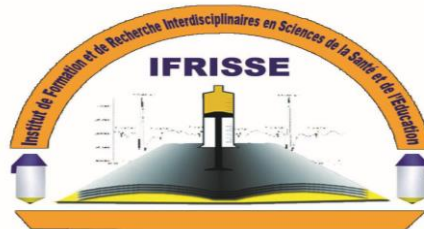


MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE  
INTERDISCIPLINAIRE EN SANTE



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER II EN SCIENCES INFIRMIERES OPTION MANAGEMENT  
DE LA QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS

**THEME : EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA  
DEMARCHE QUALITE 5S-KAIZEN-TQM AU CENTRE  
HOSPITALIER REGIONAL DE GAOUA**

Présenté par

KANGUEMBEGA/KABORE Assèta

**DIRECTEUR DE MEMOIRE**

DRABO K Maxime, Médecin, Ph. D.

**CO- DIRECTRICE DE MEMOIRE**

NANA W Félicité, Médecin, MPH

Année académique 2016-2017

# **SOMMAIRE**

INTRODUCTION

CHAPITRE I : Cadre théorique

CHAPITRE II : Méthodologie

CHAPITRE III : Présentation des résultats

CHAPITRE IV : Discussion des résultats

CONCLUSION

REFERENCES

## **DEDICACE**

*A mes parents Kaboré Saïdou et Wangrawa Alimata*

*A mon cher époux KANGUEMBEGA Hamado*

## **REMERCIEMENTS**

La réalisation de ce travail a été possible grâce à l'investissement de plusieurs personnes. Nos sincères remerciements à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre nous ont apporté leur soutien.

Notre gratitude et nos sincères remerciements vont particulièrement :

- ❖ A monsieur le Directeur de l'IFRIS le Dr. Dieudonné SOUBEIGA, pour avoir eu l'audace d'ouvrir l'accès des infirmiers et sages-femmes à une carrière universitaire dans notre pays à travers son institut ;
- ❖ A notre Directeur de mémoire, le Pr. Maxime K DRABO, chercheur à l'IRSS. Malgré ses nombreuses occupations, il a de façon volontiers accepté de nous accompagner dans ce travail. Son expérience, sa compréhension nous ont permis de mener à bout ce projet ;
- ❖ A notre Co-directrice de mémoire, le Dr Félicité W NANA, qui malgré ses charges professionnelles a fait preuve de disponibilité, de sympathie, et contribué à travers ses orientations pertinentes à la réussite de ce travail.

Nos remerciements vont également :

- ❖ Au corps enseignant et personnel administratif de l'IFRIS pour leur investissement dans la qualité de notre formation et leurs contributions multiformes à ce travail final ;
- ❖ A nos camarades de classe pour l'esprit d'équipe, la tolérance, les contributions diverses et les encouragements tout au long de ces deux années de formation ;
- ❖ A monsieur le Directeur général du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Gaoua et l'ensemble de ses collaborateurs pour les facilités qui nous ont été accordé pour la réussite du travail ;
- ❖ A tous nos enquêtés pour leur disponibilité ;
- ❖ A monsieur le Directeur Général du CHR de Dédougou et son personnel pour leur accompagnement ;
- ❖ A monsieur Robert OUEDRAOGO président du conseil national de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Burkina Faso (ONII-BF) pour son accompagnement et sa compréhension ;
- ❖ A mes enfants Fadilâ, Abdoul Baassit, Hanîfa et Amatoullah pour avoir été privés de l'affection maternelle pendant de longues périodes. Qu'ils trouvent dans ce travail, une source de motivation et d'amour pour la quête inconditionnelle du savoir et du travail bien fait, base fondamentale de tout succès dans la vie ;

- ❖ A mes frères et sœurs pour tout le soutien dont ils m'ont apporté durant ces deux années de formation ;
- ❖ A mes beaux-frères et coépouses Adama, Ibrahim, Idrissa, Rafiatou et Aguiratou;
- ❖ A mes belles sœurs Rihanata, Madina, Mariam, Khadidja;
- ❖ A la famille BEDA pour leurs soutiens multiformes durant cette formation ;
- ❖ A madame Aïcha OUATTARA pour tout le soutien ;
- ❖ A madame Aïcha DIANDA et ses collègues de la RTB Dédougou pour leur contribution dans la transcription ;
- ❖ A monsieur Moussa DAO et sa famille et madame KABORE pour l'esprit de fraternité et les facilités qu'ils m'ont accordé durant mon séjour à Gaoua ;
- ❖ A mon oncle Adama KABORE et sa famille à Ouagadougou ;
- ❖ A monsieur DIENI, SOGOBA, GNANOU, pour leur précieuse contribution ;
- ❖ A ma cousine Mamounata KABORE à Dédougou ;
- ❖ A mes amies Mme SAWADOGO, NIGNAN, OUEDRAOGO, BADELE, OUATTARA, KABRE pour leur accompagnement ;
- ❖ A mes voisins à Saaba pour les soutiens multiformes ;
- ❖ A tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réussite de ma formation.

## INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

<b>AAKCP</b>	:	Asia-Africa Knowledge Co-creation Program
<b>CAB</b>	:	Cabinet
<b>CD</b>	:	Conseil de Discipline
<b>CERS</b>	:	Comité d’Ethique de la Recherche en Santé
<b>CHR</b>	:	Centre Hospitalier Régional
<b>CME</b>	:	Commission Médicale d’Etablissement
<b>CSIO</b>	:	Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux
<b>CHSCT</b>	:	Comité d’Hygiène de Sécurité et des Conditions de travail
<b>CSTH</b>	:	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d’Hémovigilance
<b>CTE</b>	:	Comité Technique d’Etablissement
<b>CREN</b>	:	Centre de Récupération et d’Education Nutritionnel
<b>DAF</b>	:	Directeur des affaires Administratifs et Financiers
<b>DG</b>	:	Directeur Général
<b>DSGL</b>	:	Directeur des Services Généraux et Logistiques
<b>DQ</b>	:	Directeur de la Qualité
<b>DRH</b>	:	Directeur des Ressources Humaines
<b>FED</b>	:	Fond Européen de Développement
<b>ISO</b>	:	International Standard Organisation
<b>JICA</b>	:	Japonaise International Cooperation Agency
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONII-BF</b>	:	Ordre National des Infirmiers et Infirmières du Burkina Faso
<b>PADS</b>	:	Programme d’Appui au Développement Sanitaire
<b>PI</b>	:	Prévention des infections
<b>PNDS</b>	:	Programme National de Développement Sanitaire
<b>PRISM</b>	:	Prévention du Risque Infectieux et Sécurité en milieu de soins
<b>QIT</b>	:	Quality Improvement Team
<b>RGPH</b>	:	Recensement Général de la Population et de l’Habitat
<b>SUS</b>	:	Surveillant d’Unité de Soins
<b>RTB</b>	:	Radiotélévision du Burkina
<b>TQM</b>	:	Total Quality Management
<b>USAID</b>	:	United States of American International Development
<b>WEI</b>	:	Work Environment Improvement
<b>WIT</b>	:	Work Improvement Team

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABLEAU I:</b> Evolution des principaux indicateurs du CHR des trois dernières années.....	28
<b>TABLEAU II:</b> Critères de jugement de l'évaluation <b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>	
<b>TABLEAU III:</b> Codage de l'identité des enquêtés.....	37
<b>TABLEAU IV :</b> Situation des activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM.....	51
<b>TABLEAU V :</b> Performance globale de l'hôpital pour la réalisation pratique des 5S. ....	63

## **LISTE DES FIGURES**

<b>FIGURE 1:</b> Maison de la qualité de Dr Karandagoda WIMAL .....	18
<b>FIGURE 2:</b> Schéma du cadre conceptuel .....	24
<b>FIGURE 3:</b> Carte de la région sanitaire du sud-ouest.....	26
<b>FIGURE 4:</b> Répartition des personnes ressources selon l'expérience professionnelle .....	39
<b>FIGURE 5:</b> Répartition des clients internes selon leur expérience au CHR .....	40
<b>FIGURE 6:</b> Répartition des clients externes selon le lieu de résidence, le niveau d'instruction et la fréquentation de l'hôpital.....	41
<b>FIGURE 7:</b> Répartition des clients externes selon leur statut à l'hôpital .....	41
<b>FIGURE 8:</b> Niveau de réalisation des 5S par service.....	63

## **LISTE DES IMAGES**

<b>IMAGE 1:</b> Vision du CHR.....	43
<b>IMAGE 2:</b> Sensibilisation sur les valeurs dans un service.....	43
<b>IMAGE 3:</b> Sensibilisation des usagers sur le recouvrement.....	53
<b>IMAGE 4:</b> Sensibilisation des usagers sur l'hygiène et assainissement .....	53
<b>IMAGE 5:</b> Panneau d'indication avec image pour faciliter la compréhension par les non instruits.....	54
<b>IMAGE 6:</b> Panneau d'indication avec dessin pour faciliter la compréhension par les non instruits.....	54
<b>IMAGE 7:</b> Rappel du personnel sur le tri .....	58
<b>IMAGE 8:</b> Exemple d'insuffisance globale du seiri.....	59
<b>IMAGE 9:</b> Exemple d'insuffisance du seiri appliquée au tableau d'affichage.....	59
<b>IMAGE 10:</b> Exemple d'insuffisance dans le seiton.....	60
<b>IMAGE 11:</b> Effort de seiton avec absence d'étiquettes systématiques .....	61
<b>IMAGE 12:</b> Hygiène et embellissement de l'entrée de l'hôpital.....	61
<b>IMAGE 13:</b> Exemple d'insuffisance dans la salubrité des toilettes.....	62
<b>IMAGE 14:</b> Sensibilisation du personnel à l'autodiscipline.....	62

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>Annexe 1:</b> cadre operationnel des dimensions et sous dimensions des construits par objectifs.....	I
<b>Annexe 2:</b> guide d’entretien avec les personnes ressources .....	V
<b>Annexe 3:</b> guide d’entretien pour les clients internes .....	X
<b>Annexe 4:</b> guide d’entretien pour les clients externes.....	XIII
<b>Annexe 5:</b> fiche de depouillement documentaire .....	XV
<b>Annexe 6:</b> grille d’observation des etapes «5s» .....	XVIII
<b>Annexe 7:</b> grille d’analyse du contenu des verbatim.....	XXII
<b>Annexe 8 :</b> Autorisation d'enquête.....	xxi
<b>Annexe 9 :</b> Avis du CERS sur le protocole.....	xxii

## RESUME

### Introduction

La démarche «5S-KAIZEN- TQM» a été décrite en 2000 comme une approche novatrice adaptée à l'amélioration de la qualité des services de santé dans les pays en développement. Cependant la littérature scientifique reste pauvre sur ce programme en cours dans les hôpitaux africains. L'objectif général de cette étude est d'évaluer la mise en œuvre de cette démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Gaoua, un hôpital du deuxième niveau du système de soins du Burkina Faso.

### Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude de cas holistique avec un seul niveau d'analyse. Elle s'est basée sur des entretiens semi-dirigés avec treize (13) informateurs clés, quinze (15) clients internes et seize (16) clients externes associés à l'observation et une revue documentaire. Cette évaluation a porté sur l'appréciation du contexte, des intrants, du processus et des résultats de mise en œuvre. L'analyse des données s'est inspirée de la méthode de Huberman et Miles.

### Résultats

Des effets positifs ont été relevés sur les conditions de travail du personnel, l'orientation des usagers ainsi que l'hygiène générale de l'hôpital et certaines dimensions de la qualité des soins. Cependant des insuffisances ont été relevées au niveau de toutes les composantes. Il s'agit essentiellement de la non maîtrise des ressources temporelles, la faible appropriation par le personnel et les clients externes, les insuffisances de planification de suivi et l'évaluation. A cela s'ajoute la faible disponibilité des ressources matérielles, la faible fonctionnalité des organes de gestion, ainsi qu'une mise en œuvre pratique se limitant à la première étape (5S) de la démarche.

### Conclusion

La formation du personnel, l'intégration d'une vision globale de la démarche dans la planification, l'élaboration d'un plan de communication, l'amélioration de la disponibilité des outils de gestion et de mise en œuvre ainsi que la dynamisation des organes de gestion constituent des aspects essentiels à intégrer pour la réussite, voire la pérennisation de la démarche au niveau du CHR de Gaoua. Aussi une étude intégrant un devis mixte sur un nombre représentatif d'hôpitaux est utile pour mieux cerner la problématique de l'implémentation de cette démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux du Burkina Faso.

**Mots clés:** Evaluation, 5S-KAIZEN-TQM, Hôpital, Gaoua

## **ABSTRACT**

### **✚ Introduction**

The "5S-KAIZEN-TQM" Approach was described in 2000 as an alternative which is better suited to improve the quality of health services in developing countries, but few studies are available on this ongoing program in African hospitals. The general objective of this study is to evaluate the implementation of the 5S-KAIZEN-TQM approach at the Regional Hospital Center in Gaoua, a second-level hospital in Burkina Faso.

### **✚ Materials and methods**

This is a holistic case study with a single level of analysis. It is based on semi-directed interviews with thirteen (13) key informants, fifteen (15) internal clients and sixteen (16) external clients associated to the observation and a document review. This evaluation focused on the assessment of the context, inputs, process and results of implementation. The analysis of the data was inspired by the method of Huberman and Miles

### **✚ Results**

Positive effects were observed on the staff working conditions, the orientation of the users as well as on the general hygiene of the hospital and some dimensions of care quality. However, the overall deployment level of the strategy is considered to be unsatisfactory and this is due to weaknesses of all components. These mainly include the lack of control over time resources, the poor appropriation of the approach by the staff and external clients, inadequate planning, monitoring and evaluation, the poor availability of material resources, the weak functioning of management sections as well as a practical implementation which is limited to the first step (5S) of the approach.

### **✚ Conclusion**

Training staff, integrating a global vision of the approach into planning, developing a communication plan, improving the availability of management and implementation tools, and management sections are essential aspects to integrate for the success and even the sustainability of the approach at the Regional Hospital of Gaoua. A study incorporating a mingle estimate on a representative number of hospitals is useful to better understand the problem of implementing this 5S-KAIZEN-TQM quality approach in hospitals in Burkina Faso.

**Keywords:** 5S-KAIZEN-TQM, Evaluation, Hospital, Gaoua

## INTRODUCTION

La notion de qualité apparaît comme une valeur universelle qui a imprégné l'histoire des hommes. C'est ainsi qu'elle est en train de prendre une place de plus en plus prépondérante dans la vie des entreprises (Lakhal & Limam, 2001) . Née dans l'industrie, la démarche qualité est devenue un mode de management (Martinez, 2001), ayant donné naissance à plusieurs approches transférées dans le domaine des services dont la santé. Bien que tardifs, de nombreux efforts ont été consentis par les pays africains sous l'égide de l'OMS pour l'accès des populations aux soins de qualité depuis la dernière décennie du 20<sup>ème</sup> siècle (Blaise, 2004).

Ainsi, le Burkina Faso à l'image d'autres pays Africains , en souscrivant à la résolution AFR/RC45/R3 de la 45<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique relative aux stratégies d'amélioration des soins dans les institutions de santé, a fait de cette quête permanente de la qualité, l'une de ses priorités (Burkina Faso, Ministère de la Santé, 2003). Les stratégies mises en place n'ont cependant pas permis d'atteindre les objectifs escomptés et la qualité des prestations dans les formations sanitaires est régulièrement mise en cause par les populations (De Sardan, Bako-Arifari, & Moumouni, 2007 ; Ridde & Blanchet, 2009) .

C'est dans ce contexte qu'une approche novatrice nommée «5S-KAIZEN-TQM» est décrite comme une alternative mieux adaptée à l'amélioration de la qualité des services de santé dans les pays en développement (Kanamori et al., 2015). Elle s'appuie sur une philosophie de motivation des ressources humaines autour de la qualité à travers une progression par étapes. Elle va de la promotion du cadre de travail par l'application de cinq (5) règles de propreté et de discipline (5S) à la culture de l'amélioration continue (KAIZEN) et enfin au Management Total de la Qualité (TQM). Introduite au Burkina Faso dans le cadre de la deuxième phase du programme de Co-création de savoir Asie-Afrique (AAKCP) piloté par l'Agence Internationale de Coopération Japonaise (JICA) depuis 2009, «elle est en expansion dans plusieurs hôpitaux régionaux et de districts depuis 2012» (Burkina Faso, Ministère de la santé, 2016, p. 42).

Le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Gaoua, un des hôpitaux de référence du deuxième niveau du système de soins implémente cette stratégie depuis 2013 et fait partie des hôpitaux leaders dans ce domaine à l'échelle du pays. La présente étude a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans cet hôpital à travers une implantation efficiente et une pérennisation de cette démarche<sup>1</sup> 5S-KAIZEN-TQM. Outre la satisfaction du besoin académique, elle va participer à enrichir la littérature scientifique sur ce programme en cours dans les hôpitaux et servir d'outil d'aide à la prise de décision pour les décideurs et managers du système de santé.

Pour y parvenir, notre travail s'est construit autour de deux axes essentiels. La première partie porte sur les aspects théoriques. À ce niveau nous abordons la problématique, la conceptualisation de l'étude et la méthodologie de la recherche. Le dernier axe concerne les aspects empiriques où nous présentons et discutons les résultats de l'étude et terminons par une conclusion accompagnée de suggestions pour une implantation réussie du programme.

---

<sup>1</sup> Le terme démarche, stratégie, programme, approche sont interchangeables dans le cadre de cette étude sur le 5S-KAIZEN-TQM



**PREMIERE PARTIE :**  
**ASPECTS THEORIQUES**

## CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

Dans ce chapitre, nous abordons la problématique qui soutenu notre sujet de recherche. Ainsi après l'énoncé du problème ainsi que sa justification à travers la portée de l'étude, les questions de recherche, hypothèses et objectifs de l'étude sont présentés. Le deuxième volet sera consacré à la conceptualisation de l'étude comprenant la définition des concepts clés, la revue critique des études antérieures et le cadre de référence.

### 1.1. Enoncé du problème

Les «soins de santé et la qualité sont inséparables, et fournir des services de santé, sans souci de la qualité est non professionnelle et potentiellement dangereux» [traduction libre], (Adindu, 2010). Il existe plusieurs définitions de la qualité des soins. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (citée par El Mehdi, 2010, p. 7) , la qualité des soins c'est:

Délivrer à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

L'exigence de la qualité est désormais au cœur des préoccupations des établissements de santé. Elle est à la fois incontournable du point de vue éthique et déontologique et un facteur de progrès, de structuration et de performance hospitalière (El Mehdi, 2010).

Dans le monde entier, «des efforts impressionnants sont en cours dans des organisations publiques et privées pour améliorer la qualité des soins selon une approche systématique» appelée «assurance qualité» (USAID, 2002, p. 1). Dans les normes, l'efficacité de cette approche systématique ou démarche qualité devrait être appréciée par rapport à «sa capacité à mettre la préoccupation pour la qualité au cœur du management et du fonctionnement du système , et ce de façon continue » (Blaise, 2004, p. 17). Cependant , en Afrique comme en Europe, les résultats de ces projets sont peu satisfaisants selon la littérature (Bouchet et al., 2002; Dugas & De Brouwere, 2001; Lozeau, 2002). En effet ces projets ont du mal à s'intégrer durablement et en continu au fonctionnement de routine des services (op.cit. 2004). De façon spécifique en Afrique, il ressort que:

dans les services de santé, les conduites des populations balancent entre les craintes liées à un environnement très largement perçu comme adverse, et une recherche de médiateurs susceptibles d'expliquer les démarches administratives, d'orienter dans les salles, et d'introduire dans les consultations.(Jaffré, 1999, p. 8).

«Les attitudes des soignants sont contrastées allant d'une compréhension de l'inquiétude [...] à des conduites « maladroitement » envers les [...] malades» (Jaffré & Guindo, 2013, p. 166). Ces constats sont la preuve que les services de santé ne parviennent pas à «offrir les services attendus» (Balique, 2004, p. 545).

Au Burkina Faso, la volonté politique dans le domaine de la qualité des prestations des services de santé est très manifeste. Elle s'est traduite par l'adoption en 2003 d'un programme national d'assurance qualité en santé comme cadre de référence pour l'implantation de la démarche qualité dans les structures de santé. Mais son évaluation en 2010, relève que «Les résultats restent mitigés d'une structure à l'autre» (Burkina Faso, Ministère de la Santé, 2011b, p. 8). Face à cette situation, les hôpitaux ont été invités à développer des stratégies pour une meilleure satisfaction des clients et également aller de façon continue vers l'amélioration des prestations qu'ils offrent. (ibid. 2011b). La création au plan institutionnel des organes de gestion de la qualité au niveau central et opérationnel s'inscrit dans cette volonté d'accompagner les structures de santé tant publiques que privées vers le changement qualitatif. Aussi la vision de la politique nationale de santé qui se décline comme «le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système national de santé performant » est traduite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020 autour de huit (8 ) orientations stratégiques dont l'amélioration des prestations des services de santé figure en bonne place (Burkina Faso, Ministère de la Santé, 2011a). Ces orientations sont :

Orientation stratégique 1 : développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé

Orientation stratégique 2 : amélioration des prestations des services de santé

Orientation stratégique 3 : développement des ressources humaines pour la santé

Orientation stratégique 4 : promotion de la santé et lutte contre la maladie

Orientation stratégique 5 : développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé

Orientation stratégique 6 : promotion de la recherche pour la santé

Orientation stratégique 7 : amélioration du système d'informations sanitaire

Orientation stratégique 8: accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé (ibid. 2011a, p. 40)

L'opérationnalisation de ces axes du PNDS a permis au système de santé d'enregistrer des progrès remarquables au niveau de l'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé grâce à l'augmentation de l'offre de soins et la mise en œuvre des politiques de subvention, de gratuité ainsi que la perspective de l'assurance maladie universelle. Cependant force est de constater que « les soins dispensés ne sont pas toujours pertinents et ne répondent pas aux critères de qualité attendus, que ce soit dans le domaine médical que dans celui de l'accueil» (Balique, 2004, p. 546).

Au CHR de Gaoua, la situation est transposable à celle du contexte national. En effet, les indicateurs relatifs à la qualité des prestations restent peu satisfaisants. Les données récentes relèvent entre autres, une insuffisance dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de l'hygiène hospitalière avec un taux de suppuration post opératoire de 6,53 % et une mortalité intra hospitalière élevée de 7,06 % pour une norme nationale de moins de 5 % (Burkina Faso, Ministère de la Santé, 2016).

C'est dans ce contexte que l'approche «5S-KAIZEN-TQM» reconnue comme s'adaptant le mieux au contexte des hôpitaux des pays à revenu faible ou intermédiaire (Kanamori et al., 2015) a été introduite à travers le projet AAKCP née de la coopération entre la JICA et les pays Africains (JICA, 2013b). Commencé en mars 2007, le programme est actuellement en cours dans 15 pays répartis en deux groupes. Le premier groupe, nommé « groupe A» est composé de huit (8) pays : Erythrée, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigeria, Sénégal, Tanzanie Ouganda le projet a commencé en 2007. Quant au deuxième groupe dit «groupe B», il compte sept (7) pays : Bénin, Burundi, Burkina Faso, République démocratique du Congo, Mali, Maroc, Niger) le début remonte à 2009 (JICA, 2011).

