	Eastern Mediterranean Regional Office	Le Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'OMS
E/N	Exchange of Notes	Échange de Notes
EU	European Union	Union européenne
FHI	Family Health International	Family Health International (Une ONG américaine)
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunization	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunsation
GFATM	The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
GHWA	Global Health Workforce Alliance	Alliance mondiale pour les personnels de santé
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	Régie pour la collaboration internationale de l'Allemagne
HOMEL		Hôpital de la Mere et l'Enfant Lagune
HPRC		Hôpital Prince Régent Charles
HSSP	Health Sector Strategic Plan	Plan stratégique du secteur santé
ICU	Intensive Care Unit	Service de soins intensifs
IEC	Information Education Communication	Information Éducation Communication
IFC	International Finance Corporation	Société financière internationale
IHP+	International Health Partnership and Related Initiatives	Partenariat et des initiatives de international pour la santé
IP	Infection Prevention	Prévention des infections
ISO	International Organization for Standardization	Organisation internationale de normalisation
IST	Inter Country Support Team	Inter équipe d'appui aux pays (une unité de sous-région qui s'appelle)
JICA	Japan International Cooperation Agency	Agence Japonaise de Coopération Internationale
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	Volontaires Japonais pour la Coopération à l'Etranger
KQMH	Kenya Quality Model for Health	Modèle de qualité au Kenya pour la santé
KYT	Kiken Yochi Training	Kiken Yochi la formation
MGHP	Malawi-German Health Program	Programme de santé au Malawi-allemand
NEPAD	New Partnership for Africa's Development	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
NHIF	National Hospital Insurance Fund	Le Kenya National Health Insurance Fund

	Nom officiel	Français
OCEAC	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale
OJT	On the job training	Sur la formation professionnelle
OMDs		Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	World Health Organization	Organisation mondiale de la santé
ONG		Organisation Non Gouvernementale
PBF	Performance-Based Finance	Performance-Based Finance
PDCA	Plan-Do-Check-Act	Plan-Do-Check-Act
PEPFAR	The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief	Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida
PMAC	Prince Mahidol Award Conference	Conférence Prix Prince Mahidol
PNDS		Plan National de Développement Sanitaire
PPP	Public-Private Partnership	Partenariat public-privé
PRESSMN		Project de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale
QA	Quality Assurance	Assurance de la qualité
QATWG	Quality Assurance Technical Working Group	Assurance de la qualité Groupe de travail technique
QAU	Quality Assurance Unit	Unité d'assurance de la qualité
QC	Quality Control	Contrôle de la qualité
QI	Quality Improvement	Amélioration de la qualité
QIF	Quality Improvement Framework	Cadre d'amélioration de la qualité
QIST	Quality Improvement Support Team	Équipe de soutien amélioration de la qualité
QIT	Quality Improvement Team	Équipe de l'amélioration de la qualité
QSC	Quality Assurance Steering Committee	Comité directeur assurance de la qualité
QSIT	Quality and Safety Improvement Team	La qualité et l'équipe Amélioration de la sécurité
RCQHC	Regional Center for Quality of Health Care	Centre Régional pour la Qualité des Soins de Santé
REACH	The Regional East African Community Health Policy Initiative	Le régionale East African Community Health Policy Initiative
RECs	Regional Economic Communities	Communautés économiques régionales
RIPAQS		Réseau international pour la planification et l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les systèmes de santé en Afrique

	Nom officiel	Français
SQI	Systematic and Continuous Quality Improvement	Amélioration de la qualité systématique et continu
SOP	Standard Operating Procedure	Procédure du fonctionnement standard
SSHDP	State Strategic Plan of Health Development	Etat Plan stratégique de développement de la santé
TE	Transformative Scale up of Health Professional Education	Échelle de transformation de l'enseignement professionnel de la santé
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	Conférence Internationale de Tokyo sur le Développement de l' Afrique
TOR	Terms of Reference	Termes de Référence
TOT	Training of Trainers	Formation d'entraîneurs
TQM	Total Quality Management	Gestion de la qualité total
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
UNFPA	The United Nations Population Fund	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	The United Nations Children's Fund	L'Organisation des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH		Virus d'Immunodéficience Humaine
WAHO	West African Health Organization	Organisation Ouest Afrique de la santé
WIT	Work Improvement Team	Équipe de l'amélioration du travail
WS	Workshop	Workshop

Table des matières

Résumé.....	i
Chapitre 1 Introduction et Arrière-plan.....	1
1-1 Situation actuelle des services de santé dans les pays en voie de développement.....	1
1-1-1 Courant de l'aide au développement et situation de la collaboration de la santé internationale.	1
1-1-2 Situation actuelle de la santé dans les pays aux quels ce programme s'adresse	3
1-2 Approche 5S-KAIZEN-TQM.....	8
1-2-1 Qu'est-ce que 5S-KAIZEN-TQM	8
1-2-2 Manière de l'introduction de l'approche 5S-KAIZEN-TQM	10
1-3 Le Programme d'amélioration de la qualité des services de sante par 5S-KAIZEN-GQT	13
1-3-1 Outline of the program.....	13
1-3-2 Aperçu du le programme « Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers»	14
Chapitre 2 Enquête Preparatoire	19
2-1 Résultats de l'étude précédente.....	19
2-2 Objectifs de cette étude.....	21
2-3 Système d'exécution	22
2-4 Eléments faisant l'objet de l'étude et des activités	23
Chapitre 3 Les procédures d'enquête et d'activités.....	25
3-1 Soutien à la formation.....	25
3-2 Mise en œuvre de l'enquête terrain	26
3-2-1 Encadrement ambulante et étude de la revue des résultats.....	26
3-2-2 Avancement de la propagation nationale	41
3-2-3 D'autres organismes internationaux et bailleurs de fonds.....	42
3-2-4 Réalisation de formations liées à cette approche	43
3-3 Édition de lettre de nouvelles.....	43
3-4 Révision du manuel 5S-KAIZEN-TQM.....	44
Chapitre 4 Analyse des facteurs de réussite du programme	45
4-1 Procédé de l'analyse des facteurs de réussite.....	45
4-2 Méthode d'analyse	51
4-3 Résultats de l'analyse.....	51
Chapitre 5 Évaluation du Programme	81
5-1 Cadre d'évaluation	81
5-1-1 Questions de l'évaluation	82
5-1-2 Éléments d'étude	84
5-2 Résumé des résultats d'évaluation	91
5-2-1 Les résultats de l'évaluation sur la base du cadre d'évaluation	91

5-3	Point de vue sur les effets constatés dans chaque hôpital	114
5-4	Facteurs déterminants des effets obtenus, par pays.....	115
5-5	Synthèse des résultats d'évaluation.....	118
5-5-1	Conception du Programme	118
5-5-2	Efficacité du Programme	119
5-5-3	Facteurs de promotion et d'entrave du Programme.....	121
5-5-4	Modification des indices de gestion et des indices cliniques, et impact du Programme.....	123
5-5-5	Rôle et contribution de l'étude préparatoire à la coopération.....	124
5-6	Conclusions.....	125
5-6-1	Synthèse du « Programme Hôpital Propre ».....	125
5-6-2	Problèmes du Programme.....	128
	Références.....	131

Annexe : Tendances dans d'autres organisations humanitaires et les organisations internationales

Chapitre 1 Introduction et Arrière-plan

Chapitre 1 Introduction et Arrière-plan

1-1 Situation actuelle des services de santé dans les pays en voie de développement

1-1-1 Courant de l'aide au développement et situation de la collaboration de la santé internationale

L'aide au développement cherche à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) formés sur la base de la Déclaration du Millénaire adoptée dans le Sommet du Millénaire de l'ONU en 2000, à travers beaucoup de fonds et de programmes d'aide. Et pour faire progresser les effets de ces programmes, plusieurs structures internationales ont été formées.

Mais la plupart d'entre elles visent à renforcer les soins ambulatoires ou à développer les fonctions de centres de santé en vue d'appuyer directement la population cible. Leurs activités sont ainsi menées par les personnels recrutés dans le cadre des programmes, des ONG, etc. Par conséquent, le fonds d'aide n'est pas suffisant investi pour l'administration de santé publique ni pour les établissements de santé (hôpitaux) qui se trouvent au cœur du système de santé des pays bénéficiaires. Les principaux hôpitaux font face à la vétusté des installations et équipements. Notamment en Afrique, le nombre d'hôpitaux est extrêmement insuffisant (Voir le tableau 1-1).

Tableau 1-1 Nombre d'établissements sanitaires et hospitaliers par 100,000 habitants (2010)

	Niveau primaire		Niveau secondaire		Niveau tertiaire
	Postes de santé	Centre de santé	Hôpital de district	Hôpital provincial	Hôpital de Région/Spécialisé/ Recherche
Afrique	12.07	5.32	1.44	0.18	1.19
Amériques	24.33	4.89	0.93	1.05	9.93
Moyen-Orient, Méditerranée	10.17	1.84	0.96	0.69	0.20
Europe	24.97	2.52	1.18	1.40	0.45
Asie du sud-est	45.11	7.17	2.11	0.33	0.08
Pacifique occidental	39.71	34.09	1.61	1.38	0.20
Mondial	23.11	7.77	1.30	0.90	2.50

Sources: Élaboré à partir des données fournies par l'OMC (Global Health Observatory Data Repository)

Vu telle situation, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a soulevé un problème sur les « personnels de santé » dans le Rapport sur la santé dans le monde en 2006. L'OMS a attaché de l'importance au système de santé dans la brochure qui est intitulée « Everybody Business » en 2007, dans laquelle il y avait six structures du système de santé, (1) offre des services (2) personnels (3) fourniture d'informations (4) techniques « établissement, équipe, médicament » (5) fonds, sécurité médicale (6) administration, contrôle « gouvernement ». Et aussi dans le Rapport sur la santé dans le monde en 2010, l'OMS a donné de l'importance à l'accès à la santé « Couverture maladie universelle », en utilisant les finances du système de santé par exemple la sécurité sociale.

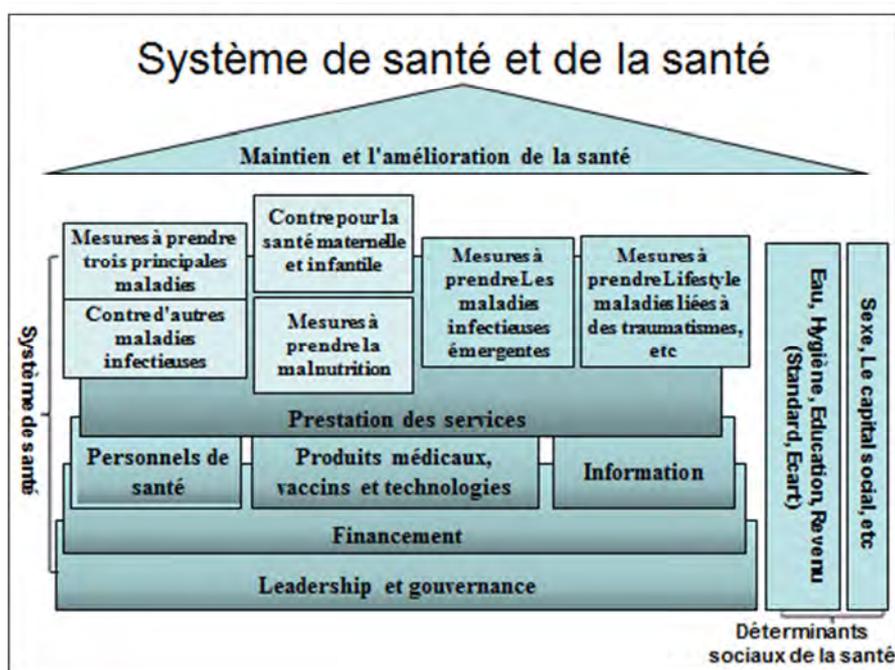


Figure 1-1 Systèmes de santé et de la santé

Sources: Everybody's business (OMS, 2007) : Etablie par la JICA sur la base du « Cadre du système de santé de l'OMS ».

En suite, dans le cadre du renforcement du système de santé, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (L'Alliance) a été fondée en 2006. À cause de la fuite des personnels de santé, l'abaissement de la qualité des services de santé est mondialement découvert. En particulier il manque sérieusement de personnels de santé en Afrique. La priorité de l'Alliance est donnée à la formation des personnels de santé.

En mars 2008, l'Alliance a organisé à Kampala (Ouganda) le 1^{er} Forum Mondial sur les ressources humaines pour la santé. Le Deuxième Forum s'est tenu en janvier 2011 à Bangkok (Thaïlande). La JICA a co-organisé ce forum, et a adopté la déclaration « De Kampala à Bangkok : Revue des progrès, Renouveau et Engagement » qui manifeste une nouvelle résolution à l'égard du défi relatif aux ressources humaines de santé. Cette déclaration met l'accent sur la nécessité d'une

augmentation des investissements dans les ressources humaines de santé, en signalant, comme les principales inégalités à corriger, « Offre d'agents de santé », « Informations fiables et actualisées », « Leadership », « Collaboration et responsabilité mutuelle », « Répartition et fidélisation des ressources humaines », « Performance et qualité », « Réglementation efficace qui fonctionne »

Tableau 1-2 Nombre de travailleurs dans le domaine de santé par 1,000 habitants

Région / Année	Médecin		Infirmière, Midwife	
	2000	2008	2000	2008
Afrique	0.05	0.11	1.84	0.59
Amériques	1.25	2.67	4.57	2.98
Moyen-Orient, Méditerranée	0.98	1.05	1.75	2.38
Europe	3.22	3.45	7.95	7.58
Asie du sud-est	0.40	0.46	1.20	0.80
Pacifique occidental	0.74	1.03	6.26	3.26
Mondial	1.06	1.72	4.02	4.07

Sources: Élaboré à partir des données fournies par l'OMC
(Global Health Observatory Data Repository)

D'autre part, comme l'annuaire 2010 de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) traite le thème des « finances du système de santé », la coopération internationale dans le domaine de la santé focalise de plus en plus sur l'aménagement de la plateforme nécessaire à l'amélioration des services de santé (développement horizontal) en plus de l'intervention direct dans les défis (développement vertical).

1-1-2 Situation actuelle de la santé dans les pays aux quels ce programme s'adresse

Ce programme est destiné à quinze pays africains. En Afrique, comme mentionné dans le paragraphe précédent, des fonds importants sont investis depuis l'an 2000 pour la lutte contre des maladies infectieuses et la prise en charge, mais le fonds consacré aux hôpitaux est limitatif. C'est pour cette raison que ce continent connaît le manque considérable de ressources médicales, telles que les installations, les équipements et les ressources humaines dans ce domaine. De plus, la vulnérabilité de la gestion des hôpitaux empêche la valorisation efficace des ressources limitées. D'abord, les indicateurs de l'OMD sur les quinze pays cibles montrent les disparités régionales, alors que les taux relatifs à la santé mère-enfant sont améliorés dans l'ensemble. Plus concrètement, les chiffres sont relativement bas en Afrique de l'est, mais ils sont toujours plus élevés en Afrique de l'ouest sauf le Sénégal et le Maroc (Voir le tableau 1-3).

Tableau 1-3 Situation de indices de la santé dans 15 pays (1)

Pays / Année	Taux de mortalité chez les enfants ayant moins de 5 ans (par 1,000 naissances)			Taux de mortalité chez les nourrissons (par 1,000 naissances)			Taux de mortalité chez les femmes enceintes et les parturientes (par 100,000 naissances)		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Bénin	177	140	109	107	87	70	770	530	350
Burkina Faso	208	182	149	105	95	82	700	450	300
Burundi	183	165	142	110	100	88	1100	1000	800
République Démocratique du Congo*	181	181	170	117	117	112	930	770	540
Erythrée	138	98	70	86	64	47	880	390	240
Kenya	98	113	76	64	70	50	400	490	360
Madagascar	161	104	64	98	67	44	640	400	240
Malawi	227	164	89	134	98	56	1100	840	460
Mali	257	214	179	132	114	100	1100	740	540
Maroc	81	53	34	64	44	29	300	170	100
Niger	314	216	131	133	97	69	1200	870	590
Nigeria	214	188	129	127	113	81	1100	970	630
Sénégal	136	130	69	69	67	48	670	500	370
Ouganda	178	141	94	106	86	60	600	530	310
Tanzanie	158	126	73	97	78	48	870	730	460
Afrique¹	175	153	110	106	93	70	820	720	480

Sources: Élaboré à partir des données fournies par l'OMC

(Global Health Observatory Data Repository)

* Ci décrit R. D. Congo.

¹ Le Maroc n'est pas listé dans le tableau de la région en Afrique, car il appartient au bureau de Moyen-Orient et de Méditerranée.

Quant aux indices des maladies infectieuses, l'indice du SIDA est élevé en Afrique de l'est, par contre peu élevé en Afrique de l'ouest. L'indice du paludisme n'est pas élevé dans les pays qui se situent relativement à la hauteur ou à la haute latitude, par exemple le Burundi, l'Érythrée, le Kenya, la Madagascar et le Maroc. L'indice de la tuberculose est élevé dans ces pays comme la R.D.C, le Kenya, la Madagascar, le Malawi, l'Ouganda et le Sénégal. C'est-à-dire, tous les 15 pays supportent de lourdes charges causées par le SIDA, le paludisme et la tuberculose. (Voir le tableau 1-4)

Tableau 1-4 Situation de indices de la santé dans 15 pays (2)

	Taux de personnes contractant le VIH (chez les personnes de 15 à 49 ans)	Taux de mortalités du paludisme (par 100,000 patients)	Taux d'apparition des symptômes de la tuberculose (par 100,000 habitants)
Pays / Année	2009	2008	2011
Bénin	1.2	105	70
Burkina Faso	1.2	221	57
Burundi	3.3	39	139
R.D.Congo	...	193	327
Erythrée	0.8	0.7	97
Kenya	6.3	12	288
Madagascar	0.2	8.5	238
Malawi	11	87	191
Mali	1	131	62
Maroc	0.1	0.0	103
Niger	0.8	184	108
Nigeria	3.6	146	118
Sénégal	0.9	76	136
Ouganda	6.5	103	193
Tanzanie	5.6	87	169
Afrique	4.7	94	262

Sources: Élaboré à partir des données fournies par l'OMC

(Global Health ObservatoryData Repository)

Quant à l'indices des personnels de santé qui soutiennent les services de santé, quoique ce ne soit pas les données de la même année, il y a beaucoup de médecins dans la Madagascar, le Maroc et le Nigeria, par contre il y a très peu médecins dans le Malawi, le Niger et la Tanzanie. À propos des infirmiers et des accoucheurs, bien que ce ne soit pas les données de la même année et que 5 pays n'aient pas de données, l'indice est d'une part élevé dans le Maroc, le Nigeria et l'Ouganda, d'autre

part peu élevé dans le Malawi, le Mali, le Niger et la Tanzanie. Le Malawi, le Mali, le Niger et la Tanzanie manquent absolument de personnels de santé dans pour les deux catégories. (Voir le tableau 1-5)

Tableau 1-5 Nombre de travailleurs dans le domaine de santé
par 1,000 habitants dans 15 pays

Pays	Médecin	Année	Infirmière, Midwife	Année
Bénin	0.059	2008	0.771	2008
Burkina Faso	0.064	2008	0.729	2008
Burundi	0.030	2004	—	—
R.D.Congo	0.110	2004	—	—
Erythrée	0.050	2004	—	—
Kenya	0.140	2002	—	—
Madagascar	0.290	2004	—	—
Malawi	0.019	2008	0.283	2008
Mali	0.049	2008	0.297	2008
Maroc	0.620	2009	0.890	2009
Niger	0.019	2008	0.137	2008
Nigeria	0.395	2008	1.605	2008
Sénégal	0.059	2008	0.420	2008
Ouganda	0.117	2005	1.306	2005
Tanzanie	0.008	2006	0.242	2006
Afrique	0.110	2008	0.590	2008

Sources: Élaboré à partir des données fournies par l'OMC
(Global Health Observatory Data Repository)

Au sujet du nombre des établissements de la santé, il n'y a pas de données au Maroc, au Nigeria et en Tanzanie. On ne peut aussi apercevoir qu'une partie de données au Bénin, au Burkina Faso, au R.D.Congo, au Mali et au Sénégal. L'indice du poste de la santé est élevé au Niger et Madagascar et celui du centre de la santé est élevé au Burkina-Faso. Le nombre de l'hôpital de district est un peu au-dessus de la moyenne, par contre celui de l'hôpital de département, de spécialité et d'éducation au tous 11 pays est au-dessous de la moyenne (Voir le tableau 1-6).

Tableau 1-6 Nombre d'établissements sanitaires et hospitaliers
par 100,000 habitants dans 15 pays (2010)

Pays	Niveau primaire		Niveau secondaire		Niveau tertiaire
	Postes de santé	Centres de santé	Hôpitaux de district	Hôpitaux provinciaux	Hôpitaux de Région/Spécialisés/ Recherche
Bénin	—	6.36	0.29	0.06	0.12
Burkina Faso	—	10.35	0.98	0.1	0.02
Burundi	0	6.07	0.39	0.18	0.04
R.D.Congo	—	—	0.44	0.02	—
Erythrée	3.52	1.07	0.3	0.11	0.02
Kenya	8.27	6.55	1.55	0.04	0.02
Madagascar	14.35	0.3	0.37	0.12	0.03
Malawi	0.49	2.53	0.25	0.15	0.03
Mali	—	5.68	0.38	0.05	0.03
Maroc	—	—	—	—	—
Niger	16.07	5.71	0.5	0.07	0.06
Nigeria	—	—	—	—	—
Sénégal	7.81	0.61	0.18	—	—
Ouganda	8.99	3.77	0.34	0.04	0.01
Tanzanie	—	—	—	—	—
Afrique	12.07	5.32	1.44	0.18	1.19

Sources: Élaboré à partir des données fournies par l'OMC
(Global Health Observatory Data Repository)

À 15 pays faisant l'objet de ce programme, les organismes internationaux, les organisations de coopération bilatérale et l'ONG apportent son soutien. Pendant la période de coopération, certes les soutiens appropriés sont offerts, mais après la fin de coopération, la situation se retrouve dégradée. Cela vient de la fragilité du système de santé de chaque pays. On suppose que cette fragilité vient aussi de la basse motivation des personnels de santé et du manque de la conscience responsable dans les établissements de la santé de chaque pays. Bien sûr, il est clair que les manques de ressources ont une mauvaise influence sur les indices de la santé. Mais il semble que cela n'explique tout, si on compare les indices de la santé de la mère et l'enfant et de la maladie infectieuse à ceux des personnels de santé et des établissements de la santé dans ces pays comme le Malawi et la Tanzanie. M. Omaswa, CEO de l'ACHEST (African Centre for Global Health and Social Transformation) a dit que « la basse de la conscience de la possession de chaque pays a pour conséquence le retard de supports, pour dénouer cette situation difficile, il faut deux conceptions : chaque pays doit être un « Agent de changement » et chacun doit adopter « Can do Attitude ».

En vue d'améliorer les services de santé en Afrique, la gestion des établissements est indispensable, à savoir, comment valoriser des ressources limitées pour obtenir les meilleurs résultats. Pour relever ce défi, la JICA met en œuvre depuis 2007 le programme qui vise à introduire progressivement, dans les hôpitaux de quinze pays africains l'approche de « 5S-KAIZEN-TQM », une méthode de gestion à la japonaise.

1-2 Approche 5S-KAIZEN-TQM

1-2-1 Qu'est-ce que 5S-KAIZEN-TQM

5S-KAIZEN-TQM a son origine dans la manière ou l'approche pour améliorer l'administration des entreprises dans le domaine d'industrie en particulier le Japon. On peut le définir ci-dessous.

5S-KAIZEN-TQM a son origine dans la manière ou l'approche pour améliorer l'administration des entreprises dans le domaine d'industrie en particulier le Japon. On peut le définir ci-dessous.

5S : Débarrasser les objets inutiles « Seiri (S1) », ranger les objets « Seiton (S2) », nettoyer des déchets et des poussières « Seiso (S3) », maintenir la propreté de S1 à S3 « Seiketu (S4) », se discipliner selon les articles de S1 à S4 « Shitsuke (S5) ». 5S ne s'effectue pas seulement pour améliorer le manque et la saleté des produits comme son but initial, mais plus largement pour l'amélioration de l'environnement de lieu de travail, l'activation de l'organisation et la restructuration de l'entreprise.

KAIZEN: KAIZEN indique normalement l'action de KAIZEN par le cercle QC², mais la proposition de KAIZEN et l'activité pour l'amélioration du lieu de travail. C'est généralement l'action, en se conformant au cercle de PDCA, pour la solution des problèmes par la participation du fournisseur des services. La méthode de production de TOYOTA (automatisation et méthode de panneaux, etc.) est de la catégorie de KAIZEN.

TQM: On prend TQM au sens étroit comme réalisation de l'activité systématique du cercle de QC. Mais son essentiel est une approche (ensemble des démarches systématiques) pour viser au management de la qualité générale, en utilisant au maximum la toute capacité de l'organisation, par exemple TOC, Six σ , l'introduction de l'ISO, etc.

L'approche 5S-KAIZEN-TQM est caractérisée par l'introduction graduelle de trois démarches de management. La définition de chaque étape est suivante.

- Première étape « 5S » : l'amélioration du cadre du travail, l'évolution de mentalité, la compréhension du processus d'affaires
- Deuxième étape « KAIZEN » : la compréhension structurelle du problème et la solution systématique, l'amélioration de la processus d'affaires

² Un petit groupe menant des activités de KAIZEN dans l'industrie japonaise. C'est une équipe de personnels chargés de l'amélioration continue de la qualité de leurs produits et services. Dans ce programme, il s'agit de WIT (mentionné ci-après), un groupe d'exécution des activités de 5S.

- Troisième étape « TQM » : la gestion autonome de la structure, la réalisation de l'organisation pour la co-crédation de la valeur, l'organisation gagnant la confiance de la communautéd locale

Les activitéd 5S, en tant qu'étape préparatoire pour assurer l'amélioration de la productivité de l'hôpital et de chaque service, visent à l'amélioration de l'environnement de travail (Première Etape). Après l'ancrage des activitéd 5S, les activitéd se dirigent de plus en plus vers celles de résolution des problédms de qualité et de sécurité (deuxième étape) et visent finalement à la réalisation et au maintien de GQT systématique (troisième étape). Au Japon, ces trois approches sont dans la plupart des cas mises en œuvred individuellement. Dans la présente approche, on commence par l'introduction des 5S sans mettre en œuvred KAIZEN depuis le début pour les raisons suivantes : 1) tout le personnel peut facilement comprendre les activitéd 5S, 2) il peut voir le résultat des activitéd 5S de ses propres yeux, les activitéd d'amélioration de l'environnement de travail favorisent la pensée positive du personnel et la construction des relations de confiance dans les lieux de travail et 4) il est possible d'activer le personnel administratif de rang intermédiaire et les équipes de travail. La pensée positive (mentalité positive) et le leadership fort sont indispensables pour la mise en œuvred de cette approche et il importe d'entamer l'amélioration pour le personnel (le client intérieur) surtout dans les pays en voie de développement.

La présente approche remonte à la méthode de gestion de style japonais que les industriels japonais (le fabricant automobile TOYOTA et autres entreprises) ont implantée et tire son origine de la culture traditionnelle japonaise, la cérémonie du thé et l'Omoténashi (hospitalité). L'occasion de développement de cette approche a été donnée par l'introduction de la méthode industrielle aux hôpitaux par Dr. KARANDAGODA, directrice de l'hôpital de Castle Street pour Femmes se trouvant à Colombo la capitale du Sri Lanka. Elle a réussi l'introduction des activitéd 5S, les a généralisées de plus en plus dans l'ensemble de l'hôpital et systématisé la présente approche allant des activitéd 5S à celles GQT en passant par KAIZEN.

Ces dernières années, de nombreux partenaire, comme l'UE (Union Européenne) et l'USAID (United States Agency for International Development) et la GIZ (Deutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit) donnent leur appui aux programmes d'amélioration de la qualité et d'assurance qualité, dans le cadre de l'amélioration du système de santé. Mais dans la plupart des cas, ces programmes sont basés sur la motivation financière et matérielle, ce qui pose des questions au niveau de l'auto-appropriation. Par contre, l'approche 5S-KAIZEN-TQM consistant à former des équipes qui travaillent ensemble sur le terrain, la motivation est plutôt de favoriser le changement positif des comportements à travers des activitéd en équipe, qui permet de développer la pérennisation. Autrement dit, cette approche favorise le développement volontaire plutôt que l'extrinsèque.

1-2-2 Manière de l'introduction de l'approche 5S-KAIZEN-TQM

A la première étape des activités 5S, on place une équipe chargée de l'avancement des activités 5S (organisme antérieur de l'équipe de l'amélioration de la qualité (QIT) au sein de l'établissement médical. En ce qui concerne la mise en place d'une équipe d'amélioration du travail (WIT) dans chaque service, il est nécessaire de l'avancer par la décision hiérarchisée donnée par le directeur de l'établissement médical. L'équipe WIT est un petit groupe composé des volontaires sélectionnés parmi le personnel de chaque service et est demandée de mener les activités 5S en unité de poste de travail pour alléger les inconvénients propres à ce poste. A l'étape d'introduction de la présente approche, l'équipe WIT n'est nécessairement pas placée en tant qu'organisme officiel de l'établissement médical, mais les volontaires peuvent s'organiser en équipe WIT et recevoir une exercice de base.

À l'étape de 5S, il faut que chacun comprenne la différence entre la situation améliorée du lieu de travail convenable à travailler et celle du passé, pleine de problèmes, et puisse saisir le processus d'affaires. Autrement dit, il faut prendre conscience des problèmes : la sensibilité pour les problèmes. Si on prend deuxième étape KAIZEN sans améliorer cette sensibilité, l'activité KAIZEN stagnera.

Après l'ancrage des activités 5S dans l'établissement et tout le personnel comprend leur processus de travail et améliore la sensibilité contre les problèmes de, on avance à une étape suivante KAIZEN. A cette étape, les thèmes de la formation sont passés au renforcement des membres de WIT et du personnel administratif de rang intermédiaire, tel que chefs de service, responsables de laboratoire, chefs d'infirmiers etc. pour renforcer la capacité de chaque service, et ceci en plus de la continuation des activités 5S par l'équipe WIT.

Ensuite, on passe à l'étape de GQT pour accumuler les résultats de KAIZEN en vue de l'amélioration de la gestion de l'ensemble de l'établissement médical en plus des activités de résoudre de divers problèmes. A cette étape, il est nécessaire de renforcer la capacité de la gestion du personnel administratif de premier rang, le directeur et l'établissement médical, les cadres etc.

Et pour que le fournisseur des services devienne créateur du management hospitalier, tous les personnels en tant qu'entrepreneur interne aboutissent à réaliser l'organisation pour la co-création de la valeur. Le patient d'une part a non seulement les prix comme source monétaire, mais l'information sur la maladie comme source importante d'information, en connaissant à fond l'état de sa maladie. D'autre part, l'hôpital a des personnels, des connaissances et des équipes pour soigner des malades. C'est-à-dire il possède la source des informations et des matières. Les deux en formant une équipe peuvent unir toutes les sources. En même temps, à cet environnement et à ce temps, il est possible de partager de la valeur demandée par les deux. Ensuite, l'« expérience partagée » par le processus commun devient une base pour former la valeur demandée Et finalement cette valeur

demandée est créée par le patient et l'hôpital. L'engagement de TQM ne cesse de viser à une organisation qui est capable d'effectuer volontairement la co-crédation de la valeur par tous les personnels. C'est l'« organisation pour la co-crédation de la valeur ».

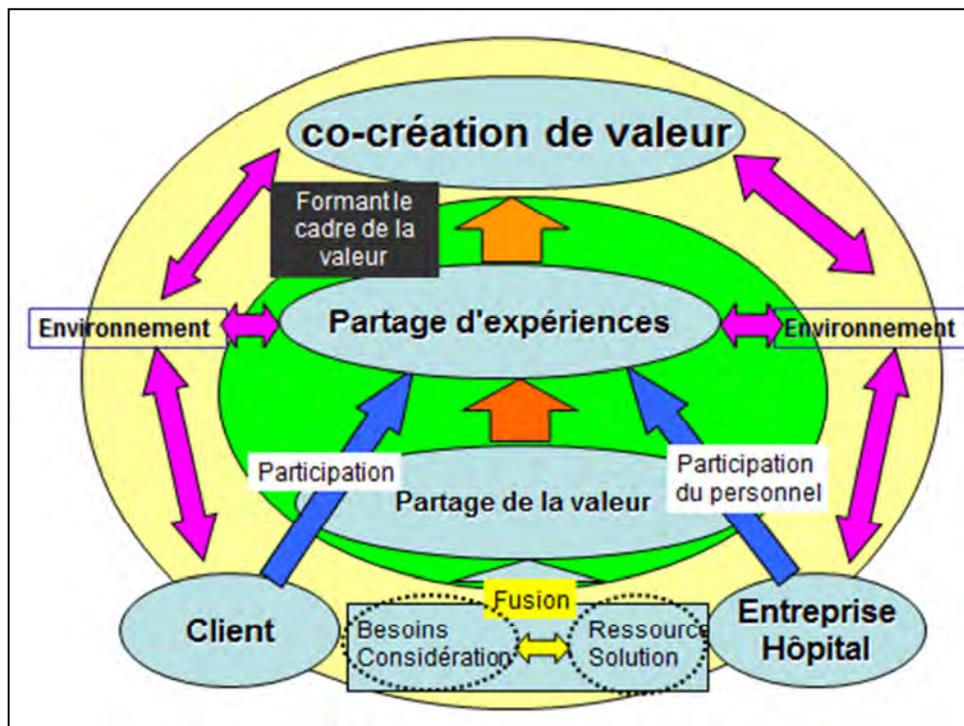


Figure 1-2 Schéma conceptuel du processus de co-crédation de valeur

En outre, cette approche n'est pas mise en œuvre à un seul hôpital. Une fois introduit à l'hôpital pilote, l'approche sera ensuite diffusée à d'autres hôpitaux et aux établissements de santé pour améliorer la qualité des services de santé publics du pays.

Les 2 voies sont nécessaires pour développer et généraliser l'approche «5S-KAIZEN-GQT» au niveau national.

- Voie 1 : développement de 5S-KAIZEN-GQT dans l'établissement médical
- Voie 2 : développement depuis les hôpitaux pilotes à l'échelle nationale

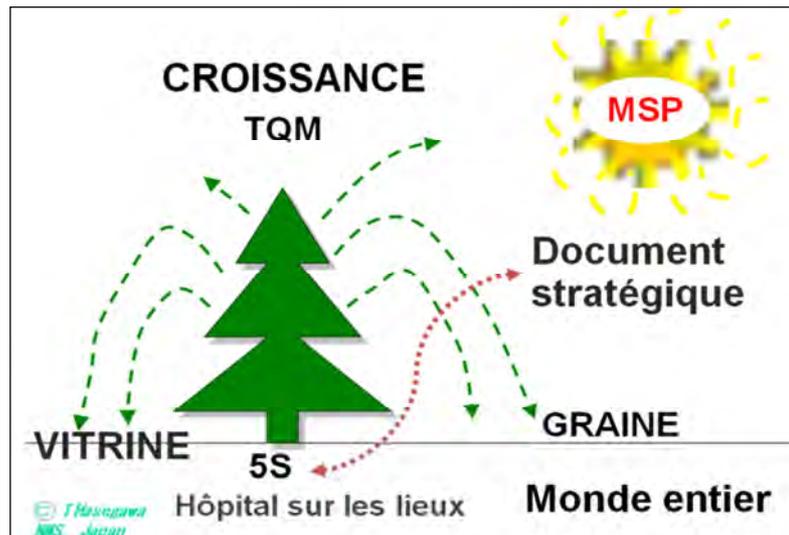


Figure 1-3 Deux voies pour développer l'approche 5S-KAIZEN-TQM au niveau national

La voie 1 consiste en croissance de l'arbre GQT dans les hôpitaux pilotes (Centres d'Excellence) qui doivent mettre en pratique les activités «5S-KAIZEN-GQT» et être les établissements médicaux exemplaires dans le pays. A cette étape, il est important que les organismes de tutelle comme le ministère de la santé accordent leur appui aux activités menées par les hôpitaux pilotes d'une manière appropriée. Une fois que les résultats des activités des hôpitaux pilotes auront été confirmés, les services concernés des organismes compétents tels que le ministère de la santé établissent les stratégies et les directives appropriées sur la base des connaissances acquises à travers les activités et expériences de succès. Il est prévu d'envisager les deux voies lors de l'étape de développement des activités aux établissements médicaux à l'échelle nationale conformément aux dites stratégies et directives. Pour développer les activités d'amélioration des services de santé en utilisant 5S-KAIZEN-GQT, il faut appliquer les voies 1 et 2 en harmonisant ces 2 voies fonctionnellement.

1-3 Le Programme d'amélioration de la qualité des services de sante par 5S-KAIZEN-GQT

1-3-1 Outline of the program

En vue d'améliorer la qualité des services de santé, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a initié en 2007 le programme «GQT pour de meilleurs services hospitaliers » (les détails seront précisés ultérieurement) utilisant une méthode de gestion qualité à la japonaise comme mentionné ci-dessus, dans huit pays d'Afrique (Erythrée, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigéria, Sénégal, Tanzanie, Ouganda). En 2009, ce programme s'est élargi sur sept pays francophones (Bénin, Burkina Faso, Burundi, République Démocratique du Congo, Mali, Maroc, Niger). Ensuite, l'appui a été donné à l'introduction du KAIZEN et au développement des 5S au niveau national, en faveur de tous les 15 pays. Depuis 2011, suite à la réorganisation des groupes par langue, à savoir le groupe anglophone (6 pays) et le groupe francophone (9 pays), le programme a organisé la formation, etc. Par ailleurs, l'approche 5S-KAIZEN-TQM est exploitée sous différentes formes, par exemple l'intégration dans les projets de coopération technique et de coopération financière non remboursable, dans les activités des jeunes volontaires japonais, ou dans les stages de formation du secteur de santé. Dans ce rapport, les programmes et leurs activités sont désignés comme indiqué ci-dessous.

Tableau 1-7 Désignation des programmes et leurs aperçu

Désignation	Contenu
Le Programme d'amélioration de la qualité des services de sante par 5S-KAIZEN-GQT (dit Le programme "Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers")	La désignation générale du programme de coopération visant à introduire et ancrer progressivement les méthodes respectives de 5S-KAIZEN-TQM mise en place depuis 2007.
Le programme "Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers" Étape 1	Le programme de coopération visant à introduire et mettre en œuvre les activités de 5S dans les pays cibles. La durée du programme est d'un an et demi et il est constitué de trois séminaires (introduction, intermédiaire et final/synthèse) et d'une mission de supervision.
Le programme "Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers" Étape 2	Ce programme est destiné aux pays ayant terminé la phase 1 du programme « GQT POUR DE MEILLEURS SERVICES HOSPITALIERS » pour que l'hôpital pilote puisse passer à l'étape KAIZEN après la maîtrise des 5S, et aussi, pour que le ministère de la santé puisse généraliser cette approche au niveau national. Les principales activités sont la formation par thème, la mission de supervision, et le financement des frais de coopération (une fois par an pour chaque volet).

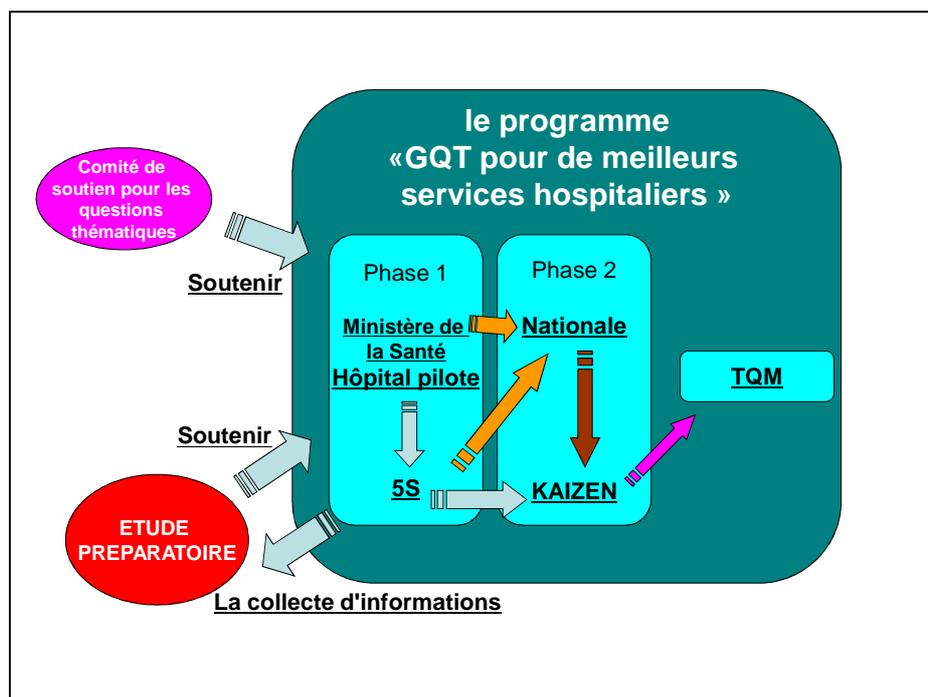


Figure 1-4 L'image de «Le Programme d'amélioration de la qualité des services de sante par 5S-KAIZEN-GQT »

1-3-2 Aperçu du le programme « Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers»

L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a lancé en 2005 le Programme de Co-crédation de savoirs des Asie-Afrique (AAKCP), en vue d'atteindre l'objectif de « la Promotion de la coopération Asie-Afrique » défini par le Gouvernement du Japon lors de la Conférence Internationale de Tokyo sur le Développement de l'Afrique (TICAD) III tenue en 2003.

Dans ce cadre, depuis mars 2007, dans les pays africain a été lancé le programme « Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers » utilisant une méthode japonaise de gestion qualité (5S-KAIZEN-TQM) comme l'approche d'amélioration des services de santé.

Les caractéristiques du « programme Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers » sont les deux points suivants :

- a. Le programme est destiné à la fois au niveau « élaboration de politiques » (administration de santé publique) et au niveau « sur le terrain » (hôpital) qui permet de tirer une synergie des activités à deux niveaux.
- b. Le programme vise à réaliser et généraliser « l'organisation de co-crédation de la valeur » en utilisant la méthode « 5S-KAIZEN-TQM » qui met en œuvre progressivement deux outils de gestion : « 5S » et « KAIZEN ».

Les pays cibles du programme « Gestion de la Qualité Totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers » sont les suivants.

Tableau 1-8 Liste des 15 pays participant au le programme
"GQT pour de meilleurs services hospitaliers"

Groupe anglophones			Groupe francophones		
Partie de l'est d'Afrique	Partie de l'ouest d'Afrique	Partie du sud d'Afrique	Partie de l'ouest d'Afrique	Partie du nord d'Afrique	Partie du sud d'Afrique
Erythrée Kenya Tanzanie Ouganda	Nigeria	Malawi	Bénin Burkina Faso Burundi Mali Niger Sénégal	Maroc	R.D.Congo Madagascar

Par ailleurs, le Tableau 1-9 indique l'aperçu des hôpitaux dans lesquels les activités pilotes ont été mises en œuvre

Tableau 1-9 (1) Aperçu des hôpitaux pilotes du Groupe anglophone

Pays	Hôpital	Lit	Service	Niveau
Érythrée (ERI)	Hôpital général d'Orotta	189 lits	Urgence, Chirurgie, Médecine interne	troisième
	Hôpital de Halibet (2009-)	250 lits	Médecine interne, Chirurgie, Dermatologie	secondaire
Kenya (KEN)	Hôpital national de Mathali (2007-2011)	750 lits	Psychiatrique	troisième
	Hôpital général provincial de Coast (2009-)	700 lits	(Polyclinique)	secondaire
Malawi (MWI)	Hôpital de District de Dowa	144 lits	Chirurgie, Médecine interne, Obstétrique, Pédiatrie, etc	secondaire
	Hôpital de District de Mzimba	290 lits	(Polyclinique)	secondaire
Nigéria (NGA)	Hôpital maternel de l'Île de Lagos	184 lits	Obstétrique, nouveau-né, Examen prénatal, Secours pour les femmes enceintes	secondaire
Tanzanie (TZA)	Hôpital de consultant de Mbeya	477 lits	(Polyclinique)	troisième
Ouganda (UGA)	Hôpital général de Tororo	210 lits	Médecine interne, Chirurgie, Obstétrique, Pédiatrie	secondaire

Tableau 1-9-(2) Aperçu des hôpitaux pilotes du Groupe francophones

Pays	Hôpital	Lit	Service	Niveau
Bénin (BEN)	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)	220 lits	Obstétrique, Nouveau-né, Pédiatrie	troisième
Burkina Faso (BFA)	Centre Hospitalier Régional Banfora (CHR Banfora)	104 lits	Urgence, Pédiatrie, Médecin des maladies internes, Maternité, Chirurgie	secondaire
Burundi (BDI)	Hôpital Prince Régent Charles	495 lits	(Polyclinique)	secondaire et troisième
R.D.Congo (COD)	Clinique Ngaliema	250 lits	(Polyclinique)	secondaire
Madagascar (MDG)	CHU de Mahajanga	392 lits	(Polyclinique)	troisième
	CHU de Fianarantsoa (2009-)	444 lits	(Polyclinique)	troisième
Mali (MLI)	Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou	139 lits	(Polyclinique)	secondaire
Maroc (MAR)	Centre Hospitalier Préfectoral de Salé (2009-2011)	169 lits	Chirurgie, Obstétrique, Trauma, Médecin des maladies internes, Pédiatrie, Urgence, ICU	secondaire
	Centre Hospitalier Provincial de Sidi Kacem (2012-)	168 lits	Médecine interne, Chirurgie, Obstétrique, Pédiatrie, Médecine respiratoire	secondaire
Niger (NER)	Hôpital National de Lamordé de Niamey	253 lits	(Polyclinique)	troisième
Sénégal (SEN)	Hôpital régional de Tambacounda	135 lits	(Polyclinique)	secondaire

Dans « l'étape de 5S » de la phase 1 du programme «GQT pour de meilleurs services hospitaliers », l'approche 5S est introduit dans l'hôpital pilote d'une part, et d'autre part le ministère de la santé prépare une politique de diffusion au niveau national sur la base des résultats obtenus dans l'hôpital pilote ainsi qu'une stratégie de diffusion. La phase 1 du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » a été mis en œuvre de 2007 à 2008 dans 8 pays anglophones, puis de 2009 à 2010 dans 7 pays francophones.