Au Burkina Faso, la stratégie a été expérimentée au CHR de Banfora, hôpital pilote retenu au plan national par la JICA. Depuis 2012, date de sa mise à l'échelle, elle suscite l'enthousiasme des structures hospitalières du pays à travers une appropriation progressive (Burkina Faso, Ministère de la santé, 2016).

Au CHR de Gaoua, le processus d'implémentation de cette approche a été enclenché en 2013, sur la base d'une démarche volontariste suite à un voyage

d'étude au niveau du CHR de Banfora. Cette expérience fut renforcée par la formation des formateurs régionaux tenue au même lieu en 2013 dont ont pris part trois (3) agents de l'hôpital permettant ainsi à la structure de disposer de personnes ressources en interne capable de piloter le processus.

Bien que la littérature scientifique soit fournie en ce qui concerne l'implémentation de la stratégie 5S, du KAIZEN et des programmes de Management Total de la Qualité (TQM) dans le contexte des pays développés, elle l'est moins par rapport à la démarche «5S-KAIZEN-TQM» surtout en Afrique. En effet, une analyse du processus d'expression des résultats et des goulots d'étranglement fondée sur l'introduction de cette approche reste peu documentée (JICA, 2013). Les études antérieures sur le sujet en Afrique se sont intéressées surtout aux hôpitaux pilotes de certains pays. Or la comparaison d'hôpitaux situés dans des environnements nationaux différents reste difficile (JICA, 2013a).

Pour le cas du Burkina Faso, la littérature scientifique se limite à l'expérience de l'hôpital pilote qui est le CHR de Banfora. Cette phase pilote a fait l'objet d'un suivi-évaluation par la JICA (JICA, 2011) avec des résultats jugés satisfaisants. C'est ainsi qu'à l'issue de cette phase pilote, plusieurs hôpitaux de niveau national, régional et de district se sont lancés dans la mise en œuvre de cette démarche qualité (op.cit 2016). A côté de ces structures, il y a ceux qui gardent un esprit critique et attendent d'avantages de preuves pour réussir cette appropriation, ce au regard des expériences antérieurs vécues avec d'autres démarches qualité. Ces preuves devront aller au-delà des évaluations commanditées par les promoteurs de la démarche dans l'accompagnement des hôpitaux pilotes. Si rien n'est fait, les résultats attendus de la dissémination de cette stratégie au niveau des hôpitaux risquent d'être compromis.


Analysant la situation des hôpitaux pionniers dans la mise en œuvre de cette démarche qualité après la phase pilote, le CHR de Gaoua est cité en exemple au plan national d'où le choix porté sur cet hôpital pour cette étude évaluative. Notre volonté est de contribuer à la réflexion sur les forces et les faiblesses de la mise en œuvre de cette approche qui vise l'amélioration de la qualité des soins et des prestations dans cette structure sanitaire régionale. En effet, les résultats de cette

étude pourraient constituer une source de motivation supplémentaire pour l'ensemble des acteurs tout en leur fournissant des données pertinentes pour les prises de décisions dans le sens de la pérennisation de cette démarche.

## **1.2. Porté de l'étude**

Au-delà des retombés pour la structure concernée, l'étude pourra avoir également une triple portée. Sur le plan scientifique, elle participe à combler le gap de l'insuffisance de données probantes sur ce nouveau programme en cours dans les hôpitaux du Burkina. Ensuite au plan social, elle s'intéresse à un défi essentiel des hôpitaux qu'est la qualité des soins, déterminant majeur de l'atteinte des objectifs de santé et partant de développement. En outre les résultats pourraient servir aux décideurs du système de santé pour une meilleure définition des politiques qualités. Pour les managers des hôpitaux, «la question clé est moins celle du contenu de l'assurance qualité que celle de son installation et de sa pérennisation au cœur même de l'organisation» (Blaise, 2004, p. 37) et cette étude les y enseignera. Enfin dans le domaine des soins infirmiers, l'analyse du jeu des acteurs infirmiers dans la conduite de la démarche pourrait servir à renforcer la visibilité de la profession et nourrir la pratique.

## **1.3. Questions de recherche**

 **Question principale** : Comment la démarche qualité «5S-KAIZEN- TQM» se déploie-t-elle au CHR de Gaoua ?

Pour y répondre notre analyse portera sur les quatre (4) questions spécifiques ci-après :

- 1- Quel est la situation de la prise en compte des intrants dans la mise en œuvre de la démarche qualité «5S-KAIZEN- TQM» au CHR de Gaoua?
- 2- quel est l'état de mise en œuvre pratique de la démarche «5S-KAIZEN-TQM» au CHR de Gaoua?
- 3- quels sont les résultats de la mise en œuvre de la démarche «5S-KAIZEN-TQM» au CHR de Gaoua ?

- 4- Quelles sont les caractéristiques contextuelles qui favorisent ou entravent les changements attendus et la pérennisation de la démarche «5S-KAIZEN-TQM» au CHR de Gaoua ?

#### **1.4. Hypothèses de recherche**

- 1- L'insuffisance de la prise en compte des intrants détermine le niveau de déploiement de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua.
- 2- L'insuffisance de maîtrise du processus détermine le niveau de mise en œuvre pratique de la démarche 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua.
- 3- L'insuffisance des résultats détermine le niveau de mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua.
- 4- Les caractéristiques contextuelles du CHR de Gaoua déterminent le niveau de mise en œuvre de la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM.

#### **1.5. Objectifs de recherche**

##### **Objectif général**

L'objectif général de cette étude est d'évaluer la mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua.

##### **Objectifs spécifiques**

- 1- Examiner les ressources déployées dans le cadre de l'implémentation du programme ;
- 2- Analyser le niveau de mise en œuvre pratique des étapes de la démarche ;
- 3- Apprécier les résultats de la mise en œuvre ;
- 4- Identifier les caractéristiques contextuelles qui favorisent ou entravent le déploiement du programme.

## **1.6. Conceptualisation de l'étude**

### **1.6.1. Revue de la littérature**

Au regard de la problématique de notre sujet ainsi que des concepts et construits qu'il intègre, notre revue de la littérature se bâtera autour des points suivants : définition opérationnelle des principaux concepts de l'étude, description du processus d'implémentation de la démarche 5S-KAIZEN-TQM, et revue critique des études antérieures.

#### **A. Définitions des concepts suggérés par l'étude**

##### **❖ La démarche qualité**

Selon l'AFNOR (citée par Par & El Kouhail, 2008, p. 18), une démarche qualité est «l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer». Selon la norme ISO 9000: 2015,

elle a pour objet, de gérer et d'assurer le développement de la qualité à partir de la définition d'une politique et des objectifs qualité en s'appuyant sur un système mis en place et l'application d'outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés (ISO, 2015a).

Il existe plusieurs approches possibles en matière de démarche qualité dont le contrôle de la qualité, l'assurance qualité, l'amélioration continue de la qualité et le management de la qualité.

- **Le contrôle qualité.**

Il consiste en «des activités telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques » (Par & El Kouhail, 2008, p. 17).

- **L'assurance qualité**

La norme ISO 9001 :2015 définit l'assurance qualité comme la «partie du management de la qualité visant à donner confiance par la conformité aux exigences pour la qualité » (ISO, 2015a, p. 15) .

- **L'amélioration continue de la qualité**

Elle repose sur l'idée que la qualité peut être continuellement améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus (ibid. 2008, p. 18).

- **Le management de la qualité**

Selon l'ISO, il consiste en :

des activités coordonnées pour orienter et diriger un organisme dans le domaine de la qualité. Le management de la qualité peut inclure l'établissement de politiques qualité et d'objectifs qualité, et de processus permettant d'atteindre ces objectifs qualité par la planification de la qualité, l'assurance de la qualité, la maîtrise de la qualité et l'amélioration de la qualité (ISO, 2015a, p. 14).

La norme ISO 9001 version 2015 en fixe sept principes que sont: l'orientation client, le leadership, l'implication du personnel, l'approche processus, l'amélioration, la prise de décision fondée sur des preuves et le Management des relations avec les parties intéressées (ISO, 2015a).

- ✓ **L'orientation client**

C'est un des principes de management de la qualité qui invite les entreprises à identifier, comprendre et satisfaire les exigences des clients internes et externes et à s'efforcer d'aller au-delà de leurs attentes (ISO, 2015b) .

- ✓ **Le leadership**

Le leadership est la capacité d'influencer positivement les gens vers l'atteinte d'objectifs communs malgré des difficultés et des incertitudes. Il s'agit d'un art qui requiert du dirigeant des compétences et des comportements efficaces (op.cit. 2015b).

### ✓ **L'implication du personnel**

Un personnel compétent, habilité et impliqué à tous les niveaux de l'organisme est essentiel pour améliorer sa capacité à créer et fournir de la valeur. Les personnes à tous les niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme (op.cit. 2015b).

### ✓ **L'approche processus**

Un processus est défini comme un « ensemble d'activités corrélées ou en interaction qui utilise des éléments d'entrée pour produire un résultat escompté » (op.cit. 2015a). Des résultats cohérents et prévisibles sont obtenus de manière plus efficace et efficiente lorsque les activités sont comprises et gérées comme des processus corrélés et fonctionnant comme un système cohérent (op.cit. 2015b).

### ✓ **L'amélioration**

Il s'agit de mettre sous contrôle les différents processus, puis, de façon cyclique, d'analyser leurs performances, de faire des propositions d'amélioration et de les mettre en œuvre. Le succès d'une organisation repose sur une volonté constante d'amélioration (op.cit. 2015b).

## • **Autres concepts en liens avec le management de la qualité :**

### ✓ **Les parties intéressées**

Partie prenante. Il s'agit de personne ou organisme qui peut soit influencer sur une décision ou une activité, soit être influencée par une décision ou une activité. Exemples : clients, propriétaires, personnel d'un organisme, prestataires, établissements financiers, autorités réglementaires, syndicats, partenaire ou société qui peut inclure des concurrents ou des groupes de pression d'opposition (op.cit. 2015a, p. 13).

### ✓ **Client**

Personne ou organisme qui est susceptible de recevoir ou qui reçoit un produit ou un service destiné à, ou demandé par, cette personne ou cet organisme. Le client peut être interne ou externe à l'organisme (op.cit. 2015a, p. 13).

Les clients internes sont des individus ou des groupes d'individus au sein de l'organisation qui dépendent de leurs collègues, pour recevoir des produits et des services qui les aident à assumer leur rôle dans la prestation de soins de santé de qualité aux clients externes (Nana, Drabo, Chichi, & Agueh, 2015).

Les clients externes sont des individus ou des groupes qui se trouvent en dehors de l'organisation et qui reçoivent directement ses produits et ses services (ibid. 2015).

#### ✓ **Satisfaction des clients**

Selon la norme ISO, c'est la «perception du client sur le niveau de satisfaction de ses attentes »(op.cit. 2015a, p. 26).Du point de vue de l'évaluateur, la satisfaction du client peut être perçue comme un résultat de la qualité des soins ou de l'état de santé lui-même s'il s'agit d'un client externe (op.cit. 2015).

#### ✓ **Planification de la qualité**

C'est la «partie du management de la qualité axée sur la définition des objectifs qualité et la spécification des processus opérationnels et des ressources associées, nécessaires pour atteindre les objectifs qualité » (op.cit. 2015a, p. 15).

#### ❖ **L'évaluation :**

L'évaluation consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Il existe fondamentalement deux types d'évaluation possibles pour une intervention donnée. D'une part, on peut chercher à apprécier chaque composante de l'intervention par rapport à des normes ou critères prédéfinis ; on parle dans ce cas d'évaluation normative. D'autre part , on peut vouloir examiner à travers une démarche scientifique, les relations qui existent entre les différentes composantes de l'intervention ; il s'agit alors de recherche évaluative (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000, p. 2).

Par intervention, on peut sous-entendre l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisé dans un contexte particulier, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de résoudre un problème. De façon générale, l'intervention compte cinq composantes que sont :

- ✓ Des objectifs ;
- ✓ Des ressources ;
- ✓ Des services, des biens ou des activités ;
- ✓ Des effets ;
- ✓ Un contexte précis (Contandriopoulos et al., 2000).

Dans notre cas, il s'agit d'une recherche évaluative. L'intervention ici est le processus d'implémentation de la démarche qualité 5S -KAIZEN -TQM dans le contexte du CHR de Gaoua.

### ❖ L'implémentation

Né dans les milieux mathématiques, ce concept est appliqué aujourd'hui à la santé. L'implémentation peut être synonyme : d'exécution, de réalisation, d'utilisation, d'adaptation à la réalité, d'application pratique, de mise en place, de mise en œuvre, de transfert de connaissances. Selon Gusdorf et Lassure (2008), l'implémentation est «la mise en action de la solution» ou l'adaptation à la réalité du terrain de différents «produits». Ces auteurs précisent que «l'implémentation renvoie à la complexité de mise en place du changement et de l'innovation» (Meylan, 2012, p. 2). Le processus d'implémentation de la démarche qualité «5S-KAIZEN-TQM» implique des changements dans le management des établissements de santé tant au niveau du comportement des administrateurs, du personnel de santé, des bénéficiaires de soins ainsi que de toutes les autres parties intéressées (Hasegawa & Karandagoda, 2011). Du côté du management général, le changement attendu de l'implémentation de cette démarche est de promouvoir l'attitude positive au sein de l'institution, fondement de tout succès. Pour ce faire, la politique de la «carotte et du bâton» basée sur le paradigme de la poursuite d'objectifs devrait laisser place à celle de la promotion de la récompense intrinsèque basée sur le développement des principales valeurs que sont la participation, l'inclusion et la solidarité (ibid 2011).

Aussi les prestataires ont à promouvoir l'esprit d'équipe sur le lieu de travail à travers le partage des idées, expériences, et idéaux afin de fournir une plateforme pour des nouvelles relations et des apprentissages au sein du groupe. Pour y parvenir les équipes doivent s'atteler à la création d'une atmosphère de confiance et encourager la communication en interne ainsi qu'avec les bénéficiaires des soins et autres parties intéressées (op.cit. 2011).

En milieu hospitalier, le but de l'approche 5S-KAIZEN- TQM est de transformer chaque structure en organisation de co-crédation des trois valeurs fondamentales. Ces valeurs sont celles liées aux produits que sont la qualitéd des diffédrentes prestations de services y compris le service médical, la satisfaction des clients et celle des employéd. Pour ce faire au moins sept cibles managériales doivent demeurer dans l'esprit des responsables exécutifs des équipes, y compris les responsables administratifs de l'hôpital, pour maintenir le processus commun de création de ces trois valeurs. Il s'agit de :

- ✓ la productivité à travers l'usage maximum des ressources limitées ;
- ✓ la qualité par le maintien des standards des services autour du patient ;
- ✓ les coûts grâce à une maîtrise des dépenses ;
- ✓ la prestation du service par la recherche de l'efficacité ;
- ✓ la sécurité par la minimisation des erreurs et des risques ;
- ✓ le moral des employéd grâce à l'institution d'équipes de travail hautement motivées ;
- ✓ la morale par l'établissement d'une éthique de travail (Hasegawa & Karandagoda, 2011).

#### ❖ La stratégie 5S

Le terme « 5S » désigne une démarche d'amélioration dont le sigle rappelle les cinq verbes d'action qui en japonais commencent tous par la lettre « S ». Ces verbes ainsi que leur sens sont données comme suit :

- ✓ **Seiri** = Trier, faire la différence entre le nécessaire et le superflu sur le lieu de travail (GEMBA), supprimer ce qui est inutile selon une démarche rationnelle.
- ✓ **Seiton** = Ranger / mettre en ordre tous les articles jugés nécessaires après le Seiri [traduction libre], (Ao & International Association of Engineers, 2010). Il s'agit de respecter le principe d'une place pour chaque chose et chaque chose à sa place. Il s'agit également d'étiqueter le matériel rangé pour qu'il soit facile à retrouver et de faciliter l'orientation des usagers par l'utilisation d'étiquettes qui leur soient accessibles.

- ✓ **Seiso** = Nettoyer/ tenir propre/ faire briller. Il s'agit de tenir propre, l'environnement interne et externe de travail ainsi que les équipements [traduction libre], (op.cit. 2010, p. 2).
- ✓ **Seiketsu** = Normaliser. Il s'agit d'intégrer les 3S dans la routine des activités du service et de parvenir aux meilleures standards [traduction libre] (op.cit. 2010).
- ✓ **Shitsuke** = Discipliner / pérenniser : il s'agit de susciter et maintenir la motivation du personnel au respect naturel des règles de fonctionnement établi (autodiscipline) à travers la formation continue, la supervision et l'émulation [traduction libre], (op.cit. 2010).

#### ❖ **Le KAIZEN**

Le mot KAIZEN est la fusion des deux mots japonais KAI et ZEN qui signifient respectivement «changement» et «bon». La traduction française courante est «amélioration continue» , (op.cit. 2010, p. 2). Il repose sur des petites améliorations simples et peu onéreuses faites au quotidien, grâce à l'implication de tous les acteurs à travers la mise en commun des savoir-faire. Contrairement à l'innovation, il ne demande pas beaucoup d'investissements financiers, mais une forte motivation de la part de tous les employés (Christian Hohmann, 1998).

Sur le plan pratique, il existe deux formes de KAIZEN à savoir :

- Le KAIZEN par suggestion, qui porte sur la résolution des problèmes simples dont les solutions peuvent être directement proposées et mis en œuvre ;
- Le KAIZEN par étape ou processus de KAIZEN ou KAIZEN à petits pas utilisé dans l'approche des problèmes plus complexes nécessitant le recours aux méthodes et outils qualité. Il comporte sept étapes qui sont (Taye, 2014) :
  - ✓ la sélection du thème de KAIZEN ;
  - ✓ l'analyse de la situation du thème choisi et la définition des objectifs ;
  - ✓ l'analyse des problèmes ;

- ✓ l'identification des mesures pour résoudre le thème de KAIZEN ;
- ✓ la mise en œuvre des mesures identifiées ;
- ✓ la vérification de l'efficacité des mesures ;
- ✓ la standardisation des mesures efficaces.

### ❖ Le TQM

Pour Ballé, M., & Champion-Daviller, M. N. (2004),

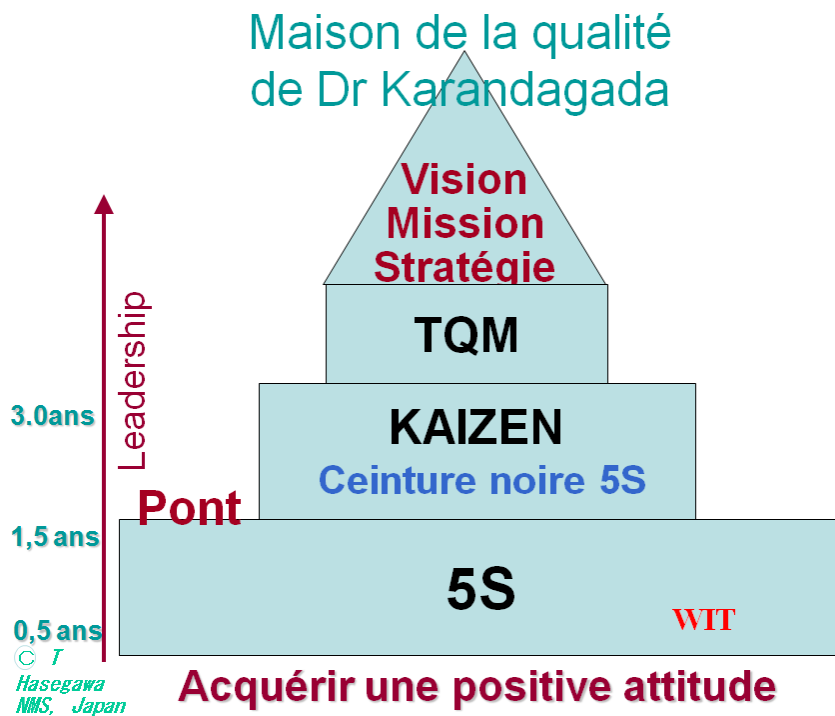
Le Management Total de la Qualité (Total Quality Management, TQM en anglais) est un mode de management de l'ensemble d'une structure centré sur la qualité et qui recherche la qualité à long terme par la satisfaction du client, des membres de la structure et de la société (Par & El Kouhail, 2008, p. 17).

### ❖ La démarche 5S-KAIZEN-TQM

Elle a été décrite en 2000 par Dr Wimal Karandagoda au Sri Lanka. Elle combine les trois stratégies précédentes d'amélioration de la qualité à travers une progression par étape suivant une chronologie allant de :

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

Cependant, cette approche tire ses origines des outils de gestion japonaise de la qualité à l'origine utilisé dans le secteur industriel comme Toyota et d'autres sociétés et ancré dans la culture traditionnelle japonaise "Tea Cérémonie "ou" Omotenashi ". Le cadre conceptuel de l'implémentation de cette démarche est imagé tel un arbre dont les racines sont constituées par les 5S, le tronc par le KAIZEN et les branches par le TQM. Aussi, le fertilisant et l'eau utilisé comme substance nutritive pour faire grandir l'arbre sont représentés respectivement par l'attitude positive et le leadership.



**Figure 1: Maison de la qualité de Dr KARANDAGODA Wimal**

**Source:**(Hasegawa & Karandagoda, 2011, p. 25)

L'objectif des 5S- KAIZEN-TQM n'est pas seulement de créer des programmes d'activités 5S- KAIZEN-TQM au sein des hôpitaux, mais plutôt de modifier la culture organisationnelle, le mode de gestion et d'apprentissage de tous les acteurs des services dans les institutions de santé [...]. La santé et les soins médicaux doivent être améliorés et rendus avec le patient comme centre d'intérêt principal. [...] La sécurité et la qualité des services doivent constituer l'essentiel de l'objet des activités d'amélioration. [...] (ibid. 2011, p. 5).

L'affection, l'effort, et l'équité constituent le noyau de l'action au service du patient. On passe ainsi de petits succès pour s'orienter vers des changements fondamentaux et triompher progressivement. [...]. Le'hôpital pourrait être transformé d'une « simple organisation en soi » en une « organisation de co-crédation de valeur » (ibid. 2011, p. 5).

## ❖ **Autres terminologies utilisées dans le cadre de la démarche 5S- KAIZEN-TQM**

- **Le GEMBA**

C'est l'endroit où la valeur ajoutée est créée. Ce terme est souvent utilisé pour désigner "terrain", "atelier", poste de travail ou lieu de travail (Burkina Faso, Ministère de la santé, 2016).