« Etape de 5S : amélioration de l'environnement de travail »

- a. Séminaire d'introduction : Explication de cette approche aux responsables de la qualité/sécurité des services médicaux au sein du ministère de la santé ainsi qu'aux directeurs des hôpitaux pilotes, et présentation dans chaque pays.
- b. Séminaire intermédiaire : Organisation du séminaire sur la mise en œuvre de 5S destiné aux

cadres intermédiaires des hôpitaux pilotes, préparation du plan d'action.

- c. Mise en route des activités de 5S : Sur la base du plan d'action élaboré dans le cadre de (b), chaque hôpital pilote lance les activités pilotes de 5S, et le ministère de la santé commence à examiner la qualité et la sécurité des services médicaux (pendant 1 ans).
- d. Mission de supervision : Suivi sur place assuré par les personnes ressources japonaises et sri-lankaises (membres du comité de coopération thématique).
- e. Séminaire de synthèse: Présentation des résultats des activités pilotes de 5S et partage des expériences.

Par la suite, ont été organisés la formation par région « Amélioration de la qualité de services de santé par 5S-TQM » visant à passer à « l'étape de KAIZEN-TQM » sur la base des résultats du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers », ainsi que la mission de supervision afin d'accompagner les activités sur place (Phase 2 du programme «GQT pour de meilleurs services hospitaliers »).

La formation par région a été mise en œuvre de 2009 à 2010 pour 8 pays anglophones en principe, et en 2011 pour le groupe anglophone et le francophone séparément, puis en 2012 pour 9 pays francophones. La mission de supervision était envoyée à tous les pays cibles jusqu'en 2010, mais depuis 2011, cette mission est mise en œuvre en répondant aux besoins de chaque pays.

« Etape de KAIZEN-TQM : Amélioration du processus de travail »

- a. Organisation de la formation (Etape KAIZEN-TQM) : Chaque année, confirmer l'état d'avancement de chaque pays, organiser des cours et séminaires sur le KAIZEN pour élaborer le document de stratégie et le plan d'action. A partir de la deuxième année, passer en revue le contenu de la formation sur la base de l'état d'avancement des activités de chaque pays, confirmé dans le cadre de la mission de supervision.
- b. Elaboration de la politique et sa diffusion au niveau national par le ministère de la santé: le ministère de la santé de chaque pays élabore une politique sur la qualité et commence la diffusion au niveau national des activités de 5S.
- c. Démarrage des activités de KAIZEN : L'hôpital pilote se met à introduire des activités de KAIZEN.
- d. Mission de supervision : Effectuée une fois par an.

En outre, « l'étude préparatoire de la coopération » est effectuée depuis décembre 2009, en vue d'assister un bon déroulement du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers », de la formation par région et de la mission de supervision.

Le figure 1-5 de la page suivante indique le résumé des rapports entre le programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers », la formation par région et l'étude préparatoire de la coopération.

Année	Groupe	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.
2007	Groupe 1	Etape de 5S Exécution du Projet pilote (5S) Séminaire d'introduction (5S) (mars) Séminaire intermédiaire (5S) (juin)											
		Etape de 5S Exécution du Projet pilote (5S) continue Etude sur l'encadrement ambulant (EEA) (janvier)											Séminaire final (5S) (nov.)
2008	Groupe 1	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) Séminaire d'introduction (KAIZEN) (sept.)											
		Etape de 5S Exécution du Projet pilote (5S) Séminaire d'introduction (5S) (mars)											
2009	Groupe 1	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) (Continue) EEA (janvier) Séminaire intermédiaire (KAIZEN) (juin) EEA (oct.)											
	Groupe 2	Etape de 5S Exécution du Projet pilote (5S) (Continue) EEA (janvier) Séminaire final (5S) (sept.)											
	Prep. Survey	Lancement EEA+Etude (janvier) Séminaire ouvert (juin) Formation renforcement compétences (sept.) Appui au séminaire (oct.) EEA+Etude (nov.)											
2010	Groupe 1	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) (Continue) EEA (janvier) Séminaire intermédiaire (KAIZEN) (sept.) EEA (nov.)											
	Groupe 2	Etape de 5S Exécution du Projet pilote (5S) (Continue) EEA (janvier) Séminaire final (5S) (sept.)											
	Prep. Survey	Lancement EEA (janvier) Rédiger le rapport (février) Appui au séminaire (sept.) EEA+Etude (nov.)											
2011	Groupe 1	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) (Continue) EEA (janvier) Séminaire intermédiaire (KAIZEN) (sept.) EEA (nov.)											
	Groupe 2	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) GHWA Forum mondial (janvier) Séminaire d'introduction (KAIZEN) (sept.)											
	Prep. Survey	Lancement EEA (janvier) Rédiger le rapport (février) Appui au séminaire (sept.) EEA+Etude (nov.)											
2012	Groupe 1	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) (Continue) EEA (janvier) EEA (nov.)											
	Groupe 2	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) (Continue) EEA (janvier) Séminaire intermédiaire (KAIZEN) (au Japon) (sept.) Séminaire intermédiaire (KAIZEN) (au Sénégal) (oct.) EEA (nov.)											
	L'étude pré paratoire	Lancement EEA+Etude (janvier) Appui au séminaire (sept.) EEA+Etude (nov.)											
2013	Groupe 1	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) (Continue) EEA (janvier)											
	Groupe 2	Etape de KAIZEN Exécution du Projet pilote (5S→KAIZEN) (Continue) EEA (janvier)											
	L'étude pré paratoire	Lancement EEA+ Rédiger le rapport (janvier)											

Figure 1-5 Chronologie du le programme "GQT pour de meilleurs services hospitaliers"

Chapitre 2 Enquête Préparatoire

Chapitre 2 Enquête Préparatoire

2-1 Résultats de l'étude précédente

Comme mentionné plus haut, l'approche 5S-KAIZEN-TQM est exploitée pour d'autres projets que le programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » et les activités des jeunes volontaires japonais. Cependant, ces projets et activités étant menés dans chaque pays et par projet jusqu'à présent, leurs résultats et leçons ne sont pas partagés. En vue d'établir un système interrégional de coopération, tout en considérant les activités d'amélioration des hôpitaux en Afrique comme le « Programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-TQM », il est nécessaire de confirmer la situation, l'état d'avancement et les résultats des activités déjà exécutées pour les systématiser. Par ailleurs, en vue de mieux faire connaître l'approche de 5S-KAIZEN-TQM comme une méthode universelle, il faudra clarifier les résultats de cette méthode basée sur le fondement.

Dans cette optique, l'étude préparatoire de la coopération a été mise en œuvre de décembre 2009 à mars 2011 en vue d'établir le « Programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-TQM ». L'objectif, les activités menées, les résultats de l'étude ainsi que les recommandations sont comme indiqués ci-dessous.

(1) Objectifs

- a. Vérification des impacts de coopération : Suivi de l'état de mise en œuvre et revue des résultats dans chaque pays.
- b. Appui à la mise en œuvre : Etat d'exécution du plan d'action et élaboration de la stratégie de diffusion dans chaque pays.
- c. Examen de la possibilité de collaboration avec la politique du pays et d'autres partenaires : Appui à l'élaboration de la politique du pays, confirmation de l'état de coopération des organisations internationales et des bailleurs de fonds dans le domaine de la qualité/sécurité des services de santé.
- d. Partage des résultats de cette approche à travers la publication et la communication.
- e. Appui à la formulation des projets concernés dans chaque pays.

(2) Activités

- a. Revue des résultats de coopération du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » (confirmation de l'état d'avancement de ce programme, extrait des de bonnes pratiques et défis ainsi que des résultats et points à améliorer de la formation organisé dans le cadre de ce programme).
- b. Systématisation et diffusion des résultats/expériences obtenus dans le processus de la formation et de la mise en œuvre du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » (préparation du site web, de la lettre d'information, du texte standard et des documents ; appui à l'organisation des séminaires internationaux et publics et des formations de renforcement des capacités ; mise en

œuvre des activités de communication). Vérification de la possibilité de coopération complémentaire avec d'autres méthodes en matière d'amélioration de la qualité des services de santé.

- c. Appui à l'élaboration d'un programme régional sur la base du résumé des orientations et des activités du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers ».
- d. Appui à la mise en œuvre des projets pilotes existants dans les pays cibles, et appui à la formulation de projets.

(3) Résultats de l'étude

- a. De nombreux pays ont commencé à généraliser des activités de 5S, et à élaborer la stratégie d'amélioration de la qualité des services médicaux. Le plan a été déjà en phase d'exécution.
- b. Il a été confirmé que la Tanzanie, le Nigéria et l'Ouganda ont déjà commencé des activités de passage à l'étape de KAIZEN, et Madagascar et le Sénégal en essaient.
- c. L'évaluation du processus de 5S à l'aide de la feuille de suivi démontre la situation suivante. Dans les pays du groupe 1, les S1 (seiri), S2 (seiton) et S3 (seiso) sont en général bien maîtrisés sous le leadership fort, mais concernant les S4 et S5, des écarts accroissent en matière d'avancement de chaque pays. Quant au groupe 2, les activités de 5S sont bien menées grâce au leadership confirmé, mais l'état de progrès varie selon le pays.
- d. Le bon fonctionnement de « introduction étape par étape », « Développement du leadership », « changement de comportement » visés par ce programme a été confirmé. Egalement, l'efficacité est confirmée concernant « démarches auprès des hôpitaux et de ministère de la santé », « combinaison de la formation et de la mission de supervision », « Formation du groupe clé » qui constituent le mécanisme d'un bon déroulement de cette approche.
- e. Parmi les informations de base et celle sur la revue des résultats qui sont collectées, chaque hôpital conserve d'une façon systématique l'information relative à la situation financière et à l'offre des services médicaux. Par contre, l'information sur la gestion hospitalière et la sécurité ainsi que d'autres éléments facilitent l'évaluation des effets de 5S ne sont pas mesurés régulièrement.
- f. De nombreuses personnes ont répondu qu'il serait facile d'utiliser les résultats des formations dans leur lieu de travail, mais certains ont signalé que ces résultats ne pourraient pas suffisamment contribuer à l'obtention des ressources financières pour la mise en œuvre de 5S.
- g. Il a été confirmé que les organisations internationales notamment l'OMS et d'autres partenaires mettent en œuvre des activités d'amélioration de la qualité des services de santé, et qu'ils s'intéressent beaucoup à cette approche.
- h. On a pu présenter cette approche aux chercheurs et spécialistes japonais dans le domaine de la santé internationale ainsi qu'aux bailleurs de fonds et organisations internationales, à travers de différentes activités comme l'organisation des séminaires publics, la préparation des documents techniques, l'envoi des lettres d'informations, l'atelier de renforcement des capacités dans le cadre du Forum mondial de l'Alliance Mondiale pour les personnels de santé, etc. Ainsi, on a

réussi à mieux faire connaître l'originalité de cette approche.

(4) Recommandations

- a. En vue d'appuyer l'introduction et la diffusion efficaces de l'approche 5S-KAIZEN-TQM avec la compréhension correcte, il est souhaitable de : 1) élaborer les orientations générales pour introduire et diffuser cette approche, 2) favoriser le partage d'information telle que les connaissances, l'état d'avancement et les résultats de l'approche, 3) s'acquérir les ressources (humaines) contribuant à la diffusion de l'approche, 4) établir un système suivant - la personne chargée de ce programme s'occupe de la formation par région (principales activités) et son suivi, et laisse faire à chaque responsable la gestion des autres projets.
- b. A travers la standardisation des activités nécessaires à l'approche 5S-KAIZEN-TQM ainsi que le partage d'information entre les acteurs, il sera possible de gérer le programme de façon efficace. Par ailleurs, pour la diffusion de cette approche, il est nécessaire de montrer précisément son efficacité, et de transmettre l'information pour augmenter le nombre de personnes comprenant et soutenant cette approche et sa diffusion.
- c. Les résultats de ce programme ont été vérifiés dans le cadre de l'étude précédente, et reconnus sur le plan international. Cependant, il est très important de systématiser ce programme y compris l'étape de KAIZEN, et de montrer sa stratégie future, pour faire connaître l'efficacité de ce programme.

2-2 Objectifs de cette étude

En vue de mettre en pratique les recommandations précitées, l'étude préparatoire de la coopération a été prolongée jusqu'à mars 2013. Les objectifs de l'étude prolongée est de : passer en revue les résultats de la coopération dans « l'étape de l'introduction de KAIZEN-TQM ; vérifier la collaboration et la complémentarité avec d'autres projet dans le domaine de la santé (projet de coopération technique, de coopération financière non remboursable, activités de jeunes volontaires japonais (JOCV)) ; et enfin, systématiser le programme en tenant compte de la conformité avec des tendances de la santé internationale, des organisations internationales et partenaires, afin d'établir une stratégie visant la diffusion et l'ancrage du programme.

Les résultats attendus sont les suivants :

- a. Les résultats du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » jusqu'à présent sont vérifiés (y compris la revue des résultats de l'étape de l'introduction de KAIZEN dans les pays du groupe 1).
- b. En vue de systématiser les résultats et expériences du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers », les informations sont analysées et diffusées (révision des textes 5S-KAIZEN-TQM, diffusion d'information par le site web, etc.).
- c. Les orientations et les activités de la coopération utilisant les résultats du programme « GQT pour

de meilleurs services hospitaliers » sont analysées pour élaborer une stratégie concrète.

- d. Conformément à la stratégie mentionnée dans (c.) ci-dessus, l'appui aux activités pilotes et le suivi sont mis en œuvre dans chaque pays. Sur la base de telles actions, les activités futures comme la formulation de projets sont examinées.

L'étude préparatoire consiste à faire le suivi des activités pilotes dans 15 pays africains dans lesquels le programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » est mise en œuvre, à apporter une aide technique, à organiser la formation par région, et à confirmer la position de cette approche dans le secteur de la santé internationale par le biais de l'étude auprès du siège de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), de l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé, Burkina Faso), du Centre Régional pour la Qualité des Soins de Santé (Ouganda).

2-3 Système d'exécution

Le système d'exécution de cette étude préparatoire est comme indiqué dans la Figure 2-1. Cette étude est exécutée avec la JICA et les membres du comité de coopération thématique travaillant pour le programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers ». Le consultant a assumé des tâches administratives pour faciliter la gestion globale de l'étude, d'une part, et d'autre part assuré la prise de contact et la coordination avec la JICA et les membres du comité de coopération thématique, voire la collaboration avec les organisations et institutions concernées par ces activités, comme les personnes chargées du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » dans les pays cibles, etc.

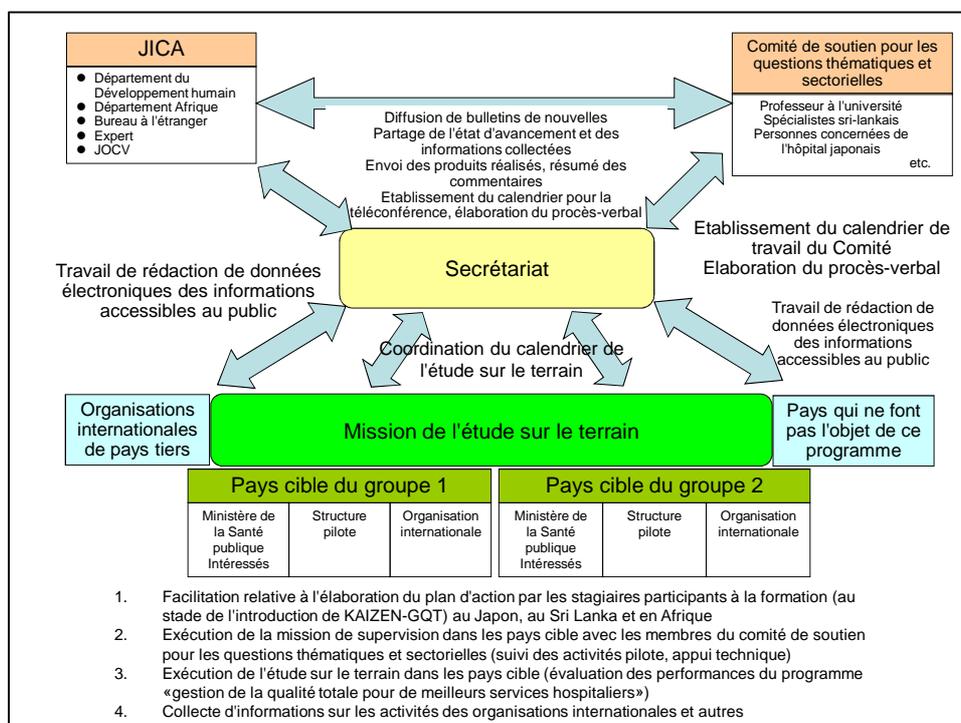


Figure 2-1 Système de mise en œuvre

2-4 Eléments faisant l'objet de l'étude et des activités

Le contenu de cette étude est varié : appui aux activités relatives au programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers », vérification des impacts du programme, élaboration de la stratégie future, etc. La figure 2-2 de la page suivante montre le résumé des processus de l'étude.

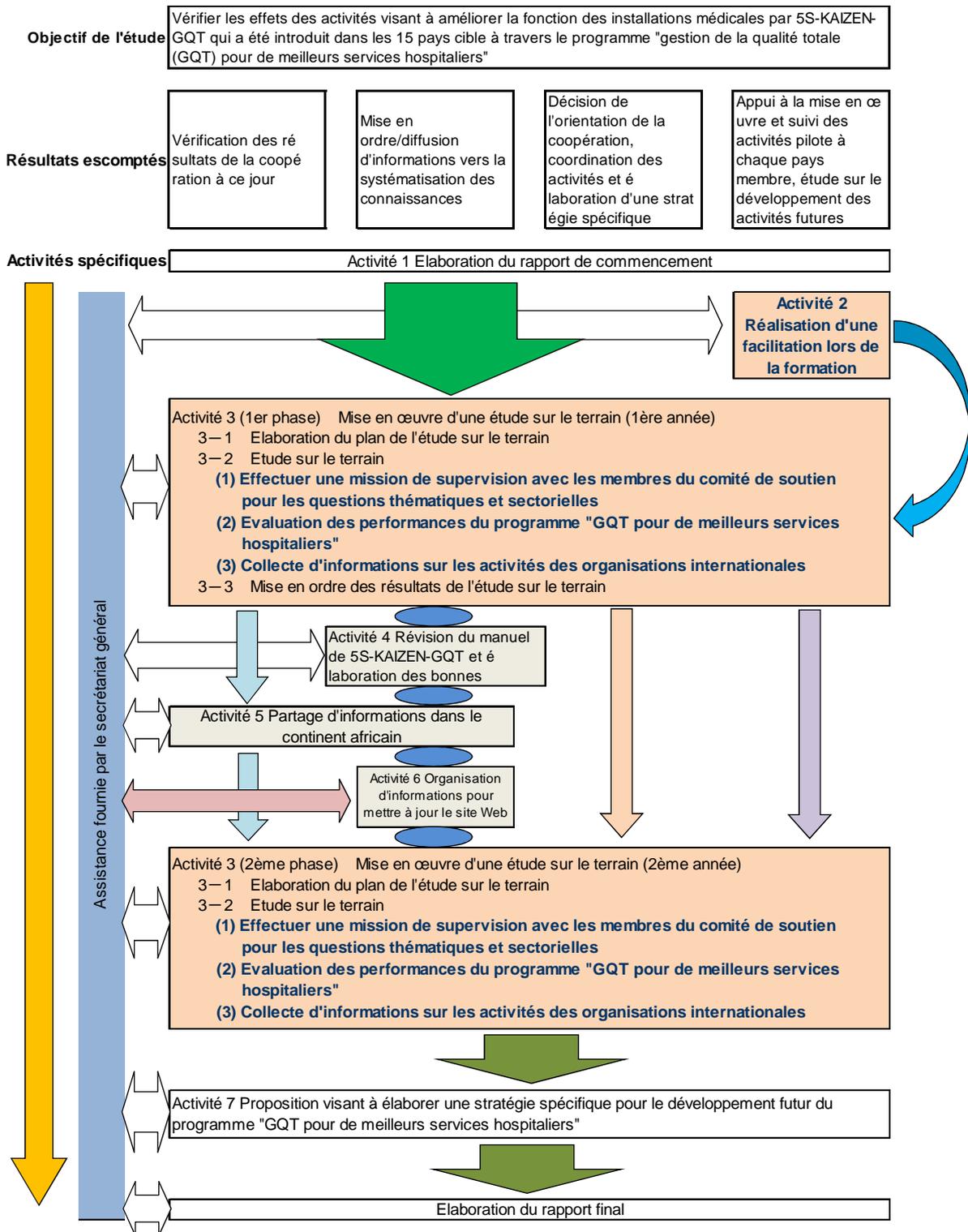


Figure 2-2 perçu du déroulement des travaux basés sur les activités

Les principales activités pour réaliser les résultats de cette étude sont les suivantes.

(1) Appui à la formation

Le chef du projet 5S-KAIZEN-TQM ainsi que son équipe participent, en qualité de facilitateurs, à la formation au Japon, au Sri Lanka et en Afrique (Etape de l'introduction de KAIZEN-TQM), organisée par le Centre International de Tokyo de la JICA, en vue d'aider l'élaboration du plan d'action préparée par les stagiaires (Activités 2).

(2) La mise en œuvre de l'étude sur le terrain

- 1) Effectuer la mission de supervision dans les pays cibles avec les membres du comité de coopération thématique (Suivi des activités pilotes, appui technique). (Activités 3).
- 2) Faire la revue des résultats du programme « GQT pour de meilleurs services hospitaliers » dans les pays cibles, effectuer l'étude sur la politique existante relatives à la qualité des services médicaux ainsi que le système d'exécution dans les pays cibles (Activités 3).
- 3) Discuter avec les organisations internationales et d'autres partenaires exécutant les projets/programmes concernés dans le cadre de la mission de supervision et l'étude de revue des résultats de la coopération. Saisir le contenu des activités relatives à l'amélioration de la qualité des services de santé sur la plateforme de l'OMS ou celle établie en Afrique.

(3) Autres

En vue de réaliser les résultats de cette étude en appuyant les activités de l'étude citées plus haut, les actions suivantes seront mises en œuvre.

Chapitre 3 Les procédures d'enquête et d'activités

Chapitre 3 Les procédures d'enquête et d'activités

3-1 Soutien à la formation

Les objectifs de cette formation sont les suivants :

- 1) promouvoir la préparation pour la transition vers la phase KAIZEN dans les hôpitaux pilotes
- 2) faire apprendre aux hôpitaux pilotes l'organisation assurant la transition vers KAIZEN et le processus du renforcement des capacités au sein de leur personnel.

Cette formation a été améliorée grâce aux propositions faites lors de la formation précédentes. Elle a davantage explicité le chemin allant de 5S à KAIZEN et les compétences exigées tout en adoptant la méthode participative qui confie l'initiative aux participants pour les questions réponses et les présentations faites dans le cadre des séminaires. L'équipe de cette étude préparatoire a contribué au déroulement de cette formation en y apportant le soutien logistique, tels que conseils à la programmation réalisé par la JICA Tokyo et aides au bon déroulement du programme.

La première formation a eu lieu du 29 août au 8 septembre 2011 au Japon, et du 9 au 16 septembre 2011 au Sri Lanka. Elle est destinée au deuxième groupe travaillant sur l'introduction de KAIZEN-TQM. Le contenu est focalisé sur l'ancrage de Seiketsu-Propreté (S4) et de Shitsuke-Se discipliner (S5) et sur l'introduction de KAIZEN. Le programme est conçu pour que la progression de chaque pays participant puisse constatée de façon transversale. Au cours de la formation, l'accent est mis sur le fait que l'ancrage de S4 et de S5 constitue une condition nécessaire pour la transition vers KAIZEN. Et la rédaction du plan d'action est dirigée de sorte que celui-ci s'accorde bien avec la progression de chaque pays participant d'une manière pragmatique. D'ailleurs, le Sénégal et le Madagascar, qui faisaient partie jusqu'alors du premier groupe, ont rejoint le deuxième groupe. L'expérience et le savoir-faire des participants de ces deux pays ont été mis à profit pour le reste des participants.

La deuxième formation s'est effectuée du 17 au 25 septembre 2011 au Japon, et du 26 octobre au 4 novembre en 2011 en Tanzanie. Elle est destinée au premier groupe qui a déjà reçu 2 formations précédentes. Le contenu est focalisé sur le TOT (TOT: Training of Trainers), c'est-à-dire la formation d'entraîneurs censés assurer la propagation de KAIZEN. Les pays participants étant proches les uns des autres excepté le Nigéria et l'Erythrée, les possibles collaborations sous-régionales et avec les autres projets de la JCIA (coopérations techniques en Tanzanie et en Ouganda, spécialistes envoyés au Malawi, chargés d'étude travaillant au Kenya, etc.) sont prises en compte dans la rédaction

La troisième formation a eu lieu du 3 au 13 août au Japon et du 17 au 25 septembre 2012 au Sénégal. Cette formation est destinée au deuxième groupe qui a déjà passé la première formation. La progression du plan d'action et la réalisation des conseils donnés lors de l'encadrement ambulancier y sont constatées. La programmation a été réalisée en s'appuyant sur la progression de chaque pays

participant et en mettant à profit les acquis accumulés par le premier groupe.

Selon l'évaluation faite par les participants, ceux-ci ont atteint, semble-t-il, les objectifs de la formation. Mais l'activité KAIZEN n'est engagée que dans ces 8 pays : le Bénin, la RDC, le Kenya, le Madagascar, le Mali, le Nigéria, la Tanzanie et l'Ouganda.

3-2 Mise en œuvre de l'enquête terrain

3-2-1 Encadrement ambulancier et étude de la revue des résultats

L'encadrement ambulancier et l'étude de la revue des résultats sont définis aussi bien comme une des activités de suivi après le stage de formation « Amélioration de la qualité des services de santé (étape préparatoire pour KAIZEN-TGM) », que comme celle de la collecte des évidences qui servent de base pour la systématisation de l'enquête préparatoire de la collaboration. Dans ce cadre, les membres du comité de soutien technique effectuent les visites d'encadrement afin de favoriser la mise en place et la propagation nationale de 5S-KAIZEN. Parallèlement, l'étude de la revue des résultats porte sur l'avancement du plan d'action élaboré lors du stage de formation.

L'équipe de cette étude a visité les pays qui ont émis une demande. Elle a effectué l'encadrement ambulancier dans les hôpitaux pilotes et collecter les données nécessaires pour constater les résultats de la coopération. Par la suite, les conseils et les propositions ont été formulées concernant le soutien futur, les activités à réaliser et les projets connexes déjà entamés, à l'égard des hôpitaux pilotes, des bureaux locaux de la JICA, et des gouvernements. Le détail de ce soutien est repris dans le tableau 3-1.

Tableau 3-1 Soutiens apportés à chaque pays participant

Pays cibles	2011	2012
Bénin		- Encadrement ambulancier (plusieurs hôpitaux y compris l'HOMEL)
Burkina Faso		- Appui à l'élaboration de la stratégie de vulgarisation du ministère de la Santé pour déployer à l'échelle nationale le résultat de l'approche des 5S dans l'hôpital pilote (présentation de cas d'autres pays, points à retenir au moment de l'élaboration de la stratégie et conseils techniques sont envisagés)
Burundi		- Environ 1 semaine sur le terrain, à la période d'exécution de la formation TOT
Érythrée	- Encadrement aux directives et au déploiement à l'échelle nationale - Encadrement au 「KAIZEN」	- Suivi d'avancement du plan d'action - Conseil à l'élaboration des directives
Kenya	- Appui à la participation et à la mise en œuvre de la TOT	- Conseil et encadrement au déploiement à l'échelle nationale et au passage vers KAIZEN
R.D. Congo	- Appui à la tenue de l'atelier de suivi du plan d'action de l'atelier de vulgarisation des 5S-KAIZEN-TQM de l'année dernière - Appui à la vulgarisation dans les 2 provinces de proximité	- Etude d'encadrement ambulancier
Sénégal	- Encadrement ambulancier au Sénégal et au Mali. Au Mali, les personnes concernées ont joint à la mission et visité les cas de réussite.	- Etude d'encadrement ambulancier (une évaluation conjointe avec le Mali a été effectuée)
Nigéria,	- Concertation avec le projet de renforcement de la santé mère et enfant de la JICA - Appui à la vulgarisation des 5S dans les hôpitaux relevant du ministère de la Santé fédéral	- Suivi d'avancement du plan d'action par l'étude d'encadrement ambulancier - Mise en œuvre du séminaire de suivi des 5S au profit du personnel des hôpitaux relevant du ministère de la Santé fédéral

Pays cibles	2011	2012
Madagascar	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi et encadrement - Echange d'opinions sur la combinaison des « soins de maternité humanisés » et les méthodes des 5S - Concertation et autres sur l'organisation d'appui aux activités du ministère de la Santé 	- Suivi du degré de mise en œuvre des propositions formulées au moment de l'encadrement ambulatoire de novembre 2011 par les hôpitaux pilotes et le ministère de la Santé
Malawi	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à la participation à la TOT - Conseils aux directives - Participation partielle et conseils au deuxième atelier sur les 5S organisé par JOCV et homologues 	- Etude d'encadrement ambulatoire
Mali	- Encadrement ambulatoire au Sénégal et au Mali. Au Mali, les personnes concernées ont joint à la mission et visité les cas de réussite.	- Mise en œuvre conjointe au Sénégal. Confirmation de l'état d'avancement des activités et concertation sur la base de la présentation par les participants du Mali
Maroc	/	- Tenue du séminaire sur les 5S-KAIZEN-TQM au profit du secrétaire gén. ral et directeurs du ministère de la santé

(1) Éléments étudiés

Les éléments étudiés, les objectifs et la méthode employée sont mentionnés dans le tableau 3-2. Le détail de chaque méthode sera décrit dans les pages suivantes.

Tableau 3-2 Éléments, étendue et méthode de l'étude

Éléments	Étendue	Méthode
Confirmer l'état d'avancement du plan d'action	Hôpital pilote	Étude à l'aide de questionnaire, Interview,
Confirmer l'état d'avancement des activités de 5S-KAIZEN	Hôpital pilote	Evaluation à l'aide de la fiche de contrôle
Gestion d'hôpital, sections cliniques	Hôpital pilote	Étude à l'aide de questionnaire, Interview, Collecte des informations secondaires
Activités menées par le Ministère de la Santé en vue d'améliorer la qualité des services de santé	Ministère de la Santé, Administration	Étude à l'aide de questionnaire, Interview
Mesures prises par les organisations internationales et les autres bailleurs de fonds	Organisations faisant l'objet de l'étude	Interview
Activités Supporting basés sur la demande des pays bénéficiaires	Organisation Requested	Séminaire, formation sur le tas, etc

L'encadrement ambulatoire est effectué à l'aide de la feuille d'observation et de contrôle. En fonction de l'objectif fixé à chaque visite, et du niveau attendu à l'égard de chaque hôpital pilote, les modalités de l'encadrement sont déterminées en collaboration avec la section du développement humain de la JICA et les membres du comité de soutien technique.

Le comité d'étude a expliqué, au ministère de la santé et aux responsables de l'hôpital (directeur et membres du comité 5S), les objectifs visés par l'encadrement et la revue des résultats, la signification et l'importance du questionnaire et de l'étude de temps, la définition de chaque donnée demandée et la méthode pour mesurer celle-ci. Tout ceci est fait pour demander à chaque hôpital de rendre le questionnaire et de bien comprendre l'enjeu de l'étude de temps.

(2) Aperçu des méthodes d'enquête et les résultats

1) Vérification de l'avancement du plan d'action

15 pays participant à ce programme ont déjà rédigé, au cours du stage de formation, le dossier stratégique censé se concrétiser par un plan d'action. Dans le cadre de cette étude, les interviews sont réalisées avec les membres du comité 5S pour en vérifier l'avancement. Quand un certain retard est constaté dans la réalisation du plan, le comité cherche à savoir, dans la mesure du possible, quelle en est la cause.

Le dernier document stratégique a été rédigé en novembre 2011 (pays anglophones) et en décembre 2012 (pays francophones). Concernant les hôpitaux pilotes qui n'ont pas participé à la formation, la progression a été mesurée en basant sur le plan d'action inclus dans le document stratégique.

Sur le degré d'accomplissement du plan d'action, une avancée relativement marquée a été constatée dans les hôpitaux soit dirigés par le leadership du directeur (Clinique Ngaliema en RD Congo et Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali), soit par le bon fonctionnement de la QIT (Hôpital maternel de l'Île de Lagos au Nigeria, CHU de Majunga au Madagascar). Par contre, la stagnation a été constatée dans les hôpitaux qu'avaient quitté le leader ou les membres de QIT. Ceci montre, semble-t-il, que la progression des activités dépend largement de l'attitude du leader et le fonctionnement de la QIT.

2) Vérification de l'avancement de 5S-KAIZEN

L'étude précédente a d'abord utilisé la feuille d'observation et de contrôle apparue dans le dossier de la Tanzanie pour vérifier l'avancement de 5S-KAIZEN-TQM. Ensuite, cette feuille tanzanienne a été revue et rééditée à l'occasion du deuxième encadrement ambulatoire de l'étude précédente pour y introduire les indices plus objectifs.

Le processus de vérification à l'aide de cette feuille d'observation et de contrôle est le suivant :

- a. Par avance, le comité demande les informations concernant l'avancement de 5S au ministère de la

santé et aux responsables des hôpitaux pilotes. En même temps, l'objectif, le sens et les modalités de l'encadrement ambulancier sont expliqués avec la feuille de contrôle envoyée préalablement.

- b. Sur la base de la feuille de contrôle, les membres du comité, les représentants d'hôpital, et le chargé d'évaluation du ministère de santé effectuent l'encadrement ambulancier pour donner des conseils.
- c. L'évaluation est faite suivant la feuille de contrôle.
- d. Sont donnés le feedback de l'évaluation, les problèmes à résoudre et les conseils pour trouver une perspective future.

Grace à ce processus d'évaluation, les personnes concernées de l'hôpital, tels que directeur de l'hôpital et membres de la QIT, ont pu saisir l'avancement de leurs activités et les défis à relever pour réaliser la totalité de 5S, ce qui a approfondi la compréhension sur 5S-KAIZEN-TGM. Les chargés de mission du ministère de santé y ont leur aussi participé pour vérifier où en étaient les hôpitaux pilotes.

Pour mener l'enquête sur KAIZEN, la feuille de contrôle est utilisée pour constater le processus de KAIZEN dans les hôpitaux pilotes ou les services pilotes, de la même façon que l'évaluation de 5S. Quant aux hôpitaux pilotes qui n'ont pas encore entamé les activités KAIZEN, la discussion est menée sur les activités à réaliser pour passer à KAIZEN avec les bons exemples des activités 5S.

La feuille d'observation et de contrôle se divise en deux parties : 5S et KAIZEN. Pour 5S, 6 éléments sont évalués, à savoir leadership, S1 (séparer), S2 (systématiser), S3 (salubrité), S4 (standardiser) et S5 (se discipliner) à l'aide des questions permettant de constater la réalisation de chaque élément. Chacune de ces questions est posées pour obtenir la réponse en 5 degré. Le total des réponses forme ainsi une note pour chaque élément, qui est par la suite convertie en pourcentage sur la note maximum. Le pourcentage ainsi obtenu représente le taux d'accomplissement. Les résultats de l'évaluation sont transformés en diagramme de Kiviat et transmis aux personnes concernées de chaque pays comme feedback.

L'évaluation de Kaizen s'effectue sur les 6 critères représentés en abréviation : PQMSCD (Productivity, Quality, Morale, Safety, Cost, Delivery). Les hôpitaux pilotes et les services pilotes ayant atteint l'étape de KAIZEN sont évalués à l'aide de la feuille d'observation et de contrôle.

Mais lors de l'encadrement ambulancier réalisé en 2012, aucun hôpital pilote ne pouvait faire l'objet de l'évaluation sur KAIZEN. Par conséquent, celle-ci n'est pas encore réalisée.

L'évaluation à l'aide de la feuille de contrôle était censée être appliquée à l'ensemble de l'hôpital, alors qu'en réalité, par la nécessité de tenir en compte la demande émise par les partenaires locaux, la méthodologie variait d'un pays à l'autre, d'une équipe d'étude à l'autre. D'ailleurs, l'encadrement ambulancier de 2012 devait s'adapter à la progression et à la demande de chaque hôpital, ce qui a causé une modification dans les modalités d'évaluation et les services évalués.

Tableau 3-3 Méthode employée pour l'évaluation à l'aide de la feuille de contrôle

	Évaluation portant sur chaque service	Évaluation portant sur l'ensemble de l'hôpital
Équipe d'étude (spécialistes) seulement	Dowa (MWI) Mzimba (MWI)	
QIT seulement	Mbeya (TZA) Troro (UGA)	Orotta (ERI) Halibet (ERI) CHUF (MDG) Nianankoro Fomba (MLI) Clinic Ngaliema (COD)
Équipe d'étude et QIT	Lagos (NGA) CPGH (KEN)	CHUM (MDG) HOMEL (BEN) Banfora (BFA) HPCR (BDI) Tambacounda (SEN)
Pas encore réalisé	Maroc	
inconnu	Niger	

*: Les hôpitaux qui ont réalisé l'évaluation seulement par leur QIT avaient déjà connu l'expérience d'accepter l'équipe d'étude pour obtenir une évaluation en collaboration avec leur QIT. Ils ont appliqué à leur propre initiative la méthodologie de l'équipe d'étude acquise à cette occasion.

Sur les résultats de 15 pays faisant l'objet du projet, l'évaluation réalisée par la QIT a précédé l'encadrement ambulatoire dans ces hôpitaux : Hôpital Orotta, Hôpital Halibet (Érythrée), CHU de Fianarantsoa (Madagascar). Concernant Hôpital de District de Dowa et l'Hôpital de District de Mzimba (Malawi), c'est par l'encadrement ambulatoire effectué en juillet et août 2012 que les résultats ont été obtenus. Les hôpitaux qui ne faisaient pas l'objet de l'encadrement ambulatoire en 2012 ont réalisé l'évaluation par leur QIT comme Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali), Hôpital général de Tororo (Ouganda), Hôpital Consultant Mbeya (Tanzanie).

Pour que 5S soit pleinement effectué, l'idéal serait que les services pilotes s'engagent à s'attaquer à 3S sous un leadership marqué afin d'en généraliser la pratique dans tout l'hôpital. Si on se réfère à notre feuille de contrôle, il est souhaitable que les notes soient réparties dans cet ordre : leadership > 3S (Seiri-Organiser, Seiton-Ordonner, Seiso-Propreté) > S4 et S5. Dans la majorité des établissements cités plus haut, les notes obtenues reprennent cette tendance, ce qui laisse apparaître l'engagement des 5S sous le leadership reconnu par le personnel. Mais deux hôpitaux d'Érythrée marquent une faible note de leadership par rapport aux autres éléments évalués. Ceci est dû, semble-t-il, au prolongement des activités entamées par l'ancien directeur et l'ancien secrétaire général avec leadership. À l'avenir, de nouveaux leaders devront s'engager aussi activement que leurs prédécesseurs pour que ces activités continuent à se développer.

Au CHUM Majunga, la note de Seiri-Organiser est faible par rapport aux autres éléments, à cause du fait que les matériels et l'équipement hors d'usage ne sont pas encore dégagés et débarrassés. Au Sénégal, la note de Seiton-Ordonner n'est pas élevée, dû au fait que la méthode de conservation et de gestion n'est pas encore examinée pour les objets nécessaires. Au Burkina Faso et au Burundi, les notes de Seiri-Organiser et de Seiton-Ordonner sont faibles. Mais Seiri et Seiton sont deux bases de 5S. Sans réaliser ces deux activités, le succès ne sera jamais au rendez-vous. Il faut d'abord s'atteler à effectuer 3S aussi parfaitement que possible.

A propos des hôpitaux dont l'évaluation porte sur les services, beaucoup de services ont obtenu de bonnes notes au Nigeria et en Tanzanie. Par contre, dans l'Hôpital Mathali, Coast Provincial General Hospital au Kenya, et le Hôpital Dowa, l'Hôpital Mzimba (Malawi), les services ayant obtenu de bonnes notes est aussi nombreux que ceux qui en ont de faibles.

3) Gestion de l'hôpital et informations cliniques

À la revue des résultats et à l'évaluation de l'avancement par la feuille d'observation et de contrôle, s'ajoute la collecte de données relatives à la gestion et les informations cliniques de l'hôpital.

a. Données statistiques

Les données statistiques de la dernière année sont collectées et ajoutées aux informations statistiques déjà recueillies dans l'étude précédente.

b. Réalisation des propositions faites lors de l'étude précédente.

La vérification est effectuée à travers les entretiens avec les chargés de mission du ministère de santé et les responsables des hôpitaux pilotes.

c. Extraction de bonnes pratiques

Le comité a demandé aux hôpitaux pilotes de remplir la feuille formatée à cet effet.

d. Étude de temps

Le comité a demandé aux hôpitaux pilotes de mesurer le temps d'attente que mettent les patients de la réception à la consultation d'une part, et du dépôt de l'ordonnance à la délivrance de médicaments au guichet de la pharmacie.

Les données collectées et les buts de collecte sont représentés dans Tableau 3-4.

Tableau 3-4 Données collectées et les buts de collecte

Données collectées		Buts de collecte
Données financières		Facteurs susceptibles de causer de mauvais impacts sur le moral et la motivation des personnels
Données cliniques	Nombre de patients	Vérification du quantité, qualité et accès du service
	Nombre de livraison	
	Nombre de opération	
	Nombre de examens	
	Nombre de la référence	
Données de mortalité	Cause de mort	Vérification du qualité
	Mortalité	
Nombre de lits	Durée moyenne d'hospitalisation	Vérification du quantité et qualité du service
	Taux d'occupation de lit	
Données relatives à la gestion de stock	Nombre de jours d'épuisement de médicament	Vérification du processus de travail
	Nombre de jours d'épuisement de réactif de l'inspection	Vérification du quantité et qualité du service
Données relatives à la sécurité médicale	Nombre de infection nosocomiale	Vérification du qualité du service et processus de travail
	Nombre cas d'accidents médicaux	
Etude de mesure du temps	Temps nécessaire pour une consultation	Vérification du processus de travail
	Temps nécessaire pour obtenir les médicaments à la pharmacie	

Les éléments de cette étude sont transversaux, ce qui fait que la collecte de données prend quelquefois du temps. D'autre part, la revue des résultats devait se faire dans un calendrier bien déterminé de façon à inclure les souhaits de chaque pays participant et à tenir compte des préparatifs d'accueille. Le temps de séjour à chaque hôpital étant ainsi limité, il y a des données auxquelles le comité n'a toujours pas accès. L'état de récupération des données est décrit ci-dessous.

Aux pays qui ne faisaient pas l'objet de l'encadrement ambulancier de 2012 tels que le Mali, la Tanzanie et l'Ouganda, la collecte des données a été sollicitée par le biais des questionnaires distribués par les bureaux locaux de la JICA. Et les réponses sont parvenues de la part des hôpitaux suivants : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali), Hôpital Consultant Mbeya (Tanzanie) et Hôpital général de Tororo (Ouganda).

Tableau 3-5 Hôpital pilote de chaque pays et l'état de récupérer les fiches d'enquête

		Hôpital national de Mathari	Hôpital général provincial de Coast	Hôpital maternel de l'île de Lagos	Clinique Ngaitana	Hôpital de District de Dowa	Hôpital de District de Mzimba	Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou	Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga	Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa	Hôpital Régional de Tambacounda	Hôpital général d'Orota	Hôpital Halibet	Centre Hospitalier Régional Banfora	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune	Hôpital Prince Régent Charles	Hôpital général de Tororo	Hôpital de consultant de Mbeya	
Données financières		○	○	○	○	○	△	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Données cliniques	Nombre de patients	○	○	○	△	△	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	△	
	Nombre de livraison	×	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	×	○	○	○	○	○	
	Nombre de opération	×	○	○	○	△	○	○	○	○	△	○	×	○	○	○	○	△	
	Nombre de examens	△	○	×	△	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	×	○	○
	Nombre de la référence	○	×	○	△	×	×	○	△	△	×	○	○	×	○	×	○	△	
Données de mortalité	Cause de mort	×	○	○	○	△	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	
	Mortalité	×	○	○	○	△	○	×	○	○	×	×	○	○	○	○	○	△	
Nombre de lits	Durée moyenne d'hospitalisation	○	○	○	○	○	○	△	△	△	△	○	△	○	○	○	○	△	
	Taux d'occupation de lit	○	○	○	○	○	○	△	△	△	△	○	○	○	○	○	○	△	
Données relatives à la gestion de stock	Nombre de jours d'épuisement de médicament	×	△	×	×	○	×	○	△	○	○	×	○	×	○	×	×	×	
	Nombre de jours d'épuisement de réactif de l'inspection	×	×	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	○	×	×	×	
Données relatives à la sécurité médicale	Nombre de infection nosocomiale	×	○	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	×	×	×	
	Nombre cas d'accidents médicaux	×	○	×	×	○	×	×	△	△	×	○	×	×	×	×	×	×	
Etudes à temps	Temps nécessaire pour une consultation	×	○	○	×	×	○	○	×	○	○	×	×	×	○	×	×	×	
	Temps nécessaire pour obtenir les médicaments à la pharmacie	×	○	×	×	×	○	○	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	

*○Données obtenues, △Données partiellement obtenues, ×Données par encore obtenues

L'aperçu des données ainsi collectées est comme suit :

- La situation financière s'améliore dans la majorité des hôpitaux, mais cela ne donne pas d'impact sur les résultats de l'évaluation.
- Quant au nombre de patients, l'augmentation serait due à une tendance naturelle à la hausse. Par contre, la baisse du nombre de patients est enregistrée dans les établissements qui ont connu des grèves du personnel.

- Le nombre d'opérations chirurgicales a baissé au Bénin, impacté par la grève du personnel. Au Burundi aussi, la même tendance s'observe, sans doute à cause de la reconstruction d'un bâtiment qui abrite les blocs opératoires.
- Le nombre d'examen médicaux progresse dans les établissements ayant obtenu le faible résultat de l'évaluation, alors que dans ceux qui ont obtenu le résultat élevé, la tendance est à la baisse. Si les rapports de cause à effet ne sont pas clairement identifiés, plusieurs facteurs peuvent être relevés : a) ce phénomène serait lié à la baisse du nombre de patients, b) la progression de 5S-KAIZEN-TQM permettrait d'effectuer les examens plus adéquats.
- Le nombre de patients envoyés à d'autres hôpitaux de référence a baissé dans les hôpitaux ayant obtenu le résultat élevé. Cette tendance s'observe dans CHUM de Majunga (Madagascar) et Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (Bénin), ce qui suggère une meilleure prise en charge réalisée dans ces deux établissements. Il est souhaitable que cette tendance se maintienne.
- Les causes de décès sont les maladies propres aux pays africains en développement telles que paludisme, SIDA, malnutrition, diarrhée et anémie. Chez les adultes, les maladies liées au mode de vie, telles que hypertension et diabète, sont rapportées dans cette liste. Et les causes de décès dû à l'accouchement, comme hémorragie interne, septicémie et hypoxie du nouveau-né.
- Les données relatives au nombre de jours où les réactifs médicaux étaient en rupture de stock n'ont été collectées que dans Clinique Ngaliema (RD Congo) et Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (Bénin).
- Les mêmes données portant sur les médicaments ne sont collectées que dans 6 hôpitaux. Dans l'ensemble, la tendance est à la hausse.
- Comme données relatives à la sécurité médicale, celles portant sur l'infection nosocomiale et les incidents sont collectées. Sur l'infection nosocomiale, la tendance est à la hausse dans le CHUM Finarantsoa, et stable dans le CHUM Majunga (Madagascar). Quant aux incidents et accidents, ces deux hôpitaux cités plus haut rapportent la même tendance que celle observée pour l'infection nosocomiale, alors que l'Hôpital Orotta (Erythrée) marque la tendance à la baisse et l'Hôpital général provincial de Coast ne présente pas le changement. Au Madagascar, l'importance de la sécurité médicale a été reconnue par cette collecte de données par le biais des questionnaires, ce qui a fait commencer à collecter les données relatives à l'infection nosocomiale et les rapports d'incidents-accidents.

Le nombre de lits, la moyenne durée de séjour et le taux d'occupation des lits sont repris dans le tableau 3-6.

Tableau 3-6 Nombre de Lits, la Moyenne Durée de séjour et Taux d'occupation des Lits de chaque hôpital (2010)

Pays	Hôpital	Nombre de Lits	Moyenne Durée de séjour (jour)	Taux d'occupation des Lits (%)	Remarques
RD Congo	Clinique Ngaliema	256	7.5	62.4	Le nombre de lits autorisés est de 306
Kenya	Hôpital général provincial de Coast	681	6.6	72.7	Réduction de ALS ³ Baisse de BOR ⁴
Mali	Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou	139	2.8	55.8	TOL passe de 36% à 56%
Nigeria	Hôpital maternel de l'Île de Lagos	-	-	10.6	
Erythrée	Hôpital Halibet: Médecine interne	57	17	78.7	
	Hôpital Halibet: Chirurgie	122	12.3	77.5	
Bénin	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune	227	4	47	Département d'obstétrique et de gynécologie
Madagascar	Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa	459	7	40.4	
	Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga	392	5	41.3	
Tanzanie	Mbeya Consultant Hospital	468	8.0	82.0	2008
Sénégal	Hôpital Régional de Tambacounda	115	8.9	-	
Erythrée	Hôpital Orotta	276			Compris de la mère et de l'enfant, nouveau-né
	Médecine interne	58	12	89.6	
	Chirurgie	60	12.4	78.6	
	Obstétrique	60			
	Gynécologie	35			
	Pédiatrie	35	4.6	65.5	
	Unité de Soins Intensifs	9	4.6	68.6	
	Autre (salle de réveil, urgences)	19			
Burundi	Hôpital Prince Régent Charles	479	12	75	
Ouganda	Hôpital général de Tororo	214	4.8	74	
Malawi	Hôpital de District de Dowa	144	3	100	Médecine interne
	Hôpital de District de Mzimba	295	6.8	103.5	
Kenya	Hôpital National de Mathari	700	47	93	
Burkina Faso	Centre Hospitalier Régional Banfora	170	2.9	41.4	

³ DMS: Durée Moyenne de Séjour

⁴ TOL: Taux d'Occupation des Lits

Les facteurs extraits de ce résultat sont analysés dans le chapitre 4.

4) Collecte d'informations sur les tendances au sein du Ministère de la Santé

L'enjeu de cette étude est expliqué aux services concernés du ministère de la santé par le biais du bureau local de la JICA. La collaboration du ministère est ainsi sollicitée pour que cette étude se réalise dans les meilleures conditions que possibles. En arrivant sur le terrain, les membres du comité rendent visite aux services concernés pour expliquer de nouveau l'enjeu de cette étude et le concept de 5S-KAIZEN-TQM. Ils partagent ainsi avec ces services du ministère les tendances de la politique de santé, les problèmes à résoudre dans ce secteur, l'avancement du plan d'action inclus dans le dossier stratégique élaboré dans le cadre du stage de formation. Surtout, cette étude se focalise sur l'avancement de la propagation nationale de 5S-KAIZEN-TQM. Pour cela, une feuille d'enregistrement est préparée pour que le ministère y mette le nombre des établissements ayant introduit l'approche de 5S ou de KAIZEN.

Concernant le plan d'action élaboré par le ministère de la santé de chaque pays et l'état de la réalisation de celui-ci, la progression s'observe dans les pays disposant d'un système de l'amélioration de la qualité grâce à ce programme, comme le Malawi, le Kenya, la RD Congo, le Burundi, l'Ouganda. D'autre part, dans les pays accusant un certain retard dans la mise en place du système d'application, tels que le Nigéria, l'Érythrée, le Madagascar, le plan d'action ne voit pas encore sa réalisation effective. Pour le Mali, le retard est dû à l'instabilité politique. Le Sénégal, le Burkina Faso et le Bénin n'ont pas donné de réponse.

5) Extraction de bonnes pratiques

Au cours de l'encadrement ambulatoire, les activités 5S-KAIZEN ont été vérifiées dans 15 pays participant, au niveau du ministère de la santé et des hôpitaux pilotes. Des informations partagées à cette occasion, sont extraites de bonnes pratiques susceptibles de donner des impacts positifs sur l'amélioration de la qualité de prestations et la gestion d'organisation, comme décrites dans le tableau 3-7.

Tableau 3-7 Bonnes pratiques rapportées par chaque pays

Pays	Hôpital	Bonnes pratiques	Sources d'information	La présence de la présentation des données	Indicators of improved management					
					Cost	Delivery	Quality	Safety	Productivity	Morale
a) Budget et nombre de prestations fournies (données statistiques)										
KEN	CGPH	Baisse de moyenne durée de séjour, baisse de taux d'occupation des lits.	Questionnaire	○		○			○	
UGA	Tororo	Baisse de budget accompagnée de l'augmentation du nombre de patients (médecine générale, obstétrique, nombre d'opérations chirurgicales)	Questionnaire	○					○	△
COD	CN	Amélioration du taux d'occupation des lits Augmentation du budget, du nombre des prestations fournies	Verbalement	-	○				○	△
MDG	CHUM	Maintien du nombre des prestations malgré la réduction du budget d'un trois quart.	Présentation Questionnaire	○	○	○			○	○
MDG	CHUF	Maintien du nombre des prestations malgré la réduction du budget d'un trois quart.	Présentation	○	○	○			○	○
MLI	Nianankoro Fomba	Amélioration du taux d'occupation des lits	Questionnaire	○	○	○			○	
b) Gestion et stockage de données et de documents										
MDG	CHUF	Conservation de livres (espace bibliothèque)	Présentation	○			△		○	△
BEN	HOMEL	Amélioration dans la manière de conserver les fiches médicales. Avant le stockage se faisait par l'ordre chronologique. Maintenant le classement par le numéro d'identification est introduit pour mettre les fichiers dans les casiers.		-		○			○	○
MDG	CHUM	Amélioration dans le stockage des données de patients	Présentation	-		○	○	○		
MDG	CHUF	Gestion globale des données de patients	Présentation	-		○	○	○		○
MDG	CHUF	Renforcement de la méthode de stockage des données de patients	Présentation	-		○	○	○		
NGA	Lagos	Uniformisation de documents relatifs à la procédure de sortie de l'hôpital. •	Verbalement Fiche de contrôle	-		○				
c) Réduction du temps d'attente pour les patients										
BEN	HOMEL	Réduction du temps d'attente (laboratoire d'analyse médicale) Respect du temps de travail. Mise en place d'un cahier destiné à enregistrer le temps d'attente. Meilleur emplacement de clefs, réalisation d'évaluation, etc.		-		○				○
MDG	CHUF	Réduction du temps d'attente à la pharmacie	Présentation	○		○			○	○
COD	CN	Gestion de visiteurs	Présentation	-	△	○			○	○
MDG	CHUM	Gestion de visiteurs	Présentation	-	△	○			○	○
d) Gestion de stock										
MDG	CHUF	Disparition de rupture de stock (paquet de transfusion sanguine)	Présentation	○		○	△	△		△
KEN	CPGH	Diminution de médicaments périmés due à l'amélioration de la gestion de stock	Fiche de bonnes pratiques	○	○					
MDG	CHUM	Diminution de la consommation d'oxygène (par la gestion du budget)	Présentation	△	○	○				
e) Qualité de prestations et de soins prodigués aux patients										

Pays	Hôpital	Bonnes pratiques	Sources d'information	La présence de la présentation des données	Indicators of improved management					
					Cost	Delivery	Quality	Safety	Productivity	Morale
MWI	Dowa	Sécurité et respect d'intimité réalisés par la mise en place d'un rideau séparateur.	Fiche de bonnes pratiques	-		○	○	○		
MDG	CHUM	Diminution d'escarre	Présentation	○	△	○	○	○		○
COD	CN	Diminution d'escarre	Présentation	○	△	○	○	○		○
MDG	CHUF	Mesures contre l'infection nosocomiale	Présentation	-			○	○		○
MDG	CHUF	Amélioration du respect de loi à l'égard des patients souffrant de tuberculose pulmonaire	Présentation	○	△	○	○	○		○

※○ : cela correspond, △ : cela ne correspond qu'indirectement, - : cela ne correspond pas.

Les bonnes pratiques relevées plus haut peuvent se diviser en plusieurs catégories : a) utilisation raisonnable du budget et augmentation du nombre de prestations, b) gestion d'informations et de documents, c) réduction du temps d'attente, d) gestion de stock et e) amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients.

Concernant l'utilisation raisonnable du budget et l'augmentation du nombre de patients, le taux d'occupation des lits a été relevé en RD Congo et au Mali. Surtout au Mali, l'aménagement de matelas aurait permis d'augmenter le nombre de lits disponibles avec plus de confort. En RD Congo, la propreté de l'hôpital, réalisée par les activités 5S, aurait attiré plus de patients, ce qui contribuerait à augmenter le taux d'utilisation.

Sur la gestion d'informations et de documents, les bonnes pratiques sont rapportées du Madagascar, du Bénin, et du Nigéria. Dans le cas où la méthode de ranger les livres et les documents a été revue et modifiée, l'amélioration a été observée dans le processus de l'accès aux informations, ce qui contribue à la qualité de prestations et à relever le moral du personnel. Et dans le cas où le format unique a été élaboré et introduit dans l'enregistrement des données de patients, il permet d'instaurer et mettre en place un système de gestion où les données sont mieux collectées et exploitées.

Sur le plan de la gestion de patients, HOMEL et CHUF ont pris les mesures nécessaires. Au Mali, le résultat des études de temps a révélé la réduction du temps d'attente. Il sera possible d'en réduire davantage en mettant en place une meilleure gestion des étiquettes et des affichages qui rende plus lisible les chemins à suivre aux yeux des patients : ceux-ci se déplaceraient plus facilement, ce qui réduirait considérablement le temps nécessaire à chaque étape. A ces effets de 5S, au Bénin, la réduction du temps d'attente est obtenue grâce à d'autres initiatives engagées : respect du temps de travail, meilleure annonce de l'emplacement de clefs, enregistrement du temps d'attente, attribution d'un créneau horaire à chaque service, mobilisation des médecins de garde travaillant dans tous les services.

Au CHUM, sont engagées les activités visant à améliorer la gestion de patients et de visiteurs, ce qui correspond à S4 et S5. La sensibilisation à leur égard, réalisé par IEC et les démonstrations, porte sur la bonne utilisation des installations hospitalières.

Pour une meilleure gestion de stock, ont été réalisées ces trois activités suivantes : 1) éviter la rupture de stock, 2) réduire la quantité de médicaments périmés, 3) empêcher l'utilisation mal adaptée du stock.

Le CHUF a connu une rupture de stock du matériel nécessaire. Les mesures nécessaires ont été depuis lors examinées et appliquées. Dans cet établissement, la rupture portait sur le paquet de transfusion sanguine, ce qui aurait risqué de causer des conséquences graves chez les patients ayant besoin de ce traitement. D'ailleurs, dans cette situation où la transfusion sanguine ne peut se pratiquer, le coût supplémentaire pourrait se générer à cause de l'achat de sang ou du transport de patients.

Le CPGH arrive à améliorer la gestion de stock de médicaments par l'introduction de 5S : débarrasser des objets inutiles, classer le matériel par catégorie, introduire les étiquette pour rendre plus lisible la date limite de consommation, etc. Plus concrètement, le taux de médicaments périmés a passé de 85 % à 12 %, ce qui montre une meilleure utilisation des ressources disponibles.

La QIT du CHUM a pour thème de KAIZEN le problème lié à la consommation de l'oxygène. En effet, l'achat de celui-ci occupe 60 % du budget de l'hôpital, ce qui motive cette initiative d'en réduire la consommation comme problème de management. D'abord, les propositions KAIZEN ont été arrêtées, et par la suite, mises en place sur le terrain. Cela n'empêche que le coût de l'oxygène pèse encore trop lourdement sur le budget de l'hôpital, le processus KAIZEN est encore envisagé.

Parmi les bonnes pratiques rapportées, il y en a quelques unes portant sur l'amélioration de la qualité de prestations et de soins prodigués aux patients. À l'Hôpital Dow, la mise en place du rideau séparateur permet le respect d'intimité aux femmes en accouchement, mais aussi assure une meilleure sécurité médicale. Et le CHUM et le Clinique Ngaliema ont pris mesure contre le problème de l'escarre apparaissant chez les patients de longue durée : au CHUM, le taux de patients ayant l'escarre passe de 8 cas sur 20 à 1 cas sur vingt. Au CHUF, les mesures visant à améliorer le respect de loi ont été engagées. Dans cet établissement, le taux des patients qui ne reviennent pas pour la consultation passe de 10 % à 2,8 %. Au Madagascar, les établissements pilotes considèrent le TQM comme une activité de soin axée sur les patients, ce qui montre qu'ils accordent de l'importance à l'amélioration de la qualité des prestations fournies aux patients.

3-2-2 Avancement de la propagation nationale

À travers l'AAKCP, mis en place depuis 2007, l'amélioration des fonctions d'établissements hospitaliers par l'approche 5S-KAIZEN-TQM est effectuée et propagée dans les pays faisant l'objet du programme. En février 2013, l'état d'avancement de la propagation est décrit comme ci-dessous.

Tableau 3-8 Avancement de la propagation nationale

Pays	Niveau	2008		2009		2010		2011			2012		
		Total	5S introduit	KAIZEN introduit	Total	5S introduit	KAIZEN introduit						
R.D.Congo	Kinshasa			14	1	14	1	14	1		14	7	0
	Bas-Congo											6	0
	Bandundu											6	0
Erythrée	National		2		2		2		2			2	0
	Région						2		3			3	0
	Secondaire						1		1			1	0
	Rural								1			12	0
Kenya	National tertiaire (général)	2		2		2		2			2	1	0
	Nationale (spécialisé)	2	1	2	1	2	1	2	1		2	1	0
	Tertiaire provincial (général)	8		8	1	8	1	8	1	1	8	1	0
	Provinciale tertiaire (enseignement)							1			1	1	0
	Provinciale secondaire (général)					3		3	2		3	2	0
	District tertiaire (général)								5			6	0
Madagascar	Université	5	1	5	3	5	4	5	4		5	4	2
	Région			17	1	17	1	17	4		17	4	0
	District					114	1	114	5		114	5	0
Malawi	Tertiaire	5		5		5		5	1		5	2	0
	Secondaire	138	1	138	1	138	2	138	7		138	7	0
	Primaire	295		295		295		295	2		295	3	0
Nigeria	Secondaire (général)						2		4			4	0
	Secondaire		1		7		10		11	1		11	1
	Primaire						12		15			15	0
	Privé						4		4			4	0
Sénégal	Tertiaire général	8		8		8	8	8	8	0	8	8	0
	Tertiaire Spécialisé	4		4		4	4	4	4	0	4	4	0
	L'enseignement tertiaire	1		1		1	0	1	0	0	1	1	0
	Secondaire	12	1	12	1	12	12	12	12	1	12	12	0
	Primaire	0		0		0	0	10	7	0	10	10	0
Tanzanie	Tertiaire (général)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
	Tertiaire (spécialisé)	5	0	5	4	5	4	5	5	1	5	5	3
	Secondaire (général)	21	4	21	12	21	21	21	21	1	25	21	3
	Région (général)	155	0	155	3	155	3	155	12	3	155	21	3
Burundi	Tertiaire (général)										5	2	0
	Tertiaire (spécialisé)										1	1	0
	National secondaire										11	4	0
	Secondaire (district)										45	4	0
	Primaire										600	9	0
Bénin											1	0	
Burkina Faso											1	0	
Mali											1	0	
Ouganda				1		6		10				18	0
											Total	235	16

Selon les données collectées jusqu'ici, les activités 5S sont introduites dans plus de 200 hôpitaux dont 10 a entamé l'activité KAIZEN.

3-2-3 D'autres organismes internationaux et bailleurs de fonds

Lors de cette étude, en s'appuyant sur les informations apportées par les chargés de mission de la JICA et du ministère de santé, le comité rend visite aux organismes et aux bailleurs de fonds travaillant dans le domaine de l'amélioration de qualité des services médicaux. Dans la discussion, le comité explique ces trois points : 1) actions engagées dans le cadre d'AAKCP et le programme de l'amélioration de qualité de services hospitaliers ; 2) 5S-KAIZEN-TQM comme une méthode de l'amélioration de qualité des services médicaux ; 3) objectifs de cette étude. Le comité constate, à travers cette discussion : 1) problèmes à résoudre du pays participant ; 2) actions menées par l'organisme ou le bailleurs de fonds ; 3) possibilité de collaboration avec ce programme de coopération. Quand la visite a été faite au moins une fois, le comité explique de nouveau les activités de ce programme et présente l'avancement et les résultats des hôpitaux pilotes et du ministère de la santé.

Le comité essaie de saisir les actions menées par l'OMS et diverses plateformes créés en Afrique pour l'amélioration de qualité des services médicaux. Ainsi, une possible complémentarité avec d'autres approches dans ce domaine est envisagée. Les organismes et les bailleurs de fonds visités figurent ci-dessus.

Les résultats de l'enquête sont rapportés dans l'annexe « tendances d'autres organisations internationales et organismes de coopérations internationales ».

Tableau 3-9 Organismes internationaux, bailleurs de fonds ou autres fondations visités

Pays	Organisations Internationales		Organismes d'aide, NGO		Autre
	OMS	WAHO			
Burkina Faso	OMS	WAHO			
Burundi			EU	CTB	
Erythrée	OMS				
R.D.Congo	OMS		GIZ	ECHO	AfD
Kenya	OMS	IFC	GIZ		NHIF
Madagascar	OMS	UNFPA			
Malawi			GIZ		
Mali	OMS		USAID		
Nigeria	OMS				
Sénégal			FHI	Inter Health	
Ouganda			RCQHC		

3-2-4 Réalisation de formations liées à cette approche

Aux bureaux locaux de la JICA, a été demandée la vérification sur ce qui se réalise dans le cadre de cette approche faisant partie de l'objectif de « former plus de 100 milles agents de la santé dans les pays africains ».

Le nombre de personnes ayant participé à une formation ayant trait à cette approche est mentionné plus bas. Après la période allant d'avril 2009 à mars 2010, traitée dans l'étude préparatoire précédente, cette étude préparatoire porte sur une autre période allant d'avril 2010 à décembre 2012. En Tanzanie, ce nombre dépasse 5 mille grâce à de nombreuses formations consacrées à l'ancrage de 5S. En Erythrée, plus de 3 mille personnes, et en Ouganda, au Nigeria, au Bénin, au Burundi, plus de mille personnes ont participé à des formations liées à cette approche.

Tableau 3-10 Nombre de participants au séminaire

Groupe 1			Groupe 2		
Pays	Avril 2009 - Mars 2010	Avril 2010 - à Décembre 2012	Pays	Avril 2009 - Mars 2010	Avril 2010 - à Décembre 2012
Erythrée	820	2,088	Bénin	255	790
Kenya	372	568	Burkina Faso	318	71
Malawi	267	230	Burundi	604	615
Nigeria	370	725	RD Congo	210	102
Tanzanie	5,012	178	Madagascar	186	500
Ouganda	719	1,202	Mali	146	105
			Morocco	31	-
			Niger	313	100
			Sénégal	260	389
Groupe 1 Sous-total	7,560	4,991	Groupe 2 Sous-total	2,323	2,672
Groupe 1 Total général	12,551		Groupe 2 Total général	4,995	
Avril 2009 - Mars 2010		9,883	Avril 2010 à Décembre 2012		7,663
Total			17,441		

3-3 Édition de lettre de nouvelles

La lettre de nouvelles a été régulièrement éditée et distribuée aux personnes travaillant dans le programme «hôpital propre». Elle est destinée à leur annoncer la synthèse de l'avancement du programme et des informations connexes. En principe, l'objectif de cette activité a pour but de rapporter les actions réalisées et d'annoncer les activités à entreprendre dans le futur. Mais l'interactivité est assurée par l'écoute des utilisateurs : le contenu est déterminé en fonction de discussions avec le département du développement humain de la JICA, rédigé par les chargés des affaires générales, et ensuite approuvé par ce département humain de la JICA. La fréquence de

distribution est harmonisée avec le calendrier des activités organisées dans le cadre du programme «hôpital propre».

Grâce à cette lettre de nouvelles, les informations sur les activités de ce programme, le calendrier et les réalisations concrètes de chaque pays constatées au cours de l'encadrement ambulatoire sont partagés par les personnes concernées. L'effet escompté est ainsi obtenu. Mais d'autre part, la quantité d'informations envoyées par ceux-ci n'était pas assez abondante pour que ces informations aient pu figurer régulièrement dans la lettre de nouvelles. Il sera nécessaire, pour un partage d'informations plus efficace entre les personnes concernées, de mobiliser de nouveaux médias comme réseaux sociaux, de réviser le format de la lettre de nouvelles, et d'améliorer la manière de collecter les informations. Cela permettra aux pays participants de fournir plus activement les activités engagées ou d'autres informations.

3-4 Révision du manuel 5S-KAIZEN-TQM

Le comité de rédaction du manuel a revu le contenu concernant KAIZEN et le procédé de suivi en s'appuyant sur les expériences et les acquis de chaque pays. L'aspect innovateur de KAIZEN comme nouveau management du service de santé et les pratiques exemplaires de KAIZEN sont ajoutés dans la nouvelle version du manuel 5S-KAIZEN-TQM.

L'équipe de cette étude préparatoire s'est occupée de la mise en page et de la traduction, en y associant des dessins appropriés. Le manuel ainsi révisé sera distribué aux personnes travaillant dans le cadre de ce programme.

Chapitre 4 Analyse des facteurs de réussite du programme

Chapitre 4 Analyse des facteurs de réussite du programme

4-1 Procédé de l'analyse des facteurs de réussite

Ce programme prévoit la mise en œuvre d'étape en étape des activités de l'approche 5S-KAIZEN-TQM. Ici, le passage à une étape suivante ou non après avoir atteint les objectifs donnés dépend des hôpitaux pilotes. La Figure 4-1 indique schématiquement de différentes étapes de l'approche 5S-KAIZEN-TQM ainsi que le moment de progression.

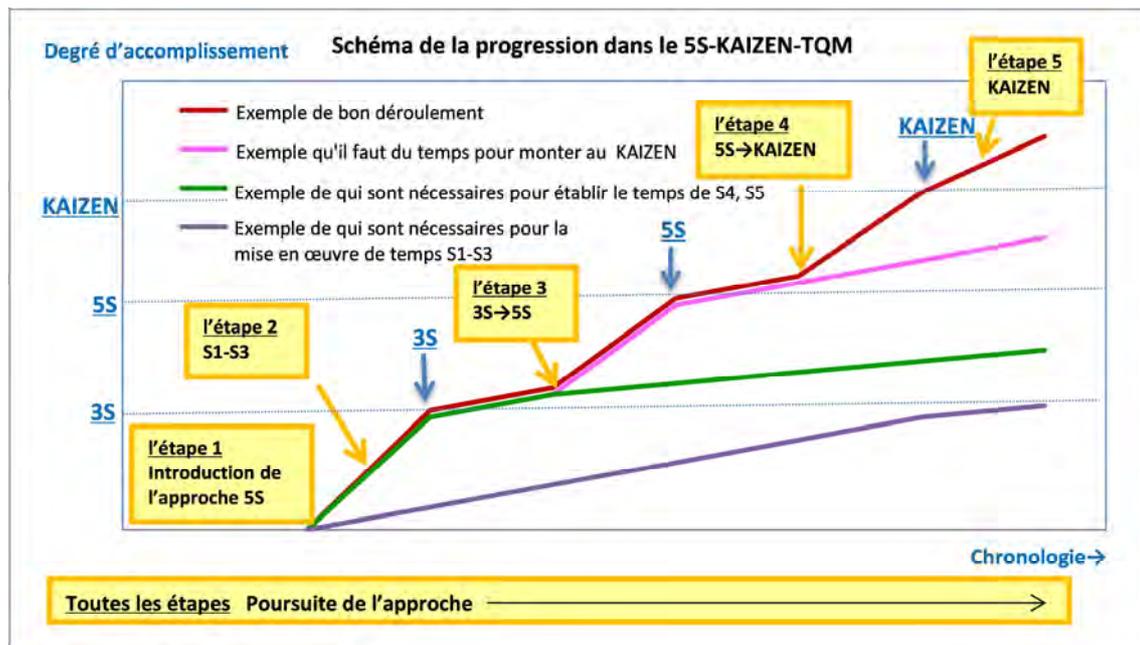


Figure 4-1 Schéma de la progression dans le 5S-KAIZEN-TQM

Les établissements exécutant l'approche 5S-KAIZEN peuvent être classés en cinq étapes suivantes.

- Etape 1 : Introduction de l'approche 5S
- Etape 2 : Mise en œuvre de S1-S3 jusqu'à l'accomplissement de 3S
- Etape 3 : Mise en œuvre de S4 et S5 jusqu'à l'accomplissement de 5S
- Etape 4 : De 5S à l'introduction de KAIZEN
- Etape 5 : De l'introduction de KAIZEN jusqu'à la stabilisation des activités

En vue d'analyser des facteurs ayant influencé le progrès des activités du programme dans les hôpitaux pilotes, les critères de jugement ci-dessous ont été définis pour mesurer l'état d'avancement des hôpitaux pilotes dans les quinze pays cibles, sur la base des résultats de l'évaluation effectuée à l'aide de la feuille de suivi ainsi que l'état d'exécution du KAIZEN. L'état de progrès de chaque pays est ainsi réparti sur cinq niveaux indiqués.

Tableau 4-1 Niveau d'accomplissement de l'approche 5S-KAIZEN-TQM et moyen de jugement

Niveau	Situation	Moyen de jugement	
		5S	KAIZEN
S1-S3 en cours d'exécution	Une partie de services exécutent les 5S	Evaluation de l'ensemble de l'hôpital : l'un des S1-S3 est inférieur à 60% (Cote moyenne inférieure à 3 points)	Non exécuté
(S1-S3) + KAIZEN	Une partie de services exécutent les 5S Les activités correspondant au KAIZEN sont mises en œuvre.		Formation effectuée pour le personnel, ou exemples de mise en œuvre
3S achevé →S4, S5 en cours d'exécution	Le 3S est pratiqué dans tous les services, mais les activités de S4 (Standardiser) et de S5 (Se discipliner) sont limitatives.	Evaluation de l'ensemble de l'hôpital : l'un des S1-S3 est supérieur à 60% (Cote moyenne supérieure à 3 points)	Non exécuté
3S achevé + KAIZEN	Le 3S est pratiqué dans tous les services, mais les activités de S4 (Standardiser) et de S5 (Se discipliner) sont limitatives. Les activités correspondant au KAIZEN sont mises en œuvre.		Formation effectuée pour le personnel, ou exemples de mise en œuvre
5S achevé	Les activités de 5S y compris le S4 (Standardiser) et le S5 (Se discipliner) sont pratiquées dans tous les services.	Evaluation de l'ensemble de l'hôpital : toutes les rubriques supérieures à 75% (Plus de la moitié de rubriques marquent 4 points)	Non exécuté
5S achevé + KAIZEN introduit	Les activités de 5S y compris le S4 (Standardiser) et le S5 (Se discipliner) sont pratiquées dans tous les services, et procèdent au KAIZEN.		Formation effectuée pour le personnel, ou exemples de mise en œuvre
KAIZEN mis en œuvre	Les activités de 5S sont pratiquées dans tous les services, et le KAIZEN est mis en œuvre.	Evaluation de l'ensemble de l'hôpital : toutes les rubriques supérieures à 75% (Idem)	Plusieurs activités de KAIZEN sont réalisées

La tableau 4-2 montre l'état d'avancement des activités de chaque pays classées selon les critères de jugement indiqués ci-dessous, la Tableau 4-3 l'évolution du progrès. Parmi quinze pays concernés, la Tanzanie et Madagascar (2 pays, 3 établissements) atteignent au niveau KAIZEN. L'Hôpital Mbeya, l'hôpital pilote en Tanzanie, mène des activités à sa propre initiative en bénéficiant de l'appui d'expert et de projet, et donne de bons résultats. Madagascar arrive au niveau KAIZEN sans d'autres appuis du Japon mais juste avec l'appui de ce programme. Notamment le CHU de Fianarantsoa est arrivé au niveau KAIZEN très vite, trois ans après la mise en route.

L'Hôpital Nianankoro Fomba (Mali) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (Bénin), appartenant au groupe 2, ont commencé en 2009. Grâce aux efforts constants, ils sont arrivés au niveau 5S. Comme ces deux établissements ont déjà organisé la formation KAIZEN destinée à tous les personnels, ils peuvent entamer le KAIZEN très prochainement. Au Mali, l'hôpital pilote met en œuvre cette approche seulement dans le cadre de ce programme, sans d'autres appuis de la JICA. Le directeur de l'hôpital mène les activités 5S-KAIZEN avec enthousiasme, en bénéficiant des aides financières apportées par d'autres partenaires à cet effet.

La Clinique Ngaliema (R.D. Congo), l'Hôpital Maternel de l'Île de Lagos (Nigéria), l'Hôpital Général d'Orotta et l'Hôpital de Halibet (Erythrée), les Hôpitaux de District de Dowa et de Mzimba (Malawi), le CHR Banfora : ces sept hôpitaux de cinq pays atteignent le niveau 3S, et il leur reste de maîtriser S4 (Seiketsu) et S5 (Shituke). Dans les hôpitaux pilotes en R.D.Congo et au Nigéria, les activités menées dans le cadre de 5S correspondaient à l'amélioration de la qualité des services, et reliées aux activités de KAIZEN par la proposition du KAIZEN. Au Nigéria, la formation pour le KAIZEN étant déjà exécutée, les personnels de l'hôpital connaissent le KAIZEN. En R.D.C., les activités pour l'amélioration de la qualité sont déjà démarrées alors que la formation KAIZEN n'était pas encore organisée. En Erythrée, au Malawi et au Burkina Faso (5 établissements au total), les hôpitaux pilotes se concentrent sur les activités de 5S. Ces hôpitaux ont participé à la formation par région, mais n'ont pas organisé la formation KAIZEN dans leur propre établissement. Ainsi les activités équivalentes de KAIZEN ne sont pas encore entamées.

Hôpital général provincial de Coast (Kenya), Hôpital Régional de Tambacounda (Sénégal), Hôpital Régional de Tororo (Ouganda), Hôpital Prince Régent Charles (Burundi) : ces quatre hôpitaux de quatre pays demeurent au niveau S1-S3. Concernant l'Hôpital général provincial de Coast, des écarts en avancement sont importants entre les services. Certains d'entre eux arrivent déjà au niveau 3S, mais dans l'ensemble, l'hôpital n'atteint pas encore le niveau 3S. L'Hôpital Régional de Tambacounda fait des efforts pour réaliser le S4 (Standardisation), mais les activités de base (S1 à S3) n'étaient pas suffisantes. Dans cet hôpital, cinq directeurs se sont succédé pendant la période d'exécution de ce programme de 5 ans, et ceci serait l'un des obstacles qui ont empêché les activités de 5S. Par ailleurs, au retour de la formation par région, les participants ont pas fait la restitution aux membres de QIT, il est donc probable que les acquis de cette formation ne seraient pas valorisés dans cet hôpital. En Ouganda, l'hôpital pilote a atteint une fois le niveau 5S, mais les activités ont pris du recul après. Le Burundi n'a pas demandé l'envoi de mission de supervision pour l'année 2011, l'Ouganda deux années consécutives pour 2011 et 2012. La non-exécution de la mission de supervision après formation par région aurait freiné l'avancement des activités. Parmi ces établissements, les hôpitaux de Coast et de Tambacounda ont fait un compte rendu des activités simplifiées de KAIZEN proposé par le KAIZEN.

Concernant le Maroc, le Ministère de la Santé et l'Hôpital pilote ne se montrent pas très actifs en matière de ce programme, les activités ont ainsi peu avancées. L'hôpital de Salé, près de Rabat, a été nommé hôpital pilote en 2009 et un JOCA y a été envoyé, mais les activités connaissent une stagnation. En 2011, le Ministère de la Santé a suggéré que l'Centre Hospitalier Provincial de Sidi Kacem soit désigné un nouvel hôpital pilote, en tirant parti des expériences de l'Hôpital de Salé. Ainsi, l'Centre Hospitalier Provincial de Sidi Kacem a participé en 2012 à la formation par région, et la mission de supervision a visité cet hôpital. Ce dernier a introduit l'approche de 5S dans les services pilotes et atteint le niveau S1-S3.

L'Hôpital National de Lamorde, le pilote au Niger, étant très actif au commencement du programme grâce au leadership du directeur de l'hôpital, le développement des activités était attendu. Mais le directeur a changé en février 2010 juste après la première mission de supervision. Depuis, cet hôpital a participé à la formation par région, mais n'a pas accueilli la mission de supervision. L'état d'avancement actuel des activités est inconnu.

D'après les résultats ci-dessus, la possibilité suivante a été identifiée.

- Dans certains hôpitaux, les activités se déroulent bien malgré le lancement assez récent, tandis que dans d'autres, cela ne marche pas comme prévu alors qu'ils ont introduit cette approche bien avant. Ainsi, l'avancement des activités dépend largement de l'existence ou non d'autres facteurs favorables et défavorables.
- La mise en œuvre de la formation par région et de la mission de supervision (l'une et l'autre) pourra accélérer les activités de 5S-KAIZEN-TQM.
- L'existence d'autres projets ou experts donne des effets favorables pour certains cas, et pas tellement pour d'autres. Des fois, des hôpitaux peuvent donner de bons résultats même si d'autres projets n'y existent pas. On pourrait dire que l'existence d'autres projets ne donne pas forcément de conséquences à la progression des activités : cela dépend de la méthode de mise en œuvre ou du système de projet/coopération.
- Concernant les pays ayant deux hôpitaux pilotes, le niveau de progrès est à peu près le même entre les deux, quel que soit la période de lancement. D'un côté, la concurrence positive et le partage des expériences donnent une synergie, mais d'autre côté, en cas de difficulté de passage à l'étape suivante, l'un et l'autre sont bloqués.
- Certains hôpitaux mènent bien des activités malgré la distance importante de la capitale du pays, certains n'y arrivent pas même situés dans la métropole. La distance par rapport à la capitale (celle du ministère de la santé) ne donne pas de conséquence particulière.
- Il y a des cas où le KAIZEN est pratiqué à la prorogation des activités de 5S, sans accomplir l'étape 5S.

Tableau 4-2 Etat de mise en œuvre dans 15 pays cibles de l'AAKCP et état d'exécution de la coopération parallèle

Niveau	Nbr de pays/établissements	Pays	Hôpital	Période activité	Nbr de mission de supervision (Taux d'exécution: %)	Coopération parallèle**	
						Oui/non ¹	Période
KAIZEN	2 pays / 3 étab.	Madagascar	CHU de Mahjanga	5 ans	5/5 (100%)	—	—
			CHU de Fianarantsoa	3 ans	2/2 (100%)	—	—
		Tanzanie	Hôpital de Mbeya	5 ans	3/5 (60%)	☉ ☆	5 ans 5 ans
5S achevé + KAIZEN	2 pays / 2 étab.	Bénin	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)	3 ans	2/3 (66%)	(o)	3 ans
		Mali	Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou	3 ans	3/3 (100%)	(☆ ⁵)	1 an
3S achevé →S4, S5 KAIZEN	2 pays / 2 étab.	R.D.Congo	Clinique Ngalieima	3 ans	3/3 (100%)	o	3 ans
		Nigéria	Hôpital maternel de l'Île de Lagos	5 ans	5/5 (100%)	o	3 ans
3S achevé →S4, S5	3 pays / 5 étab.	Burkina Faso	CHR Banfora	3 ans	2/3 (66%)	—	—
		Erythrée	Hôpital général d'Orotta	5 ans	5/5 (100%)	●	3 ans
			Hôpital de Halibet	3 ans	4/4 (100%)	●	3 ans
		Malawi	Hôpital de District de Mzimba	3 ans	4/4 (100%)	☉ ☆	2 ans 3 ans
			Hôpital de District de Dowa	5 ans	5/5 (100%)	☉ ☆	2 ans 5 ans
S1-S3 en cours +KAIZEN	2 pays / 2 étab.	Kenya	Hôpital National de Mathali (2007-2011)	4 ans	4/4 (100%)	—	—
			Hôpital Général Provincial de Coast (2009 -) Hôpital de Mathali n'est plus le pilote depuis 2012	3 ans	4/4 (100%)	—	—
		Ouganda	Hôpital Général de Tororo	5 ans	3/5 (60%)	☉ ☆	2 ans 5 ans
S1-S3 en cours	3 pays / 3 étab.	Burundi	Hôpital Prince Régent Charles	3 ans	2/3 (66%)	●	2 ans
		Sénégal	Hôpital Régional de Tambacounda	5 ans	5/5 (100%)	o o ☆	2-5 ans
				Maroc	Centre Hospitalier de Salé (2009-2011) → Hôpital Provincial de Sidi Kasem (2011 -)	2 ans 1 an	1/1 1/1
Inconnu	1 pays / 1 étab.	Niger	Hôpital National de Lamordé de Niamey	3 ans	1/3 (33%)	—	—

※ Type de coopération parallèle

☉ : Il existe un projet ou envoi d'expert qui aide directement des activités de 5S-KAIZEN-TQM

o : Il existe un projet ou envoi d'expert qui aide partiellement des activités de 5S-KAIZEN-TQM

● : Il existait un projet ou envoi d'expert qui aide directement des activités de 5S-KAIZEN-TQM (terminé)

— : Il n'existe pas projet qui aide des activités de 5S-KAIZEN-TQM

☆ : Envoi de JOCV

⁵ Un JOCV a été envoyé à l'hôpital pilote au Mali (hôpital Nianankoro Fomba), mais il a évacué le pays après une année d'activités à cause de l'instabilité politique.

Tableau 4-3 Rapport entre l'évolution chronologique des activités et l'avancement dans les hôpitaux pilotes

	Hôpital pilote	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Erythrée	Orotta	Commencé	※	※	5S ↑	3S ↓	3S →	
	Halibet			Commencé	5S ↑↑	3S ↓	3S →	
Kenya	Mathali	Commencé	※	※	S1-S3 →	S1-S3 →	Eliminé	
	Coast			Commencé	S1-S3 ↑	S1-S3 ↑	S1-S3 ↑	
Malawi	Dowa	Commencé	※	※	3S ↑	S1-S3 ↓	3S ↑	
	Mzimba			Commencé	S1-S3 ↑	S1-S3 ↑	3S ↑	
Nigéria	Maternel Lagos	Commencé	※	※	5S ↑	3S ↓	3S →	
Tanzanie	Mbeya		※	※	KAIZEN ↑	KAIZEN ↑	KAIZEN ↑	
Ouganda	Tororo		※	※	5S ↑	5S →	3S ↓	
Madagascar	CHUM		※	※	3S →	5S ↑	KAIZEN ↑	
	CHUF			Commencé	—	5S ↑↑	KAIZEN ↑	
Sénégal	Tambacounda	Commencé		※	S1-S3 →	S1-S3 →	S1-S3 →	
Bénin	HOMEL			Commencé	S1-S3 ↑	—	5S ↑	
Burkina Faso	Banfora				S1-S3 ↑	—	3S ↑	
Burundi	HPCR				S1-S3 ↑	—	S1-S3 →	
R.D. Congo	Ngaliema				S1-S3 ↑	S3 ↑	3S →	
Mali	Nianankoro Fomba				S1-S3 ↑	3S ↑	5S ↑	
Maroc	Salé					Non exécuté	—	Eliminé
	Sidi Kacem						Commencé	S1-S3
Niger	Lamordé				Commencé	S1-S3 ↑	Inconnu	Inconnu

4-2 Méthode d'analyse

Sur la base des résultats de l'évaluation ci-dessus, les hôpitaux pilotes sont classés par niveau d'avancement des activités. Ensuite, les éléments qui auraient contribué à chaque étape au progrès des activités dans ces hôpitaux sont identifiés, notamment dans les établissements donnant de bons résultats. Et enfin, l'état d'exécution de ces éléments dans tous les hôpitaux pilotes est évalué sur la base des points suivants.

- a) Résultats de l'étude de suivi
- b) Consultation lors de la mission de supervision
- c) Situation constaté sur place dans le cadre de ladite mission ainsi que commentaires et avis des personnes
- d) Documents sur les activités que les hôpitaux pilotes ont présents
- e) Point de vue subjectif des enquêteurs

L'évaluation a été faite à trois niveaux ci-dessous pour tous les éléments possibles

- : Réalisé (correspond)
- △ : Réalisé à 50% environ (correspond à peu près)
- × : Non réalisé (ne correspond pas)

Sur la base de ces résultats, les facteurs ayant favorisé le perfectionnement des activités à chaque étape ont été identifiés (Tableaux 4-4 à 4-8).