- **Le MURI**

Il fait allusion à la surcharge, l'excès, ou l'irrationnel ; en un mot, tout ce qui sort du cadre ordinaire et excède les capacités naturelles (op.cit. 2016).

- **Le MUDA :**

Les MUDA représentent l'ensemble des gaspillages qu'une entreprise peut « produire ». Il s'agit de toutes activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée à l'entreprise (op.cit. 2016).

- **Le MURA :**

Ce sont des irrégularités en rapport avec la non-conformité aux normes (op.cit. 2016).

- **WEI : ( Work Environment Improvement )**

Il s'agit d'un concept d'amélioration de l'environnement de travail en vue d'accroître la productivité (op.cit. 2016).

- **WIT : (Work Improvement Team) :**

Désigne l'équipe d'amélioration du travail : il s'agit d'une équipe chargée du suivi de la mise en œuvre des activités 5S- KAIZEN au sein d'une unité de soins ou d'un service. Il s'agit tout simplement de la cellule qualité (op.cit. 2016).

- **QIT : (quality improvement team)**

Il s'agit de l'équipe de pilotage de la qualité, chargée de la planification, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des activités 5S dans une structure. C'est le comité qualité (op.cit. 2016) .

- **Ceinture blanche**

C'est une distinction pour la réalisation régulière des trois premiers S (pré standardisation) (op.cit. 2016)

- **Ceinture noire**

Cette distinction concerne les deux derniers S que sont la standardisation et la pérennisation (op.cit. 2016).

## **B. Revue critique des études antérieures**

A travers la littérature, il ressort un certain nombre d'études portant sur l'implémentation de la démarche qualité 5S et du KAIZEN pris isolément. Pour l'approche 5S-KAIZEN-TQM il en existe également quelques études dans les hôpitaux en Afrique. Nous ferons une synthèse critique de cet état des connaissances sur le sujet afin d'établir la valeur ajoutée de notre recherche.

Pour les études en liens avec la stratégie 5S, au Mexique, Ablanedo et al ont réalisé une étude empirique dans des organisations mexicaines dans le but de comprendre leur expérience de mise en œuvre des 5S, les relations empiriques, et les défis actuels associés à la pratique 5S. Selon cette étude, la pratique des 5S en tant qu'outil qualité, offre un avantage concurrentiel en facilitant l'introduction et le développement d'autres méthodes et techniques d'amélioration continue de la qualité (Ablanedo-Rosas, Alidaee, Moreno, & Urbina, 2010).

Une autre approche avec devis quantitatif qui a porté sur l'analyse du contenu des sites Internet de 217 entreprises au Japon et aux USA a permis de faciliter la compréhension de la façon dont les 5S ont été adoptés et mis en œuvre. La recherche montre que le Japon met l'accent sur 5S comme une stratégie pour l'excellence en affaires, exigeant la participation au travail et à la maison. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, le 5S est considéré comme un système ou un

outil pour le lieu de travail seulement. Les résultats suggèrent qu'une compréhension équilibrée des deux «5S comme une philosophie ou un mode» et «5S comme une technique ou un outil» pourrait définir le but ultime de 5S comme une approche de gestion pour résoudre les problèmes dans les lieux de travail et les processus des organisations [traduction libre ](Kobayashi, Fisher, & Gapp, 2008).

Toujours selon la littérature, une étude présentant deux approches des 5S (hybrides et traditionnelles) a été menée dans trois entrepôts centraux de différents hôpitaux à l'Ochsner Health. Ces entrepôts stockent des produits médicaux similaires avec plus de 1000 types de fournitures. L'objectif était de comparer l'impact de la mise en œuvre des 5S hybrides (intégrés aux techniques de gestion des stocks et des outils d'amélioration des processus) avec les 5S traditionnelles pour améliorer les opérations d'entrepôt de soins de santé. Les deux approches ont entraîné une augmentation de rotation des stocks. L'approche des 5S hybrides avait des améliorations supplémentaires, par rapport à l'espace de 15,7% et a enregistré des non-conformités moins que le 5S traditionnel (Venkateswaran, Nahmens, & Ikuma, 2013).

En 2016, Kanamori et al, à travers une revue de la littérature narrative ont exploré l'applicabilité du 5S aux structures de soins de santé à l'échelle mondiale, avec un accent sur trois aspects dont le contexte de son application, ses impacts et son adoption dans le cadre des initiatives gouvernementales. Quinze (15) articles sur cent quatorze (114) obtenus à partir des résultats de recherche pertinents ont été retenus pour l'analyse de texte intégral du contexte et des impacts. Des informations supplémentaires ont été recueillies notamment sur les initiatives gouvernementales mentionnées dans les articles, y compris les types de ressources à partir des sites Web des gouvernements concernés. Les résultats ont mis en évidence son application dans des établissements primaires de santé et d'un large éventail de secteurs de l'hôpital au Brésil, en Inde, en Jordanie, au Sénégal, au Sri Lanka, en Tanzanie, au Royaume-Uni, et aux Etats-Unis [traduction libre],(Kanamori, Castro, et al., 2016). Cette étude a identifié plusieurs facteurs clés relatifs au contexte et aux impacts de l'application des 5S. Ce sont les paramètres de mise en œuvre, les outils ou les méthodes appliqués, les

changements résultant de l'application des 5S et l'objectif de l'intervention dans le contexte de l'amélioration de la qualité. Parmi les 15 études empiriques, les changements quantitativement mesurables sont présentés dans neuf articles et ceux relatifs à la perception des travailleurs dans un seul article [traduction libre] (op.cit. 2016). Aussi, l'analyse a révélé que le 5S peut être considéré comme le point de départ pour l'amélioration de la qualité de soins dans les établissements de soins de santé, mais que la base factuelle de son applicabilité reste limitée et commande d'autres recherches tant sur le rapport coût-efficacité dans les pays à ressources faibles et intermédiaires que des mécanismes d'extension de la viabilité et de la durabilité de son application [traduction libre], (op.cit. 2016).

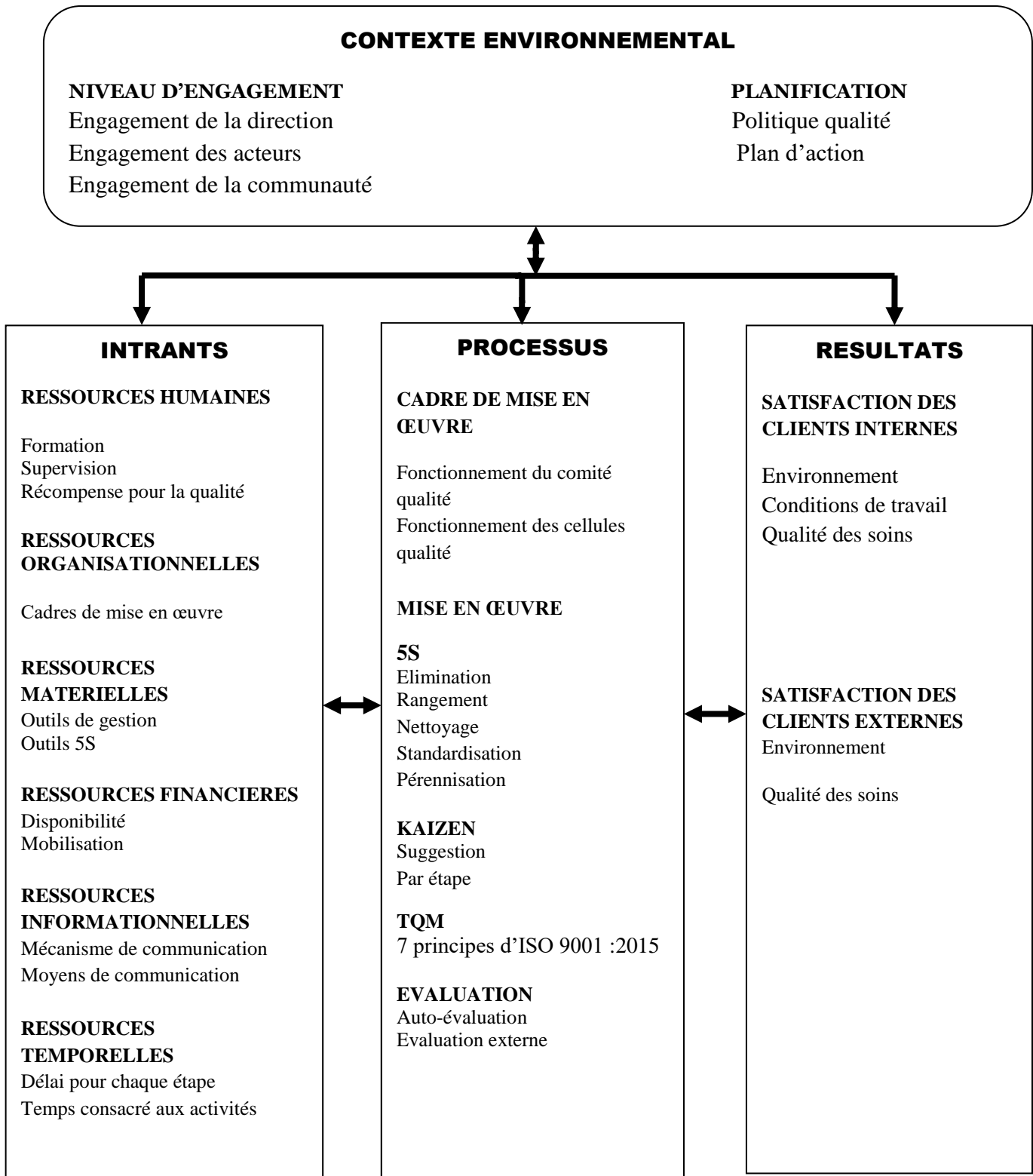
Pour la démarche 5S- KAIZEN- TQM, des études ont été menées en Tanzanie selon une approche quantitative avec devis corrélationnel. Elle a pu identifier sur quatorze (14) variables après contrôle de toutes les variables explicatives par niveaux d'hôpitaux que la participation et l'engagement était la seule variable explicative pour les hôpitaux de niveau national. Pour les hôpitaux régionaux de référence, les rôles et les responsabilités du QIT ( $p \leq 0,02$ ) et la connaissance des 5S ( $p \leq 0,03$ ) était statistiquement significatifs. La principale limite de cette étude porte sur les sources de données recueillies (rapports existants et documents de présentation seulement) (Ishijima, Eliakimu, Takahashi, & Miyamoto, 2014).

Pour surveiller les progrès des activités 5S-KAIZEN-TQM en Tanzanie, le Ministère de la santé et du bien-être social (MoHSW) et la JICA ont mené une évaluation conjointement trois fois à partir d'août 2007. La méthodologie utilisée lors de l'évaluation comprenait, l'entretien avec les membres du QIT et le personnel dans les zones ciblées, l'observation des zones ciblées 5S et la prise des photos comme résultats du processus de mise en œuvre des 5S. Les hôpitaux ont été classés en deux catégories suivant l'année de démarrage des activités 5S : la première ou Phase 1 avec les activités 5S ouvertes en 2007 et la seconde ou phase 2 ceux ayant commencé les 5S en 2009. Les résultats montrent que les zones de la phase1 étaient nettement en avance sur le deuxième groupe avec un niveau de standardisation de la pratique des 5S, l'intégration de l'esprit d'équipe pour améliorer l'environnement de travail et les contenus des services de santé. Dans

les deux cas, le personnel hospitalier est bien formé et la majorité a un fort leadership et un engagement à créer un bon environnement de travail. Cette évaluation présente une limite qui est qu'elle s'est focalisée principalement sur le processus de mise en œuvre des 5S occultant les autres variables liées au contexte, aux résultats et ressources [traduction libre](Ishijima, 2010)

Au Bénin, il s'est agi d'une recherche évaluative sur la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM mais en se limitant à l'étape 5S. Aussi cette étude n'a pas intégré dans son modèle les ressources temporelles (Nana et al. 2015). Enfin, en Ouganda, analysant l'effet de la pratique 5S sur la motivation du personnel, les attentes des patients, le temps et la satisfaction des patients aux services de santé dans les hôpitaux, les estimations ont été mesurées pour treize (13) hôpitaux de référence régionaux et huit (8) hôpitaux généraux séparément. Pour les hôpitaux régionaux de référence, l'étude a révélé que la pratique 5S a eu l'effet sur la motivation du personnel et le temps d'attente dans le dispensaire de dix (10) hôpitaux, mais une différence significative n'a pas été identifiée sur la satisfaction des patients [traduction libre] (Take, Byakika, Tasei, & Yoshikawa, 2016). En somme, les études antérieures ont pour la plupart soit adopté une approche quantitative, soit abordé les concepts pris individuellement plutôt que dans la philosophie de la stratégie entière qui comporte les trois étapes 5S-KAIZEN-TQM. En optant pour un devis qualitatif de type étude de cas et prenant en compte la stratégie dans sa philosophie d'ensemble, la présente étude conserve toute sa pertinence.

## 1.6.2. Cadre de référence de l'étude



**Figure 2: Schéma du cadre conceptuel**

Source : Inspiré du modèle d'évaluation de la qualité d'Avedis Donabedian

Le cadre de référence pour l'évaluation de l'implémentation de la démarche «5S-KAIZEN-TQM» est inspiré du modèle d'évaluation d'une intervention de santé décrit par Donabedian et adapté dans le contexte de l'étude (Donabedian, 1988). Il part du principe que l'efficacité de l'implémentation de la démarche 5S-KAIZEN-TQM est intimement liée aux interactions entre les intrants, le processus et les résultats. En effet, la réalisation du processus d'implémentation de la démarche qualité à l'étude dépend de la capacité de l'hôpital à mobiliser des ressources humaines maîtrisant l'approche, des ressources organisationnelles à travers la mise en place des organes de gestion à l'échelle de l'hôpital ainsi qu'au niveau opérationnel des différents services. Il faudrait également des ressources matérielles prenant en compte les outils nécessaires, des ressources informationnelles pour faciliter la communication, des ressources financières pour supporter les coûts et enfin des ressources temporelles prenant en compte les délais nécessaires pour chaque étape de la démarche et la gestion du temps des activités. Les intrants vont influencer la réalisation effective du processus qui les utilisera et devront s'adapter aux exigences de mise en œuvre.

Le processus de mise en œuvre proprement dit prend en compte l'application dans les services des étapes de la démarche en fonction de leur niveau d'avancement. Il peut s'agir uniquement des activités de 5S que sont l'élimination, le rangement, le nettoyage, la standardisation et la pérennisation (première étape), ou des activités 5S associées au KAIZEN (2ème étape), ou que l'hôpital est au stade de TQM.

L'efficacité de cette mise en œuvre est conditionnée par la fonctionnalité des organes de gestion au niveau stratégique et opérationnel. Aussi, l'évaluation périodique de la mise en œuvre est indispensable pour s'orienter vers les résultats à travers l'amélioration continue. Enfin les effets attendus de l'approche sont la satisfaction des clients internes et externes grâce à l'amélioration des conditions de travail, l'aménagement de l'espace de l'hôpital, l'amélioration du stockage et de la salubrité, la réduction du gaspillage, la réduction de la surcharge de travail et des irrégularités contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des prestations. Toutefois, la mise en œuvre de l'approche ne peut se dissocier du contexte de l'hôpital concerné. En effet, l'engagement de la direction et des différents acteurs ainsi que la planification de la stratégie pourraient fortement influencer les trois dimensions précédentes (ressources, processus et résultats).

## CHAPITRE II : METHODOLOGIE

### 2.1. Aperçu du cadre et du champ d'étude

La région sanitaire du Sud-ouest, cadre de notre étude, compte cinq (5) districts sanitaires que sont Gaoua, Dano, Diébougou, Batié et Kampti. Le CHR de Gaoua est l'hôpital du deuxième niveau de référence de ces cinq (5) districts sanitaires.

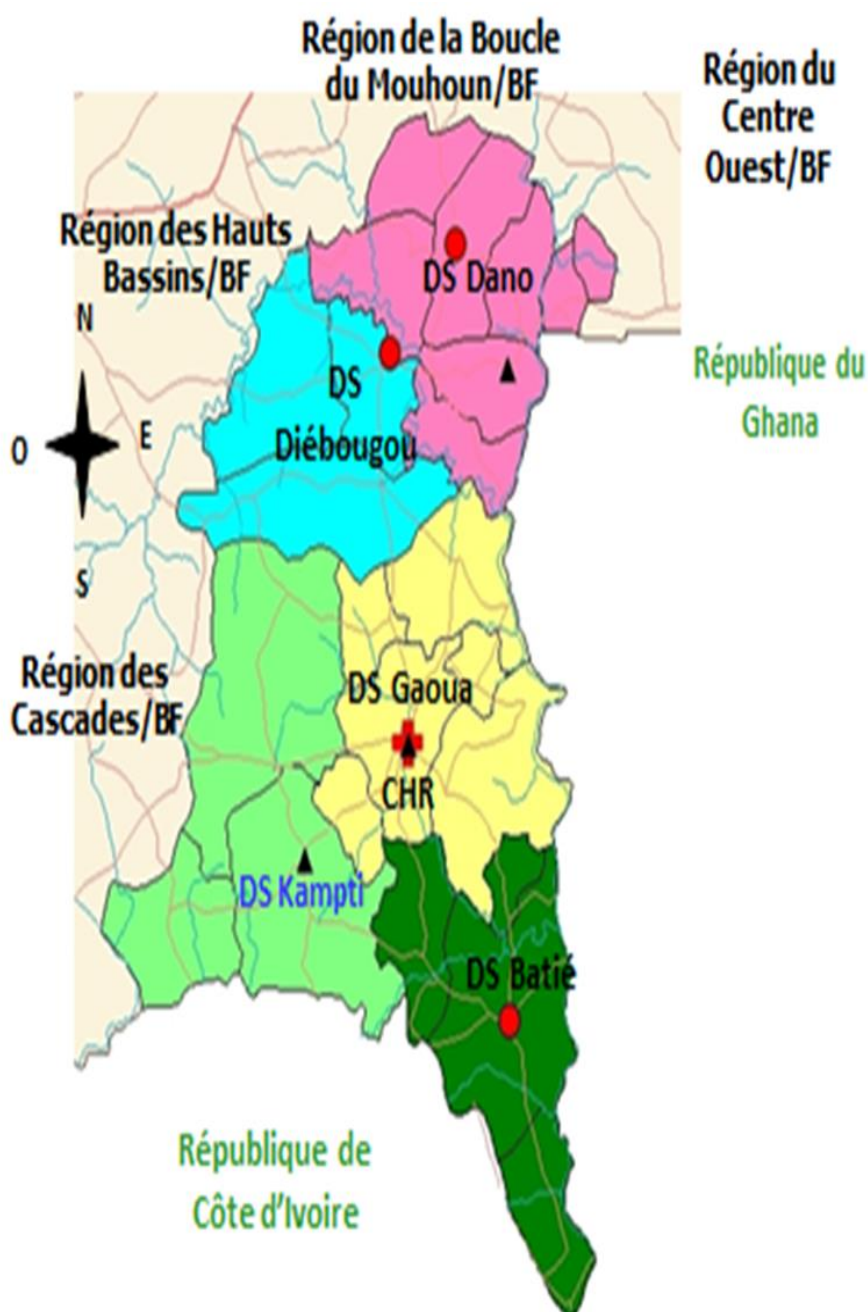


Figure 3: Carte de la région sanitaire du Sud-ouest

**Source:** Plan d'action 2017 du CHR de Gaoua

La région du Sud-ouest couvre une superficie de 16.576 km<sup>2</sup> soit 6,1 % du territoire national. Elle est l'une des treize (13) régions administratives du Burkina Faso. La région est frontalière aux républiques de Côte d'Ivoire au sud et du Ghana à l'est, avec un relief accidenté. Elle comptait en 2016 une population totale estimée à 818 685 habitants [RGPH 2006 actualisé].

Le CHR de Gaoua, champ de notre étude a été construit en 1971 sur financement du Fond Européen pour le Développement (FED) et inauguré en 1972. Au 31 décembre 2015, le CHR de Gaoua comptait 259 agents toutes catégories confondues (Ministère de la santé, Centre Hospitalier Régional de Gaoua, 2017).

### **2.2.1. Caractéristiques générales du CHR**

La capacité théorique d'accueil du CHR est de 164 lits. Selon le décret N°2015-1268/PRES-TRANS/PM/MS/MEF du 09 novembre 2015 portant statut particulier des CHR, le Centre Hospitalier Régional de Gaoua est organisé autour de deux grands types de services : les services administratifs et les services cliniques et médico-techniques. Les services cliniques et médico-techniques se présentent comme suit : la médecine générale, les urgences médicales (entrées), la réanimation, la chirurgie, l'ophtalmologie, l'ORL, l'odontostomatologie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, le laboratoire d'analyses biomédicales, la pharmacie, l'imagerie médicale et le Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT).

### **2.2.2. Organigramme, cadres de concertation et partenariat**

L'organigramme actuel du CHR de Gaoua répond aux dispositions de l'arrêté N° N°2008-229/MS/CAB portant statut particulier des CHR. Conformément aux dispositions règlementaires du fonctionnement des CHR, Il existe les organes consultatifs suivants : une commission médicale d'établissement (CME), une commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO), un comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), un conseil de discipline (CD) et un comité technique d'établissement (CTE).

Il existe aussi dans l'établissement des cadres de concertation non statutaires qui permettent d'améliorer le fonctionnement des services dont certains participent à la promotion de l'assurance qualité. Il s'agit du comité de sécurité transfusionnelle et

d'hémovigilance (CSTH), du comité de pilotage de la stratégie «5S» et du comité d'audit de décès maternel et pédiatrique (Ministère de la santé, centre hospitalier régional de Gaoua, 2016).

#### 2.2.4. Les principaux indicateurs du CHR de 2014 à 2016

Tableau I: Evolution des principaux indicateurs du CHR de 2014 à 2016.

Indicateurs	2014	2015	2016
Nombre de consultants	25 559	27 368	28177
Nombre de consultations	40 505	35 397	40415
Nombre d'entrées (hospitalisations)	7 534	9 007	9899
Nombre de journées d'hospitalisation	32 533	36 083	38128
Taux d'occupation des lits	54,34	60,28	63,70
Durée moyenne de séjour	4,32	4,01	3,75
Nombre d'interventions chirurgicales	1 130	1 224	656
Nombre d'accouchements eutociques	71	13	4
Nombre d'accouchements dystociques	732	683	682
Nombre de césariennes	300	376	396
Nombre d'exams de radiologie	3 530	4451	4532
Nombre d'exams de laboratoire	59 231	65 580	43474
Nombre de patients référés	117	91	94
Nombre de patients évacués à l'extérieur	147	163	197
Nombre de références reçues	5 125	5 879	6026
Nombres de contre références effectuées	3 776	3 811	3621
Nombres de cas sida notifiés	155	151	
Nombre de patients de file active	819	828	838
Nombre de patients sous ARV	695	809	779
Taux de mortalité en pédiatrie	8,90	9,79	7,35
Taux de mortalité en maternité	1,26	1,10	0,52
Taux de mortalité intra hospitalière	6,40	7,06	5,34
Nombre de jours de rupture en consommables de radiologie	0	0	9,32
Taux de rupture de réactifs pour la prise en charge des urgences	1,25	0,55	1,20

Source : Annuaire statistique 2016 du CHR de Gaoua page79

**Commentaires :** Les nombres des consultants et des patients hospitalisés sont en progression au cours des trois années. La mortalité intra hospitalière reste élevée sur les trois ans. Le nombre de cas de SIDA n'a pas été rapporté pour l'année 2016.