4-3 Résultats de l'analyse

(1) Rapport entre l'évolution chronologique et l'avancement

1) Exemple de bon déroulement des activités

La Tanzanie (Hôpital de Mbeya), Madagascar (CHUM et CHUF), le Mali et le Bénin ont connu le bon déroulement des activités : de l'introduction des 5S, passant par la mise en œuvre de S1-S3, jusqu'à l'achèvement de 3S puis 5S, et ces pays passent déjà l'étape KAIZEN (Figure 4-2). Parmi ces hôpitaux, le CHUM et les hôpitaux pilotes au Mali et au Bénin ont achevé les 5S en deux ou trois ans après le démarrage des activités, et ils se préparent le passage au KAIZEN. L'hôpital de Mbeya et le CHUF ont accompli les 5S en un ou deux ans. Ces exemples prouvent qu'il est possible de raccourcir la durée d'accomplissement des 5S, grâce aux dispositions prises pour cette approche.

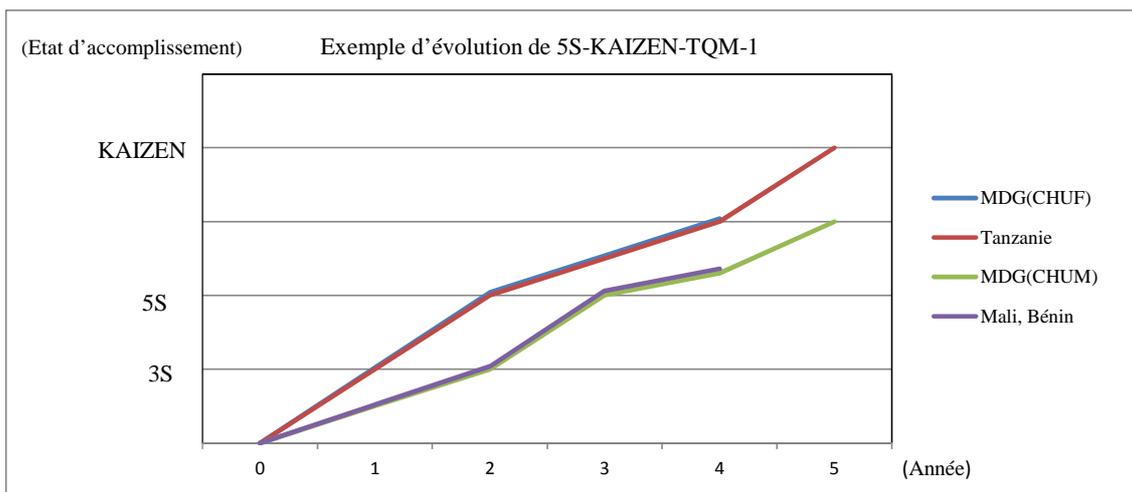


Figure 4-2 Evolution des activités de 5S-KAIZEN-TQM (1) –
Cas de bon déroulement des activités

Tels hôpitaux pilotes se caractérisent par les points ci-dessous.

- Excellent leadership du directeur d'hôpital
- Bonne organisation de la structure de mise en œuvre des activités 5S. Travail en équipe pour prendre des mesures diverses.
- Bonnes connaissances des membres du QIT sur cette approche.
- Rôle de QIT et de WIT bien clarifié.
- Mise en œuvre des activités par le QIT et le WIT conformément au calendrier établi régulièrement. Enregistrement des activités effectuées.
- Développement du rôle de la structure en fonction de l'évolution pour effectuer de nouvelles activités.

Si le CHUF et l'Hôpital de Mbeya ont réussi à raccourcir la durée d'accomplissement des 5S, c'est grâce à l'appui donné par l'expert (Tanzanie) et à la leçon tirée par des activités de l'autre hôpital pilote aîné (CHUF), par exemple. D'une manière générale, les grands hôpitaux ont tendance à prendre du temps pour l'introduction de l'approche 5S-KAIZEN-TQM à cause du nombre important de personnels et de services. Mais les résultats de cette analyse ne confirment pas de causalité remarquable entre la taille de l'hôpital et l'avancement des activités, alors que la taille d'hôpital diffère : l'hôpital de Mbeya, le CHUF et le CHUM sont des établissements hospitaliers tertiaires, et les hôpitaux béninois et maliens sont secondaires. Ceci explique qu'il est possible d'avancer des activités quelle que soit la taille d'hôpital, si le QIT peut donner son appui en fonction de leur capacité.

Le CHUM a mis plus de temps par rapport aux autres hôpitaux, de l'introduction des 5S jusqu'à la stabilisation des 3S et 5S. Les raisons sont les suivantes : a) au début, l'engagement du directeur de l'hôpital n'était pas très ferme à l'égard de ce programme, et son leadership n'était pas fort ; b) au départ, le budget n'était pas suffisamment attribué par l'Etat pour ce programme ; c) influences par des

grèves, etc. Par ailleurs, comme le CHUM a introduit les 5S dans beaucoup de services en même temps, le suivi et la supervision n'ont pas été bien assurés par le QIT. Mais avec la prise de fonctions d'un nouveau directeur, le programme a été activé grâce à son fort leadership, et les activités ont été continuées par le QIT et le WIT même en difficultés. C'est ainsi que le QIT s'est approprié progressivement les capacités de jouer son rôle comme une organisation chargée des 5S, et le programme a vu des progrès.

L'année dernière, le CHUM et le CHUF ont fait face au manque de budget et aux grèves, mais tous les deux continuaient toujours les activités de 5S-KAIZEN. Cela a prouvé il est possible de poursuivre ces activités même dans des difficultés, à condition qu'une structure de 5S-KAIZEN soit établie et que les personnels pratiquent cette approche dans leur travail quotidien, tout en gardant la motivation. Il est à noter qu'au CHUM, un nouveau directeur a pris ses fonctions suite au décès du directeur ayant un fort leadership. Etant donné que l'équipe était bien formée, elle continue les activités de 5S-KAIZEN dans tout hôpital et arrivait à montrer ses résultats au nouveau directeur. Grâce à cette initiative, le directeur a bien compris l'importance et l'utilité de cette approche, et diriger ces activités comme son prédécesseur. En conséquence, si la structure est bien établie pour l'approche 5S-KAIZEN et que les activités sont mises en œuvre dans l'ensemble de l'hôpital, il est tout à fait possible de continuer des activités même si le changement de directeur et de personnel a lieu.

2) Exemple d'avancement des activités avec un rythme lent

Kenya (CPGH), Burkina Faso et R.D. Congo connaissent un bon déroulement des activités dès l'introduction des 5S, la mise en œuvre de S1-S3, jusqu'à l'achèvement de 3S, mais ont mis plus de temps que les hôpitaux cités dans le paragraphe 1). L'évolution des activités dans ces hôpitaux est indiquée dans le Figure 4-3. Burkina Faso et R.D.C. travaillent déjà le passage de 3S à 5S, mais Kenya (CPGH) essaie d'achever les 3S.

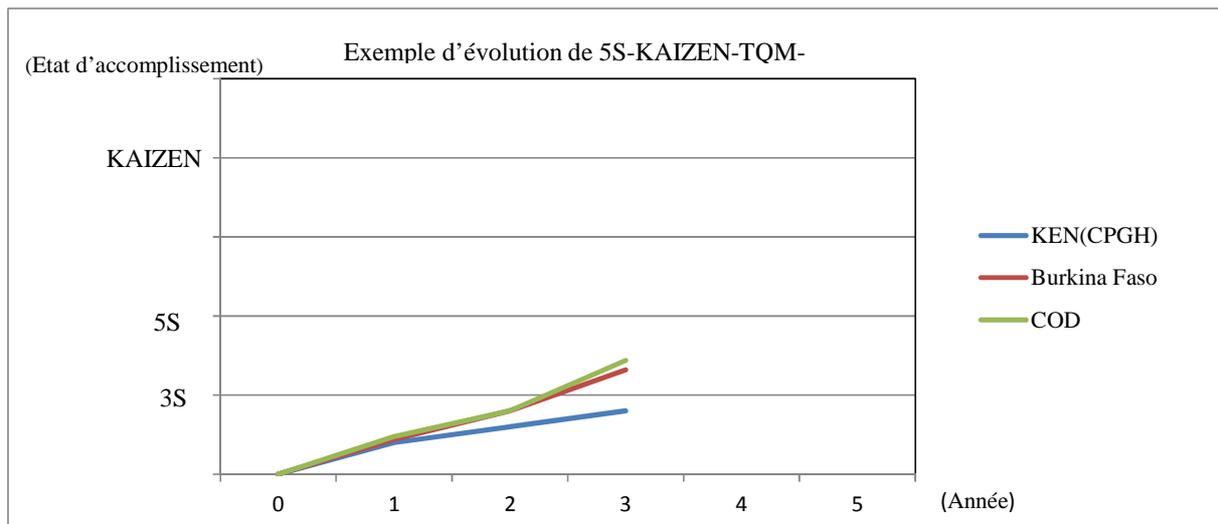


Figure 4-3 Evolution des activités de 5S-KAIZEN-TQM (2) –
Exemple d'avancement des activités avec un rythme lent

Les pays classés dans cette catégorie évoluent jusqu'au niveau 3S dans tous les services, mais le passage de 3S à 5S n'avance pas. Parmi eux, les hôpitaux au Burkina Faso et en R.D.Congo ont le dirigeant ayant un leadership fort, l'organisation des activités de 5S avance, et les membres QIT ont des connaissances sur cette approche et la volonté. Mais les activités quotidiennes ne sont pas suffisamment menées par le QIT pour les S4 (standardisation) et S5 (Se discipliner). Ce serait à cause de non exécution des trois éléments suivants sur les six indiqués dans le paragraphe « 1) Exemple de bon déroulement des activités » ci-dessus.

- d) Rôle de QIT et de WIT bien clarifié.
- e) Mise en œuvre des activités par le QIT et le WIT conformément au calendrier établi régulièrement. Enregistrement des activités effectuées.
- f) Développement du rôle de la structure en fonction de l'évolution pour effectuer de nouvelles activités.

Le CPGH étant un grand hôpital où les WIT sont en train de créés progressivement, il n'atteint pas encore l'étape de S4 et S5.

3) Exemple de stagnation des activités

Parmi les hôpitaux pilotes, il y a des cas où aucun service n'atteint pas le niveau 3S même après trois ou cinq ans d'activités : Kenya (Hôpital de Mathari), Sénégal, Malawi (Hôpital de Mzimba) par exemple. L'évolution des activités dans les hôpitaux est indiqué dans la Figure 4-4.

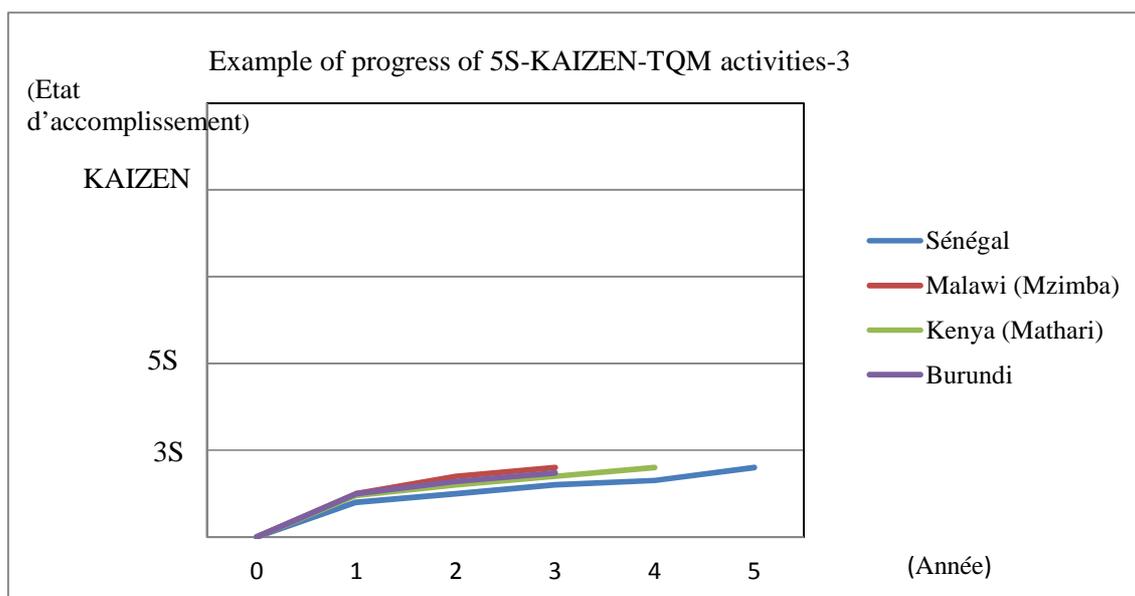


Figure 4-4 Evolution des activités de 5S-KAIZEN-TQM (3) –
Exemple de stagnation des activités

Les facteurs qui auraient empêché le progrès de ces hôpitaux sont les suivants.

- a) Leadership faible du directeur ou de la Direction de l'hôpital au démarrage du programme.
- b) Changement fréquent de directeur (Sénégal, Mzimba).
- c) Mouvement fréquent des participants ayant participé à la formation par région (Sénégal).
- d) Acquis de la formation par région n'ont pas été restitués à l'hôpital (Sénégal).
- e) Activités des équipes peu exécutées à cause du fonctionnement non approprié de QIT et WIT.

La plupart d'entre eux ne clarifient pas encore le rôle de QIT et de WIT. En outre, les activités de QIT est irrégulières, et se limitent à quelques réunions par an. En résumé, le QIT et le WIT ne fonctionnait pas en tant que tel.

Dans la phase de l'introduction des activités de 5S jusqu'à l'achèvement de 3S, l'essentiel est que le QIT visite les services régulièrement et présente l'approche 5S pour accompagner leurs activités à travers la formation sur le tas et les instructions données. Sans telle visite, il est très difficile de motiver le WIT et le personnel de chaque service vis-à-vis de l'approche 5S, et d'avancer des activités sur le terrain. Pour former une structure au lancement des activités stimuler l'ardeur des membres de QIT et des personnels, le leadership du directeur d'hôpital est indispensable. Mais si les activités n'ont pas bien marché dans ces hôpitaux pilotes, c'est probablement à cause du leadership faible du directeur d'un côté, et d'autre côté du manque d'action en matière de formation de l'équipe et de mentalité positive du personnel.

Il y a un autre facteur qui empêche l'organisation de l'approche 5S. Au Sénégal, selon des conseils de l'expert à court terme, l'hôpital pilote a pris des mesures à leur façon, comme la création du

sous-comité par bâtiment au lieu d'un WIT par service, ou l'organisation de l'équipe d'opération (équipe chargée de 5S) sous le WIT. Mais la création du sous-comité par bâtiment a rendu vague la responsabilité et a empêché de développer l'esprit d'équipe au sein du service : enfin, telles mesures ont empêché leurs activités.

4) Exemple de recul (stagnation) des activités après progression

Certains hôpitaux pilotes ont connu la progression des activités après le lancement, mais une fois arrivé au niveau 5S, ils ont reculé jusqu'au niveau 3S. Il s'agit de l'Erythrée (Hôpitaux d'Orotta, de Halibet), du Nigéria et de l'Ouganda.

L'évolution des activités dans les hôpitaux est indiqué dans la Figure 4-5.

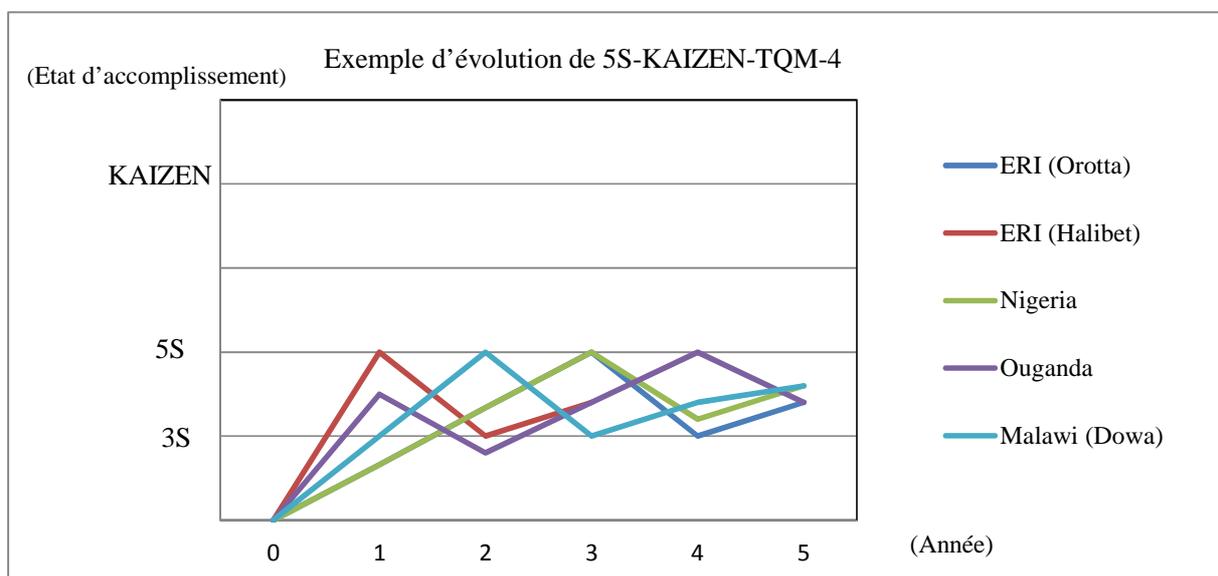


Figure 4-5 Evolution des activités de 5S-KAIZEN-TQM (4) – Exemple de progression/stagnation des activités

Pour quatre hôpitaux sur cinq ci-dessus (sauf Nigéria), telle évolution aurait été provoquée par les facteurs communs ci-dessous.

- a) Le directeur de l'hôpital a exercé son leadership pour mener les activités, mais cela ne marche plus après son départ par mutation.
- b) Les membres de QIT et de WIT manquent de connaissances appropriées sur l'approche 5S-KAIZEN-TQM.

Par exemple, l'hôpital de Halibet (Erythrée) a atteint au niveau 5S en un an, car son directeur, ayant un fort leadership, comprenait parfaitement l'approche 5S-KAIZEN : les activités ont été bien menées sous le leadership du directeur.

Cependant, cet hôpital a fait face à la stagnation des activités, à cause du départ par mutation du

directeur et des membres de la direction. Parce que le directeur et ses collaborateurs avaient manqué, en cas d'extension des activités 5S, de communiquer au personnel le savoir-faire, de former une équipe opérationnelle, et de rendre positive la mentalité du personnel. Les personnels de l'hôpital, eux mêmes, n'ayant pas bien compris cette approche, ni importance ni méthode de l'introduction. Ainsi le départ du leader a stagné voire reculé les activités.

Au Nigéria, la progression et le recul ont été constaté sans mouvement du directeur. Les principaux raisons sont : a) fatigue du personnel avec l'augmentation du nombre de clients, b) influences par des grèves. Dans cet hôpital, les capacités organisationnelles n'ont pas encore été développées à ce moment pour surmonter ces difficultés.

En plus, les facteurs par établissement ayant influencé l'avancement des activités seraient les points indiqués ci-dessous.

Facteurs de recul/stagnation des activités

- a) Fusion de trois hôpitaux (Hôpital d'Orotta)
- b) Travaux de rénovation des bâtiments (Hôpital d'Orotta)
- c) Participation à la formation par région des personnels ayant peu d'expériences en 5S-KAIZEN (Hôpital d'Orotta)
- d) Acquis de la formation par région non partagés (Hôpitaux d'Orotta, de Halibet)
- e) Fin de la mission des jeunes volontaires japonais (Ouganda, Hôpital de Dowa)

Facteur favorables aux activités

- a) Envoi du JOCV (Ouganda, Hôpital de Dow)
- b) Amélioration de la compréhension de l'approche après la participation à la formation des personnes concernées (Nigéria)

(2) Facteurs nécessaires à l'ensemble des activités (Tableau 4-4)

Dans les pays où les activités 5S avancent bien, le niveau de leadership était aussi excellent, notamment celui du directeur ou des membres de la direction. Tels hôpitaux, ayant une volonté ferme de changement, voient un bon déroulement des activités. Ou encore, les activités se sont développées par le fait que la direction pris conscience de l'efficacité de cette approche à travers des activités du programme, ou qu'elle identifie la nécessité de la réforme hospitalière.

Au cas où le but de l'approche serait bien compris, et que le changement de la mentalité est fait, cela se voit par le comportement du personnel (lors de la mission de supervision, toutes les personnes concernées sont à l'heure). Par contre, dans les établissements hospitaliers où les activités ne marchent pas bien, il prend du temps pour que tout le monde arrive, ou certains participants ne viennent pas à la

réunion, etc. Ainsi, il a été bien confirmé que l'approche 5S a donné des impacts positifs comme le changement de la mentalité ou du comportement.

Dans les pays où les activités avancent, les acquis de la formation par région sont restitués aux personnes concernées du pays, et le personnel de l'hôpital se prépare volontairement l'arrivée de la mission de supervision, réfléchit bien sur les recommandations données par cette mission, et met en œuvre des activités pour s'améliorer. Egalement, ils prennent des mesures pour améliorer les points faibles sur la base de l'évaluation faite à l'aide de la feuille de suivi. S'ils trouvent des éléments utiles dans le questionnaire à remplir, ils établissent un système pour collecter des informations/données par eux-mêmes. Enfin, ils savent s'approprier les acquis obtenus à travers ces activités pour changer le comportement. Toutes ces actions sont fondées sur le leadership et le dynamisme du dirigeant. Dans ce type d'hôpital, les expériences de l'approche 5S-KAIZEN-TQM sont utilisées aussi dans des activités de chacun pour s'améliorer.

1) Etape 1 : Introduction de 5S (Tableau 4-5)

Ce qui est indispensable pour introduire cette approche, c'est l'ardeur et le dynamisme du leader (directeur d'hôpital) en matière de changement de gestion de son établissement à l'aide de cette approche. Le directeur, qui souhaite vivement changer son hôpital, a tendance à introduire d'abord les 5S dans son bureau. Le degré de volonté en matière de mise en œuvre de l'approche 5S peut être vérifié par l'action du directeur. Il est aussi important que le directeur puisse expliquer l'importance 5S-KAIZEN-TQM avec ses propres mots pour motiver ses collaborateurs directs ainsi que tout le personnel de l'hôpital concernant ces activités.

En cas d'introduction des 5S, une structure est formée pour sa mise en œuvre. Ce qui est particulièrement important, c'est la composition des membres de QIT. Ces membres doivent être sélectionnés parmi les chefs de service, et il est nécessaire d'obtenir leur compréhension et engagement à l'égard du concept de l'approche 5S-KAIZEN-TQM.

Jusqu'à certain moment où des activités se stabilisent, il convient de vérifier avec flexibilité la composition des membres de QIT et le système, en fonction du contenu et la situation des activités. Dans les hôpitaux qui le pratiquent, l'approche marche mieux en général. Pour le bon fonctionnement du QIT, il est nécessaire d'impliquer des médecins, des infirmiers, mais aussi des personnels non médicaux, et de sélectionner le président du QIT parmi les membres de la direction ou les chefs de service, et de clarifier le rapport entre le QIT et le directeur de l'hôpital pour que ce dernier appuie les activités du QIT sans réserve. Tel hôpital peut bien mener des activités de 5S.

Concernant le nombre de membres QIT, s'ils ne sont ni trop nombreux, ni trop peu (une dizaine de personnes), cela marche bien en général. S'ils sont peu nombreux, une charge pèsera sur les épaules de chaque membre. Si trop nombreux, cela empêche la mobilité de la structure. A l'hôpital d'Orotta

(Erythrée), les membres QIT sont trop nombreux, et cela entrave son fonctionnement. Donc les activités n'étaient pas très dynamiques. Par contre, toujours en Erythrée, l'Hôpital de Halibet a du reporter la réunion de QIT à cause du nombre de participants trop peu. La constitution de l'équipe étant un élément-clé de la réussite et la continuité des activités de 5S, il est souhaitable de sélectionner les personnes appropriées au nombre correct aussi pour le WIT que le QIT.

L'organisation du QIT et du WIT diffère selon les hôpitaux. En général, si le QIT rattaché directement à la direction de l'hôpital, et le WIT dans chaque service, l'évaluation de tel hôpital est relativement excellent. D'autre part, au Sénégal, l'hôpital pilote a pris des mesures originelles comme la création d'un sous-comité par bâtiment au lieu du WIT par service, ainsi qu'une équipe d'opération sous le WIT comme une structure inter-organisationnelle qui est chargée des activités pratiques de 5S. Mais ces mesures ont entravé les activités de 5S pour des raisons suivantes : a) La responsabilité et le rôle des activités de 5S sont vagues, b) ces mesures ne correspondent pas au concept de 5S « tout ensemble, améliorer l'environnement de travail de chacun », c) la constitution de l'équipe n'avance pas.

2) Etape 2 : Mise en œuvre de S1 à S3 jusqu'à la maîtrise de 3S (Tableau 4-6)

Ce qui est essentiel pour cette étape - mise en œuvre de S1 à S3 jusqu'à la maîtrise de 3S -, c'est l'identification des services pilotes, la mise en œuvre des activités impliquant le personnel des services pilotes, l'appui du QIT en faveur des services pilotes. Lors de l'identification des services pilotes, il est souhaitable de sélectionner ceux ayant une visibilité des résultats (archivages, magasin, pharmacie, etc.). Mais les services cliniques sont aussi possibles, s'il le chef et le personnel sont motivés. Le WIT est créé en général par les membres de chaque service. La clé de réussite est de développer l'esprit d'équipe, à travers la composition des membres du WIT par toutes les catégories professionnelles et la mise en place d'une équipe au sein du service.

A l'étape S1-S3, il existe d'importantes activités à chaque « S » - S1 (seiri), S2 (seiton) et S3 (seiso). La maîtrise ou non de ces 3S donne des conséquences à l'avancement.

En cas de mise en œuvre de S1 (seiri), il est important de créer le magasin des objets inutiles pour assurer un endroit pour ces articles. A l'hôpital, les équipements médicaux n'étant pas sa propriété - ce sont des biens de l'état ou publics, en général -, il est difficile de déclasser avec la compétence de l'hôpital. Faute de magasin ou aire de stockage des objets inutiles, ces objets sont laissés toujours dans les bureaux. Egalement, faute de moyen de déplacer des objets inutiles, ceux-ci restent aux mêmes endroits, occupant les bureaux pendant des années. Dans ce cas, l'établissement du système ou de la méthode pour déplacer des objets inutiles de chaque service permettent d'avancer des activités de 5S. Egalement les activités marchent bien dans les services où est établi le système de triage des objets inutiles : il s'agit de faire le tri des objets inutiles (utilisables, réparables, non utilisables) et les utilisables sont valorisés dans d'autres services.

Deux points importants pour la mise en œuvre de S2 (seiton), c'est : a) trier des objets par article et décider le lieu de conservation pour chacun, b) pratiquer le principe de « pouvoir voir, amener et ramener » à l'aide de l'outil de 5S comme l'étiquette et l'autocollant. Dans les hôpitaux avancés, les personnels sont dotés des capacités de comprendre l'outil de 5S, et de l'introduire dans son lieu de travail, et de créer le système de seiton.

La progression de S3 (seiso) dépend de deux points suivants : 1) le système de tri des ordures est établi, 2) les personnels assurent le nettoyage quotidien. Les règles de tri des ordures permettent de : a) maintenir l'hôpital propre avec la mise en place des poubelles aux endroits appropriés, b) réduire le volume d'ordures grâce au tri/recyclage des déchets réutilisables, c) renforcer la sécurité avec le tri et la conservation des déchets médicaux et piquants.

Dans les hôpitaux qui font penser à l'utilisation des poubelles par les personnels mais aussi par les visiteurs, tant l'intérieur que l'extérieur de l'hôpital sont maintenus propres. La pratique du nettoyage quotidienne par les personnels permet, d'une part, de maintenir propre leur propre lieu de travail, et d'autre part, de changer la conscience de chacun. À savoir, ayant pris l'habitude du nettoyage (activités de 5S), ils prennent conscience que le nettoyage n'est pas un travail de prestataires mais que chacun doit tenir propre son propre lieu de travail. En outre, le nettoyage quotidien par soi-même permet, d'une part, de mieux gérer le matériel de bureau et le classement des dossiers, ou l'état de fonctionnement des équipements, et d'autre part, de développer la conscience de maintenir propre son service (environnement de travail) comme une équipe. Ainsi, ceci contribue non seulement à l'amélioration de l'environnement de travail, mais aussi le changement de conscience et le renforcement de l'esprit d'équipe.

3) Etape 3 : 3S → Accomplissement de 5S (Tableau 4-7)

Ce qui joue un rôle important lors du passage de 3S à 5S, c'est le fonctionnement du QIT. Parmi les hôpitaux ayant achevé les 5S, ceux à Madagascar, en Tanzanie et au Mali spécifient et affichent le système d'exécution, les objectifs et le plan d'action de l'approche 5S-KAIZEN-TQM. Ces hôpitaux comprennent parfaitement le rôle du QIT et du WIT, et ils déterminent et montent le rôle de chacun, y compris le directeur de l'hôpital. Ce sont des caractéristiques principales de ces hôpitaux. Par ailleurs, le calendrier des activités (réunion, supervision, formation) est précisé pour les mettre en œuvre régulièrement. Il est essentiel que la réunion du QIT soit organisée au moins une fois par mois. Le passage du niveau 3S au 5S étant une étape où les activités sont élargies dans tous les services de l'hôpital, le QIT joue un rôle très important : supervision des activités, identification et évaluation de bonnes pratiques, standardisation de ces pratiques pour introduire dans tous les services en collaboration avec les WIT, élaboration et mise en œuvre des règles de l'hôpital. Ainsi le QIT joue le rôle principal. Par contre, le passage au niveau 5S sera difficile, au cas où le QIT fait une visite régulière sans comprendre son objectif, que le QIT ne pourrait pas donner des informations et conseils adéquats à l'issue des discussions sur le terrain en matière de problème, et que le QIT n'étudierait pas la

standardisation des bonnes pratiques identifiées, bref, au cas où les activités seraient sans substance. La clé du passage du niveau 3S au 5S, c'est que le QIT et les WIT comprennent correctement leur rôle donné, et les spécifient comme les termes de référence pour pratiquer.

Un autre élément important pour le passage du 3S au 5S, c'est la collaboration étroite entre le QIT et chaque WIT, voire le directeur d'hôpital. Dans les pays où les activités marchent bien, est bien établie une structure d'organiser des réunions régulières pour le compte rendu des WIT, la restitution des résultats de la supervision/suivi effectués par le QIT, et la discussion avec le directeur sur les activités actuelles et futures en fonction de la nécessité. Par contre dans les pays où les activités ne marchent pas bien, les WIT ne rapportent pas des résultats de réunions et d'autres informations auprès du QIT, et celui-ci n'effectue pas la supervision. Ce qui a été constaté dans le cadre de cette étude.

Pour le niveau 5S, notamment celui de S4 (standardisation) et de S5 (se discipliner), la conservation des documents et l'utilisation de l'information sont des éléments très importants. La documentation permet de transmettre correctement l'information pour faire valoriser dans les activités qui se poursuivent. Il est souhaitable que cela soit pratiqué non seulement par le QIT mais aussi par les WIT et dans tous les services. Dans les pays qui remplissent cette condition, les documents sont conservés sur le terrain.

Dans la plupart des pays qui ne passent pas encore du 3S au 5S, le rôle du QIT n'est pas reconnu correctement, et leurs activités sont irrégulières. Si l'organisation de réunions est irrégulière et très peu, il est impossible de mettre en œuvre le seiketsu (standardisation) et le shitsuke (se discipliner). Et même si la réunion est organisée, si le QIT n'examine pas bien le contenu des discussions, comme la décision à prendre ou le compte rendu des WIT, il est également difficile d'avancer des activités de S4 et S5.

4) Etape 4 : Passage du niveau 5S au KAIZEN (Tableau 4-8)

Le 5S et le KAIZEN portent sur l'amélioration de la gestion. Mais comme la cible et le processus d'exécution diffèrent pour l'un et l'autre, les hôpitaux exerçant ces activités ont mis du temps pour se perfectionner. Pour passer du niveau 5S au KAIZEN, il faut s'acquérir les connaissances appropriées sur le KAIZEN. Tout d'abord, les agents participent à la formation par région pour comprendre le KAIZEN, ensuite font partager par tous les personnels de l'hôpital. C'est un premier pas à faire. Parmi les pays qui ne parviennent pas encore au niveau KAIZEN, en Erythrée et au Sénégal, la restitution de la formation n'a pas été faite par les participants, et les participants changent chaque fois. L'hôpital n'ayant pas le savoir-faire accumulé, il est impossible d'organiser la formation sur le KAIZEN par lui-même. Si le temps s'écoule entre la formation par région et la restitution est la formation sur le KAIZEN, on rencontrera des difficultés pour mettre en œuvre la formation à l'hôpital, à cause de la mémoire échappée.

Les caractéristiques des pays déjà parvenus au KAIZEN sont les suivantes : a) Toujours les mêmes agents qui participent à la formation par région (parfois plusieurs personnes en alternance), b) les acquis de la formation par région sont restitués aux autres personnels, c) une formation sur le KAIZEN est organisée auprès des membres du QIT et des personnels intéressés par tâtonnement. D'autre part, certains pays, malgré l'insuffisance des connaissances sur le KAIZEN, utilisent l'outil de KAIZEN pour lutter contre les difficultés dans leurs hôpitaux, puis confirment les résultats des activités sur la base des données et informations collectées dans ce cadre. A Madagascar et en R.D.Congo, les hôpitaux pilotes vérifient de différents cas du KAIZEN par procès à l'occasion de la mission de supervision, ensuite discutent sur la pertinence de leur méthodologie et le contenu des discussions ainsi que les points à améliorer. Ainsi, ils peuvent approfondir les connaissances sur le KAIZEN à partir des problèmes auxquels ils font face, et leur progression dans les activités de KAIZEN est attendue.

Le Bénin et le Mali atteignent le niveau 5S, et la formation sur le KAIZEN est organisée en faveur des personnels des hôpitaux. Ils commenceront prochainement, espère-t-on, les activités de KAIZEN. Comme indique l'exemple à Madagascar et en R.D.Congo, étant donné qu'ils n'arrivent pas à mener, par eux-mêmes, des activités de KAIZEN correctement, il sera nécessaire de trouver une occasion comme la mission de supervision pour leur donner des consultations sur le KAIZEN.

5) Moment du passage du niveau 5S au KAIZEN

Cette approche, étant caractérisée par l'introduction étape par étape de 5S, de KAIZEN et de TQM, préconise de passer à l'étape KAIZEN après être parvenu au niveau 5S. Cependant, cette étude a révélé que certains hôpitaux entament les activités de KAIZEN avant d'arriver au niveau 5S. Dans la majorité de ces hôpitaux, ils le pratiquent sans intention : les activités exécutées dans le cadre de 5S correspondent par hasard aux activités de KAIZEN, à savoir les activités visant à améliorer le processus de travail. D'autre part, certains hôpitaux essaient d'entamer le KAIZEN alors que les 5S ne sont pas suffisamment pratiqués. Certains problèmes qu'ils traitent peuvent être résolus par les 5S. Dans la mise en œuvre de S4 et S5, les problèmes sont identifiés à travers des activités. Les problèmes sont alors résolus par la proposition du KAIZEN. Par conséquent, il vaudra mieux d'abord achever les 5S, plutôt que se précipiter vers la mise en œuvre de KAIZEN.

Facteurs de réussite

1) Pour toutes les étapes confondues

Tableau 4-4 Facteurs de réussite (1) Pour toutes les étapes confondues (nom de pays : représentés par les codes ISO)

	KAIZEN		TZA	5S+K		3S+K		BFA	3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Inconnu
	MDG ⁶			BEN	MLI	COD	NGA		ERI ⁷		MWI ⁸		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
	1	2	1					2	1	2								
Leadership fort du directeur de l'hôpital	○	○	○	○	○	○	○	○	×	△	△	△	△	○	○	○	○	—
Directeur ayant le leadership fort dirige l'hôpital sans mouvement	△	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	△	×	○	×	○	—
Leader possède des connaissances correctes sur le 5S-KAIZEN, et peut expliquer l'importance de 5S au personnel	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	○	○	○	—	—
Aides par d'autres partenaires que la JICA	—	—		○	○	○	×	○	○	×	×	△	○	—	○	—	△	—
Développement des capacités de 5S en équipe est compris et mis en œuvre avec conscience	○	○	○	△	○	○	○	—	△	△	○	○	○	△	△	△	○	—
Lors de la mission de supervision, les participants se réunissent	○	○	○	△	○	○	△	—	△	△	○	○	○	△	○	△	△	—

Critères de jugement ○ : Correspond, △ : Correspond moyennement, × : Ne correspond pas, — : Information insuffisante

⁶ Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga, Hôpital pilote 2 : CHU de Fianarantsoa

⁷ Hôpital pilote 1 : Hôpital général d'Orotta, Hôpital pilote 2 : Hôpital de Halibet

⁸ Hôpital pilote 1 : Hôpital de District de Dowa, Hôpital pilote 2 : Hôpital de District de Mzimba

	KAIZEN		TZA	5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Inconnu		
	MDG ⁹			BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ¹⁰		MWI ¹¹		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER	
	1	2	1						2	1	2								
Lors de la mission de supervision, les participants arrivent à l'heure	○	○	○	△	○	○	△		△	△	○	○	○	△	○	△	○	—	
Pouvoir se préparer volontairement la mission de supervision	○	○	○	△	○	○	×	△	△	△	×	×	○	△	○	△	○	—	
Meilleur score obtenue que la mission de supervision précédente (si supérieur à 75% à la dernière mission, le maintien du niveau)	○	○	○	○	○	×	○	○	△	△	×	×	○	△	×	○	—	—	
Recommandations précédentes pratiquées dans le cadre des activités	○	○	—	—	○	○	△	—	○	○	○	○	○	○	—	○	—	—	
Nouvelles données et informations obtenues pour mesurer les impacts de 5S	○	○	○	○		○	△	△	×	×	△	△	△	×	△	×	×	—	
Concurrence positive et partage d'expérience entre les hôpitaux	○	○	○	×	△ ¹²	△	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△ ¹³	—

Critères de jugement ○ : Correspond, △ : Correspond moyennement, × : Ne correspond pas, — : Information insuffisante

⁹ Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga, Hôpital pilote 2 : CHU de Fianarantsoa

¹⁰ Hôpital pilote 1 : Hôpital général d'Orotta, Hôpital pilote 2 : Hôpital de Halibet

¹¹ Hôpital pilote 1 : Hôpital de District de Dowa, Hôpital pilote 2 : Hôpital de District de Mzimba

¹² Il n'y a pas d'hôpital qui y correspond au Mali, mais des échanges ont lieu avec l'hôpital de Tambacounda (Sénégal) depuis l'année dernière à travers la mission de supervision.

¹³ Le ministère de la santé a pris le relais du Concours qualité initié par la GIZ. Il y a une concurrence à cause de la similarité des activités, mais il est possible que ces résultats ne parviennent pas par l'approche 5S.

2) Etape 1 : Introduction des 5S

Tableau 4-5 Facteurs de réussite (2) Etape 1 : Introduction des 5S

	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Non rapporté		
	MDG		TZA	BEN	MLI	COD	NG A	BFA	ERI		MWI		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
	1	2							1	2	1	2						
Leader souhaite vivement améliorer la gestion de l'hôpital avec cette approche	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○↓△	○	○	×	—	—
										↓	↓	↓		↓		↓		
									△	△	×	×		×				
Leader possède des connaissances correctes sur le 5S-KAIZEN, et peut expliquer l'importance de 5S au personnel	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○	△	○	○	○	—	—
										↓	↓			↓				
										×	×		×	×				
Leader introduit les 5S dans son bureau	○	○	○	—	○	—	—	—	△	△	×	×	×	—	○	○	—	—
Systeme d'exécution de 5S-KAIZEN (QIT, WIT) est établi	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	—

Critères de jugement ○ : Correspond, △ : Correspond moyennement, × : Ne correspond pas, — : Information insuffisante

3) Etape 2 : Exécution de S1-S3→Accomplissement de 3S

Tableau 4-6 Facteurs de réussite (3) Etape 2 : Exécution de S1-S3→Accomplissement de 3S

	KAIZEN		5S-KAIZEN		3S+KAIZEN		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Non rapporté		
	MDG		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI		MWI		KEN	UGA	BDI	SEN	MA R	NER
	1	2							1	2	1	2						
(Etape 2) S1-S3																		
QIT est composé des membres motivés par les 5S	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	△	○	—
Chefs des services pilotes sont positifs pour introduire les 5S	—	—	○	△	○	○	○	○	—	—	○	○	○	○	○	—	△	—
Activités sont mises en œuvre en impliquant les personnels des services pilotes	○	○	○	—	○	○	△	—	—	—	△	△	△	△	△	△	—	—
QIT visite régulièrement les services pilotes pour le suivi des activités	○	○	○	○	○	△	△	△	—	—	△	△	○	○	△	—	—	—
S1 (Séparer)																		
Mise en place du magasin des objets inutiles	○	○	○	×	○	○	△	×	○	○	×	×	○	—	×	△	×	—
S2 (Systématiser)																		
Chaque article est trié et conservé à l'endroit défini	○	○	○	○	○	△	△	△	○	○	△	△	○	○	×	△	△	—
Principe de « Pouvoir voir, pouvoir amener et pouvoir ramener » est pratiqué	○	○	○	△	○	△	△	△	△	△	△	△	△	○	×	△	—	—
S3 (Salubrité)																		
Système de tri des ordures est établi	○	○	○	○	○	△	○	○	△	△	○	○	×	○	×	△	○	—
Nettoyage quotidien est fait	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—

Critères de jugement ○ : Correspond, △ : Correspond moyennement, × : Ne correspond pas, — : Information insuffisante

4) Etape 3 : Du 3S à l'achèvement de 5S

Tableau 4-7 Facteurs de réussite (4) Etape 3 : Du 3S à l'achèvement de 5S

	KAIZEN		5S-KAIZEN		3S+KAIZEN		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Non rapporté		
	MDG		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI		MWI		KE	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
	1	2							1	2	1	2						
(Etape 3) 3S→5S																		
TDR du système et de chaque structure sont bien clarifiés et affichés	○	○	○	○	○	△	○	○	△	△	○	△	○	—	○	△	△	—
Equipes (QIT, WIT) fonctionnent bien, et exécutent les activités régulières	○	○	○	○	○	○	△	○	△	△	○	△	○	—	△	△	△	—
QIT comprend ce qu'il faut faire pour S4 (standardiser) et S5 (se discipliner)	○	○	○	○	○	○	○	△	△	△	○	△	△	—	△	△	—	—
QIT prépare le calendrier des activités régulières pour mettre en œuvre (réunions)	○	○	○	○	○	○	△	○	△	△	○	○	○	○	△	△	△	—
(Supervision)	○	○	○	○	○	△	△	—	△	△	△	△	△	△	△	×	×	—
(Formation)	○	○	○	○	○	△	○	×	○	○	△	△	△	△	△	×	×	—
(Evénement 5S)	○	○	○	—	○	—	△	—	×	×	△	△	△	—	△	×	×	—
S4 (Standardiser)																		
Bonnes pratiques sont standardisées	○	○	○	○	○	△	×	△	△	△	△	△	△	△	△	△	—	—
Règles d'utilisation de l'hôpital documentées	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	—	—
S5 (Se discipliner)																		
Règles visualisées et mises en œuvre à l'aide de la feuille de contrôle	○	○	○	—	—	×	△	○	×	×	△	△	△	○	△	×	×	—

	KAIZEN		5S-KAIZEN		3S+KAIZEN		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Non rapporté		
	MDG		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI		MWI		KE	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
	1	2							1	2	1	2						
Système de formation par catégorie professionnelle (nouveaux arrivés, personnel, QIT, etc.) est établi et mis en œuvre	○	○	—	○	○	Δ	○	—	Δ	Δ	×	×	Δ	—	Δ	Δ	×	—

Critères de jugement ○ : Correspond, Δ : Correspond moyennement, × : Ne correspond pas, — : Information insuffisante

5) Etape 4 : Passage du niveau 5S au KAIZEN

Tableau 4-8 Facteurs de réussite (5) Etape 4 : Passage du niveau 5S au KAIZEN

	KAIZEN		TZA	5S-KAIZEN		3S+KAIZEN		BFA	3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Non rapporté
	MDG			BEN	MLI	COD	NGA		ERI		MWI		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
	1	2	1					2	1	2								
Mêmes agents participent à la formation par région	○	○	○	○	○	○	△	○	×	—	△	△	△	—	○	×	○	—
Acquis de la formation est restitués à l'hôpital par les participants	○	○	○	○	○	△	○	○	×	—	○	○	○	—	○	×	×	—
Formation KAIZEN est effectuée au QIT	○	○	○	○	○	○	○	×	×	—	×	×	○	—	×	×	×	—
Formation KAIZEN est effectuée pour le personnel	○	○	○	○	○	×	×	×	×	—	×	×	△	—	×	×	×	—
KAIZEN est essayé	○	○	○	×	○	○	△	×	×	—	×	×	△	—	×	×	×	—

Critères de jugement ○ : Correspond, △ : Correspond moyennement, × : Ne correspond pas, — : Information insuffisante

6) Facteurs externes influençant les activités de 5S-KAIZEN-TQM (voir Tableau 4-9)

Dans la plupart des pays (sauf Tanzanie) où les activités de 5S-KAIZEN sont en bonne voie, le ministère de la santé donne son appui au suivi et à l'évaluation, mais pas encore à l'élaboration des directives et d'autres aides politiques. Ce programme est conçu pour atteindre à deux objectifs : d'une part, la mise en place de la vitrine de 5S-KAIZEN-TQM par le biais des activités dans les hôpitaux pilotes, et d'autre part, sa diffusion au niveau national par le ministère de la santé. Le rôle de la vitrine a été accompli grâce aux efforts des hôpitaux pilotes. Dans beaucoup de pays, le suivi et l'évaluation ont été exécutés sous forme de participation aux activités organisées dans le cadre de la mission de supervision, etc. Le ministère de la santé a bien compris l'importance de l'élaboration des directives ainsi que des impacts de la diffusion au niveau national, mais il ne sait pas encore comment y procéder concrètement et n'arrive pas à obtenir des aides appropriées. Au cas où la diffusion nationale des activités dans les pays cibles serait examinée, il est indispensable d'élaborer les directives et le plan d'action, et de développer les capacités du ministère de la santé pour leur mise en œuvre. Il convient donc d'examiner la diffusion nationale en collaboration avec les hôpitaux pilotes. Notamment dans les pays où l'hôpital pilote obtient de bons résultats, il est nécessaire d'assister dans les meilleurs délais le développement des capacités du ministère de la santé.

Il est à noter que le soutien du bureau de la JICA impulse également la progression des activités dans l'hôpital pilote. A Madagascar et en Erythrée où le bureau de la JICA (et le personnel chargé) s'engage avec ardeur à ce dossier, et assiste à moment opportun des activités de l'hôpital pilote, à travers des discussions avec des responsables de l'hôpital et du ministère de la santé, la fourniture des équipements nécessaires aux activités de 5S en utilisant adéquatement le fonds de coopération, et l'organisation des rencontres des responsables de différents hôpitaux et du suivi. Par ailleurs, à l'occasion des réunions des bailleurs de fonds, ce programme est présenté pour partager avec les participants des réunions la relativité avec les programmes des autres partenaires, ainsi que les avantages de l'approche 5S-KAIZEN-TQM. Dans les pays comme Tanzanie, Madagascar, Burundi et Kenya, cette approche est introduite en collaboration avec d'autres bailleurs de fonds.

Tableau 4-9 Facteurs externes influençant les activités de 5S-KAIZEN-TQM

	KAIZEN		5S-KAIZEN		3S+KAIZEN		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Non rapporté		
	MDG		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI		MWI		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
	1	2							1	2	1	2						
Activités du Ministère de la Santé (MS)																		
Le MS a institué une politique nationale	×	○	○	×	○	△	△	○	○	○	○	○	○	×	○	×	—	
Le MS a élaboré le plan concret de diffusion	△	○	×	△	△	×	×	△	△	○	○	△	△	○	△	×	—	
Le MS fournit les directives de mise en œuvre	×	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	△	×	×	—	
Le MS ou une agence sous sa tutelle fait une visite régulière de l'hôpital pilote pour le suivi et l'évaluation	△	○	△	△	△	×	×	○	△	○	○	○	○	○	○	×	—	
Soutien du bureau de la JICA																		
Le bureau a sa propre stratégie (ou idée) de diffusion de 5S-KAIZEN-TQM	○	○	○	△	○	○	○	↓ △	○	○	○	○	○	○	○	△	—	
L'agent chargé du programme discute régulièrement avec le MS et l'hôpital pilote sur la stratégie de diffusion de 5S-KAIZEN-TQM	○	○	○	△	○	○	○	↓ △	○	○	○	○	○	○	○	△	—	
Visite régulière de l'hôpital pilote par le bureau de la JICA	○	○	○	×	○	○	○	↓ △	○	○	△	○	○	○	△	△	—	

	KAIZEN		5S-KAIZEN		3S+KAIZEN		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Non rapporté		
	MDG		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI		MWI		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
	1	2							1	2	1	2						
Utilisation du fonds d'aide est décidée en saisissant l'état d'activités de l'hôpital pilote et du MS et à travers discussions avec eux	○		○	○	○	○	○ ↓ △	○	○	△		○	○	○	○	△	—	
Participation aux réunions de bailleurs de fonds et présentation des activités 5S-KAIZEN-TQM ¹⁴	○		○	—	×	—	△	—	○	○	○	△	△	○	×	△	—	

¹⁴ Jugé d'après des propos recueillis par la visite des différentes organisations internationales effectuée dans le cadre de la mission de supervision jusqu'à présent.

7) Facteurs favorables et défavorables de la collaboration avec d'autres systèmes de coopération de la JICA

Dans huit pays cibles sur quinze, d'autres projets de la JICA existent ou sont mis en œuvre. Notamment en Tanzanie, les activités de 5S marchent bien grâce à la synergie de ce programme et d'autres projets japonais. Egalement les hôpitaux en R.D.Congo au Nigéria mettent en œuvre les activités avec leur initiative, et en bénéficiant de l'appui des autres projets et des experts.

Par contre, dans les hôpitaux pilotes en Erythrée, au Burundi et au Sénégal, la contribution aux activités 5S-KAIZEN par des autres projets n'est pas très importante. Ce serait à cause de : 1) la méthode de diffusion des activités 5S, 2) Rapport entre l'hôpital pilote et le cadre des projets. L'approche 5S-KAIZEN-TQM repose sur la constitution de l'équipe et le changement de mentalité. L'équipe et la mentalité positive sont constituées à travers l'amélioration de l'environnement de travail. Mais si les activités de 5S sont introduites et diffusées sans mettre l'accent sur ces aspects, tout simplement dans le cadre d'une « campagne d'embellissement », il sera difficile de poursuivre les activités après l'achèvement de projets. Par exemple, en Erythrée et au Sénégal, même quelques années après le démarrage du programme, les membres du QIT ne comprennent pas le concept de l'approche 5S comme « participation de tout le personnel » « mettre en œuvre par nous-mêmes ce qu'on peut faire ». C'est probablement parce que l'accent n'a pas été mis sur la constitution de l'équipe et de la mentalité positive. Par ailleurs, comme les activités de 5S sont exécutées dans le cadre du projet de gestion des équipements médicaux en Erythrée, et dans le cadre du projet de la santé mère-enfant au Burundi, l'approche 5S a été considérée comme des activités dans certains services comme le service d'équipements médicaux ou la maternité, non pas celles pour l'ensemble de l'hôpital. Cet aspect aurait empêché la participation totale aux activités.

En cas de mise en œuvre des projets de coopération technique, les activités de 5S doivent être aussi exécutées sur le terrain, à l'initiative des agents de service. Mais il est possible que les 5S sont dirigés par le projet, dans le cadre des activités du projet. Lorsque l'approche 5S-KAIZEN-TQM est mise en œuvre dans ce cadre, il est important de transmettre correctement le concept y compris celui susmentionné, de respecter les activités de 5S provenant des services, et de les pratiquer avec ceux qui travaillent sur le terrain, en apportant une amélioration, etc. Ainsi, les activités de 5S ne sont pas sous l'égide du projet, mais celles des personnels.

D'autre part, il arrive que l'hôpital pilote est exclu des activités car le cadre du projet et la position de l'hôpital ne se conforment pas bien, et que les activités sont exécutées à titre limitatif dans une partie de services, etc. Par exemple, au Sénégal, alors qu'il existe un projet japonais dans la région de Tambacounda, l'Hôpital régional de Tambacounda (hôpital pilote) étant placé sous l'autorité du ministère de la santé, ne se trouve pas dans le cadre du projet. Ou encore, les homologues sont différents pour le projet et pour l'hôpital pilote, deux activités ne peuvent pas être en collaboration. En Ouganda, le projet fait l'objet de l'hôpital régional et les activités de 5S se déroulent dans les hôpitaux départementaux en principe. Cette situation aurait empêché la collaboration entre les deux. Même si le projet porte sur un domaine spécifique, l'introduction des 5S doit faire l'objet de tous les services de l'hôpital, et il faut commencer par la constitution de l'équipe. Si les 5S ne sont introduits que dans les services concernés par le projet, sans passer par ce processus, il sera difficile de poursuivre les activités après l'achèvement du projet. Au cas où l'approche 5S-KAIZEN-TQM serait introduite dans le cadre des activités d'un projet, il est important d'examiner suffisamment le cadre du projet pour établir le système d'exécution de 5S-KAIZEN-TQM non seulement dans les services concernés mais aussi dans l'ensemble de l'hôpital.

Tableau 4-10 Vérification de l'efficacité des projets (éléments nécessaire pour la mise en œuvre de projet de coopération technique et d'autres types de projet)

Critères de jugement : ○ Exécuté à l'initiative de l'hôpital, △ : Exécuté 50% par l'hôpital et 50% par le projet,

× : Exécuté en principe par le projet, — : Manque d'information

Désignation	Tanzanie	R.D. Congo	Nigéria	Erythrée (Orotta, Halibet)	Malawi (Mzimba, Dowa) Expert JOCV	Ouganda (Tororo) Coopération technique JOCV	Burundi Coopération technique (terminé)	Sénégal Expert Coopération technique JOCV
Détails de la coopération	Expert (terminé) Coopération technique	Expert Coopération technique	Coopération technique	Coopération technique (terminé)	Expert JOCV	Coopération technique JOCV	Coopération technique (terminé)	Expert Coopération technique JOCV
Importance bien expliquée et comprise concernant la constitution de l'équipe et le changement de la mentalité dans l'approche 5S-KAIZEN-TQM	○	○	○	× Une partie de la direction comprend, mais pas les membres du QIT	○ (Assistance JOCV)	○ (Assistance JOCV)	○	△
Activités 5S exécutées à l'initiative de l'hôpital	○	○ Exécuté à l'initiative de l'hôpital	○	△ 5S de matériel assisté par le projet	○ (Assistance JOCV)	○ (Assistance JOCV)	△	○
QIT et WIT comprennent ce qu'il faut faire. Système et TDR établis à l'initiative de l'hôpital	○	○ Etablis à l'initiative de l'hôpital	○	△ Etablis à l'initiative de l'hôpital mais le rôle de QIT/WIT n'est pas bien compris	○ (Assistance JOCV)	○ (Assistance JOCV)	○	△ De différents systèmes d'organisation existaient par la proposition de l'expert à court terme mais le rôle de QIT/WIT non clarifié

Désignation	Tanzanie	R.D. Congo	Nigéria	Erythrée (Orotta, Halibet)	Malawi (Mzimba, Dowa)	Ouganda (Tororo)	Burundi	Sénégal
Détails de la coopération	Expert (terminé) Coopération technique	Expert Coopération technique	Coopération technique	Coopération technique (terminé)	Expert JOCV	Coopération technique JOCV	Coopération technique (terminé)	Expert Coopération technique JOCV
Activités de QIT/WIT exécutées régulièrement à l'initiative de l'hôpital	○	○ Exécuté à l'initiative de l'hôpital mais réunion de QIT n'est pas fréquente	○	△ Inconnue pendant l'exécution du projet. Essai en cours mais pas d'activités régulières	○	○	△	△
Activités de QIT/WIT enregistrées à leur initiative	○	○ Exécuté à l'initiative de l'hôpital	△	○ Inconnue pendant l'exécution du projet. Actuellement enregistré par agents de l'hôpital	△	△ (JOCV)	×	△ Activités enregistrées dans chaque service, mais pas de système de rapporter au niveau supérieur
Formation sur 5S-KAIZEN-TQM organisée par les membres du QIT ou agents de l'hôpital	○	○ Exécuté à l'initiative de l'hôpital	○	○ Inconnue pendant l'exécution du projet. Actuellement enregistré par agents de l'hôpital	○	○	○	○

Désignation	Tanzanie	R.D. Congo	Nigéria	Erythrée (Orotta, Halibet)	Malawi (Mzimba, Dowa)	Ouganda (Tororo)	Burundi	Sénégal
Détails de la coopération	Expert (terminé) Coopération technique	Expert Coopération technique	Coopération technique	Coopération technique (terminé)	Expert JOCV	Coopération technique JOCV	Coopération technique (terminé)	Expert Coopération technique JOCV
Avantages de la collaboration avec des projets	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec l’OMS et d’autres pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Occasion accrue de la formation • Rôle de formateur et de vitrine 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec le centre de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Elimination des équipements à déclasser • Préparation de panneau d’indication dans l’hôpital (Halibet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec le MS 		<ul style="list-style-type: none"> • Visite à Madagascar 	<ul style="list-style-type: none"> • Echange d’information avec d’autres hôpitaux • Accès facile aux documents (directives, etc.)
Remarques	Conseiller MS 5S-KAIZEN-TQM	Conseiller MS RH santé	Santé mère-enfant	Gestion matériel médical	5S-KAIZEN-TQM	5S-KAIZEN-TQM	Santé mère-enfant	Conseiller MS Projets de gestion et de maternité sont basés dans la région, mais l’hôpital ne concerne pas.

8) Facteurs de réussite à l'introduction de cette approche et efforts nécessaires pour les faire apparaître

Sur la base des résultats de l'analyse ci-dessus, les facteurs de réussite à développer les activités à chaque étape ainsi que les efforts nécessaires pour les faire apparaître sont récapitulés dans la Tableau 4-11.

Tableau 4-11 Facteurs de réussite dans chaque étape 5S-KAIZEN-TQM et efforts nécessaires

Facteur de réussite	Efforts nécessaires pour faire apparaître les facteurs	Remarques
Activités générales		
Leadership fort du directeur de l'hôpital	Exemple : donner l'occasion de visiter un hôpital ayant introduit l'approche 5S-KAIZEN-TQM pour montrer visuellement les résultats <ul style="list-style-type: none"> Aider de façon à ce que les problèmes de gestion de l'hôpital soient considérés comme ceux de soi-même. Les résultats de la visite seront montrés avec les données. Montrer le coût, le budget des activités pour rappeler qu'on peut le faire. 	Etablissement de la vitrine Collecte des données à l'hôpital pilote Accumulation des informations sur les activités et du budget à l'hôpital pilote
Comprendre l'importance de la constitution de l'équipe et mettre en œuvre avec conscience	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la formation de 5S, il faut toujours insister sur le concept de 5S, notamment l'importance de la constitution de l'équipe, le changement de la mentalité, la participation totale, ou d'abord faire ce qu'on peut faire. 	Utiliser les documents cohérents dans leur contenu
Améliorer les activités passées sur la base de l'information (recommandations faite, résultats de l'évaluation, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Faire prendre l'habitude d'enregistrer les activités. En cas de suivi/évaluation, il faut toujours partager les résultats et recommandations. A la séance suivante, toujours rappeler les défis et le contenu de discussions de la précédente. Toutes les activités exécutées à l'initiative de l'hôpital 	Fournir un formulaire-modèle pour l'enregistrement des activités, et le modifier selon les besoins de chaque service
Mettre en place un cadre de développement de la concurrence positive	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place plusieurs services pilotes, et si possible plusieurs organisations pilotes. 	<ul style="list-style-type: none"> Donner l'occasion de développer une concurrence positive
Etape 1 : Introduction 5S		
Changer la mentalité au niveau de la direction	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir la compréhension de la direction à l'égard de cette approche (visite de l'hôpital qui la pratique, etc.) 	
Constituer et renforcer une équipe	<ul style="list-style-type: none"> Faire l'attention à faire connaître correctement le concept de 5S, et à mettre l'accent sur la constitution de l'équipe. 	
Etape 2 : Exécution de S1-S3 → Accomplissement de 3S		
Identification des services pilotes appropriés et implication du personnel	<ul style="list-style-type: none"> Lors de l'identification des services pilotes, confirmer la volonté des chefs de services. Le QIT met en œuvre régulièrement la formation sur le tas et le suivi pour faire partager le savoir-faire. Expliquer cette approche aux agents des services pilotes pour la compréhension et la participation de plus nombreux agents que possibles. 	
Activités correctement mises en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les éléments indispensables dans les activités, et y procéder prioritairement. 	
Etape 3 : 3S → Accomplissement de 5S		
Documenter et afficher le système d'exécution de 5S-KAIZEN-TQM et le rôle de chaque structure	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier le système d'exécution et passer en revue la mission du QIT et des WIT et les activités à mettre en œuvre, puis obtenir le consensus des personnes concernées. 	
Etablir le calendrier des activités de QIT, WIT et chaque structure pour mettre en œuvre les activités régulières	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre sans faute les activités de chaque structure (réunion, formation, suivi, etc.) Membre du QIT doivent comprendre les sujets de discussions dans la réunion. 	
Etape 4 : 5S → KAIZEN		
Faire bien comprendre le KAIZEN	Le dirigeant de l'hôpital comprend correctement le KAIZEN.	
Partager les connaissances sur le KAIZEN avec les personnes concernées pour essayer sa mise en œuvre	Identifier les défis de chaque service pour les intégrer dans le processus de KAIZEN.	

9) Réflexion sur l'appui aux activités de 5S-KAIZEN-TQM

Sur la base des résultats de l'analyse ci-dessus, les points à tenir en considération lors de l'introduction et du soutien de l'approche 5S-KAIZEN-TQM sont récapitulés dans la Tableau 4-12.

Tableau 4-12 Points à tenir en considération en cas d'assistance et d'introduction de l'approche 5S-KAIZEN-TQM

Personne chargée au bureau de la JICA
<ol style="list-style-type: none">1. Discuter régulièrement avec les responsables du Ministère de la Santé pour un bon déroulement de la diffusion au niveau national.2. Visiter régulièrement l'hôpital pilote pour suivre les activités de 5S-KAIZEN (au moins tous les trois mois, environ), et discuter sur les défis sur le terrain, le soutien nécessaire, les résultats, etc.3. Saisir le plan d'activités de 5S-KAIZEN élaboré par le Ministère de la santé et par l'hôpital pilote, discuter avec eux pour un financement efficace.4. Confirmer les résultats du financement.5. Participer aux réunions des bailleurs de fonds, présenter cette approche aux organisations internationales exécutant des activités similaires pour examiner la possibilité de collaboration. Par exemple, GIZ et USAID mettent en œuvre les activités en matière d'amélioration de la qualité ces dernières années. Il sera possible de leur proposer l'approche 5S pour la phase préparatoire des projets/programmes.
Personnes concernées par le projet
<ol style="list-style-type: none">1. Obtenir la compréhension et le soutien des autorités de tutelle comme le ministère de la santé.2. S'il n'y a qu'un service pilote, discuter avec le directeur de l'hôpital pour faire introduire les activités de 5S non seulement dans un service, mais aussi dans l'ensemble de l'hôpital.3. En cas d'introduction de l'approche 5S-KAIZEN-TQM, constituer l'équipe et changer la mentalité du personnel.4. Partager de bonnes pratiques des autres hôpitaux pour que le personnel de l'hôpital puisse approfondir les connaissances sur les 5S.5. Respecter les activités et idées sur 5S provenant de chaque service, et les améliorer en collaboration avec le personnel de l'hôpital (partager des propositions et méthodes permettant d'améliorer l'idée de chaque service).6. Les activités de 5S sont préparées et mises en œuvre à l'initiative du QIT, non pas celle du projet.7. Donner l'occasion de partager les résultats des activités avec le ministère de la santé et d'autres organisations.
JOCV
<ol style="list-style-type: none">1. Discuter suffisamment au préalable avec le chef d'établissement qui a formulé une requête, pour obtenir le consensus d'être collaborateur des activités de 5S exécutés à l'initiative de l'hôpital.2. Avoir le savoir-faire de l'approche 5S-KAIZEN-TQM préalablement, et comprendre bien l'importance de la constitution de l'équipe et du changement de la mentalité.3. Promouvoir les activités de 5S dans les bureaux/services rattachées directement à la direction, comme le bureau du directeur.4. Mettre en œuvre les activités en ayant telle conscience : ce n'est pas moi qui mène des activités, mais j'accompagne les activités exécutées par le personnel de l'hôpital ».5. Donne l'occasion de visiter d'autres hôpitaux ou d'organiser une réunion de travail, qui permettent de comprendre les activités des autres établissements hospitaliers.

Chapitre 5 Évaluation du Programme

Chapitre 5 Évaluation du Programme

5-1 Cadre d'évaluation

Dans le présent chapitre, nous évaluons le Programme sur la base des résultats d'étude et des résultats d'analyse présentés aux chapitres 3 et 4. Cette évaluation consiste, par rapport au but du Programme (amélioration fonctionnelle des établissements de santé africains à ressources limitées, et hausse du niveau de qualité des services médicaux), à mettre en évidence les impacts concrets et à en identifier les facteurs déterminants, en vue d'établir clairement les prémisses pour l'élaboration ultérieure des stratégies d'amélioration fonctionnelle des établissements de santé africains par l'Approche 5S-KAIZEN-TQM.

Par essence, la réalisation de programmes et de projets implique que l'on conceptualise des objectifs spécifiques, un objectif en amont et les activités nécessaires à l'atteinte des objectifs, puis que l'on mette en œuvre les activités sur la base de la conception établie. Le Programme étant toutefois composé principalement de stages au Japon, combinés à des stages complémentaires outre-mer, à des missions de supervision et à l'offre de petits fonds, il ne comporte pas d'objectifs et d'indicateurs clairement établis ; il est donc souhaitable que le Programme soit axé sur les objectifs des stages au Japon. L'objectif en amont des stages au Japon consiste en « l'offre de services de santé de haute qualité par les hôpitaux, au moyen des 5S-KAIZEN-TQM, dans les pays cibles ». Quant aux objectifs spécifiques, ils consistent, d'une part, à « améliorer le travail dans les hôpitaux pilotes des pays respectifs, par la réalisation d'activités KAIZEN basées sur le plan stratégique élaboré pendant le stage au Japon », et, d'autre part, « avec pour modèles les hôpitaux pilotes, que soient indiquées clairement dans le plan stratégique des initiatives 5S de niveau national pour hausser la qualité et la sécurité des services de santé, en coopération avec le Ministère de la Santé, dans chacun des pays ».

Le Programme est réalisé sur une période de trois ans (2009 à 2011) pour les pays anglophones, et de deux ans (2011 et 2012) pour les pays francophones. Le soutien de l'AAKCP, les missions de supervision et l'offre de petits fonds commencent en mars 2007 pour les pays anglophones, et en mars 2009 pour les pays francophones ; la fin n'est pas précisée, mais eu égard à la période de la mission de supervision, il est logique que l'évaluation porte sur la situation telle qu'elle était en décembre 2012.

Comme nous l'avons vu, l'amélioration des services médicaux dans le cadre du Programme s'effectue par étapes, avec l'approche 5S-KAIZEN-TQM, au sein des hôpitaux pilotes et dans les politiques du Ministère de la Santé. Il s'agit donc d'une structure à deux niveaux (hôpitaux pilotes et Ministère de la Santé), et le temps nécessaire à l'achèvement de chacune des étapes est tel qu'estimé à la Figure 5.1.

La Figure 5.1 permet de supposer que, depuis l'introduction de l'Approche en 2007 dans les pays anglophones (Groupe 1), le KAIZEN s'est à un certain point diffusé dans les hôpitaux, ainsi que les 5S à l'échelle du pays. Quant aux pays francophones (Groupe 2), depuis l'introduction de l'approche en 2009, on peut supposer qu'y ont commencé l'introduction du KAIZEN dans les hôpitaux et le

déploiement national des 5S.

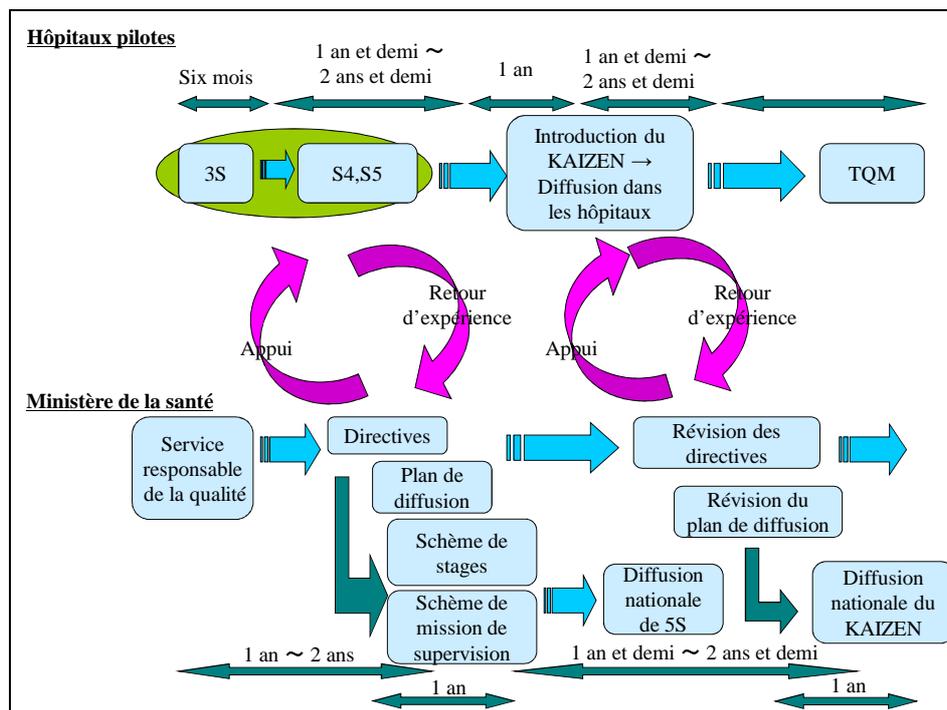


Figure 5-1 Calendrier d'activités du Programme au sein des hôpitaux et du Ministère de la Santé

5-1-1 Questions de l'évaluation

Pour procéder à l'évaluation, on établit d'abord clairement le but du Programme, puis on vérifie quels sont le(s) objectif(s) défini(s) pour atteindre le but en question. Les questions de l'évaluation sont ainsi divisées comme ci-dessous, selon qu'elles concernent le but ou un objectif.

But : Quels étaient les changements visés, dans les hôpitaux d'Afrique, par la mise en œuvre du Programme ?

Objectif : Quels étaient les changements souhaitables à réaliser par la mise en œuvre du Programme ?

De plus, pour établir clairement si le but et l'objectif ont été atteints, on définit des questions sur les changements entraînés par le Programme (résultats), ainsi et vérifie quels ont été les facteurs déterminants.

Résultats : Concrètement, quels ont été les changements produits ?

La mise en œuvre du Programme impliquait des changements escomptés, dont certains se sont produits et d'autres pas. On distingue donc les effets obtenus des effets non obtenus, et on procède également à la vérification des changements escomptés qui ne se sont pas produits.

Tableau 5-1 Matrice des effets à vérifier

	Produit	Non produit
Tel qu'escompté	Effet positif prévu	Effet positif non produit
Non escompté	Effet positif non escompté	

Facteurs : Quels types de facteurs ont contribué aux effets produits ?

L'examen des facteurs ayant produit les principaux effets s'effectue du point de vue présenté au Tableau 5-2. Par commodité, ces facteurs sont représentés par les symboles ci-dessous.

Tableau 5-2 Facteurs ayant produit les principaux effets

Point de vue	Facteur	Symbole	Description
Schème d'aide	Coopération Sud-Sud	a	<ul style="list-style-type: none"> Indique un transfert de technologie entre le Sri Lanka et les pays cibles d'Afrique (stage et mission de supervision), et la coopération entre les pays cibles en matière de transfert de technologie. Un transfert de technologie facile à adapter, ainsi que l'émulation et la coopération engendrées par les groupes de jumelage permettent d'escompter une aide efficace.
	Aide du Programme Stage + Mission de supervision + Offre de fonds (Aide sur mesure)	b	<ul style="list-style-type: none"> Indique une méthode d'aide qui combine les schèmes distincts que sont les stages, la mission de supervision et l'offre de fonds. On peut espérer un effet de synergie en combinant un transfert de technologie standardisé, une aide efficace et un suivi bien synchronisé.
	Collaboration avec d'autres projets	b2	<ul style="list-style-type: none"> Indique la collaboration avec les autres projets liés à cette Approche. Cela comprend les projets d'assistance technique, les envois de spécialistes, l'aide financière non remboursable, les JOCV, etc. On peut espérer des effets positifs engendrés par la complémentarité technique mutuelle et le suivi bien synchronisé.
Technologie	Progressive	c	<ul style="list-style-type: none"> Par l'introduction étape par étape des 5S, du KAIZEN et de TQM, indique une approche à déploiement graduel : amélioration du milieu de travail, des services, puis de la gestion de l'hôpital. On peut espérer des effets en termes de modification des états d'esprit et des comportements, de création d'équipes, de maturation du leadership et d'accumulation d'expériences réussies.
	Gestion à la japonaise	d	<ul style="list-style-type: none"> Indique les techniques liées à la résolution des problèmes sur le terrain, aux activités en équipe, à la formation des successeurs, etc. On peut espérer des effets en termes de promotion de la communication, de partage d'information, de maturation de l'esprit de gestion sur le terrain, de maturation des relations de confiance dans l'hôpital, de formation des successeurs, etc.

Point de vue	Facteur	Symbole	Description
Facteurs externes	Capacités potentielles de l'hôpital	e	<ul style="list-style-type: none"> Indique les capacités potentielles de l'hôpital, en termes de capacité d'orientation par ses dirigeants, de positionnement, de dispositions du personnel, etc.
	Aide d'autres pays	f	<ul style="list-style-type: none"> Indique l'aide apportée au pays cible et aux hôpitaux pilotes par d'autres bailleurs de fonds et organisations internationales.

5-1-2 Éléments d'étude

Dans de nombreux cas, l'évaluation des soins de santé s'effectue selon le modèle de Donabedian, composé de trois axes : structure, processus et résultat.¹⁵ Nous avons jugé adéquat, pour la présente évaluation, d'organiser les questions selon cette méthode. Par ailleurs, l'Approche se caractérisant par l'introduction de méthodes différentes à chaque étape, pour les activités des hôpitaux pilotes nous établissons des éléments d'étude pour chacune des trois étapes que sont l'étape 5S, l'étape KAIZEN et l'étape TQM. De plus, nous examinons les éléments d'étude sous les deux aspects de l'Approche, celle-ci comportant une introduction graduelle dans les hôpitaux pilotes, et, sur la base des connaissances ainsi acquises, un déploiement nationale par l'Administration de la santé.

Sur la base de la conception présentée ci-dessus, nous établissons au Tableau 5-3 le cadre d'évaluation des résultats obtenus dans les hôpitaux pilotes, et au Tableau 5-4 le cadre d'évaluation des résultats obtenus dans l'Administration de la santé.

En ce qui a trait aux activités des hôpitaux pilotes, il est important, à l'étape des 5S, de former des équipes bien fonctionnelles (équipe QIT et équipe WIT) pour promouvoir et mettre en œuvre les 5S de manière structurée dans l'hôpital. La réalisation d'activités 5S (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu et Shitsuke) par ces équipes fait passer l'hôpital par un « processus » qui en fait un lieu propre où l'exécution du travail devient plus facile. De cela découlent des résultats, à savoir : le processus de travail devient visible dans l'hôpital et on peut prendre conscience des problèmes.

À l'étape suivante, celle du KAIZEN, se produit une maturation du leadership et un changement comportemental du personnel, engendré par les 5S en tant que « structure », grâce auxquels l'hôpital assure lui-même les budgets et ressources nécessaires aux activités. Par ailleurs, il devient nécessaire de posséder des connaissances pour l'exécution du KAIZEN. Ce « processus » de résolution sur place des problèmes de l'hôpital, au moyen de l'outil KAIZEN, mène à des résultats en termes de revitalisation organisationnelle de l'hôpital, ainsi qu'en termes d'amélioration des services et produits de l'organisation.

À l'étape TQM, les « résultats » du KAIZEN sont mis à profit pour l'atteinte de nouveaux résultats, au fil d'un processus qui rend l'organisation digne de confiance et améliore la gestion organisationnelle en la rendant autonome.

¹⁵ DONABEDIAN Avedis, *Evaluating the Quality of Medical Care*, The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729). Réimpression du texte initialement publié dans The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166 à 203).

Tableau 5-3 Cadre d'évaluation du Programme (pour les hôpitaux pilotes)

Questions d'évaluation		Hôpital pilote		
		Phase initiale (5S)	Phase intermédiaire (KAIZEN)	Phase finale (TQM)
Quels étaient les changements visés dans les hôpitaux d'Afrique ?	Résultats	Le processus de travail dans l'hôpital devient visible	L'organisation de l'hôpital est revitalisée	La gestion de l'hôpital est réformée (vers une organisation co-créative de valeurs par la gestion hospitalière)
		On prend conscience des problèmes dans l'hôpital	Dans chaque département, améliorer la productivité, la qualité, la sécurité, les coûts, l'offre de services et l'éthique	L'hôpital devient digne de confiance aux yeux des patients et de la région (Organisation à haute fiabilité)
Quels sont les changements souhaitables ?	Structure	Des équipes fonctionnelles sont formées sur le terrain	Le leadership des cadres supérieurs s'améliore	Des activités d'amélioration du processus de travail sont réalisées pour tous les services
			Le comportement du personnel de l'hôpital devient positif	
	Processus	L'hôpital devient propre	Les problèmes solubles sur place sont résolus sur place	Une gestion basée sur l'hôpital lui-même devient possible
		L'exécution du travail devient plus facile		L'organisation de l'hôpital fonctionne de manière autonome

Concernant la méthode de mesure des effets, ceux-ci peuvent être estimés par l'évolution des indices de gestion et des indices cliniques de l'hôpital pilote. Ces indices sont présentés concrètement ci-dessous.

Étape 5S : nombre de réunions des QIT et WIT, quantité de poussière sur les cadres de portes et fenêtres, temps nécessaire pour trouver les documents désirés, nombre de manuels standardisés, nombre de feuilles de réussites, etc.

Étape KAIZEN : nombre de missions de supervision réalisés par les leaders, nombre de propositions KAIZEN, nombre d'activités KAIZEN utilisées dans le processus KAIZEN, temps d'attente des patients, volume des stocks, nombre d'erreurs d'examen, nombre d'infections dans l'hôpital, nombre de décès dans l'hôpital, nombre de patients, nombre d'interventions chirurgicales, nombre d'accouchements, nombre de prescriptions, nombre d'absences non autorisées, nombre de retards, etc.

Étape TQM : nombre de données mensuelles utilisables pour les prises de décision gestionnaires, données financières, nombre d'employés qui quittent leur emploi, satisfaction des patients, satisfaction des employés, etc.

Le cadre d'évaluation ci-dessus sert de base à l'évaluation des activités des hôpitaux pilotes et des organisations administratives dans les pays respectifs, au moyen des résultats d'étude présentés au Chapitre 4. Aux Tableaux 5-4 et 5-5 nous indiquons respectivement le taux de réalisation des activités par les hôpitaux pilotes et par les organisations administratives.

Tableau 5-4 Indices d'évaluation des effets ou du taux de réalisation, sur la base du cadre d'évaluation (pour hôpitaux pilotes)

Étape	Effet escompté / Taux d'achèvement	Indices d'évaluation
Phase initiale 5S (amélioration du milieu de travail) → Suivi du travail → Visualisation des problèmes		
Structure	Des équipes fonctionnelles 5S sont formées sur le terrain	Les équipes QIT et WIT sont fonctionnelles et réalisent des activités régulières
		L'équipe QIT planifie des activités régulières et les réalise
Processus	L'hôpital devient propre	Résultats des feuilles de contrôle (S1 à S3)
	L'exécution du travail devient plus facile	Résultats des feuilles de contrôle (S4 et S5)
Résultats	Le processus de travail dans l'hôpital devient visible	Le suivi du travail est affiché
		La SOP (procédure de fonctionnement standard) de l'hôpital est élaborée
	Les problèmes de l'hôpital sont constatés sur place	Le rapport de réussites contient des exemples de modèle de solution de problème
		Des propositions KAIZEN sont appliquées
Phase intermédiaire KAIZEN → Mise en œuvre de la résolution des problèmes dans le processus de travail		
Structure	Le leadership des cadres supérieurs s'améliore	Les leaders ont une connaissance adéquate des 5S et du KAIZEN, et ils peuvent expliquer la signification des 5S au personnel
		Le budget des activités est assuré
		Les leaders introduisent les 5S dans leur propre bureau
	Le comportement du personnel de l'hôpital devient positif	Les participants respectent rigoureusement l'horaire des missions de supervision (ils arrivent à l'heure)
		Les participants peuvent, de leur propre initiative, effectuer les préparatifs pour les missions de supervision
		Des améliorations sont visibles par rapport au score obtenu lors de la précédente mission de supervision (ou le score a été maintenu s'il était déjà de 75% ou plus).
		La réalisation d'activités d'application des propositions précédentes est constatée.
Connaissance du KAIZEN	Les membres de l'équipe QIT ont suivi un stage KAIZEN	
	Les membres du personnel ont suivi un stage KAIZEN	
Processus	Les problèmes solubles sur place sont résolus sur place	Il y a des essais d'application du KAIZEN
Résultats	L'organisation de l'hôpital est revitalisée	Il y a des essais d'application du KAIZEN dans l'ensemble de l'hôpital
	PQSCLE s'améliore dans toutes les sections ¹⁶	Les données d'avant et d'après KAIZEN sont collectées et accumulées
		On constate des améliorations pour chacun des composants PQSCLE dans les résultats des activités KAIZEN

¹⁶ P=Productivité, Q=Qualité, S=Sécurité, C=contrôle des Coûts, L=Livraison, E=Éthique

Étape	Effet escompté / Taux d'achèvement	Indices d'évaluation
Phase finale : Réforme de la gestion de l'hôpital → Co-crédation de valeurs → Vers une organisation digne de confiance		
Structure		
Processus	Une gestion basde sur l'hôpital lui-même devient possible	Des activités KAIZEN sont réalisées régulièrement à tous les services
		On dispose de données sur l'avant et l'après réalisation de tous (ou presque tous) les cas de KAIZEN
		Les activités 5S et KAIZEN font l'objet de rapports réguliers au groupe de gestionnaires
	L'organisation de l'hôpital fonctionne de manière autonome	Le groupe de gestionnaires est au courant des problèmes dans l'ensemble de l'organisation
		Un plan est élaboré pour les activités et pour la répartition du budget et des ressources, sur la base des rapports reçus de chacun des services
		Le plan élaboré ci-dessus est appliqué
Résultats	La gestion de l'hôpital est réformée (vers une organisation co-crédative de valeurs par la gestion hospitalière)	On constate la hausse des indices cliniques
		Le taux de satisfaction des employés est élevé
	L'hôpital devient digne de confiance aux yeux des patients et de la région (Organisation à haute fiabilité)	Le taux de satisfaction des clients est élevé
		La confiance des patients et de la région s'accroît (formation d'équipes)
		Le nombre de plaintes des clients diminue

Tableau 5-5 Cadre d'évaluation du Programme (pour l'Administration de la santé)

Questions d'évaluation		État d'achèvement		
		Phase initiale (Aide aux activités de l'hôpital pilote = établissement d'un modèle)	Phase intermédiaire (5S-KAIZEN-TQM Préparation du déploiement national)	Phase finale (Déploiement national des 5S-KAIZEN-TQM)
Quels étaient les changements visés dans les hôpitaux d'Afrique ? (But)	Résultats	L'organisation et les services s'améliorent malgré les ressources limitées, ce qui permet à l'hôpital de devenir un modèle	(À propos de l'amélioration de la qualité) Des mécanismes de stage sont établis	La hausse de qualité des services de santé est maintenue en permanence dans toutes les institutions médicales grâce à la Méthode
				Les indices cliniques et les indices de gestion de l'établissement de santé s'améliorent
		Une stratégie de gestion des hôpitaux est établie		
		Prise de conscience accrue, au sein du Ministère de la Santé, en matière d'amélioration des services de santé	(À propos de l'amélioration de la qualité) Des mécanismes de contrôle sont établis	La stratégie d'amélioration des services médicaux se déploie graduellement dans l'ensemble du pays

Quels sont les changements souhaitables ?	Structure	La division responsable des 5S-KAIZEN-TQM (qualité des services de santé) est clairement identifiée	Le Ministère de la Santé reconnaît l'amélioration des services de santé (amélioration de la gestion) comme une politique importante	Un cadre d'exécution du déploiement national est établi dans l'organisation administrative
			Le service responsable de l'amélioration de la qualité des services de santé est officiellement désigné	Des <i>facilitateurs</i> 5S-KAIZEN-TQM sont formés
			Les 5S-KAIZEN-TQM sont reconnus comme méthode efficace d'amélioration de la qualité	
	Processus	Le responsable du Ministère de la Santé effectue régulièrement le contrôle des hôpitaux pilotes	Les directives des 5S-KAIZEN-TQM sont élaborées	La stratégie d'amélioration des services médicaux est déployée nationalement, par étapes, sur la base des mécanismes de stage
		Les responsables du Ministère de la Santé font régulièrement rapport, au sein du ministère, des enseignements tirés des hôpitaux pilotes	Une stratégie et un plan de déploiement national sont élaborés	Sur la base des mécanismes de contrôle, des contrôles sont effectués dans les établissements qui ont introduit la Méthode

Du point de vue de la « structure » de diffusion de l'Approche, l'Administration de la santé établit un service responsable dont le personnel, en première étape, apprend les méthodes d'introduction et d'application, de contrôle et de déploiement des 5S-KAIZEN-TQM en tant que méthode de hausse de la qualité des services de santé et d'amélioration de la gestion, via le « processus » qui consiste en activités d'aide à l'hôpital pilote, et dont le « résultat » est la formation d'un hôpital pilote pouvant servir de modèle 5S-KAIZEN-TQM pour un déploiement national ultérieur visant à l'amélioration fonctionnelle des établissements de santé afin d'améliorer les services médicaux avec des ressources limitées. En deuxième étape, on procède ensuite à la préparation du déploiement national. Au sein du Ministère de la Santé, on établit un service chargé officiellement d'entreprendre l'amélioration de la qualité et l'amélioration de la gestion des hôpitaux (aspect Structure), de tirer profit des connaissances acquises par les activités des hôpitaux pilotes, par les contrôles et par les stages, et, en collaboration avec les autres divisions concernées, d'élaborer une stratégie et des directives pour le déploiement national (aspect Processus). Sur la base de la stratégie et des directives élaborées via ces processus, on érige un cadre en vue du déploiement national (aspect Résultats). En troisième étape, on déploie des activités conformément au plan, en utilisant la stratégie et les méthodes de déploiement national préparées à l'étape 2. À l'occasion de ce déploiement national, il faut indiquer une stratégie de gestion d'hôpital qui fasse passer tous les hôpitaux de l'étape des 5S à celle du KAIZEN et, finalement, à celle de TQM. Le cadre d'évaluation et les indices d'évaluation sont tels qu'indiqués au Tableau 5-6.

À l'occasion de la transition des 5S au KAIZEN puis au TQM (à l'exception de la création de l'organisation), l'introduction de chacune des méthodes suit le dit cadre d'évaluation. Comme la plupart des pays se trouvent actuellement au niveau de la transition des 5S au KAIZEN, nous évaluons les initiatives du Ministère de la Santé de l'étape des 5S à celle du KAIZEN.