### **2.2.5. Historique de l'implémentation la démarche 5S-KAIZEN-TQM**

L'introduction de la stratégie 5S-KAIZEN- TQM au CHR de Gaoua est le fruit d'un processus. La découverte de la stratégie à travers le partage d'expérience de l'hôpital pilote qui est le CHR de Banfora lors des cadres de rencontre initié par le ministère de la santé a constitué une source de motivation du premier responsable de l'hôpital.

La restitution de ces expériences a permis la sensibilisation et l'adhésion du personnel, au projet d'implémentation de cette approche au sein de l'hôpital.

Pour y parvenir, une mission de trois agents du service des urgences de l'hôpital de Gaoua s'est rendue dans un premier temps en mars 2013 au CHR de Banfora pour s'inspirer de leur expérience sur les 5S. Cette étape a été suivie en mai 2013 par la participation de trois agents du CHR à la formation des formateurs régionaux sur le concept 5S-KAIZEN- TQM à Banfora organisée avec l'appui de la JICA dans la perspective d'impulser la mise à l'échelle de la démarche. Cette formation a débouché sur l'ébauche d'un plan d'action pour la mise en œuvre qui fut adopté au retour avec le choix de (4) services pilotes pour la première phase. Ces services sont constitués des urgences médicales, de la médecine, de la pédiatrie et de la gynéco-obstétrique. La formation de l'ensemble des agents de ces différents services pilotes sur le concept 5S-KAIZEN-TQM a été ensuite réalisée avec l'appui du ministère de la santé et de la JICA. Des organes de gestion dont un comité de pilotage de la stratégie «5S» composé de sept (7) membres et des cellules qualité de deux (2) à trois (3) membres ont été mis en place et formalisés par une décision du Directeur Général (DG).

Les services sont entrés dans la phase pratique de mise en œuvre de la première étape de la démarche qu'est celle des 5S à l'issu de la formation. Le processus de déploiement de la démarche devrait se poursuivre et couvrir l'ensemble des services après une année d'expérience selon les prévisions du plan d'action. En mars 2014, le CHR a participé à un atelier de partage d'expérience organisé par le niveau national d'où il était cité en exemple.

## **2.2. Devis de recherche**

Il s'agit d'une étude évaluative de type étude de cas unique holistique avec un seul niveau d'analyse. Elle porte sur l'analyse de l'implantation de la démarche 5S-KAIZEN-TQM dans le contexte spécifique de l'étude. Pour Yin «les méthodes appropriées pour analyser l'implantation d'un programme sont les études de cas» (Contandriopoulos et al., 2000, p. 7). L'analyse d'implantation vise à étudier l'influence des facteurs organisationnels et contextuels sur les résultats obtenus après l'introduction d'une innovation (Jean-Louis & Champagne, 1990).

## **2.3. Population d'étude, plan d'échantillonnage et échantillon**

La population d'étude est composée :

- ❖ Des informateurs clés appelés personnes ressources (acteurs de l'implémentation du programme au niveau stratégique et opérationnel) ;
- ❖ des clients (internes et externes) ;

Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste : Par choix raisonné pour les personnes ressources. Les responsables échantillonnés sont au nombre de quinze (15): deux (2) responsables de l'équipe de direction, quatre (4) responsables de l'équipe d'amélioration du travail, quatre (4) responsables des équipes d'amélioration de la qualité à l'échelle des services , un (1) surveillant d'unité de soins , un (1) chef de service , un (1) responsable au niveau de la commission médicale d'établissement , un (1) responsable au niveau de la commission des soins infirmiers et obstétricaux , un (1) responsable du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail. Le nombre d'année d'expérience de l'agent dans l'hôpital a constitué le critère de diversification interne. Pour la diversification externe, elle a portée sur le niveau de responsabilité des agents. Pour les clients internes et externes un échantillonnage accidentel a été appliqué. La saturation a été obtenue avec 15 clients internes et 16 clients externes. Les clients externes ont été recrutés parmi ceux ayant utilisés les services de l'hôpital durant la période de l'enquête. Pour les services le choix exhaustif a été appliqué avec la prise en compte de tous les services engagés formellement dans la mise en œuvre de la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM.

### **Critères d'exclusion**

Pour les personnes ressources et clients internes, le personnel stagiaire ou en mission dans l'hôpital au moment de l'enquête ainsi que les agents ayant une expérience professionnelle de moins d'un an dans la structure sont exclus de l'échantillon. Nous avons estimé que ces catégories d'agents ne disposent pas d'une expérience suffisante dans la structure pour rendre compte de la mise en œuvre de la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM introduite il y a 5 ans. Pour les clients externes, ont été exclus ceux ayant un âge inférieur à dix-huit ans pour prendre en compte l'âge de la majorité légale en vigueur au Burkina Faso.

### **2.4. Technique et instrument de collecte des données**

La collecte des données a été réalisée à travers l'utilisation de trois techniques dont l'entretien, la revue documentaire et l'observation sur le terrain. Comme outil, dans l'entretien un guide d'entretien semi-structuré a été utilisé. Elle a été conçue sous une forme standard en s'inspirant du cadre de référence de l'étude pour la définition des thèmes et adaptée en fonction de chaque cible (personne ressource, client interne ou externe). Pour l'observation, la grille normalisée adoptée par le ministère de la santé du Burkina Faso et contenue dans le guide de formation sur la démarche 5S-KAIZEN-TQM a été utilisée. Concernant la revue documentaire, une grille d'analyse du contenu s'inspirant également du cadre de référence a été conçue et utilisée. Cette revue documentaire a porté sur les documents officiels et non officiels suivants : le projet d'établissement 2014-2018, les plans d'actions annuels de 2013 à 2017, les plans d'action spécifiques pour la stratégie 5S-KAIZEN-TQM, les comptes rendus de réunions, les rapports d'activités, les affiches ainsi que les images. Ces trois outils ont été complétés par un journal de bord qui a permis de noter les aspects non verbaux significatifs.

## 2.5. Définition des variables

### 2.5.1. Variable dépendante

La variable dépendante de l'étude est la mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM.

### 2.5.2. Variables explicatives

Elles sont constituées par les variables et sous variables des quatre composantes retenues pour cette évaluation conformément au cadre de référence que sont :

- ✓ Le contexte ;
- ✓ les intrants ;
- ✓ le processus ;
- ✓ les résultats.

## Définition des variables indépendantes

### ❖ Au niveau du contexte

- ✓ La première variable est le niveau d'engagement des différents acteurs que sont la direction, le personnel et la communauté ;
- ✓ La deuxième variable concerne la planification avec comme modalités, la politique qualité et le plan d'action de la démarche.

### ❖ Au niveau des intrants

Ils comprennent les variables ressources humaines, organisationnelles, matérielles, financières, informationnelles et temporelles et leurs modalités respectifs que sont :

- **Ressources humaines** : la formation du personnel sur la démarche, leur supervision et la prise ainsi que la récompense pour la qualité ;
- **Ressources organisationnelles** axées sur la mise en place des organes de gestion de la stratégie ;

- **Ressources matérielles** comprenant les outils de gestion et de mise en œuvre de la démarche ;
- **Ressources financières** vues sous l'angle de la budgétisation de la mise en œuvre de la démarche ainsi que la disponibilité des ressources financières ;
- **Ressources informationnelles** : il s'agit des mécanismes de communication mis en œuvre ainsi que des moyens de communication utilisés.
- **Ressources temporelles** par la prise en compte des délais de réalisation pour chaque étape et la gestion rationnelle du temps lors des activités.

#### ❖ **Au niveau du processus**

L'analyse du processus porte d'une part sur l'appréciation du fonctionnement des organes de gestion que sont le comité de promotion (QIT), et les cellules de travail de base (WIT) et d'autre part d'observer la réalisation pratique des étapes «5S», «KAIZEN» et «TQM». Aussi cette appréciation concerne le volet évaluation tant interne qu'externe.

#### ❖ **Au niveau des résultats**

- La satisfaction des clients internes par rapport au cadre et conditions de travail ainsi que leur perception sur la qualité des soins et la gestion de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM constituent le premier groupe de variables.
- La satisfaction des clients externes concerne l'environnement et la qualité des soins le deuxième groupe.

### **2.5.3. Critères d'évaluation**

Pour les composantes, contexte, intrants et résultats, l'appréciation a été faite en référence aux forces et faiblesses relevées à partir du contenu des différentes sources de données en lien avec les variables du cadre de référence. La composante, processus de mise en œuvre, l'appréciation a été faite à l'aide de la grille d'observation en triangulant avec les données de l'entretien et la revue documentaire. Cette grille comporte des critères d'appréciation de chaque composante des «5S» à travers une échelle allant de 1 à 5 selon le niveau de

performance de l'entité visitée. Elle permet à la fin de faire une synthèse par item puis pour l'ensemble des composantes.

L'appréciation du niveau global de déploiement de la stratégie s'est appuyée sur les résultats de l'appréciation du contexte, des intrants, du processus et des résultats tout en prenant en compte le cadre conceptuel de l'implémentation de la stratégie décrit par le Dr Karandagoda à travers l'arbre de la qualité.

## **2.6. Déroulement de la collecte des données**

Pour mener à bien le terrain, nous avons tout d'abord procédé à la validation de nos instruments de collecte de données. Ainsi, les différents instruments ont d'abord été soumis à nos encadreurs de mémoire et nous avons pris en compte leurs observations en reformulant certaines questions. Un pré-test de ces instruments a été ensuite effectué le 29 mai 2017 auprès de deux personnes ressources, trois clients internes et deux clients externes du CHR de Dédougou faisant partie également des hôpitaux engagés dans la mise en œuvre de cette démarche. Cet exercice a permis d'évaluer de façon pratique la durée approximative des entretiens et la compréhension des questions par les enquêtés.

L'enquête de terrain proprement dite s'est déroulée du 26 mai au 12 juin 2017 au CHR de Gaoua. Le 1<sup>er</sup> jour a été consacré à la prise de contact avec les responsables de la structure. Ainsi nous avons rencontré le Directeur des Ressources Humaines (DRH) assurant l'intérim du DG en mission. Après avoir présenté l'autorisation d'enquête, les objectifs de l'étude, les techniques de collecte de données, le projet de plan de travail et les attentes lui ont été expliqués. Nous avons obtenu son quitus pour le démarrage de l'activité. Sur la base de ses conseils, une prise de contact a été faite avec le chef de service chargé de l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité assurant également l'intérim du Directeur de la Qualité (DQ) également en mission. Avec lui, nous avons exprimé nos besoins sur la documentation et les services engagés dans la mise en œuvre de la stratégie et obtenu une satisfaction partielle. Des copies de la note d'information des participants lui ont été remises pour ventilation dans les services. Les jours suivants ont permis la réalisation pratique de l'activité de

collecte des données. Sur le plan pratique, les entretiens avec les personnes ressources ont été faits sur la base d'un calendrier de rendez-vous négocié. Pour les clients internes, un choix accidentel lors de la visite des services a été opéré. Après avoir requis leur consentement, le lieu et le moment de l'entretien était laissé à leur appréciation. Pour minimiser les biais au niveau de la réalisation pratique de la stratégie, nous avons commencé par l'observation des services avant les entretiens avec les agents. Chaque jour, les temps libres ou aucun entretien n'était programmé avec une personne ressource ou un client interne étaient mis à profit pour les entretiens avec les clients externes identifiés de façon accidentelle. Le journal terrain servait à noter les éléments d'observation lors des entretiens (attitude de l'interviewé, caractéristiques du lieu de l'entretien, interférences, difficultés rencontrées...). Un tableau de suivi de l'état d'avancement de la collecte était rempli à la fin de chaque journée de travail.

## **2.7. Analyse des données**

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone à l'exception d'un seul client interne qui n'a pas accepté l'usage du dictaphone et dont nous avons respecté le choix en faisant une prise de note. Les interviews ont été ensuite retranscrites en verbatim après l'enquête. Nous avons fait recours à des personnes expérimentées pour nous accompagner dans la transcription tout en respectant les considérations d'ordre éthique.

La méthode d'analyse s'est inspirée de celle proposée par Huberman et Miles comprenant la codification, l'organisation et la mise en relation des données (Pourtois, Huberman, & Miles, 1993). Elle a consisté dans un premier temps, à lire toutes les entrevues afin d'en dégager les thèmes généraux. À partir de ces thèmes, des nœuds de codification ont été créés en se basant sur les variables théoriques du modèle. Ces nœuds ont ensuite été organisés selon un ordre logique dans un arbre de classification. Il s'agit d'une grille d'analyse du contenu manuel. Nous avons appliqué la méthode de condensation et de réduction pour la synthèse verticale et horizontale. Pour les données issues de la grille d'observation, l'interprétation a été faite à partir de scores de l'instrument utilisé ainsi que des données qualitatives rapportées au niveau du volet observation de cette grille.

Pour la confirmabilité des données, la collecte a été assurée par le chercheur lui-même qui dispose de conditions favorables pour conserver la neutralité puisque n'étant pas familier avec le terrain et n'ayant aucun conflit d'intérêt vis-à-vis de l'intervention évaluée.

La réflexivité du chercheur a été observée tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Nous estimons avoir observé une neutralité dans la conduite des entretiens en respectant la particularité de chaque interviewée dans ses réactions. A la fin de chaque journée, les enregistrements étaient passés en revue et chaque fois qu'un élément d'incompréhension était identifié, une prise de contact était fait avec l'enquêté concerné pour des éléments de précision.

La triangulation des différentes sources de données a été utilisée pour renforcer la crédibilité des résultats. Ainsi, pour l'appréciation des intrants, les données des entretiens ont été confrontées aux contenus des documents y afférents et à l'observation. La même rigueur a été observée pour l'appréciation du processus, des résultats et du contexte. Nous avons sollicité l'appui de nos encadreurs pour apprécier nos analyses. Les itérations ont également été de mise pour l'authentification des données. Au regard de la durée de l'analyse qui ne permettait pas la présence physique du chercheur sur le terrain jusqu'à la fin, le contact avec les enquêtés a été maintenu grâce à l'usage du téléphone et de l'internet pour le personnel. Les résultats de l'analyse ont été portés à leur connaissance pour les corroborer.

Pour l'imputabilité procédurale, nous avons respecté les critères de référence d'évaluation suivant le cadre de référence de l'étude. Tout le matériel empirique ainsi que les documents d'analyse ont été conservés dans un disque dur externe et une chemise sous scellés pour toute vérification.

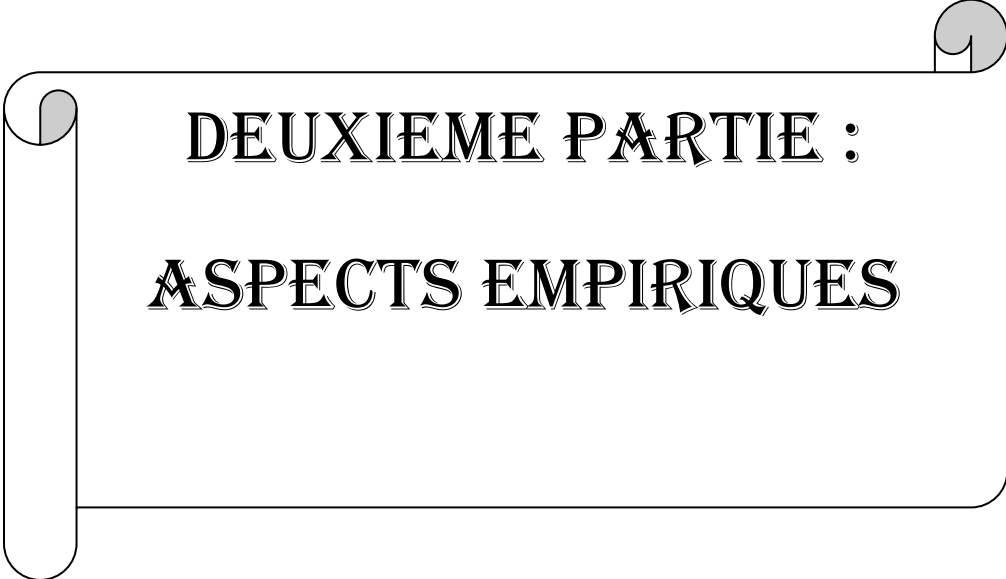
Pour la transférabilité, notre échantillon comporte des profils d'enquêtés qui peuvent être similaires à d'autres centres de santé engagées dans la mise en œuvre de cette stratégie à l'échelle du pays. L'exploitation des résultats dans d'autres contextes devra donc tenir compte des informations données sur les caractéristiques du cas à l'étude.

## 2.8. Considérations éthiques

Notre projet de recherche a requis l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé (CERS) du ministère de la santé (délibération N°2017-6-083). Une autorisation d'enquête a été également obtenue de la part de l'hôpital avant la réalisation de la phase empirique. Pour les participants, une lettre d'information leur a été adressée leur expliquant les objectifs de la recherche, les conditions de participation, les clauses de confidentialité, les avantages et inconvénients et le droit de retrait. Leur consentement libre et éclairé a été authentifié par la signature d'un formulaire de consentement. Un système de codage a été adopté pour garantir l'anonymat des enquêtés. Ce codage alphanumérique suit l'ordre de réalisation des différents entretiens. Il est organisé ainsi qu'il suit :

**Tableau II : Codage de l'identité des enquêtés**

Type d'enquêté	Code	Code individuel
Personnes ressources	Pr	Pr1 ... Pr3...Pr6 .....Pr13
Clients internes	Ci	Ci1...Ci4...Ci8.....Ci15
Clients externes	Ce	Ce1.....Ce5...Ce10.....Ce16



**DEUXIEME PARTIE :**  
**ASPECTS EMPIRIQUES**

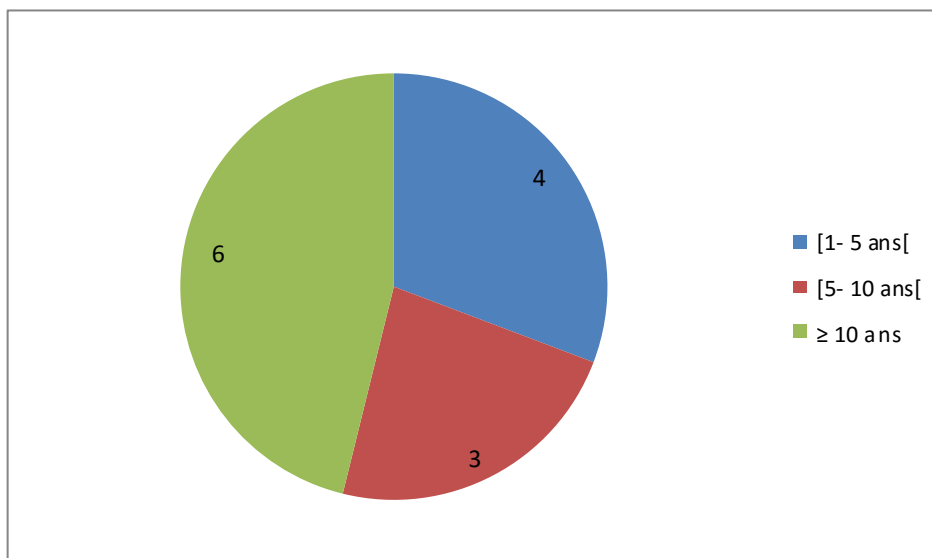
## CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de notre étude. Il comporte la description de notre population d'étude et les résultats par composante (intrants, processus, résultats).

### 3.1. Description de la population d'étude

#### 3.1.1. Caractéristiques générales des personnes ressources

Les personnes ressources enquêtées sont au nombre de treize (13) et sont tous des hommes. Elles proviennent de la direction générale, du comité et des cellules qualité, des responsables de service ainsi que des organes consultatifs du CHR tels que annoncé dans la méthodologie. Leur répartition selon l'expérience professionnelle est donnée par le graphique suivant :



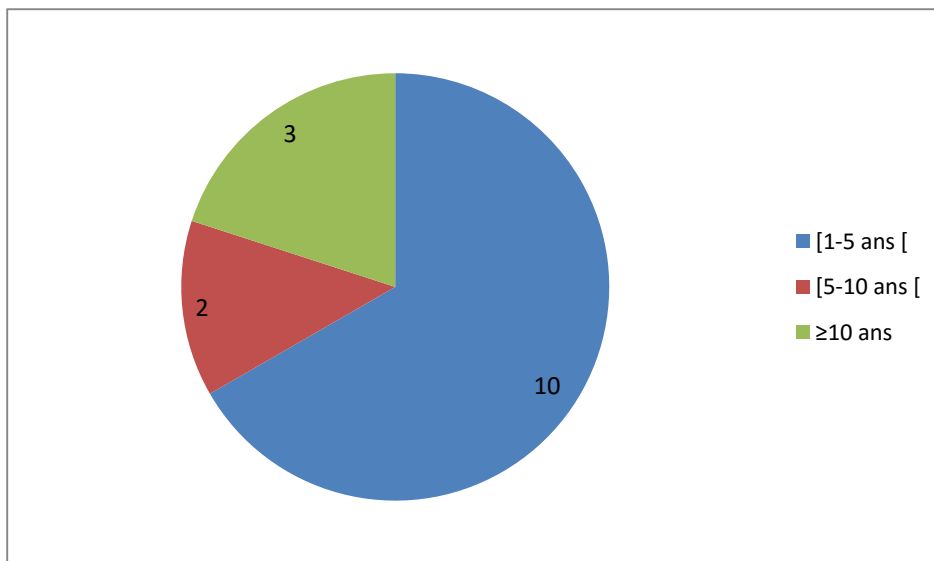
**Figure4: Répartition des personnes ressources selon l'expérience professionnelle**

La majorité des personnes ressources enquêtés ont une expérience professionnelle d'au moins 5 ans au CHR.

### 3.1.2. Caractéristiques générales des clients internes

L'effectif des clients internes enquêtés est de 15. Le sexe ratio de ces clients internes est de 9/6.

Le graphique suivant donne leur répartition selon l'expérience professionnelle au CHR.

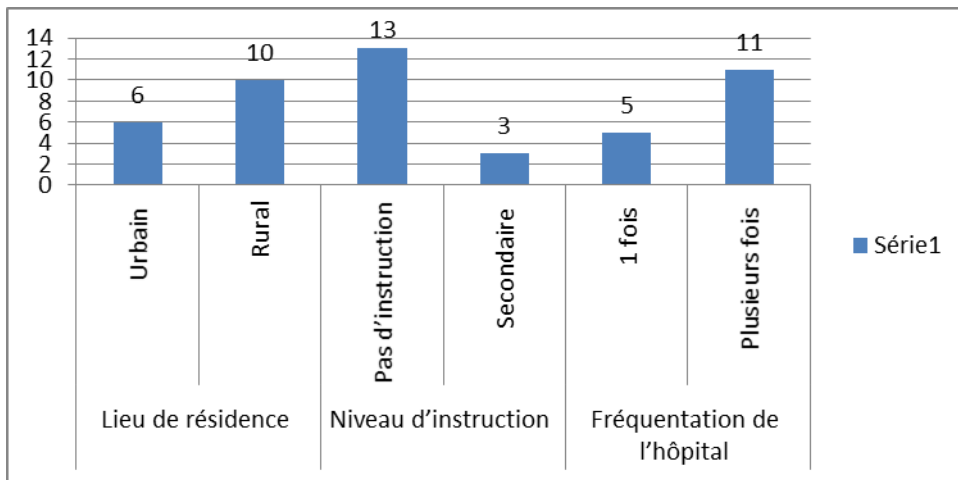


**Figure 5: Répartition des clients internes selon leur expérience au CHR**

La plupart des clients internes enquêtés (10/15) ont une expérience professionnelle au sein de l'hôpital variant de 1 à 5 ans.

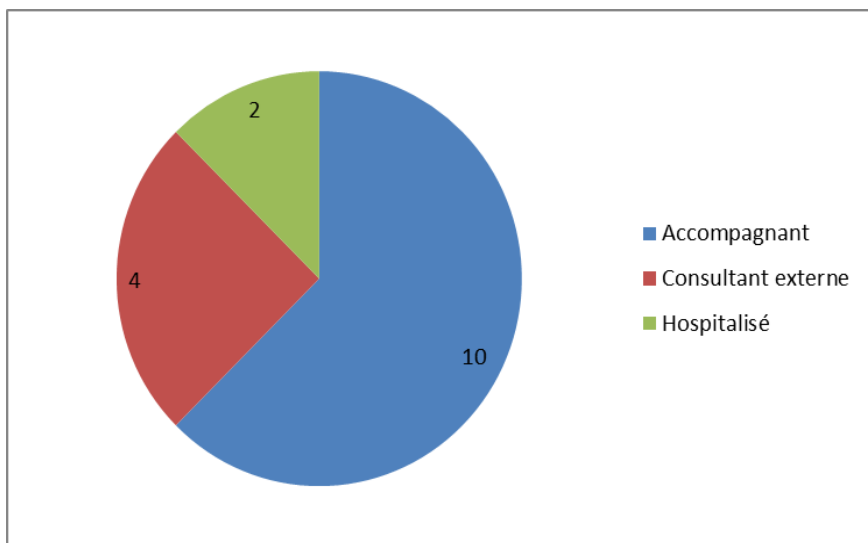
### 3.1.3. Caractéristiques générales des clients externes

Les clients externes enquêtés sont au nombre de 16 avec une parité au niveau du sexe. Leur répartition suivant le lieu de résidence, le niveau d'instruction, la fréquentation de l'hôpital et leur statut est donnée par le graphique suivant :



**Figure 6: Répartition des clients externes selon le lieu de résidence, le niveau d'instruction et la fréquentation de l'hôpital**

La plupart des clients externes (10/16) résident en milieu rural. La majorité d'entre eux (13/16) ne sont pas instruits. Aussi bon nombre de ces clients externes (11/16), ont utilisés plusieurs fois les services de l'hôpital.



**Figure 7: Répartition des clients externes selon leur statut à l'hôpital**

Les clients externes ayant participé à l'étude sont en majorité des accompagnants de malades.

## 3.2. Mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM

### 3.2.1. Contexte

Le contexte de mise en œuvre de la stratégie a été apprécié à travers deux sous éléments que sont l'engagement des acteurs et la planification de la qualité.

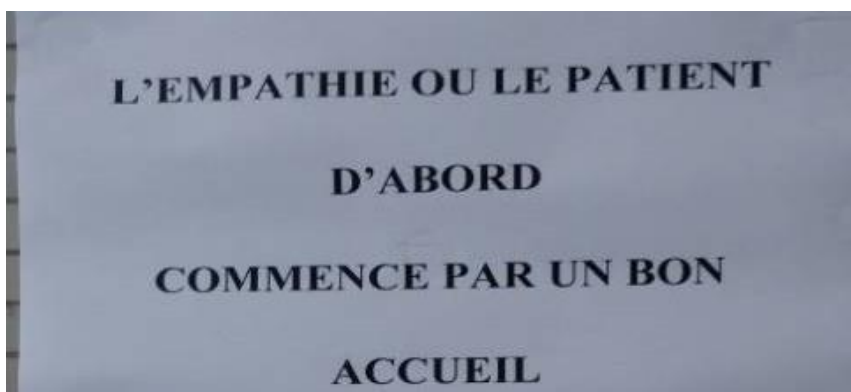
#### Engagement des acteurs

L'engagement a été apprécié pour trois catégories de cibles à savoir, la direction, le personnel et la communauté.

Pour la direction, il ressort un fort engagement de celle-ci à commencer par le Directeur général qui a eu l'initiative de la stratégie pour son hôpital et a déclenché le processus de son implémentation. La personne ressource Pr 6 explique : *«les 5S existent, sont bien ici à Gaoua grâce à l'idée du DG, il a su quand même trouvé de quoi motivé les autres aussi»*. Ce point de vue est partagé par Pr7 qui postule : *«je pense que du peu que je sais, la direction de l'hôpital tient une grande importance à cette stratégie 5S, [...], je pense que c'est un engagement fort»*. Cet engagement pour la qualité a été documenté lors de l'élaboration du projet d'établissement de la structure pour la période (2014-2018) avec une définition de la vision ainsi que des valeurs de l'établissement et porté à l'attention du personnel. Cette vision veut faire du CHR de Gaoua l'hôpital régional le plus performant du pays à travers une équipe de professionnels hautement qualifiés et enthousiastes au travail. Pour ce faire, six (6) valeurs ont été retenues pour guider la conduite de ce personnel. Ces valeurs sont l'empathie ou le patient d'abord, le travail en équipe, la compétence, l'excellence, l'intégrité et la qualité. Dans les services, certaines affiches sont illustratives de l'appropriation de ces valeurs : *«l'empathie ou le patient d'abord commence par un bon accueil »*. Sur le plan pratique, l'engagement de la direction s'est traduit par l'initiation du voyage d'étude à Banfora, la formation du personnel, la formalisation au départ des organes de gestion de la stratégie ainsi que la mise à disposition du matériel et l'octroi de collation aux services lors des activités de grand nettoyage initiées par les services appelées «grande saison». Voici ces deux images illustratives :



**Image 1: vision du CHR**



**Image 2: Sensibilisation sur les valeurs dans un service**

Pour le personnel, la stratégie a été très bien accueillie au départ par ceux ayant reçu la formation pour la phase pilote de mise en œuvre. L'ensemble des clients internes enquêtés reconnaissent les avantages que la stratégie offre même s'ils se

limitent dans leurs commentaires à la première étape, c'est-à-dire les «5S» qui aident beaucoup dans l'amélioration de l'environnement de travail en termes de culture de l'ordre, de la propreté de l'efficacité dans les soins. Le client interne Ci5 s'exprime en ces termes : *«c'est quelque chose de très simple qui demande souvent un peu de moyen et un peu d'énergie physique mais ça permet au travail d'avancer et à l'agent de travailler en se fatiguant moins. Ce qu'il allait mettre du temps à chercher, en un clin d'œil, il l'a. En tout c'est une très bonne stratégie»*. Cet engouement a cependant pris un coup au cours du processus. Plusieurs facteurs sont avancés par les enquêtés pour expliquer ce recul. Il s'agit de l'insuffisance de compréhension de la philosophie d'ensemble de la stratégie qui a entraîné une certaine démotivation au niveau de certains agents et l'effritement du personnel formé sur la stratégie au fil des ans, lié à leur départ de l'hôpital. Cette situation est illustrée par cette personne ressource Pr5 : *«...il y a une année ou deux années de cela on sentait vraiment un engouement, à l'heure actuelle avec la forte mobilité du personnel bon il y a un peu de relâchement en la matière.»*

L'adhésion du personnel à la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM comporte donc des insuffisances. Interrogés sur le jeu des différents groupes d'acteurs hospitaliers dans cette adhésion, les points de vues des enquêtés restent partagés sur la question.

Certains enquêtés ne perçoivent pas de différence dans l'appropriation de la stratégie par les différents acteurs. C'est le cas de Pr1 : *«Il n'y a pas de différence»*. Un autre groupe d'enquêtés trouve que c'est les médecins qui sont moins engagés que les autres. Pr9 fait partie de ce groupe pour avoir dit : *«Il n'y a pas le même engouement chez les médecins comme on observe chez les infirmiers, et chez les garçons et filles de salle»*. Le troisième groupe ajoute le personnel administratif aux médecins. Ce point de vue est partagé par Pr5 : *«...Les deux acteurs où ça pêchent ce sont le personnel médical et celui administratif»*. Enfin le dernier groupe indexe les garçons et filles de salle comme étant les moins engagés à travers cet avis de (Pr7) *« [...], sur le terrain la différence est bien nette parce que quand on prend les infirmiers, ils sont suffisamment engagés. Malheureusement côté garçons et filles de salle, où ça devait être eux qui devraient être plus engagés-là, ce n'est pas ça»*.

Dans leurs commentaires, certains enquêtés ont tenu à nuancer leur point de vue. Ils ont donné à cet effet, des exemples d'acteurs appartenant au groupe qu'ils ont jugé

moins engagé qui font l'exception à travers leur exemplarité. En synthèse on pourrait dire que même si des différences existent dans l'appropriation de la stratégie par les différents profils socio-professionnels de l'hôpital, c'est surtout à l'échelle individuelle que se jouent ces différences constatées.

Concernant la communauté, il est constaté des insuffisances par rapport à l'appropriation de la stratégie. Cela est perceptible à l'observation de leur comportement au sein de l'hôpital. Cette situation aux dires des enquêtés est liée à une sous information par rapport à la stratégie et au fait que certains utilisateurs ont du mal à s'adapter à la réalité du milieu hospitalier. Pr 5 affirme à ce sujet : *« Ils ne comprennent pas vraiment la stratégie-là parce que quand on voit les pratiques qui se font dans les salles d'hospitalisation vraiment ça laisse à désirer »*. Il y a nécessité de s'inscrire dans le temps en mettant l'accent sur la sensibilisation dira Pr10 : *« l'adhésion, elle sera progressive parce que le changement ne vient pas du jour au lendemain. C'est un travail qui doit se faire au quotidien, donc il faut l'amener progressivement à comprendre, voilà. »*. Les clients externes confirment d'ailleurs cette situation. Ce3 dit à ce sujet : *« Sinon, bon [silence] si c'est au niveau du personnel soignant, même ce côté-là on ne peut pas trop se plaindre, parce qu'ils sont tellement bien organisés que il n'y a même pas de problèmes. Au niveau maintenant des malades et leurs accompagnants, c'est ça vraiment le problème, ils ne comprennent pas beaucoup de choses. »*

A partir de cette situation décrite sur l'engagement des trois cibles que sont la direction, le personnel et la communauté, on retient en termes de synthèse comme point positif l'engagement formel de la direction. Les faiblesses sont constatées au niveau du personnel et surtout de la communauté. Pour le personnel, la principale raison de la faible appropriation reste l'insuffisance de connaissance sur la stratégie par défaut de formation. Cette raison également valable pour la communauté est imputable au problème de communication.

### **La planification**

Pour la planification, l'hôpital dispose des documents suivants :

- ✓ l'ébauche d'un document de politique qualité comportant la définition de la vision, des missions et des valeurs de l'établissement.

- ✓ un projet d'établissement pour la période de 2014-2018 qui a retenu comme choix médical N°2, le développement de l'assurance qualité. A travers ce choix, une des actions prioritaires est de mettre en œuvre l'assurance qualité dans tous les services. Ainsi, il intègre naturellement la stratégie 5S-KAIZEN-TQM en tant qu'outil qualité.
- ✓ des plans d'action annuels de l'hôpital intégrant quelques activités de la stratégie dont essentiellement certaines formations, le concours d'excellence, les activités de communication et de suivi-évaluation.
- ✓ des plans d'actions annuels spécifiques à la stratégie de 2013 à 2017, avec une liste d'activités qui varient peu d'une année à l'autre et centrées sur la réalisation de la première étape de la démarche. Ainsi celui de 2017 compte trente-cinq (35) activités autour de deux (02) objectifs spécifiques qui sont :
  - Renforcer la mise en œuvre de la Prévention des Infections (PI) au CHR de Gaoua d'ici fin décembre 2017 ;
  - Renforcer la mise en œuvre du concept 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua d'ici fin décembre 2017.

Ces différents documents de planification témoignent du fort niveau d'engagement des acteurs au niveau stratégique pour la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM. Cependant, la planification comporte des insuffisances au titre desquelles on peut citer :

- ✓ L'absence de micros plans spécifiques formels pour la mise en œuvre de la stratégie dans les services engagés.
- ✓ Les insuffisances de fond du contenu des plans d'actions existants.

D'une part pour les plans d'action spécifiques à la stratégie, leur élaboration n'a pas toujours intégré toute la rigueur de la planification opérationnelle. En effet les activités prévues et qui engagent la mobilisation de ressources financières n'ont pas été toutes budgétisées alors qu'elles ne sont pas toutes intégrées au plan d'action annuel de l'hôpital pour les années respectives. Pour l'année où la budgétisation a été faite, la source de financement n'a pas été indiquée. Le bilan de mise en œuvre du plan d'action de l'année « n » n'est pas intégré à l'analyse de la situation de l'année « n+1 ». On constate une reprise quasi intégrale des mêmes activités d'une année à

l'autre sans qu'on ne puisse faire le lien avec les éventuelles raisons qui motivent cette duplication.

D'autre part, il y a des incohérences dans l'agencement des activités entre le plan du CHR et celui spécifique à la stratégie. A titre d'illustration pour l'année 2016, pendant que les supervisions sur la stratégie sont prévues semestriellement dans le plan d'action d'ensemble du CHR, elles sont formulées en deux activités à la fois semestrielle et trimestrielle au niveau du plan d'action 5S-KAIZEN-TQM. Aussi, pendant qu'il est inscrit une formation sur la stratégie dans le plan d'action du CHR, le plan d'action de la stratégie pour la même année n'en fait pas cas.

### **3.2.2. Les intrants**

#### **❖ Ressources humaines**

L'évaluation a porté sur trois volets à savoir la formation, la supervision et la récompense pour la qualité.

La formation du personnel sur la stratégie est le premier volet de leur implication dans la mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM. Il ressort de l'analyse des documents que pour la période de 2013 à la date de l'enquête en 2017, quatre sessions de formation ont été organisées sur la stratégie à l'attention du personnel avec l'appui du ministère de la santé et la JICA en personnes ressources expertes de la stratégie au plan national pour l'animation de ces formations. Il y a eu deux sessions en 2013 qui a concerné soixante-cinq (65) agents. Les deux autres sessions ont été réalisées en 2014 et en 2016 dont l'effectif des participants n'est pas précisé dans les rapports examinés.

Sur le plan pratique, pour les sessions de formation en 2013 qui ont concerné prioritairement les services pilotes, tout le personnel de chaque service, toutes catégories confondues, a bénéficié de la formation avant le début de la mise en œuvre. Cependant, cette logique n'a pas été maintenue pour l'enrôlement des autres services les années suivantes. Face aux contraintes financières pour la formation de tous les acteurs et au souci de disséminer la stratégie aux autres services, le recours aux quotas par service a été adopté pour les deux dernières sessions de formation. La

priorité a été néanmoins accordé à ceux n'ayant pas encore bénéficié de la formation. Dans le choix des participants aux différentes sessions de formation, il n'y a eu aucune discrimination et le choix a été laissé à chaque service en fonction de son organisation interne.

Deux autres difficultés ont été soulevées par les enquêtés comme une limite à la maîtrise du volet formation. Il s'agit d'une part de la question de la prise en charge financière des participants lors des formations. C'est ce que relève Pr5 *«il y a aussi des handicaps internes, notamment la possibilité pour les hôpitaux de donner des perdiems. Alors que formation sans perdiems, ce n'est pas très évident»*. En effet comme le dit Pr8 : *«Souvent les gens ne voient pas le côté rendement, c'est le côté pécuniaire qu'ils voient»*. La solution proposée est de travailler à intégrer cette réalité à travers cette idée de Pr3 : *«on sait que c'est le problème pécuniaire qui cause problème. Les gens préfèrent écouter et empocher, les deux à la fois, sinon ils ne vont pas vous écouter. Moi ma suggestion est qu'on forme tout le monde. Je me dis qu'après la formation, tout le monde sera en paix et la stratégie va pouvoir avancer.»*. D'autre part, il s'agit de la forte mobilité du personnel qui ne permet pas de capitaliser les acquis de la formation. En effet, la plupart des agents formés quittent la structure quelques temps après et laisse place à des agents nouvellement affectés avec qui il faut tout recommencer. Pr8 explique : *«Au départ, dès que les agents ont été formés, dans un premier temps, ils se sont lancés dans la stratégie. Par la suite, deux ans trois ans après avec les départs, ça fait que la mobilité du personnel, les nouveaux qui sont arrivés [silence] bon n'étaient pas imprégnés du système»*.

C'est ce que Ci7 confirme en disant : *«Tout le personnel est impliqué. Maintenant avec la mobilité du personnel là, c'est ça qui cause problème. Quand on forme, y a d'autres qui partent des nouveaux viennent, voilà cette problématique qui est là...»*

L'évaluation du niveau de connaissance des personnes ressources et clients internes enquêtés sur la stratégie permet de constaté que malgré la fait que la quasi-totalité des personnes ressources et clients internes enquêtés aie reçu la formation, c'est l'étape 5S qui est globalement maitrisée. Les deux autres étapes sont quasiment méconnues. Ainsi la philosophie d'ensemble de la démarche 5S-KAIZEN-TQM n'est pas bien intégrée même au niveau de certains animateurs de la stratégie. C'est le constat qui est fait par Pr5 qui dit avoir personnellement oublié la signification du

KAIZEN et du TQM : « [...] ce n'est pas seulement le personnel, ça peut être même les acteurs qui animent : Est-ce qu'ils maîtrisent les deux autres phases. Ce n'est pas très évident [...]. Donc peut-être essayer de voir, peut-être avec le projet (PRISME), comment renforcer même la compétence de ces acteurs qui sont en charge de l'animation de la stratégie. ».

Le deuxième volet en lien avec les ressources humaines est la supervision. Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, des supervisions ont été programmées dans les plans d'action. Cette supervision est assurée par le comité qualité à l'endroit des services engagés dans la mise en œuvre. Prévues de façon trimestrielle au début de la mise en œuvre et semestrielle après, un certain nombre a été réalisé aux dires des enquêtés. Cependant, il y a un problème de traçabilité et d'archivage. La plupart ont été fait de façon informelle, ce qui fait que seul un rapport de supervision a été retrouvé. Cette supervision du personnel est d'ailleurs reconnue être irrégulière par les enquêtés. Pr6 affirme : « Bon, il y a l'insuffisance de suivi des différents acteurs. A mon avis, ça ne favorise pas l'implantation favorable de la stratégie ». Le départ de certains membres du comité est évoqué par Pr5 comme raison : « c'est le comité aussi qui pêche, ce comité-là était résumé à une seule personne, les autres docteurs sont partis. ».

Au niveau du volet émulation, il existe un concours d'excellence organisé chaque année pour récompenser les cinq meilleurs services et les agents méritants au niveau de l'hôpital. Bien que ce concours porte sur la qualité en général, un certain nombre de critères est en lien avec à la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM. En effet, sur un total de dix (10) items, la moitié des items peuvent être rattachés à la pratique de la stratégie à l'étape «5S». Il s'agit de l'appréciation du système d'archivage, du système de communication et d'information, de l'état des locaux, des mesures de sécurité et de la gestion du matériel. Pour les meilleurs agents, le choix est basé essentiellement sur les critères de la grille de notation de la fonction publique. Aussi, la diffusion de ces critères auprès du personnel reste à améliorer car il ressort à la lumière du contenu des verbatim, un problème d'appropriation à leur niveau. Voici ce que Pr4 membre d'une cellule qualité d'un service affirme à cet effet : « Bon, la dernière fois, il y avait eu des récompenses pour les meilleurs services et

*pour les meilleurs agents. Mais les critères je ne sais pas. Il y avait beaucoup de critères, je ne sais pas par rapport au 5S, voilà. Ils avaient réuni beaucoup de critères.»*

### ❖ **Ressources organisationnelles**

L'organigramme du CHR comportait au début de l'implémentation de la stratégie dans le cadre de la gestion de la qualité des soins, une direction de l'hospitalisation et de la qualité des soins. Cette direction comporte des services chargés de la gestion de chaque volet de la qualité. Afin d'impulser une dynamique au programme 5S-KAIZEN-TQM au sein de l'hôpital, il a été institué au début du processus de mise en œuvre, un comité qualité pour le pilotage général et des cellules qualité à l'échelle des services. Ces organes auraient été formalisés par une note de service du directeur général, mais nous n'avons pas pu voir son contenu. Le comité qualité est composé de six membres. La désignation des membres a été faite sur la base de l'engagement et de la responsabilité assumée par l'intéressé au sein de l'hôpital. Pour les cellules qualité composées de trois membres, le choix des membres a été faite de façon démocratique en incluant systématiquement un garçon ou une fille de salle. Cependant, il n'y a pas eu de description de postes et de répartition de tâches formelles pour les différents membres du comité et des cellules qualité. Il faut noter qu'en application des dispositions du décret N°2015-1268/PRES-TRANS/PM/MS/MEF, portant statuts particuliers des CHR, il vient d'être crée une direction de la qualité au sein du CHR et la plupart des membres du comité qualité sont nommés pour l'animation des services de cette direction. Cette réforme organisationnelle qui est en train de s'opérationnaliser, pourrait avoir des répercussions sur le comité qualité ainsi que la gestion de la qualité au sein de l'hôpital.

### ❖ **Ressources financières**

Sur la base des documents et des entretiens, il ressort que le financement de la stratégie provient principalement de trois sources dont les fonds propres de l'hôpital, le programme d'appui au développement du système de santé (PADS) et la JICA. Cependant, nous n'avons pas pu faire la situation exhaustive de l'ensemble des

dépenses effectuées par chaque bailleur. En effet, certaines dépenses sont intégrées dans les dépenses de routine de l'hôpital, d'où la difficulté à faire le point. En analysant les plans d'actions spécifiques à la mise en œuvre de la stratégie seul celui de 2016 est budgétisé avec un coût global de 3816000f CFA sans précision des sources de financement éventuelles. En faisant la triangulation avec le plan d'action 2016 de l'hôpital, des incohérences existent dans la budgétisation. En effet, pendant que le plan d'action de la stratégie a un coût estimatif 3816000f CFA, la synthèse des activités retenues au compte de la stratégie dans le plan d'action global de l'hôpital donne un montant de 2327800f CFA. Il se dégage donc un écart de 1488200f CFA, montant à mobiliser en hors plan, toute chose qui n'est pas évidente. Aussi les incohérences concernent l'incidence financière de certaines activités. A titre d'illustration, la supervision et l'évaluation inscrites dans les deux plans d'action doivent coûter 772000f CFA selon le plan d'action de la stratégie, alors qu'elles sont sans incidence financière dans le plan d'action global du CHR. Quatre (4) autres activités avec un coût global de 2744000f CFA sont inscrites dans le plan d'action de la stratégie alors qu'elles ne figurent pas dans le plan d'action du CHR.