Tableau 5-6 Indices d'évaluation des effets ou du taux de réalisation, sur la base du cadre d'évaluation (pour l'Administration de la santé)

Étape	Effet escompté / Taux d'achèvement	Indices d'évaluation
Phase initiale : établissement d'un modèle		
Structure	La division responsable de la qualité des services de santé est clairement identifiée	La division responsable de la qualité des services de santé est clairement identifiée au sein du Ministère de la Santé
		Le responsable de la qualité des services de santé est clairement identifié au sein du Ministère de la Santé
Processus	Le responsable du Ministère de la Santé effectue régulièrement le contrôle des hôpitaux pilotes	Le responsable du Ministère de la Santé est présent pendant la mission de supervision
		Il visite les hôpitaux pilotes même en dehors des périodes d'exécution des missions de supervision
		Il partage les informations régulièrement avec les hôpitaux pilotes
	Le responsable du Ministère de la Santé partage l'information sur les hôpitaux pilotes au sein du ministère	Outre le responsable du Ministère de la Santé, les membres de la division responsable partagent les informations sur la Méthode
Résultats	On peut établir un modèle, dont les services et l'organisation sont améliorés en dépit de ressources limitées	Le milieu de travail de l'hôpital pilote est amélioré (il a atteint le niveau 5S)
		D'autres institutions médicales visitent l'hôpital pilote pour apprendre l'Approche
	Prise de conscience accrue, au sein du Ministère de la Santé, en matière d'amélioration des services de santé par la Méthode	Outre ceux de la division responsable, les autres membres du personnel du Ministère de la Santé comprennent les effets de l'amélioration de la qualité par les 5S-KAIZEN-TQM
		Outre ceux de la division responsable, les autres membres du Ministère de la Santé comprennent les résultats obtenus par les activités dans l'hôpital pilote
Phase intermédiaire : Préparation au déploiement national		
Structure	Le Ministère de la Santé établit comme politique nationale l'amélioration des services de santé (amélioration de la gestion) par les 5S-KAIZEN-TQM	Le chef de la division responsable, au Ministère de la Santé, déclare qu'il utilise la Méthode pour améliorer la qualité des services de santé
		Un document officiel est élaboré, spécifiant l'amélioration de la qualité au moyen de la Méthode
	Le service responsable de l'amélioration de la qualité des services de santé est officiellement désigné	Le service responsable de l'amélioration de la qualité des services de santé est officiellement nommé
Processus	Les directives des 5S-KAIZEN-TQM sont élaborées	On examine l'élaboration des directives des 5S-KAIZEN-TQM
		Une ébauche des directives est élaborée
		Les directives sont approuvées
	Une stratégie et un plan de déploiement national sont élaborés	Des idées en vue du déploiement national font l'objet d'une entente entre les personnes concernées du Ministère de la Santé

Étape	Effet escompté / Taux d'achèvement	Indices d'évaluation
		Une stratégie et un plan de déploiement national sont explicités par écrit
		Un plan annuel est élaboré
Résultats	Des mécanismes de stage sont établis	Les mécanismes de stage sont explicités par écrit
		Des outils et un programme de stage sont établis
	Des mécanismes de contrôle sont établis	Des mécanismes de contrôle sont explicités par écrit
		Des outils et méthodes d'exécution standardisés sont établis pour le contrôle
Phase finale : Exécution du déploiement national		
Structure	Un cadre d'exécution du déploiement national est établi dans l'organisation administrative	Les responsables de l'organisation administrative comprennent bien les mécanismes de stage et de contrôle explicités par écrit (distribution du texte, réunions d'explication, etc.)
		Un système a été établi pour l'envoi d'instructeurs de stage et de responsables du contrôle (système de formateurs nationaux, etc.)
		Le budget est assuré pour les stages et contrôles
	Formation des ressources humaines	Les instructeurs de stage et les responsables du contrôle ont reçu la formation nécessaire, sur la base des mécanismes de stage et de contrôle
	Création d'un cadre organisationnel transversal	Ce cadre permet à tous les services du Ministère de la Santé d'améliorer les services au moyen des 5S-KAIZEN-TQM
Processus	La stratégie d'amélioration des services médicaux est déployée dans tout le pays, par étapes, sur la base des mécanismes de stage	Le déploiement dans les autres établissements est lancé, sur la base de la stratégie et du plan
	Sur la base des mécanismes de contrôle, des contrôles sont effectués dans les établissements qui ont introduit la Méthode	Sur la base des règles d'exécution des contrôles, ceux-ci sont effectués régulièrement dans les établissements qui ont introduit les 5S
Résultats	La hausse de qualité des services de santé par la Méthode est ancrée dans les habitudes dans toutes les institutions médicales	Les 5S-KAIZEN-TQM sont introduits dans toutes les institutions médicales
		La Méthode est ancrée dans les habitudes dans toutes les institutions médicales
	La qualité des services des institutions médicales s'est améliorée	Les indices PQSCLE des établissements qui participent au Programme se sont améliorés
		Le taux de satisfaction des patients des établissements qui participent au Programme s'est amélioré
	La gestion des institutions médicales s'est améliorée	On constate l'amélioration des indices de gestion des établissements qui participent au Programme
		On constate l'amélioration des indices cliniques des établissements qui participent au Programme
	Une stratégie de gestion des hôpitaux est établie	Le Ministère de la Santé connaît l'état d'avancement du Programme dans toutes les institutions médicales
		Le Ministère de la Santé a établi une stratégie de gestion des hôpitaux sur la base des activités 5S-KAIZEN-TQM dans tout le pays

5-2 Résumé des résultats d'évaluation

5-2-1 Les résultats de l'évaluation sur la base du cadre d'évaluation

(1) Activités de l'hôpital pilote

1) Résultats des activités du Programme

Le Tableau 5-7 indique les résultats constatés à partir des informations collectées lors de l'Étude préparatoire. Le détail des résultats d'évaluation est présenté au Tableau 5-8. Le critère de jugement est le suivant : parmi les indices d'évaluation établis pour chacun des résultats ou taux de réalisation, on constate un effet positif dans les pays ou établissements dont la moitié ou plus des réponses sont « S'applique ».

Tableau 5-7 Effets positifs prévus (hôpital pilote)

		Hôpital pilote				
		Phase initiale (5S)	Phase intermédiaire (KAIZEN)		Phase finale (TQM)	
Structure	Formation d'équipes	Tous les hôpitaux (Il y a des équipes aux hôpitaux d'Orotta et de Halibet, au Maroc, au Burundi et au Sénégal, mais leur fonctionnement est insuffisant)	Leadership	Tanzanie Madagascar (CHUF, CHUM) Mali Burundi République démocratique du Congo Sénégal	/	
			Changement comportemental	Madagascar Tanzanie Mali République démocratique du Congo Érythrée (Orotta, Halibet) Kenya		
			Connaissance du KAIZEN	Madagascar (CHUM, CHUF) Tanzanie Bénin Mali		
Processus	L'hôpital est propre	Tous les hôpitaux (niveau d'achèvement inégal)	Résolution des problèmes	Madagascar (CHUF, CHUM) Tanzanie République démocratique du Congo Bénin Nigéria Kenya	Gestion bien fondée	/
	Travail facile à exécuter	Tous les hôpitaux (niveau d'achèvement inégal)		Gestion autonome	/	
Résultats	Travail Processus	Tanzanie Madagascar (CHUF, CHUM) Bénin Nigéria	Revitalisation organisationnelle (hausse de la satisfaction des employés)	Madagascar (CHUF, CHUM) Tanzanie Kenya	Gestion de l'hôpital Réforme	/
	Problèmes locaux	Tanzanie Madagascar (CHUF, CHUM) Bénin République	Amélioration dans toutes les sections	Tanzanie Madagascar Kenya	Confiance des patients et de la région	/

Hôpital pilote					
Phase initiale (5S)		Phase intermédiaire (KAIZEN)		Phase finale (TQM)	
	démocratique du Congo Nigéria Kenya (CPGH)			(hausse de la satisfaction des patients)	

* Dans le Tableau 5-7, les résultats d'étude ne comprennent pas ceux des pays et établissements dont les informations collectées ne suffisent pas pour porter un jugement.

À l'occasion de la hausse de la capacité d'identification des problèmes et de la visualisation du processus de travail, qui accompagnent l'amélioration du milieu de travail via les 5S (qui constituent la première étape), des équipes d'amélioration du milieu de travail (aspect Structure) étaient formées dans presque tous les hôpitaux pilotes. En dépit d'une différence de niveau d'achèvement du processus de formation d'un hôpital propre et d'un milieu facilitant l'exécution du travail, via les 5S, ledit processus était achevé dans presque tous les hôpitaux. Par conséquent, des équipes ont été formées et l'environnement hospitalier amélioré par le Programme dans tous les hôpitaux pilotes. Par contre, la visualisation du processus de travail n'était avancée qu'en Tanzanie, à Madagascar (CHUF, CHUM) et au Bénin, tandis que l'environnement permettant la constatation des problèmes sur place n'était aménagé que dans la moitié environ des établissements participants : Tanzanie, Madagascar (CHUF, CHUM), Bénin, République démocratique du Congo, Nigéria, Kenya (CPGH), etc. Ainsi, même si la plupart des hôpitaux avaient une apparence propre grâce à l'application de la Méthode, peu d'entre eux avaient apporté des améliorations significatives en termes de milieu de travail et de facilitation du travail. À l'heure actuelle de nombreux établissements ont été rendus propres en préparation de l'exécution de l'étape suivante, le KAIZEN, mais seulement la moitié d'entre eux ont amélioré le milieu de travail de façon à pouvoir connaître la situation actuelle du travail et à pouvoir constater les problèmes, ce qui suggère que l'on y a pas encore atteint un niveau suffisant concernant lesdites capacités.

Par ailleurs, le Programme a permis la maturation leadership ou la modification des comportements du personnel dans de nombreux hôpitaux. L'état d'exécution des activités 5S était avancé dans plusieurs des pays où l'on a constaté les éléments correspondant au leadership accru et aux changements comportementaux ; la « structure » s'y mettait donc en place, par l'exécution rigoureuse des 5S, en vue du lancement du KAIZEN. L'application des 5S n'était pas suffisante au Sénégal, en partie parce que, en cinq ans, cinq personnes se sont succédées au service de directeur de l'hôpital. On peut toutefois s'attendre à ce que les activités progressent dorénavant, car le directeur en poste depuis le mois de juillet de l'an dernier a participé deux fois aux stages régionaux. Le faible nombre d'hôpitaux qui ont appliqué le processus KAIZEN et pu résoudre leurs problèmes s'explique par les facteurs suivants : insuffisance de l'amélioration du milieu de travail par les 5S, progression insuffisante de la visualisation du processus de travail dans l'hôpital, difficulté de prendre connaissance des problèmes dans l'hôpital, et compréhension insuffisante de la méthode KAIZEN.

Les pays qui ont atteint la deuxième étape – propositions KAIZEN et introduction officielle du processus KAIZEN – sont la Tanzanie et Madagascar (CHUF, CHUM). Des stages KAIZEN ayant été réalisés pour le personnel du Mali et du Bénin, ces quatre pays possèdent les connaissances du KAIZEN et ont ainsi atteint l'étape de la « Structure ». Il n'y a pas eu de stages KAIZEN pour le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Kenya, mais on y constate des activités KAIZEN sous forme de propositions KAIZEN.

Les améliorations apportées par le KAIZEN sont les suivantes : en Tanzanie, réduction des stocks et diminution des oublis de réclamation d'assurances ; au CPGH du Kenya, diminution des médicaments périmés ; au CHUM de Madagascar, diminution du taux d'ulcères dentaires ; et au CHUF de Madagascar, diminution du taux de non-réexamen des tuberculeux. Quant aux hôpitaux qui ont réalisé l'étude du taux de satisfaction des employés (Tanzanie, Burkina Faso et Nigéria), ceux de la Tanzanie et du Burkina Faso comparaient ces taux avant et après l'exécution des 5S.

À l'heure actuelle aucun hôpital n'a atteint le niveau TQM, mais lors de l'étude préparatoire nous avons collecté, comme informations de base, les indices cliniques et les indices de gestion. Bien qu'ils varient suivant la mission de l'hôpital et la définition des objectifs, nous croyons qu'il est possible d'utiliser, à l'étape TQM, le taux de décès à l'hôpital et le taux de contagion dans l'hôpital en tant qu'indices cliniques, ainsi que la durée moyenne d'hospitalisation et le taux d'occupation des lits d'hôpital en tant qu'indices de gestion. Il est souhaitable que l'on utilise de manière continue ces indices pour connaître et évaluer la progression des activités.

Tableau 5-8 Les résultats d'évaluation, sur la base du cadre d'évaluation

Hôpital pilote Phase initiale : de l'amélioration du milieu de travail par les 5S à l'identification des problèmes

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain		
		MDG ¹⁷		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ¹⁸		MWI ¹⁹		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
Structure																			
Former des équipes fonctionnelles 5S dans l'hôpital	3-2 Les activités WIT sont régulières	○	○	○	○	○	○	△	○	△	△	○	△	○	-	△	△	△	-
	3-4 L'équipe QIT planifie des activités régulières et les réalise	○	○	○	○	○	○	△	○	△	△	○	○	○	○	△	△	△	-
Processus																			
L'hôpital devient propre	Résultats des feuilles de contrôle (S1 à S3)	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	△	△	△	△	△	○	-
L'exécution du travail devient facile	Résultats des feuilles de contrôle (S4 et S5)	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	-
Résultats																			
Visualisation du processus de travail	Le suivi du travail est affiché	△	△	○	△	-	X	△	-	△	△	△	△	△	-	△	△	○	-
	La SOP (procédure de fonctionnement standard) de l'hôpital est élaborée	△	△	○	△	-	△	△	-	△	△	-	-	△	-	X	X	-	-
On peut constater les problèmes dans l'hôpital	Le rapport de réussites contient des exemples de modèle de solution de problème	○	○	○	○	-	○	○	X	X	X	△	X	○	○	X	X	△	-
	Des propositions KAIZEN sont appliquées	○	○	○	○	-	○	△	X	X	X	X	X	△	X	X	X	△	-

Critères de jugement : ○ : s'applique ; △ : s'applique partiellement ; x : ne s'applique pas ; - : informations insuffisantes

¹⁷Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga ; Hôpital pilote 2 : Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

¹⁸ Hôpital pilote 1 : Hôpital Orotta ; Hôpital pilote 2 : Hôpital Halibet

¹⁹Hôpital pilote 1 : Hôpital de district de Dowa ; Hôpital pilote 2 : Hôpital de district de Mzimba

Hôpital pilote Phase intermédiaire : Amélioration du processus de travail par le KAIZEN

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Incertain		
		MDG ²⁰		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ²¹		MWI ²²		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
Structure																			
Amélioration du leadership des cadres supérieurs	Tout 3 Les dirigeants ont une compréhension adéquate des 5S et du KAIZEN, et ils peuvent expliquer le sens des 5S au personnel	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	X	X	X	-	○	X↓ ○	-	-
	Tout 4 Le budget des activités est assuré	○	○	○	-	○	○	△	-	-	-	X	X	△	-	-	-	-	-
	1-3 Les leaders introduisent les 5S dans leur propre bureau	○	○	○	-	○	-	△	-	-	-	X	X	X	-	○	- X↓ ○	-	-
Le comportement du personnel de l'hôpital devient positif	Tout 7 Les participants respectent rigoureusement l'horaire des missions de supervision (ils arrivent à l'heure).	○	○	○	-	○	○	X	-	○	△	X	X	○	-	△	△	-	-
	Tout 8 Les participants peuvent, de leur propre initiative, effectuer les préparatifs pour les missions de supervision	○	○	-	-	○	△	△	-	△	○	X	X	○	-	○	△	-	-
	Tout 9 Des améliorations sont visibles par rapport au score obtenu lors de la précédente mission de supervision (ou le score a été maintenu s'il était déjà de 75% ou plus).	○	○	○	○	○	X	○	○	△	△	X	X	○	△	X	○	-	-
	Tout 10 On constate la réalisation d'activités d'application des propositions précédentes.	○	○	-	-	○	○	△	-	○	○	○	○	○	○	-	○	-	-

95

²⁰ Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga ; Hôpital pilote 2 : Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

²¹ Hôpital pilote 1 : Hôpital Orotta ; Hôpital pilote 2 : Hôpital Halibet

²² Hôpital pilote 1 : Hôpital de district de Dowa ; Hôpital pilote 2 : Hôpital de district de Mzimba

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain		
		MDG ²⁰		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ²¹		MWI ²²		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
Connaissanc e du KAIZEN	Un stage KAIZEN est réalisé pour les membres de la QIT	○	○	○	○	○	X	△	X	X	X	X	X	X	-	X	X	-	-
	Un stage KAIZEN est réalisé pour le personnel	○	○	○	○	○	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	-	-
Processus																			
Les problèmes de l'hôpital sont réglés sur place	Il y a des essais d'application du KAIZEN	○	○	○	△	X	○	△	X	X	X	X	X	△	-	X	X	X	-
Résultats																			
L'organisati on de l'hôpital est revitalisée	Il y a des essais d'application du KAIZEN dans l'ensemble de l'hôpital	○	○	○	X	X	X	△	X	X	X	X	X	△	-	-	X	X	-
PQSCLE dans toutes les sections	Des données sont collectées et accumulées avant et après les KAIZEN	△	△	○	X	X	X	X	X	X	X	-	-	△	-	-	X	X	-

Critères de jugement : ○ : s'applique ; △ : s'applique partiellement ; x : ne s'applique pas ; - : informations insuffisantes

Hôpital pilote Phase finale : TQM

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain	
		MDG ²³		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ²⁴		MWI ²⁵	KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2					
Structure																		
Processus																		
Une gestion basée sur l'hôpital lui-même devient possible	Des activités KAIZEN sont réalisées régulièrement à tous les services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	On dispose de données sur l'avant et l'après réalisation de tous (ou presque tous) les cas de KAIZEN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Les activités 5S et KAIZEN font l'objet de rapports réguliers au groupe de gestionnaires	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
L'organisation de l'hôpital fonctionne de manière autonome	Le groupe de gestionnaires est au courant des problèmes dans l'ensemble de l'organisation	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Un plan est élaboré pour les activités et pour la répartition du budget et des ressources, sur la base des rapports reçus de chacun des services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Le plan élaboré ci-dessus est appliqué	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Résultats																		
La gestion de l'hôpital est réformée	On constate la hausse des indices cliniques	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Le taux de satisfaction des employés est extrêmement élevé	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Hôpital digne de la confiance	Le taux de satisfaction des clients est extrêmement élevé	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

²³ Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga ; Hôpital pilote 2 : Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

²⁴ Hôpital pilote 1 : Hôpital Orotta ; Hôpital pilote 2 : Hôpital Halibet

²⁵ Hôpital pilote 1 : Hôpital de district de Dowa ; Hôpital pilote 2 : Hôpital de district de Mzimba

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain		
		MDG ²³		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ²⁴		MWI ²⁵		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
des patients et de la région	Hausse de la confiance des patients et de la région (formation d'équipes)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Le nombre de plaintes diminue	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Critères de jugement : ○ : s'applique ; Δ : s'applique partiellement ; x : ne s'applique pas ; – : informations insuffisantes

L'état d'achèvement du cadre défini dans chacun des pays est tel qu'indiqué au Tableau 5-9.

Tableau 5-9 Vue d'ensemble de l'état d'achèvement (18 établissements au total, dont 8 en région anglophone et 10 en région francophone)

		Région anglophone				Région francophone				Ensemble			
		Achèvement	Partiel	Non	Incertain	Achèvement	Partiel	Non	Incertain	Achèvement	Partiel	Non	Incertain
Amélioration du milieu de travail par les 5S													
S	Formation d'équipes	6	2	0	0	6	3	0	1	12	5	0	1
		75%	25%	0%	0%	60%	30%	0%	10%	67%	28%	0%	6%
P	L'hôpital est devenu propre	6	2	0	0	6	3	0	1	12	5	0	1
		75%	25%	0%	0%	60%	30%	0%	10%	67%	28%	0%	6%
	Le travail est devenu facile	6	2	0	0	6	3	0	1	12	5	0	1
		75%	25%	0%	0%	60%	30%	0%	10%	67%	28%	0%	6%
O	Le processus de travail est devenu visible	1	6	0	1	3	4	0	3	4	10	0	4
		12%	76%	0%	12%	30%	40%	0%	30%	22%	56%	0%	22%
	La constatation des problèmes de l'hôpital est devenue facile	1	3	3	1	4	1	3	2	5	4	6	3
		12%	38%	38%	12%	40%	10%	30%	20%	28%	28%	33%	11%
Amélioration du processus de travail par le KAIZEN													
S	Leadership	1	4	2	1	7	1	0	2	8	5	2	3
		12%	50%	26%	12%	70%	10%	0%	20%	44%	28%	11%	17%
	Changement comportemental	2	6	0	0	5	3	0	2	7	9	0	2
		25%	75%	0%	0%	50%	30%	0%	20%	39%	50%	0%	11%
	Connaissance du KAIZEN	1	1	5	1	4	0	4	2	5	1	9	3
		12%	12%	64%	12%	40%	0%	40%	20%	28%	6%	50%	17%
P	Résolution des problèmes	1	2	4	1	3	1	5	1	4	3	8	2
		12%	26%	50%	12%	30%	10%	50%	10%	22%	17%	44%	11%
O	Revitalisation de l'organisation	1	2	4	1	0	2	6	2	1	4	10	3
		12%	26%	50%	12%	0%	20%	60%	20%	6%	22%	56%	17%
	Amélioration dans toutes les sections	1	1	3	3	0	2	6	2	1	3	9	5
		13%	25%	38%	38%	0%	20%	60%	20%	6%	17%	50%	28%

* Rangée supérieure : nombre d'hôpitaux ; rangée inférieure : proportion par rapport au nombre total d'hôpitaux

Comme nous l'avons vu à propos du cadre d'évaluation, le Programme a commencé dans la région anglophone en 2007, et nous supposons qu'on y avait atteint l'étape Processus du KAIZEN dans la période faisant l'objet de l'évaluation (jusqu'en décembre 2012) dans le présent chapitre. Quant à la région francophone, où le Programme a commencé en 2009, nous supposons qu'on y avait atteint l'étape Structure du KAIZEN.

Les résultats de la région anglophone montrent qu'on y a achevé ou partiellement achevé les étapes Structure et Processus de l'amélioration du milieu de travail par les 5S (pour un taux d'achèvement de 100%). Et comme aucune autre approche d'amélioration du milieu de travail que les 5S n'a été introduite, nous pouvons affirmer que le Programme a eu un impact considérable. L'état d'achèvement varie toutefois d'un établissement à l'autre. Il y a un lien entre la formation d'équipes (aspect Structure) et les résultats du processus ; ceux-ci permettent de confirmer que, lorsque la formation des équipes n'avance pas bien, il en va de même pour l'amélioration des établissements par les activités 5S. L'analyse des causes dans les établissements où la formation d'équipes et la réalisation du processus furent limitées laisse supposer que cela peut être dû à l'affaiblissement d'une équipe entraîné par la réaffectation d'un leader de qualité, par le ralentissement des activités provoqué par la réaffectation du leader et de membres ayant participé aux stages, par le manque de maturité de l'équipe, etc. Comme l'approche du Programme, à elle seule, n'a pas permis d'obtenir des résultats suffisants dans les établissements à faible leadership et les établissements où les leaders et autres membres des équipes ont été remplacés avant que les équipes n'aient atteint la maturité, il est souhaitable que l'on étudie des moyens de hausser le niveau de connaissance de la Méthode par les leaders, que ce soit par des rencontres avec les nouveaux leaders ou par la réalisation de stages d'appoint.

Parmi les résultats en matière d'amélioration du milieu de travail par les 5S – ce qui constitue la première étape –, nous avons constaté des initiatives (à l'exception d'un établissement où cela est incertain) qui ont permis de rendre partiellement visible le processus de travail. Par contre, seulement la moitié des établissements ont achevé complètement ou partiellement l'étape où les problèmes sont faciles à constater dans l'hôpital ; dans 3 établissements, cet objectif est resté inachevé. Des résultats similaires ont par ailleurs été constatés sur ce point dans les pays de la région francophone. On peut supposer que, tout particulièrement au moment des initiatives 5S, le contenu des stages ne comprenant pas la constatation des problèmes et la visualisation du processus de travail, il en découla l'absence d'améliorations à l'étape 5S. Ces éléments ayant été intégrés au stage KAIZEN par la suite, on peut supposer que les enseignements tirés de ce stage ont été reflétés dans chacun des établissements.

En ce qui a trait à l'amélioration du processus de travail par le KAIZEN – qui constitue la deuxième étape –, presque tous les établissements des régions anglophone et francophone ont complètement ou partiellement achevé, parmi les éléments définis dans la Structure, le renforcement du leadership et le changement comportemental. On peut donc affirmer que les activités du Programme ont contribué à la hausse du leadership et à l'adoption d'un comportement positif chez les personnes concernées des

hôpitaux. À l'exception des cas incertains, nous avons constaté un leadership élevé et des comportements positifs dans presque tous les établissements ; en région anglophone le leadership était extrêmement élevé dans 12% des établissements, et le personnel extrêmement positif dans 25% des établissements, contre 70% et 80% respectivement en région francophone. Cela indique une forte possibilité que l'aide fournie par le Programme a exercé un effet sur la maturation du leadership et de l'état d'esprit positif. Les taux particulièrement élevés de la région francophone sont probablement dus aux avantages du départ tardif, lequel a permis de faciliter la compréhension des objectifs, de profiter de l'expérience du groupe anglophone pour sélectionner des établissements adéquats en termes de leadership élevé, ainsi qu'à l'émulation positive créée par les stages, d'où on peut conclure à l'efficacité de la méthode d'exécution des stages et activités en groupe composés de plusieurs pays, formule sciemment adoptée pour le Programme. L'évaluation au moyen de feuilles de contrôle a été réalisée en commun lors de la mission de supervision, et comme ce travail en commun a permis aux membres de discuter de la situation avec l'équipe d'évaluation, on peut supposer que cela a aidé les membres à évaluer leurs progrès et à prendre conscience des problèmes à résoudre.

Quant aux connaissances en matière de KAIZEN au sein du personnel et chez les membres de la QIT de l'hôpital, dans la région anglophone seule la Tanzanie avait officiellement réalisé un stage KAIZEN, et dans la région francophone les activités 5S n'étaient poursuivies que dans trois pays : Madagascar, Bénin et Mali. La République démocratique du Congo n'avait toujours pas réalisé de stage KAIZEN pour le personnel, mais des initiatives étaient prises sous la forme de propositions KAIZEN. Les stages au Japon – à partir de 2010 pour la région anglophone et en 2011-2012 pour la région francophone – ont porté principalement sur le KAIZEN, mais étant donné le faible nombre d'hôpitaux qui ont réalisé un KAIZEN, nous supposons que le retour d'expérience au sujet du contenu des stages a été limité. Cela est sans doute dû à la participation d'hôpitaux n'ayant pas encore atteint le niveau d'exécution du KAIZEN. Si l'on avait pu adapter sur mesure le contenu des stages au Japon à l'état d'avancement des établissements pilotes, ce contenu aurait probablement été davantage mis à profit sur le terrain.

En région anglophone, seule la Tanzanie a atteint la résolution des problèmes, laquelle constitue l'indice du processus ; un achèvement partiel a toutefois été constaté dans deux autres établissements. Par ailleurs, en région francophone on a constaté des initiatives de résolution des problèmes dans 40% des établissements si on inclut les activités de propositions KAIZEN ; le niveau d'achèvement y est donc sensiblement le même qu'en région anglophone. Les activités de Madagascar et du Sénégal remontent au même nombre d'années que les pays de la région anglophone, mais pour de nombreux autres pays francophones les résultats obtenus suggèrent que les activités s'y poursuivent à un rythme plus rapide que celui des pays anglophones. On peut en conclure que les enseignements tirés des stages et missions de supervision du groupe de la région anglophone ont été mis à profit lors des stages et missions de supervision du groupe de la région francophone.

Comme certains des pays qui participent au Programme reçoivent aussi l'aide d'un autre schème

étroitement lié, il n'est pas possible d'attribuer les résultats uniquement aux activités du Programme. Une tendance se dégage toutefois, les résultats étant bons dans les établissements des pays où, comme en Tanzanie et en République démocratique du Congo, les personnes ressources du Programme réalisent leurs activités avec l'aide du Programme et d'un autre schème, ou bien poursuivent leurs activités de manière autonome, sans introduction d'un autre schème. À l'opposé, les activités stagnaient dans des pays comme l'Érythrée, le Burundi, l'Ouganda et le Sénégal, où il y avait (ou avait eu) un projet d'aide en relation avec le Programme. Cela suggère la possibilité que la présence d'un autre schème aux objectifs similaires mais sans relation de collaboration au Programme entrave plutôt les activités de ce dernier.

2) Résultats non obtenus

Parmi les résultats escomptés, la formation d'équipes et le leadership étaient les éléments centraux vers la progression. Les hôpitaux où ces résultats n'ont pas été obtenus sont l'Hôpital Mathari du Kenya et l'hôpital du Maroc, et ceux où les résultats furent insuffisants sont notamment l'Hôpital Orotta et l'Hôpital Halibet d'Érythrée, et l'hôpital du Sénégal.

À l'Hôpital Mathari, les équipes QIT et WIT ne fonctionnent plus et les activités stagnent depuis le remplacement du directeur d'hôpital. Quant au Sénégal, le remplacement répété du directeur d'Hôpital ne permettant pas la création d'équipes QIT et WIT suffisamment fonctionnelles, la progression des activités était lente.

À l'Hôpital Orotta et à l'Hôpital Halibet, les activités 5S étaient promues, les équipes étaient formées et on avait atteint le niveau des 5S pendant la présence d'un directeur d'hôpital et d'un directeur de bureau d'un grand leadership. Par contre, après le remplacement de ces leaders, les équipes ne purent remplir pleinement leurs fonctions et les activités se sont mises à stagner. On peut en conclure que dans ces établissements les activités 5S étaient littéralement tirées par ces leaders et qu'on ne créa pas d'équipes capables de mettre en œuvre les 5S dans l'hôpital.

Au Maroc, on a changé d'hôpital pilote en 2011, et comme les activités 5S ont repris cette année dans un nouvel hôpital pilote, les éléments qui avaient été introduits depuis 2009 n'ont pas été accumulés efficacement.

Tableau 5-10 Effets positifs non obtenus (hôpital pilote)

Hôpital pilote			
Phase initiale (5S)		Phase intermédiaire KAIZEN	
Formation d'équipes	Kenya (Mathari) Érythrée Maroc	Leadership	Kenya (Mathari) Érythrée (Orotta)

3) Effets imprévus

Le Tableau 5-13 présente les effets imprévus dans les hôpitaux pilotes. L'Étude a permis de constater des effets imprévus dans les hôpitaux pilotes, dont notamment (a) une hausse de la précision des données collectées dans les hôpitaux, (b) une hausse de la qualité des services par la fusion du Programme avec des « soins de maternité humains » (mise en relation avec le concept de « soins humains »), et (c) la promotion de la coopération à l'intérieur de la région.

À Madagascar et au Sénégal, où on a constaté une amélioration des soins par la fusion des « soins de maternité humains » et du Programme, cette amélioration résulte de la synergie entre ce type d'accouchement et l'assistance technologique en matière de santé de la mère et de l'enfant. Le personnel local qui a suivi des stages en « soins de maternité humains » et des stages en 5S-KAIZEN-TQM en combine d'ailleurs les éléments, combinaison dont on peut espérer des résultats positifs. Au Sénégal, bien que cela ne soit pas l'objet du Programme, on a constaté l'amélioration des services par la fusion de ces deux méthodes dans les centres de santé et les postes de santé. Par ailleurs, des personnes concernées du Sénégal ont assisté à la mission de supervision au Mali en 2012, et vice-versa en 2013, ce qui a donné lieu au partage d'opinions, d'expériences et d'enseignements tirés des activités respectives, ainsi qu'à des échanges d'informations par courrier électronique, favorisant ainsi la coopération à l'intérieur de la région.

Tableau 5-11 Effets positifs imprévus (hôpital pilote)

Hôpital pilote	
Hausse de la précision des données (informations) collectées sur place	Burundi
Hausse de la qualité des services par la fusion du Programme avec les « soins de maternité humains » (soins humains)	Madagascar Sénégal
Promotion de la coopération à l'intérieur de la région	Mali Sénégal

(2) Activités de l'Administration de la santé

1) Résultats des activités du Programme

Le Tableau 5-12 présente les résultats constatés concernant l'Administration de la santé, au moyen des informations collectées lors de l'Étude préparatoire. Le détail des résultats d'évaluation est présenté au Tableau 5-13.

À l'exception du Maroc, la division responsable des 5S-KAIZEN-TQM ou de la hausse de qualité des services était clairement identifiée dans tous les pays cibles. Il y a une distinction claire entre les pays selon qu'ils ont ou non effectué le contrôle des hôpitaux pilotes et partagé l'information au sein du Ministère de la Santé ; dans des pays tels que Madagascar, l'Érythrée, le Sénégal, le Burundi et le Malawi, le Ministère de la Santé participait activement. Les hôpitaux pilotes de 10 des 15 pays cibles s'étant avérés fonctionnels en tant que modèles, la première étape du Programme a été atteinte dans de nombreux pays. Au Bénin et au Mali, les hôpitaux pilotes ont atteint l'étape leur permettant de remplir le rôle de modèle malgré la faible participation du Ministère de la Santé dans le Processus. Il est donc fort probable que ce soit le résultat des efforts déployés par les hôpitaux pilotes plutôt que de l'aide apportée par le Ministère de la Santé.

De nombreux pays ont décidé d'intégrer la Méthode à leurs politiques nationales, mais le nombre de pays qui poursuivent concrètement des activités en vue du déploiement national demeurerait limité. Seule la Tanzanie poursuivait un déploiement national graduel basé sur une stratégie établie. Par ailleurs, dans les pays où une stratégie est élaborée et où des mécanismes de stages et de contrôles sont établis, les membres du Projet et des spécialistes y ont participé ; cela suggère l'impact considérable qu'a eu l'aide apportée de l'extérieur (spécialistes, etc.) dans le processus de mise sur papier de la stratégie, du plan et des directives.

En Tanzanie, les activités en vue du déploiement national – qui correspond à la phase finale des activités – allaient bon train. On peut supposer que ces résultats sont dus à la fusion efficace de plusieurs facteurs : résultats satisfaisants des activités des hôpitaux pilotes en tant que modèles, initiative du responsable du Ministère de la Santé et du Bien-être, et aide fournie par les conseillers de la JICA et du Ministère de la Santé (puis d'un projet d'assistance technique). Au Malawi, en l'absence de service responsable de la qualité au sein du Ministère de la Santé, la fragilité du cadre institutionnel pose un problème, mais l'initiative des responsables et l'aide fournie par les spécialistes envoyés ont servi de force motrice à la clarification du processus en vue du déploiement national graduel. Quant aux résultats des activités en République démocratique du Congo, ils découlent de la fusion entre le plan de diffusion du Ministère de la Santé et l'aide efficace des conseillers de la JICA et du Ministère de la Santé.

Tableau 5-12 Effets positifs prévus (Administration de la santé)

		Administration de la santé						
		Phase initiale		Phase intermédiaire		Phase finale		
Structure	Service responsable de la qualité	Tous les pays, sauf le Maroc (participation faible au Nigéria et au Burkina Faso ; au Malawi, division des charges non claire entre 2 services)		Politiques nationales intégrant l'Approche	Madagascar Tanzanie Bénin Mali Nigéria Érythrée Malawi Kenya Ouganda Burundi Sénégal	Établissement d'un cadre d'exécution du déploiement national		Tanzanie Kenya Malawi
				Reconnaissance officielle de tous les services responsables	Tanzanie Bénin Érythrée Kenya Ouganda Burundi Sénégal Madagascar Mali Nigéria	Formation des ressources humaines		Tanzanie
							Création d'un cadre organisationnel transversal	Ne s'applique pas
Processus	Contrôle de l'hôpital pilote	Madagascar Tanzanie Mali Érythrée Malawi Kenya Burundi Sénégal		Élaboration de directives	Tanzanie Bénin Malawi Kenya Ouganda	La stratégie est déployée graduellement dans l'ensemble du pays		Tanzanie
	Partage d'information au sein du Ministère de la Santé	Madagascar Tanzanie Nigéria Érythrée Malawi Burundi Sénégal		Élaboration de la stratégie et du plan	Tanzanie Malawi Kenya Ouganda	Exécution des contrôles		Tanzanie
Résultats	Établissement d'un modèle	Madagascar Tanzanie Bénin Mali République démocratique du Congo Nigéria Malawi Kenya Ouganda Burundi		Établissement de mécanismes de stage	Tanzanie Malawi	L'amélioration de la qualité par la Méthode s'ancre dans les habitudes		
	La connaissance de la Méthode s'accroît	Madagascar Tanzanie Érythrée Malawi Sénégal		Établissement de mécanismes de contrôle	Tanzanie Malawi	Établissement d'une stratégie de gestion des hôpitaux		

Au Kenya, l'utilisation efficace de l'aide reçue du Bureau de la JICA et des autres bailleurs de fonds, par le Ministère des Services de Santé, a mené à l'élaboration du KQMH (*Kenya Quality Model for Health*), à sa distribution et à son rayonnement. Au Bénin, le Ministère de la Santé a introduit la certification ISO dans les hôpitaux ; déjà très conscient de l'importance de l'amélioration de la qualité, ce ministère comprenait bien les effets de l'Approche et a ajouté les 5S aux directives nationales. En Ouganda, outre les « Directives d'exécution des 5S-KAIZEN-TQM » élaborées par le projet d'assistance technique, on a aussi élaboré le QIF (*QualityImprovement Framework*) avec l'aide notamment d'USAID, mais le responsable du Ministère de la Santé ayant jugé efficace d'exécuter les 5S à l'étape de l'introduction du QIF, il examine la coordination future de ces deux éléments.

Parmi les pays qui poursuivent le déploiement national des activités 5S sans avoir déposé sur papier l'élaboration de directives et d'orientations claires pour les directives, on peut nommer Madagascar, la République démocratique du Congo, l'Érythrée et le Sénégal. Dans ces pays, c'est principalement le responsable du Ministère de la Santé qui poursuit le déploiement vers les institutions médicales, en utilisant la documentation des stages régionaux. Il sera naturellement préférable que l'on procède à l'élaboration de la stratégie et à son déploiement après avoir examiné la documentation, mais la façon dont procèdent ces pays est sans doute due au fait que nous fournissions dans les stages une documentation permettant de déployer les 5S-KAIZEN-TQM, ainsi qu'au vif intérêt pour la Méthode manifesté par les personnes concernées du Ministère de la Santé.

Au Malawi, en raison de l'absence d'un service responsable au Ministère de la Santé, la faiblesse du cadre organisationnel pose problème. À Madagascar, en Érythrée et au Sénégal, notamment, le déploiement national des activités 5S n'avance pas en raison de l'insuffisance de la préparation des textes exposant clairement les directives et orientations des directives. Dans ces pays, c'est principalement le responsable du Ministère de la Santé qui poursuit le déploiement vers les autres institutions médicales, en utilisant la documentation des stages régionaux. Bien qu'il soit naturellement souhaitable que l'on procède à l'élaboration de la stratégie et à son déploiement après avoir examiné la documentation, la façon dont procèdent ces pays est sans doute due au fait que nous fournissions dans les stages une documentation permettant le déploiement des 5S-KAIZEN-TQM, que les personnes concernées du Ministère de la Santé acquièrent des connaissances au point de pouvoir enseigner la Méthode, et que ces personnes souhaitent vivement introduire la Méthode.

Tableau 5-13 Résultats de l'évaluation du Ministère de la Santé

Phase initiale : Aide aux activités de l'hôpital pilote – Établissement d'un modèle

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain		
		MDG ²⁶		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ²⁷		MWI ²⁸		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
Structure																			
La division responsable de l'amélioration de la qualité est clairement identifiée	La division responsable des 5S-KAIZEN-TQM (qualité des services de santé) est clairement identifiée au sein du Ministère de la Santé	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○	△	△	○	○	○	○	X	—
	Le responsable des 5S-KAIZEN-TQM (qualité des services de santé) est clairement identifié au sein du Ministère de la Santé	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○	△	△	○	○	○	○	X	—
Processus																			
Le responsable du Ministère de la Santé effectue régulièrement le contrôle des hôpitaux pilotes	Le responsable du Ministère de la Santé est présent pendant la mission de supervision	○	○	—	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	—	△	○	△	—
	Il visite les hôpitaux pilotes même en dehors des périodes d'exécution des missions de supervision.	○	○	—	—	△	—	X	X	○	△	○	○	○	—	○	○	X	—
	Il partage les informations régulièrement avec l'hôpital pilote	△	△	—	X	△	○	△	X	○	△	○	○	○	—	○	○	X	—
Partage des informations sur l'hôpital pilote au sein du Ministère de la Santé	Outre le responsable du Ministère de la Santé, les membres de la division responsable partagent les informations sur la Méthode	X↓ ○	X↓ ○	—	—	—	○	△	△	○	○	△	○	△	—	○	△	X	—
	À l'occasion des entrevues avec le Ministère de la Santé réalisées pendant les missions de supervision, d'autres employés que le responsable participent aussi aux rencontres	X↓ ○	X↓ ○	—	—	—	X	○	△	○	○	○	○	○	—	△	○	○	—
Résultats																			

²⁶ Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga ; Hôpital pilote 2 : Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

²⁷ Hôpital pilote 1 : Hôpital Orotta ; Hôpital pilote 2 : Hôpital Halibet

²⁸ Hôpital pilote 1 : Hôpital de district de Dowa ; Hôpital pilote 2 : Hôpital de district de Mzimba

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain		
		MDG ²⁶		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ²⁷		MWI ²⁸		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
Établissement d'un modèle	L'hôpital pilote a atteint le niveau des 5S	o	o	o	o	o	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	—
	D'autres institutions médicales visitent l'hôpital pilote pour apprendre les 5S-KAIZEN-TQM.	o	—	o	o	o	o	o	X	—	—	o	o	o	o	o	—	X	—
La connaissance de la Méthode s'accroît au sein du Ministère de la Santé	Outre ceux de la division responsable, les autres membres du personnel du Ministère de la Santé comprennent la méthode des 5S-KAIZEN-TQM	Δ	Δ	o	—	—	—	Δ	—	o	o	Δ	Δ	—	—	—	Δ	Δ	—
	Outre ceux de la division responsable, les autres membres du Ministère de la Santé comprennent les activités de l'hôpital pilote	Δ	Δ	o	—	—	—	X	—	o	o	o	o	—	—	—	Δ	Δ	—

Critères de jugement : o : s'applique ; Δ : s'applique partiellement ; x : ne s'applique pas ; — : informations insuffisantes

Phase intermédiaire : Préparation du déploiement national des 5S-KAIZEN-TQM

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain		
		MDG ²⁹		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ³⁰		MWI ³¹		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NE R
		1	2							1	2	1	2						
Structure																			
L'amélioration de la qualité par l'Approche est intégrée aux politiques nationales	Le chef de la division responsable, au Ministère de la Santé, déclare l'utilisation de la Méthode pour améliorer la qualité des services de santé.	○	○	○	○	○	○	○	○	X	○	○	○	○	○	○	○	X	—
	Un document officiel est élaboré, spécifiant l'amélioration de la qualité au moyen de la Méthode.	X	X	○	○	X	—	X	X	○	○	△	○	○	X	○	X	—	
Reconnaissance officielle de tous les services responsables	Le service responsable de l'amélioration de la qualité des services de santé est officiellement nommé	△	△	○	○	△	—	△	X	○	○	X	○	○	○	○	X	—	
Processus																			
Les directives des 5S-KAIZEN-TQM sont élaborées	On examine l'élaboration des directives des 5S-KAIZEN-TQM	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	X	—	
	Une ébauche des directives est élaborée	X	X	○	○	X	X	△	X	X	X	○	○	○	X	X	X	—	
	Les directives sont approuvées	X	X	○	○	X	X	X	X	X	X	X	○	○	X	X	X	—	
Une stratégie et un plan de déploiement national sont élaborés	Des idées en vue du déploiement national font l'objet d'une entente entre les personnes concernées du Ministère de la Santé	△	△	○	—	△	X	X	X	○	○	○	○	○	△	△	△	—	
	Une stratégie et un plan de déploiement national sont explicités par écrit	X	X	○	—	X	X	X	○	X	X	○	△	△	X	X	X	—	
	Un plan annuel est élaboré	X	X	○	—	X	X	X	X	X	X	○	X	X	X	—	X	—	

²⁹ Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga ; Hôpital pilote 2 : Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

³⁰ Hôpital pilote 1 : Hôpital Orota ; Hôpital pilote 2 : Hôpital Halibet

³¹ Hôpital pilote 1 : Hôpital de district de Dowa ; Hôpital pilote 2 : Hôpital de district de Mzimba

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN			5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain	
		MDG ²⁹		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ³⁰		MWI ³¹		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NE R
		1	2							1	2	1	2						
Résultats																			
Des mécanismes de stage sont établis	Les mécanismes de stage sont explicités par écrit	X	X	o	X	X	X	X	X	X	X	o		X	—	—	X	X	—
	Des outils et un programme de stage sont établis	X	X	o	X	X	X	△	X	X	X	o		X	—	—	X	X	—
Des mécanismes de contrôle sont établis	Des mécanismes de contrôle sont explicités par écrit	X	X	o	X	X	X	X	X	X	X	o		X	—	—	X	X	—
	Des outils et méthodes d'exécution standardisés sont établis pour le contrôle	X	X	o	X	X	X	X	X	X	X	o		X	—	—	X	X	—

Critères de jugement : o : s'applique ; △ : s'applique partiellement ; x : ne s'applique pas ; — : informations insuffisantes

Phase finale : Déploiement national des 5S-KAIZEN-TQM

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN			5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince	
		MDG ³²		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ³³		MWI ³⁴		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
Structure																			
Un cadre d'exécution du déploiement national est établi dans l'organisation administrative	Les responsables de l'organisation administrative comprennent bien les mécanismes de stage et de contrôle explicités par écrit (distribution du texte, réunions d'explication)	X	X	o	X	X	—	X	X	X	X	o		o	o	X	X	Δ	—
	Un système a été établi pour l'envoi d'instructeurs de stage et de responsables du contrôle (système de formateurs nationaux, etc.)	X	X	o	X	X	—	X	X	X	X	Δ		o	X	X	X	Δ	—
	Le budget est assuré pour les stages et contrôles	X	X	—	X	X	—	X	X	X	X	X		—	—	X	X	-	—
Formation des ressources humaines	Les instructeurs de stage et les responsables du contrôle ont reçu la formation nécessaire, sur la base des mécanismes de stage et de contrôle	X	X	o	X	X	—	X	X	X	X	Δ		X	—	X	X	Δ	—
Création d'un cadre organisationnel transversal	Ce cadre permet l'exécution des 5S-KAIZEN-TQM dans toutes les activités du Ministère de la Santé	X	X	—	X	X	—	X	X	X	X	X		X	—	X	X		—
Processus																			
La stratégie est déployée graduellement dans l'ensemble du pays	Le déploiement dans les autres établissements est commencé, sur la base de la stratégie et du plan	X	X	o	X	X	X	X	X	X	X	X		X	—	X	X	X	—
Les contrôles sont effectués	Sur la base des règles d'exécution des contrôles, ceux-ci sont effectués régulièrement dans les établissements qui ont introduit les 5S.	X	X	o	X	X	X	X	X	X	X	X		X	—	X	X	X	—
Résultats																			

³² Hôpital pilote 1 : CHU de Mahajanga ; Hôpital pilote 2 : Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

³³ Hôpital pilote 1 : Hôpital Orota ; Hôpital pilote 2 : Hôpital Halibet

³⁴ Hôpital pilote 1 : Hôpital de district de Dowa ; Hôpital pilote 2 : Hôpital de district de Mzimba

Effets escomptés / Taux d'achèvement	Indice d'évaluation	KAIZEN		5S+K		3S+K		3S				(S1-S3)+K		S1-S3			Ince rtain		
		MDG ³²		TZA	BEN	MLI	COD	NGA	BFA	ERI ³³		MWI ³⁴		KEN	UGA	BDI	SEN	MAR	NER
		1	2							1	2	1	2						
L'amélioration de la qualité des services par la Méthode s'ancre dans les habitudes	Les 5S-KAIZEN-TQM sont introduits dans toutes les institutions médicales prévues	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	La Méthode est ancrée dans les habitudes dans toutes les institutions médicales prévues	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Une stratégie de gestion des hôpitaux est établie	Le Ministère de la Santé connaît l'état d'avancement du Programme dans toutes les institutions médicales	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Le Ministère de la Santé a établi une stratégie de gestion des hôpitaux sur la base des activités 5S-KAIZEN-TQM dans tout le pays	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Critères de jugement : ○ : s'applique ; Δ : s'applique partiellement ; x : ne s'applique pas ; – : informations insuffisantes

2) Résultats escomptés mais non obtenus

En ce qui a trait à l'Administration de la santé, au Burkina Faso les activités d'hôpital pilote sont bien engagées, sans toutefois déboucher sur l'élaboration d'une stratégie nationale et sur le déploiement national. Cela s'explique par la communication insuffisante entre l'hôpital, le Ministère de la Santé et le Bureau de la JICA. Au Malawi et à Madagascar, le déploiement national se poursuit même si l'on n'a pas établi de service responsable au Ministère de la Santé. Le Malawi, comme nous l'avons vu, a bénéficié d'une aide sous forme d'envoi de spécialistes, tandis qu'à Madagascar cela s'explique par la collaboration entre le Ministère de la Santé et l'hôpital pilote. À Madagascar, il n'y avait pas de service officiellement reconnu au sein du Ministère de la Santé, mais cette désignation officielle est en cours de réalisation ; le directeur du Centre hospitalier accorde une grande importance à la Méthode, et un groupe a été formé en matière de services de santé en vue du déploiement national des 5S-KAIZEN-TQM. Au Mali, l'Administration de la santé n'est pas suffisamment fonctionnelle, en raison de la situation politique instable. Au Maroc, le responsable du Ministère de la Santé ne comprend pas l'Approche. On peut supposer que cela s'explique par l'existence d'un programme d'amélioration de la qualité des services de santé dont l'exécution s'accompagne d'incitations financières, ce qui n'est pas le cas du Programme.