En réponse à la demande du chercheur, sur les ressources financières mobilisées dans la mise en œuvre de la stratégie depuis le début en 2013 jusqu'à la date de l'enquête en 2017, les informations reçues se présentent comme suit:

**Tableau III : Situation des activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM**

N° ordre	Activité	Année d'exécution	Coût	Source de financement
1	Voyage d'étude à Banfora	2013	?	Fonds propres
2	Former 65 agents du CHR en assurance qualité en deux sessions	2013	3507000	PADS
3	Réaliser une enquête semestrielle de satisfaction des usagers sur la qualité de l'accueil et des conditions de séjour au CHR de Gaoua	2013	337500	PADS

4	Formation des agents du CHR sur le concept 5S-KAIZEN-TQM	2014	?	Fonds propres
5	Comité de réflexion sur la qualité des soins au centre hospitalier régional de Gaoua	2016	1435000	Fonds propres
	Total		5279500	

Source : situation faite par le DAF sur demande du chercheur

### ❖ Ressources informationnelles

Comme mécanisme et moyens de communication déployés pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie, l'accent a été mis sur la communication interne à travers les affiches, les images, les séances de sensibilisation à l'endroit des accompagnants, la mise à contribution des cadres de concertation statutaires des services et de l'hôpital. Des émissions radiophoniques ont été planifiées mais non réalisées conséquemment. Aussi pour les quelques émissions réalisées, il n'y a pas eu de thèmes spécifiques à la stratégie 5S-KAIZEN-TQM. L'efficacité de la communication reste mitigée surtout à l'endroit des clients externes qui sont en perpétuel changement et au regard du faible niveau d'instruction de la population de la région, potentiel clients de la structure. C'est ainsi que le problème de langue a été évoqué par beaucoup de clients internes et personnes ressources comme un obstacle à une bonne communication à l'endroit des usagers. Pr13 explique : *«A l'endroit des usagers souvent ce n'est pas simple, (rires), souvent tu es confronté à un problème de discours, tu ne comprends pas la langue locale, maintenant bon, souvent ce n'est pas simple»*. Pr11 va plus loin en disant : *«Bon, la communauté, d'abord il faut dire qu'on a un petit problème ici, problème de langage puisse que la communauté parle des langues qui nous sont étrangères donc la petite langue avec laquelle on se débrouille, c'est le «Dioula». Souvent aussi lors des conversations on est bloqué à un certain moment à tel point qu'on ne peut pas continuer.»*

Des bonnes pratiques se voient cependant à certains endroits.

Par rapport à la sensibilisation des usagers sur le recouvrement des coûts, nous avons ce message affiché dans tous les services de l'hôpital.



**Image 3: Sensibilisation des usagers sur le recouvrement des coûts**

Il y a également les images sur l'hygiène pour interpeler les usagers au respect de certaines règles à l'exemple de celle-là:



**Image 4: Sensibilisation des usagers sur l'hygiène et assainissement**

Une bonne pratique, c'est également ce panneau d'indication qui rend le message accessible ainsi que ceux des services d'Odontostomatologie, d'Ophtalmologie, d'Otorhinolaryngologie (ORL), avec comme exemple celui de l'odontostomatologie :



**Image 5: Panneau d'indication avec image pour faciliter la compréhension par les non instruits**



**Image 6: Panneau d'indication avec dessin pour faciliter la compréhension par les non instruits**

Notons également au titre de la communication qu'un poste d'accueil a été créé à l'entrée du CHR pour un meilleur accompagnement des usagers mais son fonctionnement n'est pas encore optimal. En effet, l'objectif était d'amener les animateurs de ce poste qui parlent les langues de la localité, en plus de leur tâche d'accueil et d'orientation dès l'arrivée des usagers, d'assurer la sensibilisation des accompagnants à l'intérieur des services mais ce volet n'est pas opérationnalisée. Il faut noter également que l'implication des leaders communautaire bien que prévue

dans les plans d'action de mise en œuvre de la stratégie, n'est pas encore effective. Un plan de communication est en cours d'élaboration pour une meilleure gestion de la communication interne et externe.

### ❖ **Ressources matérielles**

La disponibilité du matériel pour la mise en œuvre de la stratégie n'est pas permanente. Par rapport aux outils pour la réalisation de l'étape 5S, il y a des ruptures de façon récurrente. Ces ruptures concernent les sachets couleurs type pour le tri des déchets, les boîtes de sécurité pour les déchets piquants et coupants, le matériel et les produits d'entretiens pour le nettoyage. Le client interne Ci10 indigné déclare *«Y a certaines ruptures qui peuvent s'expliquer mais quand y a rupture de sachets, rien que sachets, pendant un mois, deux mois, trois mois, y a de quoi s'inquiéter et pour être honnête je trouve que d'une part y a une mauvaise volonté quelque part, je ne saurai situer la responsabilité»*. Aussi certains besoins restent non couverts pour une mise en œuvre effective de l'étape 5S. Il s'agit du problème de magasins pour le stockage du matériel déclassé dans les services en attente d'élimination convenable ainsi que de local pour une meilleure organisation de l'archivage. C'est ce que relève Pr5 en ces termes : *« [...] Il n'y a pas de magasin, il n'y a pas de locaux, les archives que nous avons, on se rend compte qu'elles sont encombrantes. Mais avec la durée de vie de ces archives, il faut les ranger quelque part. Ce n'est pas toujours évident. Donc, il y a des besoins nouveaux qui naissent, qui de prime à bord n'étaient pas prévus, ces besoins nouveaux naissent et il faut des mesures d'accompagnement»*. A cela s'ajoutent les pannes d'incinérateur qui limitent une élimination efficace des déchets biomédicaux.

A ces insuffisances, il faut ajouter les problèmes de rationalisation de l'utilisation bien que les avis restent partagés sur cette question. En effet, l'organisation de la dotation, de la gestion interne dans les services et de l'utilisation comportent certaines insuffisances. Pour illustrer Ci10 explique : *« [...] y a des noms qu'on ne veut pas dire sinon y'a n'en qui camouffle ces choses-là ou y'en a la répartition n'est pas trop ça et souvent quand le matériel s'en va dans certains services aussi, d'autres ne cherchent pas à responsabiliser quelqu'un pour la gestion de ce matériel donc du coup ça aussi ça pose problème»*.

## ❖ Ressources temporelles

Pour la prise en compte du temps dans le déploiement de la stratégie, il y a une grande insuffisance à ce niveau. En effet, il n'y a pas d'échéance prévue pour le passage d'une étape à l'autre dans l'ensemble des plans d'action relatifs à la mise en œuvre de la stratégie. Seul le déploiement de la première étape de la stratégie à l'ensemble des services a été fixé à l'année 2014, mais cela n'a également pas été respecté. C'est dans ce sens que ce responsable Pr5 affirme : *«Maintenant, je crois que je l'ai déjà évoqué, le hic c'est que jusque-là, on se limite à un premier stade de cette stratégie, c'est-à-dire les 5S, si bien que le changement de comportement n'est pas jusque-là perçu. Alors que si on avait évolué dans les différents gradients de la stratégie, je pense que ça allait formater le personnel, sa manière de faire, et tout et là les choses allaient être visibles.»*. Dans le même sens Pr9 stipule : *«il faut dire que l'une de nos difficultés, c'est ça. Parce que à un moment donné, on dit «5S», «5S», mais, au niveau de chaque service personne ne sait à quel moment on a passé de 5S à KAIZEN , parce que, qu'est ce qui s'est passé pendant la formation: il est dit, arriver à faire les 5S d'abord, après on va venir vous dire le KAIZEN , donc les gens sont dans les 5S, seulement [...], sans le changement souvent même, je me dis que ça peut être une cause de monotonie on ne sent pas les choses changer»*.

En synthèse pour le volet intrants, il ressort une volonté de la direction à impliquer l'ensemble du personnel à travers la formation qui se bute à la réalité du contexte marqué par la forte mobilité du personnel et la problématique de prise en charge financière des participants aux formations. A cela s'ajoute une quasi-absence de supervision formelle. Cela est à l'origine d'une insuffisance de maîtrise de la stratégie par les différents acteurs. Les ruptures et insuffisances en ressources matérielles, informationnelles et l'absence de prise en compte des aspects temporels sont également une réalité.

### 3.2.3. Le processus

L'évaluation de la mise en œuvre pratique de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM a concerné le fonctionnement des cadres de mise en œuvre, l'état de la pratique de la stratégie sur le terrain ainsi que l'évaluation.

#### ❖ Cadres de mise en œuvre

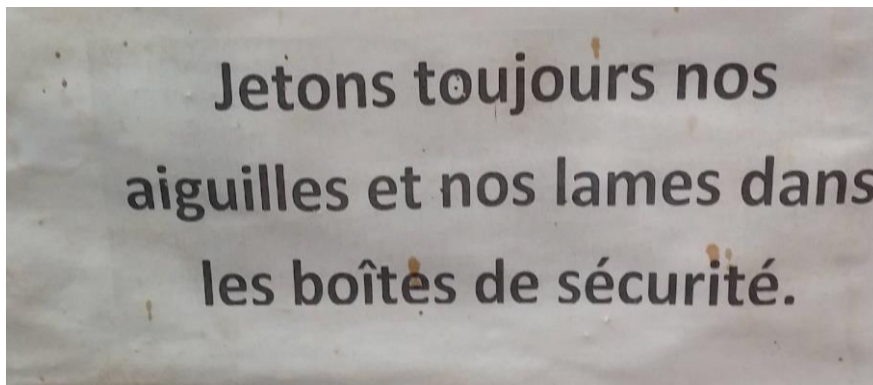
Concernant le fonctionnement des organes chargés de la gestion de la mise en œuvre, il ressort qu'au départ, le comité était particulièrement dynamique. Les activités de suivi ainsi que les rencontres étaient documentées. Pr5 qui est au niveau de l'administration témoigne : *«bon, je fais encore du recul pour vous dire que ces différents cadres vraiment étaient très bien animés [...]. Il y a des rapports qui sont produits»*. Cependant cette rigueur de départ n'a pas été maintenue, ce qui a créé une rupture dans la continuité des activités sur le terrain. Sur l'ensemble des activités menées de 2013 à la date de l'enquête, seulement quatre rapports ont été retrouvés. Cette situation, aux dires des participants à l'étude, est liée en partie au départ de l'hôpital, de certains membres de ces organes dirigeants pour diverses raisons. Il y a aussi le problème de rupture de matériel et produits d'entretien nécessaires pour une bonne application des 5S qui a freiné l'élan du comité qualité.

Le fonctionnement des cellules est également problématique. En effet, le mouvement du personnel a fait que de 2013 à ce jour, beaucoup de services ont perdu presque tous les membres initiaux de leurs cellules, d'où un retour à la case départ. Les efforts actuels du comité sont orientés vers une reconstitution de ces cellules avec les agents nouvellement formés. Bien que certaines cellules affirment disposer de compte-rendu d'activités, ils n'ont pas été en mesure de les mettre à la disposition pour les besoins de l'étude. Certaines reconnaissent d'ailleurs le manque de traçabilité de leurs activités. Cette personne ressource membre du comité 5S Pr9 s'exprime en ces termes : *«on avait des cahiers 5S où les cellules 5S devaient noter les difficultés qu'ils rencontraient, remonter les comptes rendus de leurs rencontres. Mais bon ça n'a pas pu. La mayonnaise n'a pas donné. Au niveau organisationnel, sérieusement, il y a à travers les cadres de concertations, il y a des difficultés»*.

### ❖ Mise en œuvre pratique

Le niveau d'application pratique de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM s'est fait par l'observation en utilisant la grille d'évaluation du ministère contenu dans le guide de formation associé à la revue documentaire et aux contenus des entretiens. Cette évaluation a concerné sept (7) services cités par les responsables chargés du pilotage comme étant enrôlés formellement dans la mise en œuvre de la stratégie. Il s'agit du service des entrées ou urgences médicales, de la chirurgie, du bloc opératoire, de la réanimation, de la maternité, de la médecine et de la pédiatrie. Conformément aux items de la grille, la mise en œuvre pratique de chaque (S) de la stratégie 5S a été appréciée par service. Ensuite, une synthèse a été faite au niveau de chaque service pour l'ensemble des «5S». La moyenne de l'ensemble des services évalués a été considérée comme niveau de performance de l'hôpital en ajoutant l'évaluation du leadership du comité qualité.

Pour le seeri représentant le premier (S), le score obtenu par l'hôpital est de 52%. Il est constaté un effort dans le désencombrement des services visités tant à l'intérieur qu'à l'extérieur mais des efforts restent à faire dans certains services car on y retrouve toujours des objets non désirés dans certains bureaux et postes de travail ainsi qu'aux alentours des services visités. Aussi, il n'y a pas d'instruction de débarras des affiches faites sur les tableaux, ce qui fait que ceux-ci sont encombrés par endroits. Le tri des déchets comporte également des insuffisances. Comme bonne pratique, on note ce message qui rappelle les principes du tri:

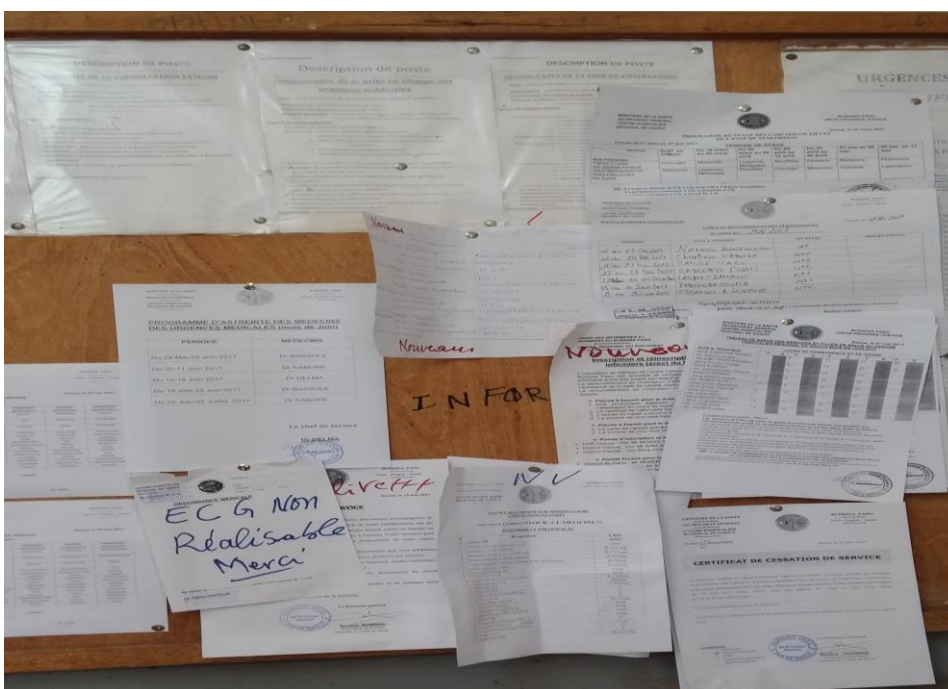


**Image 7: Rappel du personnel sur le tri**

A titre d'illustration des insuffisances nous avons sélectionné cette image.



**Image 8: Exemples d'insuffisance globale du Seiri**



**Image 9: Exemple d'insuffisance du seiri appliqué au tableau d'affichage**

Pour le seiton, (situer, systématiser), l'hôpital a obtenu un score de 44%. Il y a un effort dans le rangement mais des améliorations restent nécessaires. En effet, certains matériels sont rangés sans étiquettes et l'usage des codes couleurs pour éviter les amalgames se limite uniquement aux poubelles. Il n'y a pas d'image pré et post 5S. Certains bureaux individuels des responsables des services restent encombrés et désordonnés.

L'image suivante est un exemple d'insuffisance globale du seiton.



**Image 10: Exemples d'insuffisance dans le seiton**

Cette deuxième image traduit un effort dans le rangement mais il manque l'étiquetage :



**Image 11 : Effort de seiton avec absence d'étiquettes systématique**

La salubrité ou seiso est évidente tant au niveau des services que dans l'environnement externe de l'hôpital. Cependant les toilettes du personnel et surtout des usagers sont peu hygiéniques. Le score global obtenu par le CHR est de 53%.

Voici une image donnant le reflet de la bonne intégration de l'hygiène et de l'embellissement :



**Image 12: Hygiène et embellissement de l'entrée de l'hôpital**

A l'opposé, l'image suivante est un exemple patent de la situation de la salubrité des toilettes du personnel :

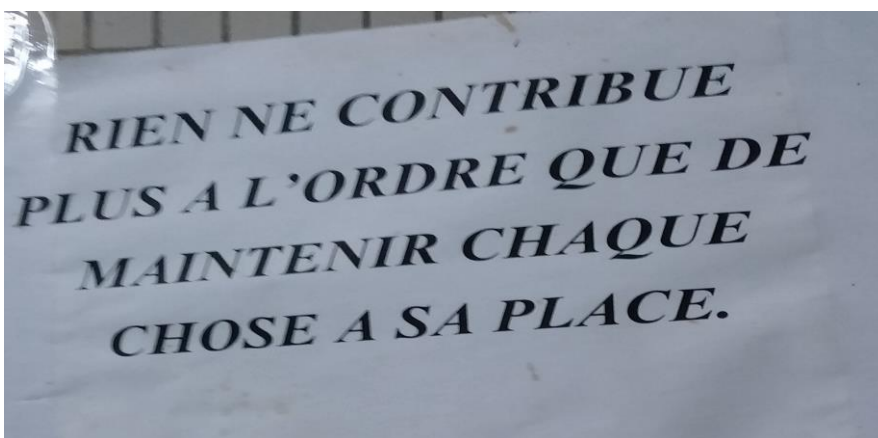


**Image 13: Exemple d'insuffisance dans la salubrité des toilettes**

Le seiketsu ou standardisation est à un stade embryonnaire. Il se limite aux messages de sensibilisation sur le recouvrement des coûts et l'identification des services et des bureaux. L'hôpital a eu une performance de 43%.

Le shitsuke (autodiscipline et pérennisation) reste un défi à relever pour l'ensemble des services visités. Il est estimé à 40% pour le CHR. Pourtant cette étape est le maillon central qui permet aux quatre (4) précédentes de bien se tenir. Elle conditionne le succès de la stratégie.

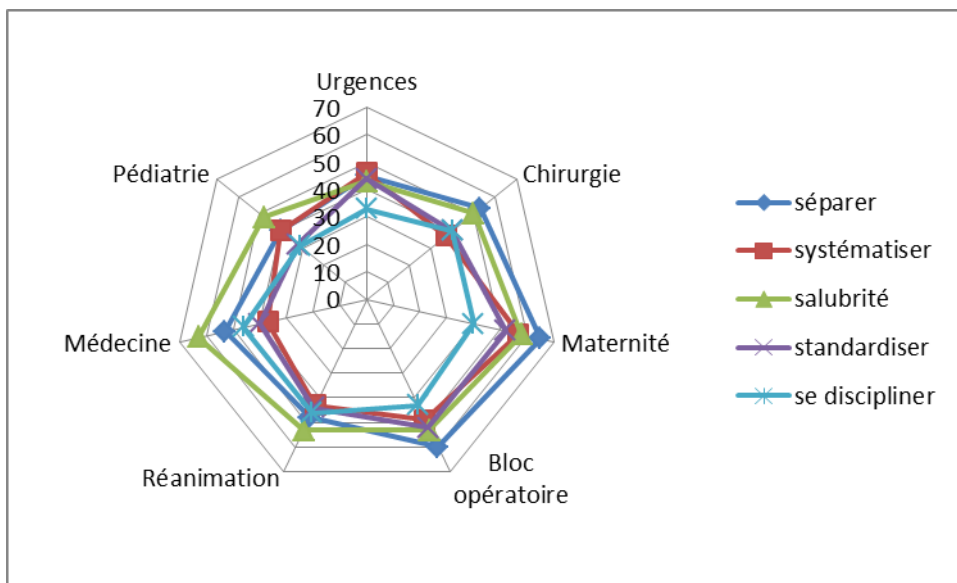
Un client interne donne cet exemple relatif au comportement du personnel à cet sujet : *«Rien que ces documents ici, quand moi je viens j'arrange ; il suffit que je m'absente quelques jours quand je viens là y a un désordre il faut que je classe encore.»*. Cette image sensibilise le personnel dans le sens du respect des règles établis.



**Image 14: sensibilisation du personnel à l'autodiscipline**

Du côté des usagers, la question de la discipline est d'avantage problématique. Les salles d'hospitalisation sont encombrées par toutes sortes d'objets. L'environnement externe immédiat des services est utilisé pour le séchage du linge, le repos, le repas. La lessive est faite de façon anarchique alors qu'une laverie et un séchoir bien aménagé existe à cet effet.

En faisant la synthèse de cette observation au niveau des services visités selon la pondération on obtient le graphique suivant :



**Figure 8: Niveau de réalisation des 5S par service.**

Pour l'ensemble de l'hôpital le détail est illustré par le tableau suivant :

**Tableau IV : Performance globale de l'hôpital pour la réalisation pratique des 5S.**

Leadership	60
Séparer	52
Systematiser	44
Salubrité	53
Standardiser	43
se discipliner	40
<b>Total</b>	<b>49</b>

Il ressort donc de cette évaluation qu'au bout de cinq années de mise en œuvre de la démarche, le CHR est toujours à la première étape de la stratégie à savoir les 5S avec un score global de 49%. Le leadership, le tri et la salubrité restent les points forts de cette mise en œuvre.

## **Evaluation**

Pour l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie, il ressort que durant le temps de la mise en œuvre déjà écoulé, seulement une évaluation mixte a été réalisée et documentée avec l'appui technique du ministère et de la JICA en février 2014. Sur les quatre hôpitaux visités par l'équipe des évaluateurs constitués des formateurs nationaux sur la stratégie, des experts de la JICA et des membres de l'équipe qualité de chaque hôpital, le CHR de Gaoua était classé en tête avec une moyenne globale de 67% pour l'étape 5S. Il est fait également cas d'autoévaluations réalisées par les responsables du comité 5S mais elles n'ont pas été formellement authentifiées. Il n'existe pas de mécanisme mis en place pour suivre la mise en œuvre des recommandations de ces évaluations. En somme, le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie est en souffrance. Les enquêtés interpellent le ministère qui selon eux doit d'avantage s'approprier la stratégie et accompagner conséquemment les structures dans le suivi-évaluation. C'est ce que Pr5 relève : *«le niveau central qui devrait aussi chapeauter les dossiers, bon on ne sent pas très bien le niveau central»*.