Tableau 5-14 Effets positifs non obtenus (Administration de la santé)

Administration de la santé			
Phase initiale		Phase intermédiaire	
Service responsable de la qualité	Malawi Madagascar Mali	Stratégie de diffusion, Plan annuel	Burkina Faso Madagascar Maroc
Élaboration de stratégie	Burkina Faso Madagascar Mali Maroc	Mécanismes de stage	Burkina Faso Maroc
		Contrôle	Burkina Faso Maroc

3) Effets imprévus

Comme effets imprévus dans l'Administration de la santé, il y a eu, d'une part, la promotion de la coopération régionale par le partage de l'expérience acquise par la Tanzanie, via les stages et les inspections, avec des pays participants de la région anglophone tels que le Malawi, le Kenya et l'Ouganda, et, d'autre part, la promotion de l'introduction des 5S par la collaboration entraînée par les échanges d'opinions avec les JOVC des pays respectifs. Dans les pays de la région francophone, la collaboration entre les pays a été encouragée par les travaux de stages pour les ressources humaines de la santé.

Tableau 5-15 Effets positifs imprévus (Administration de la santé)

Administration de la santé	
Promotion de la coopération à l'intérieur de la région	Tanzanie Malawi Kenya Ouganda Sénégal République démocratique du Congo Mali
Coopération avec les JOCV	Ouganda Malawi Tanzanie

5-3 Point de vue sur les effets constatés dans chaque hôpital

Lorsque l'on regarde les changements (effets produits) pour chaque hôpital, on constate, comme nous l'avons vu au chapitre précédent et tel qu'indiqué au Tableau 5-16, qu'ils ont été les plus importants en Tanzanie, puis à Madagascar et au Bénin. Les hôpitaux où les changements escomptés ont été peu prononcés sont ceux du Sénégal et du Maroc. Dans le tableau, les principaux facteurs de changement sont indiqués entre parenthèses.

Dans le cas de la Tanzanie, le développement s'est effectué dans l'ordre adéquat : de la Structure des 5S à leur Processus, puis aux Résultats, et ensuite de la Structure du KAIZEN à son Processus. Autrement dit, le processus de développement s'est effectué de manière progressive et avec une bonne compréhension de la gestion à la japonaise. Au CHUF de Madagascar, au Bénin, au Burkina Faso, au CPGH du Kenya, en République démocratique du Congo et au Burundi, en dépit des changements insuffisants à certaines étapes, les changements se poursuivaient à l'étape suivante. Au CHUF, au Mali et en République démocratique du Congo, les effets sont en grande partie attribuables au potentiel élevé des hôpitaux, où des équipes très efficaces ont été formées grâce au grand leadership du directeur d'hôpital. Dans le cas du Bénin, du Burkina Faso, du Burundi et du CHUM de Madagascar, des directeurs d'hôpital dotés d'un grand leadership ont été remplacés ; leurs successeurs ont poursuivi les activités, mais on constate que la gestion ne s'effectue pas à la japonaise, en ce sens que la transmission des connaissances n'a été que partielle. Au CHUM, le leadership a été faible pendant une certaine période suite au changement de directeur d'hôpital, mais l'infirmière en chef a continué d'accumuler des connaissances en participant au stage au Japon, assurant ainsi la poursuite des activités avec les membres de l'équipe QIT. Dans le cas du CPGH, la force motrice a été le changement de comportement au sein de la QIT et de la WIT ; à la lueur des activités du département de la maintenance et de l'état des stocks, on peut supposer que la visite d'hôpital lors du stage au Japon, ainsi que le petit financement par la suite, y ont contribué. À HOMEL au Bénin, le bon déroulement du KAIZEN était en grande partie dû à l'acquisition de la certification ISO grâce au support d'une ONG française. L'ISO accordant une grande importance à l'élaboration de textes, HOMEL était très avancé en matière d'enregistrement des données sous forme de documents (compilation de données collectées, préparation de manuels, etc.). Par ailleurs, à l'Hôpital Mathari du Kenya, aux deux hôpitaux d'Érythrée et en Ouganda, les activités stagnaient en raison du transfert du

directeur d'hôpital et de personnes importantes ; il faudra du temps pour redresser la situation et poursuivre les activités. De plus, l'hôpital Orotta d'Érythrée, qui était un hôpital de médecine interne et de chirurgie au début des activités en 2007, a été fusionné à une maternité et à un hôpital pédiatrique en 2011, et la réorganisation structurelle nécessaire a eu un impact sur les activités.

Tableau 5-16 L'état actuel des changements et les facteurs déterminants, par hôpital

Hôpital/ Changement	Hôpital pilote													
	5S					KAIZEN					TQM			
	Création d'équipe	Hôpital propre	Facilité du travail	Procédé du travail	Problèmes du terrain	Leadership	changement comportementa l	Résolution des problè mes	Amélioration des sections	Organisatio n revitalisée	EBM	Gestion autonome	Réforme de la gestion	Fiabilit é
Tanzanie	⊙ (c,d,e)	⊙ (b,b2,c,d)	⊙ (b,b2,c,d)	⊙ (c,d)	⊙ (c,d)	⊙ (a,e)	⊙ (a,b,c,d)	⊙ (c,d)	○ (b2,c,d)	○ (c,d,e)	/	/	/	○ (c,d,e)
Madagascar CHUM	⊙ (a,b,c,d)	○ (a,b,b2,c,d)	○ (b,b2,c,d)	○ (c,d)	○ (c,d)			△			/	/	/	/
Madagascar CHUF	⊙ (a,b2,c,d)	○ (a,b2,c,d)	○ (b2,c,d)	○ (c,d)	○ (c,d)	⊙ (e)	△	○ (c,d,e)	○ (b2,c,d)		/	/	/	/
Bénin	○ (b,c,d)	○ (a,b,c,d)	○ (a,b,c,d)	○ (b,d)	○ (b,c,d,f)	⊙ (d)	⊙ (b2,d,f)	⊙ (b2,d,f)	△		/	/	/	/
Burkina Faso	○ (b,c,d)	○ (a,b,c,d)	○ (a,b,c,d)	△	△	⊙ (b,d)	○ (b,c)				/	/	/	○ (b,e)
Mali	⊙ (e)	○ (a,c,d,e)	○ (a,c,d,e)	○ (c,d,e)	○ (c,d,e)	⊙ (e)	○ (c,d,e)				/	/	/	/
Kenya CPGH	○ (b,c,d,f)	○ (a,b,c,d)	○ (a,b,c,d)	△	○ (d,f)	△	⊙ (b)	△	○ (d)		/	/	/	/
Kenya, Mathari		△	△								/	/	/	/
Malawi, Dowa	○ (a,b,b2,c, d)	○ (a,b,b2,c,d)	○ (a,b,b2,c, d)	△	△	△	△				/	/	/	/
Malawi, Mzimba	○ (b,b2,c,d)	○ (a,b2,c,d)	○ (a,b2,c,d)	△	△	△	△				/	/	/	/
RDC	⊙ (a,b,c,d)	○ (a,b,b2,c,d)	○ (a,b,b2,c, d)	△	○ (b,b2,c)	⊙ (a,e)	△	△			/	/	/	/
Erythrée, Orota		○ (b)	○ (b)	△			△				/	/	/	/
Erythrée, Halibet		○ (b)	○ (b)	△		△	△				/	/	/	/
Nigéria	○ (a,b,c,d)	○ (a,b,c,d)	○ (a,b,c,d)	○ (a,b,c,d)	△	△	△	△	△		/	/	/	/
Sénégal		○ (a,b,b2)	○ (a,b,b2)			△	△		Sécurité des accouchements (b2)		/	/	/	○ (c,d,e)
Burundi	○ (a,b,c,d)	○ (a,b2,c,d)	○ (a,b2,c,d)	△	△	⊙ (a,d)	○ (b,b2)				/	/	/	/
Ouganda	⊙ (a,b,c,d)	○ (a,b,b2,c,d)	○ (a,b,b2,c, d)	△	△		△				/	/	/	/
Maroc											/	/	/	/

⊙ = Changement positif, ○ = Changement positif partiel, △ = Changement positif espéré, (Case vide) = Pas de changement / = non vérifié

* a = Coopération Sud-Sud ; b = Aide sur mesure ; b2 = Collaboration d'autres projets ; c = Approche progressive ; d = Gestion à la japonaise ; e = Potentiel de l'hôpital ; f = Aide d'autres pays

5-4 Facteurs déterminants des effets obtenus, par pays

Le Tableau 5-17 présente les facteurs déterminants des effets obtenus pour chacun des pays. Dans les pays anglophones de l'Afrique du sud-est, la contribution de la coopération Sud-Sud a été très grande. On peut affirmer que cela découle de la participation des pays voisins aux divers stages réalisés dans le cadre du projet de développement et de renforcement des ressources humaines de la santé en Tanzanie, du stage de zone étendue des JOCV organisé en Ouganda pour le perfectionnement en 5S, et du bon déroulement de la coopération au sein des groupes de jumelage. Dans le cas du Mali, on a réalisé des visites et échanges d'opinions avec le Sénégal. À la différence du cas sénégalais, l'aide du Programme se faisait de manière indépendante au Mali ; les visites et échanges d'information ont donc permis au

Mali d'améliorer ses connaissances en s'inspirant de l'exemple fourni par un autre pays.

Dans de nombreux pays, la combinaison des stages, de la mission de supervision et des petits fonds s'est avérée efficace. Les stages et la mission de supervision étant chargés par le bureau central de la JICA, on peut supposer que la contribution de ce facteur fut à peu près la même dans tous les pays, mais il y eut des écarts considérables en ce qui concerne les petits fonds, car leur utilisation dépendait des capacités des responsables locaux chargés de leur supervision. Autrement dit, leur utilisation adéquate constituait un facteur de promotion, mais ils pouvaient aussi s'avérer un facteur d'entrave à la promotion s'ils ne pouvaient être utilisés. Concrètement, les superviseurs qui utilisaient efficacement les petits fonds étaient ceux qui comprenaient l'Approche et établissaient une bonne communication avec le Ministère de la Santé et avec l'hôpital pilote. Les petits fonds furent tout particulièrement bien utilisés dans la phase initiale en Tanzanie, au Nigéria, au Kenya, au Mali, en République démocratique du Congo et à Madagascar. Par ailleurs, pendant un certain temps les petits fonds ne furent pas disponibles au Nigéria, la requête n'ayant pu être traitée à temps, tandis qu'au Burkina Faso le Ministère de la Santé a déclaré que les activités ne pouvaient être poursuivies en raison de l'aide insuffisante de la JICA ; on a ainsi constaté des effets négatifs sur les activités en raison d'une communication insuffisante avec les responsables locaux.

Tableau 5-17 Les facteurs de changement et leurs effets, par pays

Raison/Pays	Tanzanie	Ouganda	Kenya	Malawi	Erythrée	Nigéria	Sénégal	Madagascar	Bénin	Burkina Faso	Burundi	Mali	RDC	Maroc
Coopération Sud-Sud	⊙	⊙	○	⊙								○		
Stages / Missions de supervision / Dons			⊙	⊙	○			⊙		○	⊙	⊙	⊙	
Approche progressive	⊙	○		○		○		⊙						
Gestion à la japonaise	⊙		○	○		○		⊙	○	○	○		⊙	
Collaboration avec les autres projets	⊙	⊙ x		⊙ ○		○	○ x				○ x		⊙	
Potentiel de l'hôpital	⊙		x		x		x	⊙	⊙			⊙		
Aides des autres pays			○						⊙		⊙			x

⊙ = effet considérable ; ○ = effet partiel ; x = effet négatif

En Tanzanie, un petit nombre de services pilotes ont veillé consciencieusement à étendre les 5S dans l'hôpital, ce qui a entraîné le renforcement de la QIT et de la WIT, modifié l'état d'esprit au sein du personnel et encouragé le leadership. L'expérience ainsi acquise est aussi mise à profit pour l'introduction du KAIZEN et pour le déploiement national. Au CHUM de Madagascar, la communication entre les membres du personnel a été favorisée par l'allègement de l'atmosphère de travail, notamment au moyen d'une chanson et d'une danse des 5S. Au CHUF de Madagascar, les

activités créatrices dans l'hôpital ont été encouragées, et la capacité des équipes de l'hôpital s'est accrue. Au Malawi, bien qu'il faille former des successeurs, la création des équipes se déroule bien dans les deux hôpitaux pilotes. En République démocratique du Congo, une école de KAIZEN a été ouverte et elle soutient la hausse des capacités dans l'hôpital. En Ouganda, on s'attaque d'abord à l'amélioration du travail, notamment par l'introduction des 5S pour l'amélioration de l'hygiène en milieu de travail. Au Nigéria, la QIT et la WIT unissent leurs forces et mettent l'accent sur l'introduction graduelle du KAIZEN ; à l'étape actuelle, on n'y étudie pas encore la collecte régulière de données quantitatives et l'introduction du Processus du KAIZEN. Au Bénin, au Burkina et au Burundi, les capacités de l'hôpital se renforcent au sein de la QIT et de la WIT.

Nous avons divisé en deux types d'aide la collaboration d'autres projets, à savoir : l'aide efficace et l'aide peu efficace. Sur ce point, la connaissance de l'aspect technique des 5S-KAIZEN-TQM par un autre projet exerce un impact considérable. Autrement dit, l'existence d'un autre projet peut être un facteur de promotion ou d'entrave, selon la compréhension ou non de l'Approche. Un effet de synergie a ainsi été créé en Tanzanie par la collaboration efficace avec un projet d'assistance technique, au Malawi par la collaboration avec les JOCV et les spécialistes envoyés, et en République démocratique du Congo par la collaboration avec les conseillers du Ministère de la Santé. Dans le cas de ces pays, la participation de personnes compétentes maîtrisant parfaitement l'Approche fut d'une grande importance. Au Nigéria, la collaboration avec le « Project for Improving Maternal, New Born and Child Health in Lagos State » contribue au maintien des activités de l'hôpital pilote, tout en continuant de soutenir l'élaboration de la stratégie pour l'Administration de la santé, qui accusait du retard. En Ouganda, bien que certains hôpitaux poursuivent leurs activités 5S en collaboration avec les JOVC, il ne semble pas encore y avoir d'effet de synergie avec les projets d'assistance technique. Dans le cas de l'Érythrée et du Burundi, les 5S donnent l'impression d'avoir progressé en raison des activités 5S mises de l'avant par un projet d'assistance technique, mais la formation des équipes et la compréhension des 5S étant restées insuffisantes, les hôpitaux n'y avaient pas accumulé l'expérience et les connaissances nécessaires pour poursuivre leur développement de manière autonome une fois le projet terminé. Dans le cas du Sénégal, l'objet du projet de renforcement de la gestion du système de santé des départements étant l'Administration départementale de la santé, sa collaboration avec l'hôpital pilote, qui est un hôpital national, n'a guère progressé. Par contre, dans le cas de la collaboration avec le projet d'amélioration des services de santé pour les mères et enfants, un effet de synergie a été constaté en termes de promotion de la sécurité des accouchements grâce aux 5S.

Dans les pays qui reçoivent peu d'aide des bailleurs de fonds, nombreux sont les cas où les activités ne sont soutenues que par le Programme ; le potentiel des hôpitaux en termes d'organisation, d'efficacité des équipes et de leadership revêt alors une grande importance. Dans le cas du CHUF de Madagascar, le directeur de l'hôpital avait déjà un grand intérêt pour l'amélioration de la qualité des services médicaux, connaissait les activités du CHUM et a grandement contribué à faire de l'hôpital pilote une base importante pour la maturation de l'Approche et pour l'élaboration d'une stratégie de déploiement national. Les résultats obtenus par les activités du CHUF ont par ailleurs revitalisé celles du CHUM.

Dans le cas du Mali, le directeur d'hôpital maîtrisait bien l'ordinateur et faisait preuve d'un grand leadership. Il se chargeait de l'approvisionnement en fonds auprès des autres organisations d'aide et s'est chargé lui-même de promouvoir les 5S, par exemple en fabriquant des posters avec l'aide financière reçue de la JICA.

L'introduction de la certification ISO au Bénin, ainsi que le programme d'amélioration des services de santé et médicaux de l'UE et de la CTB au Burundi ont également eu un grand impact en tant que formes d'aide. Dans le cas du Burundi, on envisage l'introduction des activités 5S dans un programme d'amélioration basé sur le cycle PDCA, et les membres de la QIT de l'hôpital pilote participent déjà aux activités de contrôle dans le cadre des programmes de l'UE et de la CTB. Dans le cas du Kenya, on a complété le KQMH qui sert de base à l'amélioration de la qualité par les 5S, grâce à l'aide d'USAID et de la GIZ. Quant au Maroc, l'introduction de l'Approche n'y progresse pas en raison de la redondance avec un programme de hausse de la qualité introduit par la GIZ.

5-5 Synthèse des résultats d'évaluation

5-5-1 Conception du Programme

Le Programme est conçu selon une structure double, qui consiste d'abord en l'introduction d'activités 5S dans un hôpital pilote pour en faire un modèle, puis, à partir des enseignements tirés des résultats de ce modèle, en l'élaboration de directives et d'une stratégie de déploiement national par le Ministère de la Santé. Pour améliorer les services de santé, on introduit d'abord les 5S dans un hôpital pilote, étant donné l'importance d'améliorer l'organisation dans les établissements de santé qui offrent lesdits services. Les activités 5S entraînent une modification de l'état d'esprit des leaders et du personnel, ainsi que la résolution des problèmes par les équipes ; il s'agit d'une structure qui commence par la modification du milieu de travail et la motivation des employés, qui s'attaquent graduellement au processus de travail et à la résolution des problèmes transversaux de l'organisation. Selon cette conception, et sur la base des connaissances acquises dans l'hôpital pilote, le Ministère de la Santé élabore ensuite une stratégie adaptée au pays en question, puis déploie les activités dans l'ensemble du pays.

Les principales caractéristiques de cette conception sont les suivantes : (a) introduire par étapes les différents outils de gestion que sont les 5S, le KAIZEN et le TQM, (b) mettre l'accent sur la formation d'équipes dans chaque organisation, (c) rendre positif l'état d'esprit des cadres supérieurs et des leaders, (d) former des groupes de jumelage pour favoriser une émulation positive entre les pays participants, et (e) mettre à profit les résultats déjà obtenus dans des pays en voie de développement tels que le Sri Lanka et la Tanzanie.

Ces activités font l'objet d'une aide sur mesure consistant en stages au Japon, en stages complémentaires outre-mer, en mission de supervision et en offre de petits fonds (aide sur mesure), tout en assurant la collaboration avec des projets liés pour promouvoir la progression du Programme dans chacun des pays.

Par ailleurs, en tant que Bureau du Programme, nous avons réalisé une Étude préparatoire pour soutenir l'exécution harmonieuse des stages et de la mission de supervision.

5-5-2 Efficacité du Programme

Comme nous l'avons vu en 5-1-3, on peut supposer que, depuis l'introduction de cette approche en 2007 dans les pays anglophones (Groupe 1), le KAIZEN s'est à un certain point diffusé dans les hôpitaux, ainsi que les 5S à l'échelle du pays. Quant aux pays francophones (Groupe 2), où l'approche a été introduite en 2009, on peut supposer qu'y a commencé l'introduction du KAIZEN dans les hôpitaux et le déploiement national des 5S.

Par contre, seules la Tanzanie (région anglophone) et la République démocratique du Congo (région francophone) ont atteint l'étape qui avait été prévue. On peut supposer que la clé de la progression du Programme se trouve, du point de vue des hôpitaux pilotes, à l'étape de la transition des 3S aux 4S puis aux 5S, et, du point de vue du Ministère de la Santé, dans la mise en place d'un service responsable de la qualité et dans l'élaboration de directives et d'un plan de diffusion.

Bien que les stages au Japon, les stages outre-mer, la mission de supervision et l'offre de petits fonds, dans la première phase du Programme, n'entraînent pas de coûts vraiment élevés, ils suffisent à l'implantation des 3S dans les hôpitaux pilotes des pays concernés. Autrement dit, en surface, l'amélioration du milieu de travail s'y est avérée un succès. De plus, en vue de soutenir l'établissement de modèles 5S et le déploiement national, l'implication du Ministère de la Santé dès la phase initiale du Programme a permis à ce ministère, dans presque tous les pays concernés, d'ouvrir la voie de l'intégration des 5S-KAIZEN-TQM dans les politiques nationales. En d'autres termes, cela signifie que l'on a mis en branle les préparatifs en vue du déploiement national de la hausse de la qualité des services médicaux. Si les apports s'étaient limités aux hôpitaux pilotes, il est aussi possible que les résultats obtenus se seraient limités aux travaux pilotes. On peut conclure que le Programme, en faisant appel à la fois aux hôpitaux pilotes et aux principales personnes concernées du Ministère de la Santé, fut efficace en permettant de poser les assises d'une diffusion nationale.

Par ailleurs, à l'étape de la transition de S4 et S5 au KAIZEN, quels que soient les écarts d'avancement dans chacun des pays, on a partagé et mis en pratique les connaissances nécessaires à ladite transition dans le stage au Japon et le stage complémentaire outre-mer. Il est permis de croire que cet achèvement a été rendu possible par une aide efficace répondant à la situation et aux vœux des établissements pilotes des pays respectifs, au moyen de la mission de supervision et de l'offre de petits fonds, en tenant compte de la situation propre à chaque pays. Il s'ensuivit une standardisation du processus d'amélioration du milieu de travail dans l'hôpital, processus au terme duquel l'environnement de l'hôpital se trouva constamment amélioré. Dans certains pays, on a eu recours à une aide complémentaire, via les dépenses d'aide accordées aux projets JOCV ou grâce à un autre projet lié. Il en va de même pour l'aide apportée au Ministère de la Santé, la mission de supervision,

l'offre de petits fonds et le soutien efficace des autres projets liés contribuant à l'introduction des 5S-KAIZEN-TQM dans de nouveaux établissements et à la réalisation des contrôles. Par conséquent, le Ministère de la Santé, sur la base des connaissances acquises par l'hôpital pilote, a rassemblé d'importantes informations pour sa stratégie de hausse de la qualité des services de santé.

En ce qui a trait au déploiement national, il est déjà commencé dans 10 pays. On peut en conclure que l'Approche est attrayante aux yeux des personnes concernées du Ministère de la Santé, et que cela reflète le désir qu'elles ont d'introduire l'Approche dans de nombreux établissements. Au Mali, il y a même eu de la pression exercée par un hôpital dont le directeur, ayant entendu parler en bien du Programme, a fait une demande de stage 5S, aux frais de l'hôpital si nécessaire. Fondamentalement, la conception du Programme est la suivante : d'abord l'hôpital pilote devient un modèle 5S, puis le Ministère de la Santé élabore une stratégie, un plan et des directives sur la base des connaissances acquises avec ce modèle, puis il passe au déploiement national. Mais en réalité, à la différence de ce que prévoit le Programme, dans de nombreux pays le déploiement national est lancé avant que l'hôpital pilote n'atteigne le niveau où il peut jouer le rôle de modèle. Dans le cadre de ce Programme, il n'est pas souhaitable de procéder au déploiement national avant que le modèle ne soit bien établi, un modèle immature risquant fortement d'entraîner la diffusion d'activités 5S incomplètes dans les autres hôpitaux. Autrement dit, une amélioration superficielle du milieu de travail sera déployée à l'échelle nationale, ce qui risque d'entraver l'amélioration de la qualité des services médicaux par la suite. Par ailleurs, on prévoyait initialement que les personnes concernées du Ministère de la Santé, en établissant un modèle dans leur propre pays, prendraient conscience de la signification et de l'efficacité des 5S puis procéderaient au déploiement national, mais des participants du Ministère de la Santé ont été capables de cette prise de conscience de la signification et de l'efficacité de la Méthode en s'inspirant des modèles d'autres pays présentés lors des stages, ceci menant au déploiement national dans leur propre pays. On peut donc y voir un impact positif de la coopération Sud-Sud. Les personnes concernées du Ministère de la Santé ont aussi rempli un rôle en tant qu'instructeurs de stage en utilisant les textes sur les 5S-KAIZEN-TQM et le matériel de stage distribué lors du stage au Japon. On peut en conclure que les participants aux stages prennent des initiatives pour la diffusion de la Méthode, comprennent bien la matière enseignée dans les stages et contribuent à la diffusion de la Méthode, autant d'effets positifs des stages. Il est aussi permis de croire que la grande qualité des textes et du matériel de stage contribuent à ces effets positifs.

En ce qui a trait à la transition vers l'étape KAIZEN dans les hôpitaux pilotes, aucun pays de la région anglophone n'a pu commencer les activités KAIZEN immédiatement après le stage KAIZEN pour pays anglophones en 2009. De même, l'introduction du KAIZEN après le stage de 2009 ne s'est pas bien déroulée à l'hôpital pilote de Tanzanie (Mbeya Consultant Hospital), mais elle a été rendue possible suite à l'aide d'un conseiller du Ministère de la Santé et au stage de 2010. Cela

suggère la possibilité que le stage au Japon ne suffisait pas pour l'introduction du KAIZEN³⁵.

Nous avons aussi constaté que certains pays lançaient le KAIZEN même si les 5S n'étaient pas encore bien implantés. Cela est en partie dû à la réalisation de stages uniformes accordant la priorité à la transition vers le KAIZEN, stages où les personnes concernées d'établissements pilotes en retard dans l'exécution des 5S acquéraient trop tôt des connaissances sur le KAIZEN. Mais si le KAIZEN est mis en œuvre alors que la création des équipes et la conscience des problèmes sont encore insuffisantes, il risque d'être impossible de bien cerner les problèmes concernant le processus de travail sur le terrain et de prendre des mesures de correction adéquates. Il faut garder à l'esprit que, dans certains cas, cette expérience d'échec peut saper le moral et entraîner une perte de confiance face à l'Approche et aux activités d'amélioration de l'organisation et des services.

5-5-3 Facteurs de promotion et d'entrave du Programme

Quels sont, concrètement, les facteurs qui favorisent et les facteurs qui entravent le Programme ? Pour répondre à cette question, nous examinons ici les conditions essentielles à chaque étape, puis les facteurs qui favorisent ou entravent la maturation desdites conditions.

D'abord, à l'étape de l'introduction des 3S, des 4S puis des 5S, les conditions nécessaires sont le fonctionnement de la QIT et de la WIT des services pilotes. Si la WIT ne fonctionne pas, il sera souvent impossible d'améliorer le milieu de travail en vue de faciliter le travail, et ce même si l'on réalise des activités superficielles de *Seiri*, *Seiton* et *Seiso*. Pour cela, la maturation du travail d'équipe et de l'état d'esprit est indispensable, et il faut bien comprendre la signification technique de l'Approche (approche progressive et gestion à la japonaise). Comme facteurs de promotion, on peut mentionner la mission de supervision et l'offre de petits fonds efficaces rendus possibles par la réalisation de stages internes dans l'hôpital par mission de supervision et offre de petits fonds. De même, l'aide fournie par les JOCV et les projets d'assistance technique liés peuvent être des facteurs de promotion. Par contre, si les bénévoles des JOCV et les membres des projets d'assistance technique liés ne comprennent pas l'importance de la maturation du travail d'équipe et de l'état d'esprit, les Japonais poursuivront les activités 5S sans mettre l'accent sur la maturation du travail d'équipe et de l'état d'esprit, ce qui risque de devenir un facteur d'entrave.

À l'étape de l'introduction du KAIZEN à partir des étapes S4 et S5, il est indispensable que la QIT et la WIT comprennent bien les activités et soient sensibles aux problèmes sur le terrain, ou, autrement dit, qu'ils soient capables d'identifier les problèmes qui se manifestent sur le terrain par un écart entre l'idéal et la réalité. Faute de pouvoir constater les problèmes, on ne pourra pas non plus constater les problèmes à l'intérieur du processus de travail, ce qui rendra impossible l'amélioration du travail, et encore moins l'amélioration des services. Pour ce projet, cela est devenu clair lors de la réalisation du stage au Japon en 2010, et à partir de 2011 nous avons apporté une aide

³⁵ En 2009, il n'y a eu que le stage au Japon, sans stage complémentaire outre-mer.

axée sur cette maturation via le stage au Japon et la mission de supervision. Nous avons cru que l'esprit d'équipe et l'état d'esprit atteignaient naturellement la maturité une fois les S4 et S5 bien implantés dans l'hôpital, mais cela n'était pas toujours le cas. Les facteurs de promotion de ce projet sont le stage au Japon et la réalisation des S4 et S5 à tous les services de l'hôpital, tandis que le facteur d'entrave est l'introduction du KAIZEN au niveau 3S ou plus bas.

Pour que le Ministère de la Santé élabore les directives et un plan de diffusion, il est important que des personnes telles qu'un conseiller du Ministère de la Santé fournisse un soutien complémentaire à l'aide centrale apportée par le Programme. Il importe aussi que soient clairement définies les responsabilités et charges au sein du Ministère de la Santé, car si elles restent floues l'élaboration des directives et du plan de diffusion n'avancera pas. Il faut garder à l'esprit que si l'Approche est diffusée avant que ne soient élaborés les directives et le plan de diffusion, l'introduction des 5S et du KAIZEN deviendra un but en elle-même. Il importe que soit établi clairement que le but de l'Approche est l'amélioration de l'organisation et des services, et que toutes les personnes concernées se demandent comment utiliser l'Approche pour atteindre le but recherché.

Pour établir le schème de stages et le schème de mission de supervision, et pour mettre le projet sur ses rails, l'hôpital pilote doit être assez fonctionnel pour recevoir les stages, et l'on doit s'assurer que les formateurs (*facilitateurs*) du gouvernement sont en nombre suffisant et de qualité adéquate. Pour cela, il est nécessaire que le personnel de l'hôpital pilote soit formé et que les responsables du Ministère de la Santé aient une compréhension suffisante de l'Approche. Par ailleurs, il est difficile d'implanter les 5S dans les hôpitaux si le déploiement national s'effectue alors que l'hôpital pilote n'est pas assez fonctionnel en tant que modèle 5S. Sans modèle adéquat, la réalisation des 5S et du KAIZEN ne mènera pas à une amélioration de l'organisation et des services.

Le positionnement du secteur de la santé dans les politiques d'aide de la JICA envers chaque pays, ainsi que le positionnement du Programme dans ledit secteur sont aussi des éléments importants. Il arrive que les politiques d'aide au secteur de la santé dans chaque pays soient modifiées après le début du Programme, et dans certains cas on constate un impact négatif entraîné par l'allègement du cadre d'aide au secteur en question par le Bureau de la JICA.

Quant à l'aide des projets liés, elle n'est pas nécessairement une condition indispensable à l'exécution du Programme. Il arrive en effet, comme ce fut le cas au Mali, que les activités se poursuivent bien dans l'hôpital pilote même sans le soutien de projets d'aide et que la motivation des leaders et du personnel puisse augmenter, à condition que l'on ait une bonne compréhension de la signification que revêtent la consolidation de l'organisation et les activités. Par contre, comme ce fut le cas en Tanzanie, la progression des activités se trouve accélérée lorsque l'on peut bénéficier du soutien adéquat d'un projet d'aide.

On peut supposer, d'une part, que le Programme progresse bien dans les pays où il n'y a pas d'entraves, et ce même en l'absence de projets d'aide, mais que, d'autre part, dans les pays où il y a des entraves l'aide est nécessaire pour supprimer ces entraves. Des exemples d'entraves sont, dans l'hôpital pilote, le remplacement répété du directeur d'hôpital et des participants aux stages, ou une vétusté des installations telle que les 5S ne peuvent plus rien changer ; quant au Ministère de la Santé, la difficulté de la coordination avec d'autres programmes peut constituer une entrave. Des cas ont été rapportés d'entrave au déploiement national par la présence d'un autre programme, tout particulièrement si la coordination avec un programme similaire est déficiente au moment de l'élaboration de la stratégie et du déploiement national par le Ministère de la Santé. Il s'agit d'une tendance remarquable qui a été constatée dans plusieurs pays. Par ailleurs, on constate aussi l'effet négatif de projets liés sur la progression des activités dans les hôpitaux pilotes. Dans les projets intégraux, il est difficile d'ajouter de nouvelles activités aux contrats de travaux existants. Par conséquent on peut difficilement répondre à une demande d'aide à des activités qui débordent du cadre du projet une fois celui-ci commencé. De plus, la Méthode implique que la partie bénéficiaire agisse de sa propre initiative, mais dans le cas des projets de durée limitée, et tout particulièrement dans celui des projets intégraux, la priorité doit être accordée à l'atteinte des objectifs et il peut être difficile d'attendre jusqu'à ce que l'autre partie prenne l'initiative.

En résumé, la bonne progression du Programme dépend de la bonne compréhension, par toutes les personnes concernées, d'une part, des facteurs de manifestation des effets de l'Approche, et, d'autre part, des aspects techniques du Schème, à savoir : approche progressive, activités en équipes et modification de l'état d'esprit. Ladite progression est aussi influencée, peut-on croire, par l'utilisation efficace ou non de la mission de supervision, de l'offre de petits fonds et des autres projets d'aide. L'utilisation efficace de ses divers types d'aide dépend aussi des responsables et coordinateurs du Bureau local de la JICA, des conseillers du Ministère de la Santé et des spécialistes des autres projets liés, le niveau atteint par le Programme étant élevé dans les pays cibles où des personnes compétentes l'orientent au bon moment et de la bonne façon. Autrement dit, il est permis de croire que le renforcement des ressources domestiques est indispensable à la bonne progression de l'Approche. Là où l'on utilise déjà les ressources régionales (en région anglophone : Tanzanie, Kenya, Ouganda, Malawi, etc.), l'efficacité de l'aide est accrue par la création d'opportunités d'aide autres que celle des stages domestiques et au Japon. En d'autres termes, on peut supposer que l'utilisation efficace des ressources régionales via la coopération Sud-Sud accroît l'efficacité et l'efficience de l'Approche.

5-5-4 Modification des indices de gestion et des indices cliniques, et impact du Programme

Il n'a pas été possible de mesurer les effets du Programme à partir des données de gestion et des données cliniques collectées lors de l'Étude préparatoire. Par contre, la collecte des diverses données lors de l'Étude préparatoire, dans certains cas, a fait prendre conscience à l'hôpital pilote et au Ministère de la Santé de l'importance de collecter des données. En Tanzanie, on a constaté l'importance des études par chronométrage pour vérifier l'efficacité des activités 5S-KAIZEN, et

ces études sont maintenant réalisées régulièrement en hôpital. À Madagascar, on examine la préparation d'un cadre de collecte des données sur les infections en hôpital et des rapports d'incident.

Dans les pays où le KAIZEN se déroule bien, on collecte des données et cela permet d'indiquer les effets concrets du Programme sous forme de chiffres. Mentionnons, parmi les exemples d'initiatives en ce sens, les données collectées sur la réduction des stocks et sur la diminution des oublis de réclamation d'assurances en Tanzanie, la diminution des médicaments périmés au CPGH du Kenya, la diminution du taux d'ulcères dentaires au CHUM de Madagascar, et la diminution du taux de non-réexamen des tuberculeux au CHUF.

En général, l'étape des 5S a difficilement un impact sur les indices cliniques, les effets escomptés des 5S s'observant plutôt dans l'amélioration des indices relatifs au travail, tels que ceux de la réduction des stocks. À l'étape du KAIZEN, il est possible d'améliorer les indices liés à la hausse du rendement de l'hôpital, en termes de productivité et coûts, de qualité et sécurité, etc. Il faudra donc, à l'étape du KAIZEN, que l'on extraie de tels indices pour chaque processus KAIZEN, tout en mettant en place un cadre de collecte régulière des données.

5-5-5 Rôle et contribution de l'étude préparatoire à la coopération

(1) Toile de fond

En mars 2007, l'AAKP « Hôpital propre » a été lancé pour 8 pays, sous la forme de stages au Japon et de stages complémentaires outre-mer. En août de la même année, le stage « Exécutants 5S » a été réalisé au Sri Lanka, et les travaux pilotes 5S ont été lancés dans les pays cibles, principalement par les participants au stage. Ensuite, de décembre 2007 à mars 2008, les personnes ressources du Sri Lanka et du Japon ont visité chacun des pays, puis un dernier séminaire a été organisé en octobre 2008 en Égypte afin de partager les résultats des travaux pilotes 5S. Lors de ce dernier séminaire, les personnes concernées de la JICA et les personnes ressources ont discuté du développement ultérieur du Programme. Ces discussions comprenaient l'examen de questions telles que la diffusion de l'Approche dans les autres pays, la transition des 5S au KAIZEN, l'importance de former des ressources humaines pour le développement de la Méthode, et l'importance des fonctions administratives pour soutenir le Programme. Cela a débouché sur le lancement de la Phase 2 de l'AAKCP dans 7 pays francophones (Groupe 2) en mars 2009, et sur la réalisation d'un « Stage KAIZEN » pour les 8 pays de la phase initiale (Groupe 1) à partir de septembre 2009.

Il fut ensuite décidé de réaliser une étude préparatoire à propos de ces initiatives, dans le but de passer en revue la progression du Programme et les résultats obtenus, et d'examiner la question du développement ultérieur du Programme. De plus, concernant l'aide au Groupe 1 et au Groupe 2, rendue difficile car le schème et la division responsable au sein de la JICA étaient différents, on a ajouté des fonctionnalités administratives pour unifier la gestion des deux groupes. Il s'agissait là de la précédente étude préparatoire.

Quant à la présente Étude préparatoire, elle a été prolongée jusqu'en 2012, afin de passer en revue les résultats obtenus au cours de la période de suivi de la TICAD IV, et en raison de la nécessité d'examiner la question du développement de la coopération par la suite. Nous avons poursuivi le projet pilote de l'étude précédente et avons maintenu les fonctionnalités administratives, promu l'exécution du Stage KAIZEN pour le Groupe 1 et le Groupe 2, ainsi que la mission de supervision qui constitue une aide liée à ce stage, et nous avons aussi appliqué les propositions de l'étude préparatoire précédente dans le stage et dans la mission de supervision.

(2) Contributions

Les contributions de l'Étude peuvent être, en gros, divisées en deux catégories. La première est la vérification du « Programme Hôpital Propre », et la deuxième l'aide à l'exécution harmonieuse du Programme en tant que bureau du « Programme Hôpital Propre ». En ce qui a trait à la vérification du « Programme Hôpital Propre », elle est telle qu'indiquée dans le présent rapport. Quant à la contribution de l'Étude préparatoire à la promotion de l'exécution harmonieuse du programme, elle est telle qu'indiquée ci-dessous.

1) Standardisation de la mission de supervision

Nous avons standardisé l'objet d'étude des missions de supervision, les éléments d'étude, les feuilles de contrôle, etc. Cela a facilité la détermination du nombre de jours nécessaires aux composants du travail, et l'élaboration d'une proposition de calendrier. De plus, l'uniformisation des rapports de mission de supervision a facilité la compréhension des résultats d'étude.

2) Introduction d'une méthode standardisée de collecte des données

Aux pays cibles et aux hôpitaux pilotes, nous avons indiqué quelles sont les données utilisables pour mesurer les effets de l'approche 5S-KAIZEN-TQM. Nous avons aussi facilité la collecte des données, en élaborant des questionnaires et des instructions sur la façon de les remplir.

3) Amélioration des stages au Japon et des stages complémentaires outre-mer

Sur la base du retour d'expérience sur la mission de supervision et sur les stages précédents, nous avons examiné le contenu des stages au Japon et des stages complémentaires outre-mer, soutenu la facilitation et fourni de l'aide pour favoriser la progression de l'exécution des stages et l'amélioration des résultats.

5-6 Conclusions

5-6-1 Synthèse du « Programme Hôpital Propre »

Le Programme Hôpital Propre a été lancé en tant que programme pour la promotion de la coopération Sud-Sud dans la TICAD III. Tel qu'indiqué ci-dessous, il a servi d'assises à l'amélioration des services de santé et médicaux avec ressources limitées, a amélioré l'organisation des établissements de santé et l'environnement médical, entraînant ainsi une grande réforme dans les hôpitaux en Afrique.

- Le Programme a permis la maturation de mécanismes de renforcement des fonctionnalités organisationnelles, par la formation d'équipes et les activités en équipes

La WIT a renforcé le sens d'appartenance à son propre lieu de travail, a rendu les membres du personnel sensibles, non seulement à leur propre travail, mais aussi à celui des autres, rendant possible l'implication de chaque membre d'équipe dans les défis communs à tous ses membres. De plus, la pluridisciplinarité des membres des équipes a permis l'émergence de nouvelles idées (comme celle de la simplification des formalités de sortie de l'hôpital), ainsi que de répondre à des problèmes impliquant la participation de plusieurs professions. Ces activités de type participatif à l'organisation étaient sans précédent dans les hôpitaux des pays en voie de développement.

- Le Programme a modifié l'état d'esprit et les comportements du personnel, rendant ses membres positifs et confiants
Par exemple, les employés utilisent efficacement les ressources environnantes (telles que boîtes de carton et papier de couleur) pour fabriquer des boîtes de rangement, et ils en font activement la promotion à l'occasion de la mission de supervision, faisant ainsi preuve de confiance en eux dans leurs activités. Dans certains hôpitaux, les 5S encouragent aussi la créativité du personnel, dont les membres rivalisent pour trouver de nouvelles idées à appliquer aux 5S. Dans d'autres hôpitaux, on constate le déploiement d'efforts pour rendre les 5S agréables par la création d'une chanson et d'une danse des 5S. En d'autres termes, on assiste à la formation d'un état d'esprit où les gens réfléchissent sur ce qu'ils entendent faire de leur travail et de leur lieu de travail.
- Les petites réussites visibles donnant confiance aux leaders, ils ont poursuivi leurs activités d'amélioration
Le directeur d'un hôpital, après un premier échec dans l'introduction du KAIZEN, a repris confiance en lui-même grâce aux succès des 5S, a réétudié la méthode d'introduction du KAIZEN, puis a persisté dans ses efforts jusqu'à ce que le KAIZEN s'implante dans l'hôpital. Dans un autre hôpital, le responsable des stocks a d'abord jeté les stocks inutiles, puis, une fois les étagères bien propres, a pu prendre connaissance des médicaments périmés et en réduire la quantité, cette expérience réussie débouchant ensuite sur de nouvelles activités d'amélioration.
- Le partage d'objectifs communs par l'hôpital pilote et le Ministère de la Santé a permis de dégager la voie qui mène du projet pilote au déploiement national
Jusque-là, les politiques étaient élaborées abstraitement sur le papier au Ministère de la Santé, sans toujours refléter la situation sur le terrain. Elles se trouvaient ainsi en rupture avec la réalité du terrain lorsque l'on essayait de les déployer à l'échelle nationale. Le Programme consistant à élaborer les politiques après un retour d'expérience à partir des connaissances acquises sur le terrain, il résulte en des politiques applicables sur le terrain. Les politiques d'amélioration de la qualité élaborées dans le cadre du Programme sont ainsi faciles à déployer à l'échelle nationale.