Au regard des constats faits au niveau du fonctionnement des cadres de mise en œuvre, de la performance de l'hôpital dans l'application pratique de la démarche et l'appréciation de l'évaluation, beaucoup d'efforts restent à fournir par l'hôpital pour que la stratégie puisse s'implanter durablement. Ces efforts vont de la dynamisation des cadres au suivi-évaluation, en passant par le renforcement des acquis au niveau des trois premiers « S » et la standardisation ainsi que la promotion de l'autodiscipline.

### 3.2.4. Les résultats de la stratégie

Malgré les difficultés de mise en œuvre, l'implémentation de la stratégie a eu des effets perceptibles bien qu'il soit difficile de les rattacher tous à la stratégie. En effet il ressort des entretiens avec les personnes ressources qu'il y a eu des enquêtes de satisfaction au cours de la mise en œuvre de la stratégie mais nous n'avons pu rentrer en possession d'aucun résultat. Pour ce faire l'analyse de cette composante s'est appuyée uniquement sur la perception des clients.

#### ❖ **Appréciation des clients internes**

Pour les clients internes, la stratégie a contribué à une amélioration de l'hygiène au sein de l'hôpital et des conditions de travail du personnel dans une certaine mesure. Ci12 déclare à ce sujet : *«Ça amélioré les conditions d'hygiène et les conditions de travail des agents.»*. Ci3 quant à lui va dans les détails : *« Bon ce qu'on remarque vraiment, il y a eu une amélioration notable par rapport à l'hygiène et par rapport même à l'organisation même du travail. Quand tu rentres dans les services, on sent que tout n'est pas déposé pèle mèle. Tout ce qui doit être utile, on les a à côté ; et tout ce qui est inutile on laisse ça de l'autre côté. Voilà je pense que ça amélioré un peu par rapport à avant.»*.

Le changement positif est également ressenti par Ci7 qui s'exprime en ces termes : *«Moi je trouve qu'on a gagné parce que ça facilite même la tâche dans le travail. Dès que tu rentres, en salle d'accueil même, tu sais où se trouve quoi, la salle est bien aérer, ça donne envie de rester longtemps, et travailler, voilà. Les patients aussi trouvent du plaisir parce que tout est bien propre, on se sent comme si on était chez soi. Ça évite vraiment les risques d'infections.»*

Il est senti également un apport par rapport à la gestion du temps dans les activités. A travers cette illustration Ci8 donne sa raison : *« [...], le temps aussi est amélioré, puisse que le temps de chercher quelque chose, si tu sais que c'est déposé dans tel lieu tu pars prendre ça. C'est plus rapide que si tu vas fouiller chercher.»*

La lutte contre les infections nosocomiales pourrait également passer par cette stratégie à la fois pour les usagers que le personnel : *«L'intérêt que moi je porte à la stratégie, ça permet aussi de se protéger. C'est la protection en soi et aussi le bien être de ceux qu'on soigne ici.»*Parole de Ci4. Quand à Ci2 elle fait son analyse de la situation

de son service quand la mise en œuvre était efficace en ces termes : *« Bon, en son temps, on a constaté que il y a moins d'infections du côté des opérés, surtout des césariennes, on y avait moins de suppuration. »*.

L'application de la stratégie participe également à éliminer les barrières entre les agents et participe à une bonne ambiance de travail aux dires de certains enquêtés dont en voici une illustration de Ci13 : *« Les gens nous interpellent souvent, ils viennent au bureau ici que docteur n'est pas 5S...je comprends je dis quand je commence la consultation c'est difficile mais après quand ils ressortent, on se taquine »*.

C'est le même son de cloche pour (Ci 14) *« Quand vous rentrez, quand l'espace est bien ordonné, ça donne l'envie de travailler. On n'a pas besoin d'en vouloir à l'autre. Pour savoir où est classé quoi, où est logé quoi, non non. On va et on prend la chose, on travaille dans l'ambiance et voilà. »*. En sommes la mise en œuvre de la stratégie participe à la qualité des soins à l'analyse de la situation faite par les clients internes.

### ❖ **Appréciation des clients externes**

Pour les clients externes, bien que n'étant pas très imprégnés de la stratégie en cours par l'insuffisance de communication, ils ont une appréciation positive pour certains effets.

D'abord pour l'hygiène globale de l'hôpital. C'est le point de vue de cette cliente externe Ce5 : *« La cour a été balayée, les salles sont nettoyées tout est propre. »*. Aussi ils sont globalement satisfaits de la qualité des soins mais se plaignent de l'accueil en consultation. Cet accompagnant répondant au nom de Ce3 souligne : *« En ce qui concerne le travail, dès qu'on vous reçoit, ils travaillent bien. Le problème réside au niveau de la possibilité de voir le docteur »*. La plupart des clients externes sont d'ailleurs plus préoccupés par l'état de santé du malade que les autres aspects. Voici la réaction de Ce14 : *« Si nous venons, nous cherchons qu'on soigne notre malade, nous ne cherchons rien de plus »*.

Pour les affiches, elles sont reconnues être utiles mais seulement pour les lettrés en dehors des quelques images illustratives. C'est ce qu'explique cet accompagnant

de malade du nom de Ce7: *«Les affiches? C'est bon, oui c'est bon, ceux qui savent lire, même si tu ne connais pas le service, tu pars, c'est déjà écrit pédiatrie ou bien médecine, et tu regardes tu sais que le service c'est par là. Mais si tu ne sais pas lire, tu es obligé de demander aux gens. Sinon c'est bon, tout ce qu'ils ont écrit, c'est bon. Si tu entres à l'entrée là-bas, c'est écrit les yeux, les oreilles, les dents, il y a les dessins, tout on n'a pas besoin de demander à quelqu'un. C'est bon ce qu'ils ont fait, avant il n'y avait pas ça. Ça en tout cas ils ont bien fait.»*

Pour les insuffisances au niveau de l'hygiène, les clients externes sont unanimes sur l'état des toilettes tout en reconnaissent leur part de responsabilité : *«Les gens défèquent en dehors de la fosse»*, indique Ce4.

Le focus des critiques des clients externes par rapport à leurs conditions de séjour à l'hôpital concerne le temps d'attente pour la consultation, l'accès aux médicaments et la sécurité. A titre d'illustration, voici la réaction du client externe Ce10 par rapport à la consultation : *«Tu peux t'inscrire le lundi et attendre le vendredi pour avoir une consultation. C'est devenu un business. Si tu ne connais personne à l'hôpital, sincèrement si tu es un malade très sérieux ce n'est pas facile. »* .

Pour les prestations de la pharmacie et la caisse, l'ensemble des clients externes interviewés ont exprimé leur insatisfaction. A propos, Ce9 en attente avec son malade au point focal faisant office d'hôpital de jour, explique sur un ton colérique : *«Il faut voir comment les malades sont arrêtés, ici là même pour avoir les médicaments-là, c'est compliqué, je suis venu à 6h, peut-être c'est à 11h que la pharmacie va ouvrir, de fois même vous attendez jusqu'à 12h ou 12h30, vous voyez»*. Il reconnaît néanmoins que cela est lié à l'insuffisance du personnel : *« [...], s'ils étaient nombreux, les malades ne peuvent pas venir s'asseoir comme ça et attendre. La pharmacienne est seule, c'est ce que j'avais dit, quand elle vient, elle sort fatiguée, il n'y a pas le personnel.»*.

C'est le même cri de cœur au niveau de la caisse : Ce9 poursuit : *«A la caisse là aussi ce n'est pas la peine [...] Tu peux faire 1h, 2h là-bas avant de payer avec ton propre argent. S'il avait deux côtés, ça allait être plus facile. On paie l'argent avant d'aller prendre les médicaments. Là-bas, ils n'ont qu'à voir ce cas aussi. Sinon beaucoup vont perdre leurs malades »*.

La sécurité au sein de l'hôpital est également jugée très préoccupante. Le système de contrôle est jugé très défaillant. Ce3 avance ceci : «...non peut être les vigiles, les agents de sécurité, eux quand même, il faut les mettre en garde et leur dire que non, l'hôpital n'est pas un marché,, il y'a des règles qu'il faut surveiller. N'importe qui ne peut pas rentrer comme ça et sortir comme si, non ce n'est pas bien. C'est parce que Gaoua même est une petite région sinon l'hôpital là ça peut être signe de banditisme un jour, parce que n'importe qui rentre au hasard, y a même pas de contrôle là c'est très dangereux. C'est possible qu'un jour on ne le souhaite pas mais en tout cas la façon de la sécurité ça ne va pas.».

### **3.2.5. Appréciation du niveau global de déploiement de la stratégie au niveau de l'hôpital**

Partant des résultats obtenus par l'appréciation du contexte, des intrants, du processus et des résultats, les constats suivants se dégagent concernant le niveau global de déploiement de la démarche 5S-KAIZEN-TQM.

L'hôpital capitalise 5 années d'expérience de mise en œuvre de cette stratégie allant de 2013 à 2017. Dans l'ensemble, sept (7) services cliniques sont formellement engagés dans le processus de mise en œuvre qui concerne uniquement l'étape 5S. Dans certains services non officiellement enrôlés, les quelques agents formés tentent d'entraîner les autres à travers le briefing fait après la formation, mais cette stratégie demeure insuffisante. Néanmoins quelques bonnes pratiques répondant à l'esprit de la stratégie à l'étape 5S sont observables dans ces unités.

Aussi, en se référant au cadre conceptuel du processus d'implémentation de la stratégie décrite par le Dr Karandagoda, il faut théoriquement environs trois ans pour traverser les différentes étapes de la démarche 5S-KAIZEN-TQM. Cependant, en cinq ans de mise œuvre, le CHR de Gaoua est toujours à l'étape 5S et il est constaté une évolution en dent de scie. Elle est marqué par un début appréciable à la phase pilote, avec une bonne assise organisationnelle, un effort dans la pratique et le suivi à l'échelle des services, associé à l'accompagnement du ministère, suivi d'un relâchement et actuellement d'un regain d'intérêt pour la stratégie à travers une relance progressive.

L'analyse fait ressortir également la présence de goulots d'étranglement à tous les niveaux qui pourraient justifier cette situation. Il s'agit des insuffisances dans l'engagement et l'appropriation de la stratégie par le personnel et la communauté imputable en grande partie à la question de la formation initiale et continue ainsi qu'à la communication. Il y a également des insuffisances en intrants, un problème d'intégration de la philosophie globale de la stratégie au niveau du processus opérationnel et une satisfaction partielle des clients internes et externes. Au-delà, on dénote une conviction de l'ensemble des acteurs enquêtés quant à la pertinence de la stratégie pour accompagner l'hôpital dans la réalisation de sa vision. Les exemples de bonnes pratiques appréciées par les clients internes et externes à cette étape de mise en œuvre en sont une illustration. Pour cette année 2017, le changement organisationnel opéré par l'administration avec la création de la direction de la qualité pourrait donner un souffle nouveau à la stratégie aux dires de ses animateurs.

## **CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS**

Dans ce chapitre, il sera question de faire une analyse critique de la qualité et de la validité de nos résultats au regard des exigences de la rigueur scientifique et de faire un lien de comparaison de ces résultats avec ceux d'autres études antérieures.

### **4.1. Fiabilité et validité des résultats**

Selon Gagnon (2012) cité par Duplessis, la validité réfère à la justesse et à l'exactitude des résultats par rapport à la réalité. Quant à la fiabilité, elle est liée à la circonstance des observations et à la réplication des résultats. La fiabilité est une condition nécessaire à la validité, sans toutefois la garantir (Duplessis, 2015)

Pour la validité interne, Farquhar en 2012 offre une définition s'appliquant à notre situation : « Le but de la validité interne est de persuader le lecteur que les résultats de la recherche sont basés sur une investigation critique des données» [traduction libre]. (Duplessis, 2015, p. 64)

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour une approche qualitative de type étude de cas. L'échantillonnage qui a été non probabiliste avec un choix raisonné pour les personnes ressources et un choix accidentel pour les autres cibles. La taille de l'échantillon qui était estimé initialement à quinze pour les personnes ressources s'est réduite à treize du fait que certains enquêtés cumulaient plusieurs fonctions mais nous avons atteint la saturation. Pour les clients internes et externes la taille de l'échantillon a été dictée par la saturation des données. Le recours à plusieurs sources de données que sont l'observation, l'entretien et la revue documentaire à partir d'un ensemble de critères en rapport avec le contexte, les intrants, le processus et les résultats de la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM et la rigueur observée tout au long de la collecte et de l'analyse des données renforce la crédibilité des résultats.

En effet, les techniques de collecte de données sont appropriées à la méthodologie de l'étude. L'élaboration pour chaque technique, d'outils adaptés pré testés avant l'application nous garantissent la validité et la fiabilité des informations recueillies.

Pour la phase d'analyse nous avons procédé à la triangulation des données collectées à partir des interviews auprès des trois cibles que sont les personnes ressources, les clients internes et externes et les avons confrontées à celles issues de l'observation et de l'exploitation documentaire. Cette triangulation des données associées à celui des chercheurs à travers le recours aux encadreurs pour apprécier les analyses contribuent à la fiabilité des résultats.

Enfin, aucun agent de la structure n'a directement impliqué dans la recherche ni comme enquêteur, ni comme guide ou accompagnateur à l'exception d'un interprète pour la langue «lobyrie» et «Birifor» qui est un fils du terroir en service à la Buanderie. Ceci assure une neutralité et minimisent les sources de biais d'information. Néanmoins peuvent être source de biais :

- ❖ l'entretien avec le personnel dans leur cadre de travail qui peut avoir joué sur leur appréciation de la stratégie à cause des stigmates de la mise en œuvre directement observables ;
- ❖ l'entretien avec les clients externes dans l'enceinte de l'hôpital peut être source de biais de déclaration. Cela pourrait expliquer certaines appréciations très positives de la qualité des prestations.
- ❖ Le recours à un interprète et l'utilisation d'un agent de la structure à cet effet auprès des clients externes bien qu'il ne soit pas dans un service clinique peut être source de biais de déclaration pour les clients externes le connaissant.
- ❖ La transcription des verbatim des langues locales au français peut également porter atteinte à l'authenticité des données.
- ❖ Le recours à l'appui d'autres personnes qui n'ont pas réalisé les entretiens pour la transcription des interviews en verbatim peut être source d'erreur lors la transcription. Cette insuffisance a été corrigée par la relecture et la correction de tous les verbatim par le chercheur.
- ❖ La période de collecte des données qui coïncide avec la rupture en certains intrants et les reformes organisationnelles du pilotage de la qualité au sein de

l'hôpital à travers la création récente d'une direction de la qualité a probablement influencé les réponses de certains interviewés. La dépréciation du fonctionnement du comité qualité et celle des intrants pourraient y être liée en partie.

- ❖ L'information préalable des participants sur les objectifs et les conditions de l'étude avec l'insistance sur la confidentialité et l'anonymat lors du recueil du consentement, l'attente de la fin de la prise en charge pour l'entretien avec les clients externes hospitalisés ou en consultation et la conduite de l'entretien avec certains clients internes et personnes ressources en dehors des heures et lieux de travail ont permis de minimiser ces sources de biais.
- ❖ La méthode d'analyse utilisée et la technique de traitement approprié ont permis de sélectionner les données pertinentes pour expliciter les résultats.

## **4.2. Discussion des résultats par composante**

### **Le contexte de mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM**

L'engagement de la direction et l'adhésion du personnel et des usagers sont les bases de la réussite à long terme de la démarche 5S-KAIZEN-TQM. Les résultats de l'étude montrent un engagement formel de la direction générale du CHR à travers la définition de la vision de l'hôpital en matière de qualité. Cependant une faible appropriation est constatée au niveau du personnel et des usagers par défaut de formation et de communication efficace ce qui pourrait handicaper le bon déploiement de la stratégie dans l'hôpital. Cette insuffisance dans l'appropriation est ressentie au niveau même des animateurs de la stratégie. En effet bien que conscient de la pertinence de la stratégie, le constat est qu'ils le traduisent faiblement en actions concrètes observables. En effet, pour attester d'une appropriation de cette stratégie surtout à l'étape «5S», nous nous attendions à son application par les

responsables dans leur bureaux physiques, dans l'organisation de leurs archives papiers et électroniques et dans le respect des normes de travail mais il y a un écart dans la réalité. Or pour espérer motiver les autres, il faut donner l'exemple. C'est ce que Tardif relève dans son étude en indiquant que :

Les changements doivent venir du sommet pour aller vers la base, tout en étant orientés clients. De la même manière que les valeurs Lean doivent être traduites en comportements observables et pratiqués par la direction et les Gestionnaires afin de descendre vers les employés (Tardif, 2016, p. 111).

Bien qu'un effort soit fait au niveau de la planification à travers l'élaboration des plans d'actions spécifiques à la stratégie, l'absence d'une vision globale de la stratégie dans la planification ainsi que le manque de rigueur dans l'agencement des activités avec le plan d'action global de l'hôpital constituent un problème. Associés aux insuffisances dans la mise en œuvre et le suivi, ils constituent des obstacles pour la progression et la pérennisation de la stratégie. En effet, il n'y a pas de feuille de route claire pour traverser les différentes étapes de la démarche d'où la stagnation à la première étape qu'est les 5S malgré le nombre d'année d'expérience dans le processus.

Aussi seul sept services cliniques sont formellement engagés dans la mise en œuvre sur l'ensemble des quinze services cliniques et médico-techniques et des services administratifs du CHR. Les responsables du comité qualité ont éprouvé également des difficultés pour leur identification en intégrant au départ des services qui n'étaient pas encore à une étape de mise en œuvre effective, le personnel n'était pas encore formé à l'exception de quelques éléments. Cette situation témoigne du manque de rigueur dans le processus de dissémination de la démarche aux autres services après la phase pilote et risque de compromettre une avancée notable. En effet la réussite de la démarche qualité outre l'engagement formel de la direction demande une planification adéquate (Quesnel & Koehl, 2008). Cela est d'ailleurs confirmé dans l'étude de NANA et al sur la mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM à Ouidah en 2014 (Nana et al., 2015).

## **Les intrants de mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM**

La forte mobilité du personnel est à l'origine des problèmes d'appropriation de la stratégie à leur niveau. En effet la majorité des agents formés au départ qui devrait constituer un fondement pour la poursuite de la stratégie a quitté la structure. Certains membres du comité qualité en font partie ce qui a freiné l'élan de départ. A l'échelle des services la situation s'est traduite par le changement perpétuel des responsables de service et la fragilisation voire la disparition des cellules qualité. Dans la littérature, il est reconnu qu'un fort roulement de personnel peut constituer une sérieuse source de problèmes en occurrence pour les milieux hospitalier (Brunelle, 2009). L'absence de plan de formation a aggravé cette situation par l'absence de cohérence dans l'identification des besoins, la planification et la mise en œuvre des formations initiales et continues sur la démarche et pourrait expliquer le recul en termes de motivation du personnel.

La démarche 5S-KAIZEN-TQM repose plus sur le savoir-faire des acteurs, l'esprit d'équipe et l'attitude positive orientée vers le changement que la question des ressources. Cependant, pour l'application efficace de la démarche, un minimum de ressources matérielles et financières est requis au regard des bonnes pratiques qu'elle engendre qui rompt avec les anciennes pratiques en termes de respect de certaines normes relatives à l'hygiène, à l'ordre et à la qualité des soins. Cette réalité n'a pas été prise en compte dans la planification des besoins en ressources matériels et financières ce qui est à l'origine de l'absence et des ruptures en certains matériels pour soutenir et maintenir les bonnes pratiques. Cette réalité s'explique également par la précarité des ressources des hôpitaux publics du pays du fait de leur forte dépendance vis-à-vis de la subvention de l'Etat et la faible attractivité de ces structures pour les autres partenaires financiers. Les ruptures en matériel de première nécessité pour l'hygiène que sont les sachets codes couleurs, et les produits d'entretiens ont contribué à ralentir l'élan du comité qualité qui de peur des critiques acerbes du personnel de terrain a dû interrompre les sorties informelles de suivi et les supervisions. Ce qui altère à la fois le management et l'application de la stratégie. Aussi les effets attendus de la stratégie en termes de gestion et d'utilisation

rationnelle des faibles ressources matérielles restent peu visible et contribue à creuser d'avantage le fossé. Dans une étude réalisée en 2008 , il est ressorti que «les obstacles à la réussite étaient essentiellement des problèmes liés au manque de ressources»(François, Boyer, & Weil, 2008, p. s192).

La stratégie retenue en termes de récompense pour les efforts du personnel dans la démarche qualité bien que prenant en compte des critères en rapport avec la démarche 5S-KAIZEN-TQM souffre dans son organisation pratique. En effet le processus d'adoption des critères semble n'avoir pas été très participatif et leur diffusion reste faible ce qui pose un problème d'appropriation dans les services.

La communication est essentielle pour une bonne appropriation et une réussite de la démarche qualité. Les résultats de l'étude révèlent une insuffisance à ce niveau. En effet les mécanismes et moyens de communication mis en œuvre s'adaptent faiblement au profil de la clientèle surtout externe. Ainsi l'absence de réunions spécifiques sur le projet qualité dans les services, le fait d'adopter les boîtes à suggestion comme mécanisme d'écoute client face à une population à majorité non instruite rend la communication peu efficace. Elle pourrait expliquer la faible adhésion des clients externes aux efforts du personnel entrant dans la mise en œuvre de la stratégie ce qui constitue un handicap à la bonne marche de la stratégie. Les mêmes constats ont été faits à l'hôpital de zone de Ouidah au Benin en 2013 (Nana et al., 2015). En outre , Patrick Laurens dans son analyse des dispositions de la version 2000 des normes ISO relatives au système de management de la qualité fait remarquer qu'il faudrait passer d'une vision instrumentale de la communication à une forme de coopération tant en interne qu'en externe (Laurens, 2003).

L'intégration efficace que la communication permettra d'identifier les domaines prioritaires pour les efforts d'amélioration de la qualité, contribuer au renforcement des valeurs fondamentales, la reconnaissance des efforts, le benchmarking et la gestion du changement (USAID, 2002).

Enfin un des aspects connaissant des insuffisances, suggéré par les résultats de cette étude est la faible maîtrise des ressources temporelles. Dans la philosophie de la démarche, il s'agit d'une progression par étape partant des «5S» pour atteindre l'île

de l'excellence en passant par le KAIZEN et le TQM. Aussi la démarche implique un changement organisationnel dans la gestion du temps en ce qui concerne la conduite des réunions qui doivent être brèves et productives. Tout cela semble ne pas fonctionner au vu des résultats de l'étude ce qui explique la stagnation de la mise en œuvre à la première étape, l'absence de vision de progrès au niveau des services et la faible expression des effets de la démarche. Cette situation est d'autant plus critique car comme le dit Tahar, contrairement aux autres ressources, le temps ne peut être remboursé (Tahar, 2012).