- Le jumelage des pays participants favorise les activités de coopération à l'intérieur de la région

Les pays voisins participant au voyage d'étude et au stage KAIZEN en Tanzanie, ils ont pu apprendre des réussites tanzaniennes et en intégrer les éléments. Le jumelage a aussi permis, lors du stage au Japon et du stage complémentaire outre-mer, de partager les expériences et de discuter positivement sur la façon de procéder à la mise en œuvre. Cela a donné lieu à une atmosphère où les pays apprenaient l'un de l'autre, au lieu d'un apprentissage à sens unique auprès du Japon et de la Tanzanie.

L'approche 5S-KAIZEN-TQM, par la formation d'équipes de mise en œuvre des améliorations sur le terrain, diffère en cela des programmes d'amélioration de la qualité et des services de santé réalisés jusqu'ici en Occident. Il ne s'agit pas de viser à l'amélioration des services en réglant les problèmes par l'apport de nouvelles ressources, mais de trouver des idées pour l'utilisation efficace des ressources existantes, d'orienter les états d'esprit vers le désir d'améliorer les services, ce qui permet de garantir un développement autonome en dépit de ressources limitées.

Les connaissances acquises jusqu'ici du Programme nous permettent de croire que son exécution à partir des 5S revêt une grande signification, du point de vue de la création d'équipes et de la modification des états d'esprit. De nombreux bailleurs de fonds, dans leurs programmes d'assurance de qualité et d'amélioration de la qualité, adopte une approche qui ressemble au KAIZEN. Ils utilisent principalement le cycle PDCA, la mise en œuvre de mesures correctrices suite à l'analyse de la situation et à l'analyse des problèmes, suivies d'une évaluation et d'une standardisation, sans toutefois préciser qui fait quoi, et comment. Pour leur part, les 5S permettent de former des équipes d'exécution du KAIZEN sur le terrain et de former les états d'esprit, ce qui en fait une méthode utile pour rendre plus efficace l'ensemble des activités. L'équipe WIT de terrain formée avec la Méthode étant également efficace pour la promotion du programme d'amélioration de la qualité des autres services médicaux, elle est aussi efficace pour promouvoir l'harmonisation avec les programmes d'amélioration de la qualité réalisés par les autres bailleurs de fonds. On peut supposer que lesdits effets sont valides, non seulement pour les autres bailleurs de fonds, mais pour les autres projets réalisés par la JICA.

Par ailleurs, si le Programme a eu les impacts ci-dessus par l'introduction graduelle des 5S, du KAIZEN et de la TQM, sa progression s'est avérée plus lente que prévu. Cela découle de l'écart qui s'est manifesté quant à la progression des pays participants dans leur transition de l'étape des 5S à celle du KAIZEN, l'aide uniforme (standardisée) ayant été insuffisante pour assurer une progression adéquate dans chacun des pays participants. Concrètement, bien qu'une aide à l'introduction du KAIZEN soit apportée dans les stages au Japon et les stages complémentaires outre-mer, un stage KAIZEN était réalisé même pour les participants des pays qui n'étaient pas encore prêts à introduire le KAIZEN, avec pour résultat que les 5S furent confondus avec le KAIZEN. Le KAIZEN fut donc lancé alors que les 5S n'étaient pas encore suffisamment implantés,

avec pour conséquence que les 5S et le KAIZEN restèrent tous deux incomplets. Par conséquent, l'amélioration des services qu'aurait dû produire le KAIZEN dans chacun des secteurs se trouva limitée.

L'exécution par étapes (de la mise en place des assises à l'exécution, par l'approche 5S-KAIZEN-TQM, des activités d'amélioration organisationnelle des établissements de santé et d'amélioration des services de santé, avec des ressources limitées) pouvant être appliquée, non seulement dans le Programme, mais aussi dans les autres projets, elle constitue une méthode de développement autonome dont il est souhaitable que l'on continue de promouvoir l'introduction. Par contre, il importe que l'on reconsidère le cadre du « Programme Hôpital Propre » de sorte qu'il permette d'apporter l'aide en l'adaptant à l'état de progression dans chacun des pays. Il est donc souhaitable que l'on remplace l'approche « Stages, Mission de supervision et Offre de petits fonds » poursuivie jusqu'ici sous l'initiative de la partie japonaise par une approche 5S-KAIZEN-TQM qui, tout en étant combinée à l'aide uniforme (standardisée), serait axée sur une aide basée sur la requête du gouvernement homologue.

5-6-2 Problèmes du Programme

Pour que se poursuive l'amélioration de la gestion des établissements de santé dans les pays en voie de développement avec l'approche 5S-KAIZEN-TQM, il importe que soient résolus les problèmes ci-dessous qu'a fait ressortir l'Étude préparatoire.

1. Une aide apportée sans une compréhension adéquate de l'Approche constitue une entrave à la progression du Programme. Par exemple, si les 5S sont introduits sans former des équipes et sans s'efforcer de modifier les comportements (points les plus importants de l'Approche), les 5S se traduiront simplement par des « activités d'embellissement » sans aboutir au but principal : la modification des comportements et la formation d'équipes. Cela se produit tout particulièrement lorsqu'il y a une aide liée (celle d'un projet d'assistance technique, par exemple) et que les membres du projet réalisent les 5S en accordant la priorité aux résultats du projet, ce qui risque d'entraver la création des équipes et les activités 5S par le personnel sur le terrain. De même, si les bénévoles des JOCV exercent leurs activités sans comprendre les points ci-dessus, les activités 5S seront forcément confiées au seul bénévole. Autre exemple, celui de l'aide sous forme de petits fonds : si le superviseur ne comprend pas l'Approche, le fonds ne sera pas utilisé de manière efficace.
2. Dans les pays où le déploiement national n'est pas exécuté de manière planifiée, la stratégie et l'orientation du déploiement ne sont pas élaborées sous forme de directives d'exécution. Dans certains pays pilotes, la diffusion des 5S est fixée comme but. Or, si l'on confond le but avec le processus d'exécution, il est difficile de promouvoir la diffusion. De plus, sans directives d'exécution, il ne sera pas possible de procéder à un retour d'expérience adéquat sur le terrain à partir de l'expérience réussie dans l'hôpital pilote.

3. Pour que l'hôpital puisse introduire le KAIZEN de lui-même après le stage KAIZEN, une aide extérieure est nécessaire en matière de méthode KAIZEN à l'étape expérimentale. Le processus du KAIZEN doit rendre visible des phénomènes non visibles, au moyen notamment de mesures de données ; on peut difficilement avancer à l'aveuglette, uniquement sur la base de connaissances théoriques comme dans le cas des 5S. La capacité de réaliser un KAIZEN s'acquiert avec la pratique, et c'est pourquoi il est efficace d'apporter une aide complémentaire via, notamment, les JOVC.
4. Les activités ne peuvent pas se poursuivre lorsque les stagiaires et les responsables de l'Approche changent d'affectation. Dans de nombreux établissements, il n'y a pas de système assurant le partage des connaissances avec le successeur à un poste. La première étape du partage des connaissances est leur enregistrement. Cela commence par la rédaction du procès-verbal des réunions, et comprend aussi l'enregistrement des activités et des cas de réussite. Il importe d'enregistrer ainsi les activités dans l'hôpital en vue d'une réutilisation dans les activités ultérieures, et de se demander quels sont les éléments à partager avec le personnel. Il importe aussi, pour la formation des successeurs, d'examiner la rotation régulière des membres et des leaders des QIT, ainsi que des leaders des WIT. Avant de réaffecter une personne clé, il est recommandé que celle-ci serve de tuteur pour la formation de son successeur. Par ailleurs, le renforcement des capacités des équipes via leurs activités rend possible la poursuite de ces dernières même si le directeur d'hôpital, les cadres supérieurs ou les leaders sont remplacés.
5. L'intensité de l'aide apportée dans chaque pays est influencée par les décisions du responsable du Programme dans le pays en question. L'aide du Programme a pour noyau les stages au Japon, les stages complémentaires outre-mer, la mission de supervision et l'offre de petits fonds, mais parmi ces éléments seuls les stages sont planifiés et mis en œuvre sous la direction du Japon. Les requêtes de mission de supervision et l'utilisation des petits fonds fournis sont basées sur des discussions avec le pays homologue, et déterminées par le responsable du Programme dans chaque pays. Dans de nombreux pays où le Programme avance bien, le responsable du Programme y participe positivement. Mais dans les cas où le responsable n'a pas une compréhension et une connaissance suffisantes de l'aide apportée par le Programme, celles-ci ne s'avèrent pas toujours efficaces.
6. Le partage des informations n'est pas suffisant sur l'état d'avancement et sur le contenu de l'aide dans les divers pays. Initialement, l'Étude préparatoire visait, via l'aide du Programme, à examiner l'élaboration de la stratégie ultérieure, à connaître le contenu des diverses aides à l'intérieur du Programme, et à partager la méthode. Mais comme elle avait pour prémisse la collecte d'informations au moment de la mission de supervision, il était difficile d'obtenir des informations concernant les pays où il n'y a pas eu de mission de supervision. De plus, comme la durée de l'étude était très courte, il était difficile de rassembler des détails sur les activités des projets liés et des JOCV.

Références

Références

United Nations Information Center (UNIC) 2010, *The Millennium Development Goals Report 2010*

Hasegawa Toshihiko and Wimal Karandagoda, et al., 2010, *Change Management For Hospitals Through Stepwise Approach, 5S-KAIZEN-TQM*, Japan International Cooperation Agency

Omaswa F. 2010, *Reclaiming the 'can do' attitude in the delivery of health services in Africa*, African Health 2010 July.

Taskforce on Global Action for Health System Strengthening, 2009, *Global Action for Health System Strengthening Policy Recommendations to the G8*, Japan Center for International Exchange

United Nations, 2011, *The Millennium Development Goals Report*, 2011 ISBN 978-92-1-101244-6

WHO, 2006, *World Health Report 2006 Working together for health*

WHO, 2007, *Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action.*, ISBN 978 92 4 159607 7

WHO 2010, *World Health Report 2010 Health Systems Financing*

Web site

The Paris Declaration on Aid Effectiveness

(<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>)

Foreign Ministry, International health policy 2011-2015, written in Japanese

(http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea_pol_ful_jp.pdf)

UN forum, *Listen to those who work internationally (9), International organizations and health policy - Practice from the field of research and education -*, written in Japanese

(<http://www.unforum.org/interviews/9.html>)

High-Level Forum on Harmonization (Rome, Italy), written in Japanese

(http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/dac/chowaka_gh.html)

The main contents of the Monterrey Consensus, written in Japanese

(http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/02_hakusho/ODA2002/html/kakomi/kk01003.htm)

ACCRA AGENDA FOR ACTION (The third High Level Forum on Aid Effectiveness in Accra, September 2008)

(http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/dac/pdfs/accra_aaa.pdf)

Health-8 (from UNAIDS Web site)

(<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/february/20110223bh8/>)

Kampala Declaration and Agenda for Global Action (First Global Forum on Human Resources for Health)

(http://www.who.int/workforcealliance/Kampala_declaration_final.pdf)

The Chair's Statement of the MDGs Follow-up Meeting (2-3, June 2011)

(http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/23/6/PDF/110603_11_03.pdf)

Outcome Statement of the Second Global Forum on Human Resources for Health (Second Global Forum on Human Resources for Health)

(<http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/Outcomestatement.pdf>)

WHO Global Health Observatory Data Repository

(<http://apps.who.int/ghodata/>)

WHO Action on Patient Safety - High 5s

(<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/index.html>)

Annexe
Tendances dans d'autres organisations humanitaires
et les organisations internationales

Annexe

Tendances dans d'autres organisations humanitaires et les organisations internationales

Table des matières

2-1	Organisation mondiale de la santé (OMS)	1
2-1-1	Département des systèmes et services de santé, Section des personnels de santé forme.....	1
2-1-2	Programme pour la sécurité des patients.....	1
2-1-3	Alliance mondiale pour les personnels de santé (GHWA).....	3
2-1-4	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO).....	4
2-2	Plate-forme en Afrique.....	4
2-2-1	Organisation Ouest Afrique de la santé (WAHO)	5
2-2-2	Commission de recherche concernant les questions de santé dans l'EAC (EAHRC)6	
2-2-3	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale (OCEAC).....	6
2-3	Association de capacité professionnelle et Société savante, etc	6
2-3-1	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD)	6
2-3-2	Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé (AfHEA)	7
2-3-3	Regional Center for Quality of Health Care (RCQHC)	7
2-4	Organisations internationales dans les pays appliqués et Mouvement des organisations d'aide.....	7
2-4-1	Bureaux intérieurs à l'OMS (l'Érythrée, la R.D.C, le Kenya, le Madagascar et le Mali)	7
2-4-2	Bureau au Madagascar au Fonds des Nations Unies pour la population	8
2-4-3	Bureau intérieur à la GIZ (la R.D.C, le Kenya et le Malawi) La régie pour la collaboration internationale de l'Allemagne	9
2-4-4	Bureau à la R.D.C à la Commission européenne Aide humanitaire & Protection Civile (ECHO).....	10
2-4-5	Le Kenya National Health Insurance Fund (NHIF).....	10
2-4-6	Bureau au Kenya à la Société financière internationale (IFC).....	10
2-4-7	Bureau au Sénégal à Family Health International (FHI)	10
2-4-8	Le bureau au Sénégal à IntraHealth	10
2-4-9	Bureau au Mali à l'Agence des États-Unis pour le développement international... 11	

2-4-10	European Union (EU) Burundi Office	11
2-4-11	Agence belge de développement (Burundi)	11
2-4-12	Agence Française de Développement (AFD) DR Congo	12

2-1 Organisation mondiale de la santé (OMS)

A la visite au siège de l'OMS, les activités effectuées à présent sont vérifiées dans la section concernant la qualité des services de santé et des personnels de santé à l'OMS. Les informations sur le Bureau régional de l'OMS en Afrique sont obtenues par des documents.

2-1-1 Département des systèmes et services de santé, Section des personnels de santé forme

La section des personnels de santé forme les directives : « TE: Transformative de l'Éducation professionnelle de la santé » par le fonds du PEPFAR et de l'USAID. Du Japon, le professeur Masamine JIMBA (l'Université de Tokyo), le professeur Hidechika AKASHI (NCGM), M. Yojiro ISHII de la JICA et M. Maki AGAWA (Jr. de la JICA à ce moment) participent à la réunion de groupe central. Le professeur Hiroki MATSUI (l'Université de Gumma) s'occupe de la révision systématique des directives. TE est une « idée de transformer l'éducation effectué à présent en celle d'efficacité pour renforcer le système de santé, selon des demandes de la communauté où les personnels de santé travaillent ». Dans la manière de l'éducation qui contient la conception de l'équipe médicale, se remarque l'importance de la formation en considération de l'affectation, de la disposition et de la continuité. L'objectif des directives est de contribuer à l'amélioration de la santé et renforcer le système de santé en accomplissant la satisfaction de la quantité des personnels de santé, la disposition égale, l'amélioration de la qualité et la pertinence. Les directives servent aux personnels et aux organisations concernant l'éducation, le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, l'établissement de l'éducation, l'enseignant et le précepteur de l'hôpital, etc. Le « changement de la tâche entre des catégories », qui est une des conceptions de l'équipe médicale dans ces directives, vise à un meilleur usage des personnels de santé et au passage d'une partie des services du médecin à l'assistant de médecin (physician extender), à l'infirmier, à l'assistant d'infirmier, aux personnels de santé de la communauté dans la région. Voire, ces directives visent à améliorer la qualité des personnels de santé. Son intention, comme on l'a déjà mentionné, visent à changer le système habituel en celui d'éducation selon la situation actuelle de chaque communauté. Dans les articles concrets, l'éducation des personnels dans l'établissement de santé, l'infrastructure des équipements et l'association entre des établissements sont contenues.

2-1-2 Programme pour la sécurité des patients

Cette nouvelle section : le programme pour la sécurité des patients est lancé en octobre 2004. Le Département pour le développement international (DFID: Department for International Development) sponsorise cette nouvelle section, après la fondation l'« Alliance mondiale pour la sécurité des soins » en 2004. La nouvelle stratégie en 2012-2015 du programme pour la sécurité des patients est suivante.

- La manière et l'innovation pour la permission et la promotion de la sécurité des patients
- Le renforcement de la capacité de la sécurité des patients
- La formation des réseaux internationaux pour inciter la participation des patients à la sécurité des patients eux-mêmes

- Le déploiement du leadership international pour évoquer une importance de la sécurité des patients à travers l'adaptation à son modèle de succès

Dans des activités du programme pour la sécurité des patients, les activités qui a profondément rapport à l'amélioration des établissements de la santé et l'approche 5S-KAIZEN-TQM sont suivantes.

(1) Partenariats africains pour la sécurité des patients (APPS : African Partnership for Patient Safety)

C'est un programme pour améliorer la sécurité de la santé dans l'hôpital en prenant part au partenariat pour sa sécurité entre des hôpitaux en Afrique et d'autres régions. L'importance de la sécurité des patients a gagné la reconnaissance des ministres de la santé de 46 pays africains en 2008. Et 12 domaines de corrélation pour cette activité sont décidés. À présent, 14 pays africains (l'Éthiopie, le Ghana, le Malawi, le Mozambique, le Rwanda, la Tanzanie, l'Ouganda, la Zambie, le Cameroun, le Mali, le Sénégal, le Burundi, la Côte-d'Ivoire et la Niger), l'Angleterre, la France et la Suisse y participent. Dans la réunion stratégique APPS à Genève en 2011, l'activité en collaboration avec le projet KAIZEN a été proposée par Dr. Sam Zaramba (ougandais) (membre exécutif de l'OMS). Il semble que les activités mutuelles seraient partagées entre les pays intéressés,.

Dans le cadre de cette étude, une interview a été effectuée auprès de l'OMS, ce qui a ouvert une discussion continuelle entre le programme de l'OMS relative à la sécurité de patients, la JICA et le ministère de la santé et du bien être social de Tanzanie. Au bout de cette discussion, il a été décidé de désigner l'Hôpital consultant de Mbeya, hôpital pilote de cette étude, comme bénéficiaire d'APPS, en partenariat avec un hôpital d'Angleterre. Ainsi ont démarré en 2012 les activités communes visant au renforcement de la sécurité de patients par le processus de KAIZEN.

(2) High 5S Initiative

Ce projet se donne pour but d'évaluer la manière standardisée pour la sécurité des patients et de promouvoir son exécution. À présent, 9 pays (l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, le Pays-Bas, Singapour, la Trinité-et-Tobago, l'Angleterre, les Etats-Unis) y participent. Le nom 'High 5s' (les 'Cinq solutions prioritaires') découle de la volonté initiale des fondateurs du projet de réduire de manière significative la fréquence de 5 problèmes de sécurité à haut risque pour le patient dans 5 pays au cours d'une période de 5 ans. Dans ce projet, le processus d'opération standardisé des cinq domaines qui s'adapte à chaque problème concernant la sécurité de santé est établi et éprouvé dans environ 150 hôpitaux des pays participant et ses effets sont vérifiés.

(3) PSFHI : Patient Safety Friendly Hospitals Initiative

C'est un programme effectué par le Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'OMS (EMRO). Sur la base des standards pour la sécurité des patients par l'EMRO et les spécialistes, un manuel pour évaluer le programme de chaque hôpital pour la sécurité a été établi. A présent, dans 8 hôpitaux parmi 7pays, l'efficacité de ce manuel est éprouvée. Les standards pour la sécurité des

patients sont composés par 5 domaines (140 indices au total) ci-dessous.

- A. Standards Leadership et Management
- B. Standards Participation Public et Patient
- C. Standards Fondement Sécurité Cliniqued
- D. Standards Environnement Sécurité
- E. Standards Education Permanente

(4) Patient Safety Education

Des guides pour la sécurité des patients dans plusieurs catégories professionnelles (médecin, infirmier, accoucheur, dentiste, etc.) sont déjà établis par le programme pour la sécurité des patients de l'OMS. Ces guides ont deux aspects, la direction pour enseigner la sécurité des patients et l'éducation pour l'étudier. Pour le moment, 14 universités sont en train d'effectuer l'épreuve pilote. Et la participation à l'épreuve volontaire par d'autres universités et des établissements de l'éducation augmente l'une après l'autre. Le rapport final de l'évaluation compte être rédigé à la fin de l'année 2012. Pour diffuser largement ces guides, l'atelier pour l'annonce et l'introduction des guides est mené par l'OMS et les bureaux régionaux. Au Bureau régional du Pacifique occidental, l'atelier pour l'annonce et l'introduction est réalisé en octobre 2011. Du Japon, le professeur Hiroshi IKAI (l'Université de Kyoto) y a participé. L'atelier sera organisé au printemps de l'année 2012 à l'EMRO. Désormais, le plan pour l'éducation à distance, l'exploitation de le système (e-platform) et le matériel pédagogique (e-course) convenables à l'étude autonome pour la sécurité des patients seront établis sur la base des guides. Concrètement, c'est une exploitation des systèmes : le cours de vidéo, l'exposé, le texte, l'exercice, l'évaluation, la simulation et la discussion.

2-1-3 Alliance mondiale pour les personnels de santé (GHWA)

Comme décrit dans le chapitre 1, une organisation de partenaire de l'OMS, établie en 2006. Le Japon occupe une place important dan GHWA. Car M. Mugitani, l'agent délibératoire du ministère de la santé, de l'emploi et de la protection sociale du Japon a accédé au poste du président d'administration après le deuxième Forum mondial pour les personnels de santé qui a eu lieu en collaboration avec la GHWA, l'OMS, la PMAC (la Thaïlande) et la JICA, en janvier 2011. Dans cet Forum, la situation d'avancement de la « Déclaration de Kampala, Agenda for Global Action » qui avait été adoptés au premier Forum mondial pour les personnels de santé a été rapportée. Au moment de novembre 2011, 344 organismes (gouvernements, organisations scientifiques, ONG, associations privées, associations de capacité professionnelle, organisation des nations unies, fondations) y ont participé en tant que membres ou partenaires. Selon la déclaration du secrétaire général du 6 mars 2012, il est clair que, sur la base de l'évaluation extérieure effectuée en décembre 2011, la réponse à l'évaluation extérieure et un avant-projet de la nouvelle stratégie avec le rapport d'évaluation seront établis, sous la direction de l'administrateur général dans un comité au conseil d'administration.

Dans ce rapport d'évaluation, s'appuyant sur les résultats et les leçons à tirer à la suite des activités de la première période (2006-2011), l'accent de la deuxième période (2012-2017) sera toujours mis sur le renforcement des capacités du personnel de la santé avec les efforts consacrés à l'amélioration de la gouvernance et du management de la fédération. Le soutien sera concentré sur les domaines susceptibles de réaliser les valeurs ajoutées. Le troisième forum des ressources humaines de la santé se tiendra en novembre 2013 au Brésil.

2-1-4 Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO)

Pour la réalisation du programme régulière et efficace, l'OMS institue le bureau régional qui s'appelle l'AFRO dans la région en Afrique. L'AFRO a une unité de sous-région qui s'appelle « Inter équipe d'appui aux pays (IST) » et couvre les bureaux au Zimbabwe, à Harare dans le sud-est, au Gabon, à Libreville dans la région centrale et au Burkina-Faso à Ouagadougou dans l'ouest. L'OMS rédige des directives selon chaque région et apporte son soutien à l'activité des bureaux régionaux

L'OMS place les spécialistes à l'IST pour soutenir les bureaux locaux de cette institution. La politique locale et les directives sont déterminées et mises en place par chaque bureau local de l'OMA. L'IST soutient les actions ainsi engagées.

2-2 Plate-forme en Afrique

La région en Afrique est un ensemble de petits pays d'envergure économique et démographique à cause de la fixation artificielle de la frontière par la politique coloniale. Par conséquent, il y a beaucoup de Communautés économiques régionales (RECs) en Afrique pour le but de synthétiser l'économie entre les pays voisins et de promouvoir la fondation de l'alliance douanière, l'introduction de la monnaie commune, le commerce extérieur de ses frontières et l'établissement du marché commun, etc. C'est vrai qu'il est utilisable de l'encadrement des RECs pour le problème de la santé, par exemple les mesures contre les maladies infectieuses aux régions concernées. Cet encadrement indique concrètement « WAHO » appartenue à la Communauté économique des états de l'Afrique ouest (ECOWAS), « EAHRC » à la Communauté Est-Africaine (EAC) et « OCEA » à la Commission de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC).

2-2-1 Organisation Ouest Afrique de la santé (WAHO)

(1) Sommaire

Elle a été fondée en 2000 par les pays membres de l'ECOWAS, pour s'affronter aux problèmes de la santé en Afrique de l'ouest (son but initial était les mesures contre les maladies infectieuses). Son bureau se situe au Burkina-Faso, à Bobo-Dioulasso. C'est une organisation de décider le courant d'exploitation dans le domaine de la santé en Afrique de l'ouest et d'avoir influence sur la politique et l'inspection de la santé de chaque pays. Elle est composée par 15 pays membres de l'ECOWAS (Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo), dans lesquels sont compris le Bénin, le Burkina-Faso, le Mali, le Niger, le Nigeria et le Sénégal aux quels ce programme s'adresse.

Comme organisme de prise de décision, se tiennent les réunions auxquelles participent les chefs d'État, les ministres de la santé et ceux des finances et des affaires étrangères. Les actions à mettre en œuvre sont examinées au niveau des réunions de ministres, et déterminées au niveau des celles de chefs d'État. Le budget annuel se situe entre 120 et 160 millions. Il est fourni par la CEDEAO. Le siège de l'OOAS est chargé de mettre en place la politique ainsi déterminé. Les spécialistes y travaillent. L'OOAS s'occupe essentiellement de la coordination et de la facilitation des politiques de la santé engagées par les pays participants. Cette organisation n'est pas censé réaliser un programme particulier.

L'activité fondamentale est effectuée, en se conduisant suivant le plan de stratégies (2009-2013), dans les domaines des personnels de santé (synthèse de programmes d'enseignement d'infirmier et d'accoucheuse, etc.), des informations de santé (construction de la base de données sur les informations de santé et de spécialistes, etc.) et des mesure contre les maladies infectieuses. La réunion des ministres au sujet des mesures contre les maladies infectieuses autour du paludisme s'est tenue en février 2012.

(2) État actuel et problèmes du programme de qualité réalisé par l'OOAS.

La priorité est accordée à la «qualité des prestations de la santé» dans le programme visant à renforcer le système de la santé publique. Mais examinée de plus près, la démarche de la qualité effectuée jusqu'ici manque de mentions sur le processus censé assurer la qualité. D'ailleurs, le développement des indices, la détermination des axes stratégiques, la culture d'amélioration continue y faisaient défaut. Pour connaître la réalité du terrain, une enquête sur «la sécurité de patients et l'amélioration de qualité des prestations» a été confiée, par un contrat, à une organisation connexe à l'Université de Bordeaux (RIPAQS: Réseau international pour la planification et l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les systèmes de santé en Afrique : <http://ripaqs.e-monsite.com>). Cette enquête a pour objet 8 pays participants de l'OOAS dont 5 sont francophones. Concernant l'infection nosocomiale et la sécurité de patients, le point focal est aménagé au sein de chaque ministère de la santé pour en faire un réseau. Mais il faut savoir qu'il

reste encore des difficultés dans la réalisation d'une enquête dans chaque aire pilote, ce qui fait que dans certaines régions, l'étude est encore à l'essai. Le problème réside aussi dans l'absence de décision politique.

2-2-2 Commission de recherche concernant les questions de santé dans l'EAC (EAHRC)

Cette commission est lancée pour l'objectif de la promotion pour élaborer et établir la politique s'appuyant sur les évidences et le plan de mobilisation des connaissances et des spécialistes pour réaliser cette politique en Afrique de l'Est. Son bureau se situe dans le bureau de l'EAC à Nairobi, au Kenya. Elle est composée par les pays membres de l'EAC (le Kenya, la Tanzanie, l'Ouganda, le Rwanda et le Burundi). Ce programme est destiné aux pays membres de l'EAC sauf le Kenya. Et aussi cette organisation effectue le projet de la REACH (The Regional East African Community Health Policy Initiative).

2-2-3 Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale (OCEAC)

Cette organisation est lancée pour le but de s'affronter aux problèmes de la santé en Afrique centrale. Son bureau se situe au Cameroun, à Yaoundé. Elle est composée par les pays membres de la CEMAC (le Congo, le Gabon, la Guinée, la Centrafricaine et le Tchad) dans lesquels il n'y a pas de pays d'objet de ce programme. Elle effectue les mesures contre les maladies infectieuses et la formation des personnels de santé. Un programme qui accroche de l'importance à la qualité ne se confirme pas encore.

2-3 Association de capacité professionnelle et Société savante, etc

Il y a des réseaux dérivés de la société savante (Société de gynécologue) et de l'initiative des donneurs en Afrique. La réunion s'est régulièrement tenue par les organisations qui a des problèmes communs (l'école de hygiène public, la réunion des directeurs au services des personnels de santé, etc.) et fait fonction des réseaux officieux.

2-3-1 Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD)

Le but du NEPAD est, sur l'initiative et la responsabilité de l'Afrique, de viser à la lutte contre la pauvreté, au développement durable, à l'intégration économique et politique mondiale et au partenariat avec la société internationale pour compléter justement des manques. Son bureau se situe en Afrique du Sud, à Johannesburg. Le comité d'exécution est composé par les chefs de 20 pays, chacun par 4 pays parmi 5 sections régionales (le nord, l'ouest, le centre, l'est et le sud) de l'Union africaine (AU). Le comité d'administration est composé par les représentations spéciales en Afrique du Sud, au Nigeria, en Algérie, en Égypte et au Sénégal. Il propose des directives du NEPAD au comité d'exécution et les rédige, conformément à la décision du comité d'exécution.

L'activité du NEPAD est sur la base du plan d'action (la version 2010-2015). La priorité est donnée à l'aménagement de l'infrastructure, à la formation des personnels, à l'agriculture, à l'initiative de

l'environnement, à la culture et à la technique. Le domaine de la santé se situe à l'aménagement de l'infrastructure et à la formation des personnels. Il est ici question de l'eau, de l'hygiène, des mesures contre les maladies infectieuses et du renforcement du système de santé.

2-3-2 Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé (AfHEA)

C'est une plate-forme sur l'économie de la santé en Afrique. Elle essaie de diffuser la politique et l'évidence par rapport à l'économie de la santé, sur l'initiative de l'AFRO. Son bureau se situe au Ghana, à Accra. On peut y adhérer comme membre personnel en payant sa cotisation.

2-3-3 Regional Center for Quality of Health Care (RCQHC)

Créé en 1999 par le soutien d'USAID au sein de l'Université Makerere, ce centre région met en place les politiques relatives à l'amélioration de qualité des services médicaux, le soutien aux programmes, la plaidoirie et les formations. Les domaines d'applications sont les suivantes : SIDA, nutrition d'enfant, santé de mère-enfant, tuberculose, etc. Le soutien réalisé par ce centre se fait en principe verticalement. Mais ce centre a déjà accumulé les expériences sur les approches transversales (fourniture de médicaments) ou synthétiques (SIDA et tuberculose).

Ce centre accorde une bonne appréciation au principe de ce programme, à savoir, «d'abord établir les centres d'excellence par la réalisation des activités dans les hôpitaux pilotes, en suite, examiner et publier les résultats pour favoriser une innovation de système»

Ce centre a l'intention de créer un programme de formation sur QI destiné à la préformation de l'Université de Makerere. Il pense y intégrer les composantes de 5S.

2-4 Organisations internationales dans les pays appliqués et Mouvement des organisations d'aide

2-4-1 Bureaux intérieurs à l'OMS (l'Érythrée, la R.D.C, le Kenya, le Madagascar et le Mali)

Dans les bureaux à l'OMS à chaque pays, cette approche n'est confirmée qu'au Kenya et au Madagascar. L'approche pour améliorer la qualité est soutenue par chaque bureau à l'OMS. Malgré celui-ci porte de l'intérêt à cette approche, pour le moment il n'y a pas concrètement d'activité en collaboration.

(1) Bureau local du Burkina Faso

Le soutien technique est assuré par le bureau local du Burkina Faso aux programmes réalisés par le ministère de la santé (formations, rédactions de documents stratégiques, etc.). L'intérêt est porté sur le domaine de l'assurance de qualité dans les services de santé.

(2) Bureau à l'Érythrée

L'activité pour améliorer la qualité des soins est appuie par le ministère de la santé. Concrètement l'appréciation rapide est effectuée dans l'hôpital d'Orotta. Pour s'affronter aux problèmes trouvés là, la formation intensive est réalisée. La diffusion à d'autres hôpitaux est à l'examen par le ministère

de la santé.

(3) Bureau à la R.D.C

En examinant l'activité pour la formation des personnels et la santé de la mère et l'enfant sous la perspective de OMD 4, 5, l'amélioration pour la services dans l'hôpital est projetée. L'intervention à la grande étendue et le changement rapide sont attendus.

(4) Bureau au Kenya

L'estimation extérieure est effectuée dans le cadre du « programme de réforme de l'hôpital » mené par le ministère des services de santé. Ce « programme » par exemple l'enquête de la satisfaction, l'inspection de l'hôpital, etc. est mené auprès des hôpitaux publics à partir du niveau 4. A cause des programmes incohérents par plusieurs manières et par plusieurs organisations d'aide, l'amélioration pour la qualité des services de santé au Kenya n'arrive pas encore au résultat suffisant. Il semble avoir un problème sur la capacité d'exécution du ministère des services de santé.

(5) Bureau au Madagascar

Dans la réunion des donateurs, 5S-KAIZEN-TQM est expliqué par les chargés de mission du bureau du JICA. 5S est donc bien compris et continument effectué par des équipes volontaires.

(6) Bureau au Mali

Le bureau en collaboration avec le ministère de la santé essaie de mettre les expériences partagées jusqu'à maintenant par écrit. Et en collaboration avec l'ONG qui effectue l'activité pour l'amélioration de la qualité, il donne son appui au ministère de la santé qui essaie d'établir le système de l'évaluation de l'hôpital, en utilisant le fonds de l'USAID.

(7) Bureau local du Nigeria

Le bureau local du Nigéria s'engage à renforcer le système de la santé par la formation du personnel pour améliorer l'efficacité de management et la qualité de la médecine. Ceci participe aux efforts déployés par le siège de l'OMS portant sur les maladies infectieuses, les vaccinations élargies, la santé reproductrice, la santé de mère-enfant et le soutien destiné à la politique locale de la santé publique.

2-4-2 Bureau au Madagascar au Fonds des Nations Unies pour la population

À travers l'explication par les chargés de mission de la JICA dans la réunion des donateurs, la conception et l'efficacité de 5S-KAIZEN-TQM sont bien compris. Dans la formation sur la fistule autour de l'hôpital universitaire de Tuléar en mai 2011, une consultation a été apportée : on a demandé que « par 5S, l'amélioration de la conscience du chirurgien, de l'environnement de l'hôpital et de la préparation à recevoir, pour les femmes venues du village avec anxiété, qui va subir une opération ». Par la suite de cette consultation, la JICA a envoyé les chargés de mission à Tuléar par le budget à la suite. C'est un exemple concret de la collaboration entre l'approche 5S et le projet.

2-4-3 Bureau intérieur à la GIZ (la R.D.C, le Kenya et le Malawi) La régie pour la collaboration internationale de l'Allemagne

La GIZ apporte son soutien pour l'amélioration des services de santé à chaque pays et s'intéresse beaucoup à l'approche 5S.

(1) Bureau à la R. D. C

L'encadrement ambulatoire de l'année dernière a rapporté que la GIZ avait introduit l'approche de l'activité KAIZEN systématisée (SQI: Systematic and Continuous Quality Improvement) dans les établissements de la région du Sud-Kivu.

Cette année, la visite a permis à l'équipe de constater que l'approche SQI a débuté, à partir de février 2013, au Kwango, à Kenge et au Sud-Kivu. Les composantes de SQI sont les suivantes :

- Rendre plus fluides la communication entre deux districts pour y réaliser le suivi sur les activités basant sur les ressources de ces deux districts.
- Assurer la qualité en distribuant les récompenses au personnel.
- Améliorer l'accès aux services par le biais d'un élargissement de couverture de la sécurité sociale, et d'une mise en place de la mutuelle de santé au niveau des communautés.
- Prolonger la durée du soutien accordé à l'agence de la santé du Sud-Kivu.
- Une des composantes de SQI consiste à apporter une solution à un problème en s'appuyant sur le cycle PDCA, ce qui ressemble fort à l'activité KAIZEN. L'équipe d'étude a expliqué que l'efficacité de ce programme pourrait s'acquérir par la formation de l'esprit d'équipe et l'amélioration de l'environnement de travail à travers les activités 5S. Les agents de l'organisme partenaire ont montré un intérêt assez vif à l'égard de ce programme qu'ils se sont rendus à l'Hôpital Ngaliema pour assister au séminaire de reconstitution de la formation au Japon.

(2) Bureau au Kenya

Dans le support principal, une des priorités est donnée au domaine de la santé, concrètement à l'accès aux services de santé, à la santé reproductive, à l'aide financière de la santé. Quant à l'amélioration dans le domaine de la santé, la GIZ donne pendant beaucoup d'années son appui à la formation du KQMH par l'intermédiaire du ministère des services de santé et dirige son manuel de stage et l'indice de QI. Et car il est vrai que le leader joue un rôle important pour l'amélioration de la qualité, le programme contient donc la manière de la communication et du leadership. Les mentors qui sont envoyés par la GIZ, essaient de former le plan d'action avec les personnels de l'hôpital.

(3) Bureau au Malawi

Dans le programme de la santé entre Malawi et Allemagne (MGHP :Malawi-German Health Program), c'étaient 3 colonnes du support, la formation des personnels, les services de santé à la communauté et le support de la politique et du système. Par suite de l'analyse de la situation à tous les secteurs de la santé en 2010, un problème de QA a été soulevé pour traverser les secteurs. En suite, le programme des mesures contre les maladies infectieuses (IP : Infection Prevention) s'est effectué. Dans ce programme auprès des hôpitaux confessionnels sans soutien de l'ONG et d'autres organisations, les mesures contre les infections nosocomiales sont menées dans les établissements

de la santé à la zone du sud-est.

2-4-4 Bureau à la R.D.C à la Commission européenne Aide humanitaire & Protection Civile (ECHO)

Dans 13 zones de la santé à la région d'Aru, à la manière de l'IRR (initiative à résultats rapides) et du PERQS (processus d'évaluation et de renforcement de la qualité des services), l'amélioration de la qualité pour les établissements de la santé et les services de santé s'effectue. Les chargés de mission ont une conscience du problème sur l'estimation des détails et la manière de réalisation. La liste de contrôle pour mesurer la qualité des services de santé est formée et effectuée.

2-4-5 Le Kenya National Health Insurance Fund (NHIF)

Le fonds a été établi dans l'ancien ministère de la santé dans les années 1960, pour introduire le système de santé. Il est maintenant une organisation indépendante pour offrir les services aux membres adhérents et à leur famille et faire inspecter l'hôpital. À l'accréditation de l'hôpital, l'infrastructure, les personnels et les services sont stipulés selon le niveau de l'hôpital. Le standard de l'accréditation est formé sous le support de la GIZ. La situation de 2 hôpitaux pilotes de 5S est bien saisie.

2-4-6 Bureau au Kenya à la Société financière internationale (IFC)

Le bureau s'affronte au problème sur la sécurité des patients auprès des hôpitaux privés. Pour établir le standard sur la sécurité des patients dans 2 ans, l'enquête de base s'effectue aux hôpitaux privés. Le KQMH est une meilleure manière pour améliorer la qualité des services de santé. Par là, il a donc l'intention d'améliorer la qualité en collaboration avec les hôpitaux privés et les hôpitaux gouvernementaux.

2-4-7 Bureau au Sénégal à Family Health International (FHI)

Le programme pour l'amélioration de la qualité des services auprès des soins aux tuberculeux et aux patients positifs du SIDA, au niveau du centre de santé et du poste de santé est effectué par le fonds d'USAID. Il est question de trouver et de dissoudre les problèmes dans chaque processus des services. Pour cela, il est nécessaire à l'introduction et à l'exécution du cercle pour l'amélioration de la qualité (Quality Improvement Cycle: l'amélioration de la qualité en utilisant le cercle de PDCA). Son introduction et son exécution sont supportées par ce programme en collaboration avec les chargés de mission du programme administratif de la qualité au ministère de la santé dans 5 districts.

2-4-8 Le bureau au Sénégal à IntraHealth

L'activité est réalisée auprès du poste de santé dans tout le pays sur la base du budget de l'USAID, du fonds Gates et du fonds Pfizer. Dans 3 régions : Tambacounda, Kédougou et Matam, l'activité s'effectue auprès du paludisme. Et dans les autres régions, elle s'effectue auprès du projet de famille,

de la santé de la mère et de l'enfant et de l'inoculation préventive. Un district d'objet est choisi de chaque région (2 districts dans le cas de la région de Dakar). L'objet va s'augmenter, dans l'année prochaine, de 2 districts de chaque région. Le plan a l'intention de destiner à tous les districts dans deux ans. Une période de la mise en application est de 2011 à 2015. Le fonds obtient 3200 millions de dollars (pendant 5 ans) de l'USAID et 10 millions de dollars (pendant 5ans) du fonds Gates, etc.

2-4-9 Bureau au Mali à l'Agence des États-Unis pour le développement international

L'activité pour l'amélioration des services de santé est effectuée au centre de santé au niveau du district, en confiant à ONG. Toutes les régions au Mali fait l'objet de l'activité. Sur la base des informations obtenues par les personnels qui s'y connaît en situation de chaque district, plusieurs districts sont choisis comme son objet. L'activité du centre de santé aux zones de l'objet est évaluée et récompensée. Il en est de même de l'activité de l'hôpital pilote à Ségou. Pour le moment, 46 établissements sont récompensés et à cette année 6 établissements vont être récompensés. Par l'encadrement ambulancier, le partage des informations est accéléré.

2-4-10 European Union (EU) Burundi Office

Un bureau de soutien a été ouvert au sein du ministère de la santé pour aider le secteur de santé du Burundi à mettre en place 4 composantes : élargissement du périmètre de consultation pour chaque clinique, renforcement des capacités hospitalières, PBF, amélioration de qualité de la médecine. Concernant la qualité de la médecine, le manuel PBF et la feuille de contrôle ont été élaborés sous la direction du service de l'offre et la demande de soins. Et les «cercles de la qualité» ont été mis en place dans les centres de la santé et les hôpitaux de 8 districts. Ces cercles vont choisir leurs thèmes parmi 25 indices inclus dans la feuille de contrôle pour résoudre leur problème. Le suivi et l'évaluation sur ces activités seront effectués.

A propos de 5S, le directeur du service de l'offre et la demande de soins en a déjà expliqué l'aperçu. Désormais, il est envisagé d'inclure les modules de 5S dans la formation continue destinée aux cercles de la qualité, en collaboration avec ce directeur.

2-4-11 Agence belge de développement (Burundi)

Les conseillers techniques sont envoyés au ministère de la santé pour soutenir l'amélioration des services médicaux et sanitaires. Actuellement, deux provinces font l'objet des soutiens dans les domaines suivants : renforcement du système du ministère de la santé, formations paramédicales, hôpitaux communaux, renforcement des capacités humaines dans les centres de la santé. Surtout, l'accent est mis sur l'établissement d'un système de référence et le renforcement des services de la santé au niveau des communes. 5S a suscité un intérêt assez élevé dans cette agence pour que celle-ci envisage d'introduire une session de 5S dans la formation destinée au personnel de 4 hôpitaux et 18 centres de la santé.

2-4-12 Agence Française de Développement (AFD) DR Congo

Voici deux activités principales d'AFD en RD Congo :

- Renforcer les capacités de la deuxième division du ministère de la santé.

L'évaluation appliquée à la deuxième division est actuellement en cours. Le résultat de cette évaluation sera présenté au mois de mars.

- Fournir l'équipement, le matériel et aménager les installations dans la Clinique Ngaliema.

La réparation des infrastructures, le traitement de déchet, la fourniture en oxygène, équipement et matériel sont prévus. De plus, les formations portant sur l'entretien du matériel, le renforcement des capacités et le management seront organisées. L'objectif est de réaliser la mission de l'hôpital, à savoir de permettre aux gens de faible revenu d'accéder aux soins médicaux.

Les agents sont déjà au tenu au courant de 5S-KAIZEN-TQM par le directeur de l'hôpital et celui de la deuxième division du ministère de la santé. Ces deux directeurs ont montré à ces agents une attitude très positive, ce qui leur a suscité un intérêt très vif. D'ailleurs, ces agents ont reconnu que 5S-KAIZEN-TQM pourraient apporter des effets de synergie. Ils sont motivés à collaborer avec cette approche. Le résultat de l'évaluation sur la deuxième division sera transmis à la JICA.