### **Le processus de mise en œuvre de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM**

Le pilotage efficace est une des conditions de succès de toute démarche qualité. Celui-ci n'est possible qu'à travers un bon fonctionnement des organes de gestion tant au niveau stratégique qu'opérationnel. Ce fonctionnement est possible par la qualité des ressources humaines, une bonne description des postes et tâches en rapport avec la mise en œuvre des activités, une bonne appropriation des documents de planification, de suivi et d'évaluation ainsi qu'une bonne traçabilité de leurs activités. Le constat fait à l'issue de cette étude est qu'aucun des organes de gestion ne remplit ces conditions. En effet il n'existe pas pour les membres du comité ou des cellules qualité une description de poste et une répartition de tâches clairement définie. Les réunions du comité sont irrégulières et peu documentées et quasi inexistantes pour les cellules qualité toujours en place. Certains services qui faisaient partie des pionniers ne disposent même plus de cellule qualité suite au départ des premiers animateurs.

Il y a un véritable problème de traçabilité des actions menées tant par le comité que les cellules. Dans le cadre de la stratégie 5S, l'exposition des images pré et post 5S constitue une preuve attendue des activités et cela n'est pas effectif. A tout cela s'ajoute les insuffisances de coordination, de suivi et d'évaluation qui constituent autant d'obstacles à l'amélioration continue et à l'institutionnalisation de la stratégie.

Une étude publiée en 2012 sur les facteurs liés à la réussite de l'assurance qualité dans dix programmes nationaux de santé au Pays bas a souligné l'intérêt de la compréhension de la démarche, le leadership, les supports techniques de management et l'application de l'amélioration continue (Øvretveit & Klazinga, 2012).

Dans l'application des composantes de la première étape de la stratégie qui est «le 5S», les effets sont plus visibles pour l'élimination, le rangement et le nettoyage dans les services visités. Les deux autres éléments qui sont la standardisation et la pérennisation à travers l'autodiscipline qui constituent la ceinture noire de cette étape sont en souffrance. Cette situation pourrait expliquer l'absence d'une évolution notable dans la suite de la démarche puisque c'est en capitalisant à ce niveau qu'on amorce la deuxième étape de la démarche qui est le KAIZEN.

Ces difficultés liées à l'atteinte de l'étape de pérennisation ont été rapporté par une étude en Taiwan en 2009 réalisée auprès de 139 hôpitaux et centres de santé expérimentant 18 approches de qualité d'où il est ressorti que malgré une moyenne de 8 ans de mise en œuvre des «5S», seulement 68% des hôpitaux ont atteint une pérennisation de la stratégie.(Chung & Yu, 2012).

## **Les résultats de mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM**

Les résultats attendus de la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM est de transformer durablement la culture organisationnelle et managériale de la structure ou elle est implantée. Il s'agit tout d'abord de redonner confiance au personnel à croire et à s'engager pour le changement en construisant avec eux des attitudes positives orientées vers le succès. Ensuite renforcer l'esprit d'équipe dans le travail à travers la réalisation des activités 5S qui permettent d'assainir l'environnement de travail. Partant de ces acquis on évolue vers le KAIZEN grâce aux petites améliorations peu onéreuses de résolution des problèmes pour évoluer progressivement vers une approche globale de management de la qualité avec des

produits de hautes qualité qui engendreront la satisfaction des clients internes et externes.

Malgré l'état peu satisfaisant de l'implantation de cette démarche au CHR de Gaoua, la quasi-totalité des clients internes ayant participé à l'étude se disent satisfaits des effets apportés par la mise en œuvre de cette démarche à l'étape «5S». Il s'agit de l'apport de la stratégie dans l'amélioration du cadre et conditions de travail toutes choses qui contribuent à la qualité des soins. cette satisfaction rejoint les résultats issues d'une revue de la littérature d'un mémoire de recherche sur les impacts liés à l'implantation du Lean dans les organisations au service des humains réalisé par Gaudreault C. celui-ci a trouvé sur vingt un (21) articles retenus que quinze (15) auteurs attribuent au Lean Healthcare des impacts sur le niveau de satisfaction des travailleurs dont 13 d'entre eux parlent d'effets positifs contre deux(2) qui parlent d'effets positifs et négatifs (Gaudreault, 2017). Aussi une évaluation de la mise en œuvre de la démarche qualité dans 14 hôpitaux en Ethiopie de 2006-2007 a mis en exergue l'amélioration des prestations des soins et l'utilisation des services (Bradley et al., 2008).

Pour les clients externes de l'hôpital leur appréciation positive de la démarche qualité entreprise par l'hôpital porte sur la propreté des locaux, la qualité technique des prestations de soins, les facilités offertes aux usagers instruits de pouvoir facilement s'orienter au sein de l'hôpital et les relations avec le personnel soignant. Cependant ils déprécient le temps d'attente, l'organisation de la consultation, le fonctionnement de la pharmacie et de la caisse, l'hygiène des toilettes ainsi que la sécurité au sein de l'hôpital. Ces résultats se rapprochent de ceux d'autres études dont celui de SAIZONOU J et collaborateurs sur la prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités du Benin en 2003 ou sur 71% des interviewés s'étant exprimé sur la question 86% se sont dites satisfaites de l'accueil, l'organisation, 89% par rapport au fonctionnement et 91% pour l'environnement. Les éléments d'insatisfactions étaient représentés par les coûts hospitaliers excessifs (15% des cas), les écarts de comportement des soignants dans 4% des cas, la non disponibilité' des ressources pour les soins d'urgence ainsi que l'hygiène alimentaire et les locaux jugés inadéquats. En revanche dans une étude sur l'équité des soins en

Afrique de l'Ouest , l'observation des pratique des soignants a permis de relever une faible qualité de l'accueil marqué par un non-respect des convenances sociales et une attente trop longue(Gobbers, 2002). Enfin une enquête de satisfaction des utilisateurs des services d'offres de soins de la région du plateau central au Burkina Faso réalisée en 2010 et dont plus de la moitié des enquêtés était satisfait des prestations de services a relevé comme points d'insatisfaction l'hygiène et l'assainissement, l'accueil ainsi que la faible qualité des actes (Kafando, Drabo, Tarnagda, & Konfe, 2010)

## CONCLUSION

La mise en œuvre efficace de toute démarche qualité nécessite l'intégration de la philosophie de l'amélioration continue dont un outil essentiel d'accompagnement reste la prise de décision fondée sur les preuves. La présente recherche évaluative sur l'implémentation de la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua est une contribution dans ce sens. A travers un devis qualitatif de type étude de cas, elle a permis à travers l'appréciation du contexte, des intrants, du processus et des résultats de la mise en œuvre de cette démarche qualité dont le début de l'implémentation remonte à 2013 d'atteindre les objectifs fixés. Le niveau global de déploiement de la stratégie est toujours limité à l'étape 5S. Cette situation est la résultante des insuffisances relevées au niveau de toutes les composantes. Il s'agit essentiellement de la non maîtrise des ressources temporelles, de la faible appropriation de la stratégie par le personnel et les clients externes, des insuffisances dans la planification le suivi et l'évaluation ainsi que la faible disponibilité des ressources matérielles et financières. A cela s'ajoute la faible fonctionnalité des organes de gestion, et une mise en œuvre pratique qui n'intègre pas la philosophie d'ensemble de la démarche car se limitant à la première étape (5S).

Ces résultats sont en phase avec nos propositions théoriques et permettent de retenir que l'implémentation de la démarche qualité 5S-KAIZEN -TQM au CHR de Gaoua comporte des insuffisances au niveau contextuel, des intrants, du processus et des résultats qui limitent sa dissémination ainsi que sa pérennisation au niveau de la structure. Malgré ces insuffisances, il ressort en termes de force que la stratégie a eu des effets positifs sur les conditions de travail du personnel, l'orientation des usagers ainsi que l'hygiène générale de l'hôpital. La formation du personnel, l'intégration d'une vision globale de la démarche dans la planification, l'élaboration d'un plan de communication, l'amélioration de la disponibilité des outils de gestion et de mise en œuvre ainsi que la dynamisation des organes de gestion constituent des aspects essentiels à intégrer pour la réussite, voire la pérennisation de la démarche «5S-KAIZEN-TQM» au CHR de Gaoua et ont fait l'objet de suggestions.

Cependant, malgré la prise en compte des composantes essentielles de la mise en œuvre ainsi que la pertinence des résultats, cette étude ne peut prétendre dessiner la

situation de la mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM à l'échelle du pays. En effet, le devis de recherche utilisé rend les résultats fortement contextuels au cas étudié. C'est pourquoi une suite serait de réaliser une étude intégrant un devis mixte sur un nombre représentatif d'hôpitaux pour mieux cerner la problématique de l'implémentation de cette démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM dans les hôpitaux du Burkina Faso.

## SUGGESTIONS

Ce point comprend deux parties à savoir les suggestions formulées par les enquêtés et nos propres suggestions.

### ❖ **Suggestions des enquêtés**

Dans leur discours, au regard des insuffisances relevées, les enquêtés ont formulé des pistes d'amélioration possibles de la démarche 5S-KAIZEN-TQM en cours au CHR de Gaoua. Ces suggestions que nous avons pu synthétiser s'adressent au ministère de la santé et à la direction de l'hôpital.

#### ❖ **A l'endroit de l'Etat et du ministère de la santé**

Les personnes ressources et clients internes proposent les actions suivantes :

- ✓ Diffuser la stratégie aux niveaux des autres secteurs sociaux telle que l'éducation, l'environnement ;
- ✓ Mobiliser les collectivités territoriales autour la promotion de cette stratégie surtout l'étape 5S au sein des communautés ;
- ✓ Intégrer la stratégie 5S-KAIZEN-TQM dans les curricula de formation des écoles et instituts des professionnels de santé ;
- ✓ Accompagner les structures à travers un pilotage efficace de la stratégie et le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers pour l'accompagnement des formations sanitaires dans la mise en œuvre ;

#### ❖ **A la direction du CHR de Gaoua**

- ✓ Elaborer un plan de formation pour le personnel ;

- ✓ Assurer la formation et le recyclage de tous les agents sur les différents étapes de la stratégie ;
- ✓ Rendre disponible le matériel ;
- ✓ Assurer le suivi et l'évaluation continue la mise en œuvre ;
- ✓ Assurer la formation continue et le suivi des activités des organes responsables de la mise en œuvre de la stratégie et les amener à donner l'exemple ;
- ✓ Célébrer les victoires de la stratégie à travers la mise en place et de façon participative de mécanismes de motivations et d'encouragement des leaders, et des services méritants ;
- ✓ sensibiliser la population pour qu'elle puisse s'adhérer à la stratégie ;
- ✓ Rendre fonctionnelle de façon optimal le service d'accueil ;
- ✓ Renouveler et formaliser les équipes des cellules qualités.

A cela s'ajoutent les propositions d'amélioration des clients externes qui invitent le CHR à :

- ✓ Mettre l'accent sur l'assainissement des toilettes et la sécurité ;
- ✓ Assurer une fluidité au niveau de la pharmacie et de la caisse par une meilleure organisation ;
- ✓ Faire un plaidoyer auprès du ministère pour le renforcement des ressources humaines surtout au niveau de la pharmacie ;
- ✓ Promouvoir l'entente et la cohésion entre les personnels pour une meilleure communication avec les usagers.

### **Nos suggestions**

Au vu des résultats de l'étude et en guise de contribution pour une implémentation efficace et pérenne de la démarche 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua, nous suggérons :

#### **❖ Au ministère de la santé**

- ✓ Apporter un appui technique à l'hôpital dans l'élaboration des documents stratégiques d'institutionnalisation de la démarche qualité ;
- ✓ Accompagner l'hôpital dans la formation et le suivi-évaluation ;

- ✓ Faire un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers pour le financement de la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM.

### ❖ **A la direction Générale du CHR**

- ✓ Renforcer les compétences du personnel sur la stratégie ;
- ✓ Former les membres des organes de gestion sur l'étape KAIZEN et TQM.
- ✓ Mettre en place en s'appuyant sur des données factuelles, des stratégies de motivation et de fidélisation des ressources humaines ;
- ✓ Assurer la disponibilité permanente des outils de gestion et de mise en œuvre ;
- ✓ Mettre en place un dispositif adapté d'écoute clients dans les services de l'hôpital.
- ✓ Réviser les cahiers de charge des prestations externalisées de l'hygiène et de la sécurité en y intégrant un système de gestion des toilettes. et des visiteurs.

### ❖ **A la direction de la qualité du CHR**

- ✓ élaborer un plan stratégique de déploiement de la stratégie dans son ensemble prenant en compte tous les services du CHR ;
- ✓ Synchroniser l'élaboration du plan d'action de la stratégie avec celle du CHR pour une meilleure prise en compte des activités de la stratégie dans le plan d'action global de l'hôpital;
- ✓ Assurer la mise en œuvre des activités du plan d'action de la stratégie ;
- ✓ Rédiger une description de poste et une répartition des tâches des organes de gestion de la stratégie ;
- ✓ Elaborer un plan de communication en tenant compte des attentes des clients ;
- ✓ Elaborer et mettre en œuvre un plan suivi et évaluation de la stratégie.

## REFERENCES

- Ablanedo-Rosas, J. H., Alidaee, B., Moreno, J. C., & Urbina, J. (2010). Quality improvement supported by the 5S, an empirical case study of Mexican organisations. *International Journal of Production Research*, 48(23), 7063-7087. <https://doi.org/10.1080/00207540903382865>
- Adindu, A. (2010). Assessing and assuring quality of health care in Africa. *Afr J Med Sci*, 3(1), 31–36.
- Ao, S. I., & International Association of Engineers (Éd.). (2010). The 2010 IAENG International Conference on Industrial Engineering, the 2010 IAENG International Conference on Industrial Engineering - Human Factors and Ergonomics, the 2010 IAENG International Conference on Operations Research, the 2010 IAENG International Conference on Scientific Computing. Hong Kong: IAENG.
- Balique, H. (2004). L'hôpital public en Afrique francophone. *Médecine tropicale*, 64(6), 545–551.
- Blaise, P. (2004). Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Université libre de Bruxelles.
- Bouchet, B., Boucar, M., Edson, W., Kelley, E., Abdallah, H., & Ovretveit, J. (2002). Improving quality through microprojects: can developing countries do better? In 19th International conference of the international Society for Quality in Health Care, Unesco Headquarters, Paris, 5-8 November 2002.
- Bradley, E., Hartwig, K. A., Rowe, L. A., Cherlin, E. J., Pashman, J., Wong, R., ... Abebe, Y. (2008). Hospital quality improvement in Ethiopia: a partnership-mentoring model. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 392–399.
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40(1), 39–48.
- Burkina Faso, Ministère de la Santé. (2003). Programme National d'assurance qualité en santé.

- Burkina Faso, Ministère de la Santé. (2011a). Plan national de développement sanitaire 2011-2020.
- Burkina Faso, Ministère de la Santé. (2011b). rapport de l'évaluation du processus de mise en œuvre de l'assurance qualité santé au Burkina Faso. Direction de la tutelle des hôpitaux publics et du sous-secteur privée.
- Burkina Faso, Ministère de la santé. (2016). Guide de formation sur la stratégie 5S Kaizen TQM (Etape 5S).
- Burkina Faso, Ministère de la Santé. (2016). Plan d'action 2017 du Centre Hospitalier Regional de Gaoua.
- Christian Hohmann. (1998). kaizen amélioration continue.
- Chung, K.-P., & Yu, T.-H. (2012). Are quality improvement methods a fashion for hospitals in Taiwan? *International Journal for Quality in Health Care*, 24(4), 371–379.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48(6), 517–39.
- De Sardan, J.-P. O., Bako-Arifari, N., & Moumouni, A. (2007). La corruption dans le domaine de la santé. *Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usages (Bénin, Niger, Sénégal)*, Marseille-Paris, APAD-Karthala, 225–247.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743–1748.
- Dugas, S., & De Brouwere, V. (2001). Appui à la généralisation de l'approche qualité dans le secteur sanitaire du Niger. Rapport de mission. Séminaire de synthèse du PAGENAQ. Mission du 12 au 25 Juin 2001. CREDES: Paris.
- Duplessis, C. (2015). Implantation de la comptabilité Lean dans une entreprise manufacturière québécoise: analyse d'un échec.
- El Mehdi, R. du M. (2010). Etude des facteurs influençant la reconduction du concours qualité : cas de la région du grand Casablanca.

- François, P., Boyer, L., & Weil, G. (2008). Implantation d'une démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire: facteurs d'accélération et de frein. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(4), S189–S195.
- Gaudreault, C. (2017). Recherche sur les impacts liés à l'implantation du Lean dans les organisations au service des humains. Université du Québec à Chicoutimi.
- Gobbers, D. (2002). L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. URL: <http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-38/ad387178.pdf>.
- Hasegawa, T., & Karandagoda, W. (2011). Change Management For Hospitals. Through Stepwise Approach, 5S KAIZENTQM,.
- Ishijima, H. (2010). VII... Cases and Stories VII-1... Case of National Rollout of 5S-KAIZEN-TQM in Tanzania (Reference for Chapter I and II).
- Ishijima, H., Eliakimu, E., Takahashi, S., & Miyamoto, N. (2014). Factors influencing national rollout of quality improvement approaches to public hospitals in Tanzania. *Clinical Governance: An International Journal*, 19(2), 137–152.
- ISO. (2015a). ISO 9000:2015(fr), Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire.
- ISO. (2015b). Principes de management de la qualité.
- Jaffré, Y. (1999). Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey). *Bulletin de l'APAD*, (17).
- Jaffré, Y., & Guindo, A. (2013). «On ne s'occupe pas assez d'eux»: Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 157–177.
- Jean-Louis, D., & Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47.
- JICA. (2011, mars). Rapport de l'étude préparatoire pour le programme d'amélioration de la qualité des services de santé par 5S-KAIZEN-GQT.

- JICA. (2013a). analyse du processus de génération de résultats par l'approche 5S-KAIZEN-TQM en milieu hospitalier, rapport final.
- JICA. (2013b, mars). Soutien de la JICA en faveur de la coopération Sud-Sud et triangulaire Pour un développement inclusif et dynamique.
- Kafando, B., Drabo, M. K., Tarnagda, Z., & Konfe, S. (2010). Satisfaction des utilisateurs des services d'offre de soins de la région du Plateau Central au Burkina Faso. *Médecine d'Afrique noire*, 57(12), 593–600.
- Kanamori, S., Castro, M. C., Sow, S., Matsuno, R., Cissokho, A., & Jimba, M. (2016). Impact of the Japanese 5S management method on patients' and caretakers' satisfaction: a quasi-experimental study in Senegal. *Global Health Action*, 9.
- Kanamori, S., Shibanuma, A., & Jimba, M. (2016). Applicability of the 5S management method for quality improvement in health-care facilities: a review. *Tropical Medicine and Health*, 44(1), 21.
- Kanamori, S., Sow, S., Castro, M. C., Matsuno, R., Tsuru, A., & Jimba, M. (2015). Implementation of 5S management method for lean healthcare at a health center in Senegal: a qualitative study of staff perception. *Global health action*, 8.
- Kobayashi, K., Fisher, R., & Gapp, R. (2008). Business improvement strategy or useful tool? Analysis of the application of the 5S concept in Japan, the UK and the US. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(3), 245-262. <https://doi.org/10.1080/14783360701600704>
- Lakhal, L., & Limam, M. (2001). Les pratiques de management de la qualité dans les entreprises certifiées et non-certifiées: une investigation empirique. *Direction et Gestion, La Revue des Sciences de Gestion*, 37(192), 45–53.
- Laurens, P. (2003). L'impensable communication dans les normes de «systèmes de management de la qualité». *Communication et organisation*, (23). Consulté à l'adresse <http://communicationorganisation.revues.org/2840>
- Lozeau, D. (2002). Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec. *Gestion*, 27(3), 113–122.

- Martinez, F. (2001). Les principes généraux de la qualité. *Accréditation et Qualité des soins hospitaliers*.
- Meylan, N. (2012). " Les obstacles à l'implémentation des guidelines dans la pratique des physiothérapeutes. Haute Ecole de Santé Vaud. Consulté à l'adresse <http://doc.rero.ch/record/31903>
- Ministère de la santé, centre hospitalier régional de Gaoua. (2016, octobre). Plan d'action 2017 du Centre Hospitalier Régional de Gaoua.
- Ministère de la santé, Centre Hospitalier Régional de Gaoua. (2017, février). *Annuaire statistique 2016 du Centre Hospitalier Régional de Gaoua*.
- Nana, W. F., Drabo, M. K., Chichi, J. C., & Agueh, V. (2015). Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie «5S-Kaizen-management total de la qualité» à l'hôpital de zone de Ouidah au Bénin. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 63(1), 29–34.
- Øvretveit, J., & Klazinga, N. (2012). Learning from large-scale quality improvement through comparisons. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 463–469.
- Par, E., & El Kouhail, D. K. (2008). Evaluation de la mise en oeuvre de la demarche qualité entreprise à l'hôpital Mohammed V de Meknes dans le cadre de la réforme hospitalière.
- Pourtois, J.-P., Huberman, A. M., & Miles, B. M. (1993). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. (Pédagogie en développement: Méthodologie de la recherche).
- Quesnel, S., & Koehl, J. (2008). *Stratégie et déploiement d'une démarche qualité*. Consulté à l'adresse [http://www.academia.edu/download/33287747/Strategie\\_demarche\\_qualite.pdf](http://www.academia.edu/download/33287747/Strategie_demarche_qualite.pdf)
- Tahar, C. (2012). *La prise en compte des temps et des délais dans les mairies: étude de la démarche d'une ville moyenne*.
- Take, N., Byakika, S., Tasei, H., & Yoshikawa, T. (2016). The effect of 5S-Continuous Quality Improvement-Total Quality Management approach on

staff motivation, patients' waiting time and patient satisfaction with services at hospitals in Uganda. *Journal of Public Health in Africa*, 6(1).

Tardif, M. (2016). *Devenir Lean au temps de l'amélioration continue: Récit de la transformation culturelle du système public de santé et de services sociaux au Québec*. Concordia University.

Taye, B. T. (2014). *Practices and challenges of KAIZEN implementation at entoto polytechnic cluster college: the case of woreda three enterprises of gulele sub-city in Addis Ababa city administration*. Addis Abeba University. Consulté à l'adresse <http://etd.aau.edu.et/handle/123456789/7916>

USAID. (2002). *Pérenniser la qualité des soins de santé: l'institutionnalisation de l'assurance de qualité 2002 le projet d'assurance qualité*. USAID. 2002

Venkateswaran, S., Nahmens, I., & Ikuma, L. (2013). Improving healthcare warehouse operations through 5S. *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 3(4), 240-253. <https://doi.org/10.1080/19488300.2013.857371>

## Annexe 1: Cadre opérationnel des dimensions et sous dimensions des construits par objectifs

Dimension	Cibles	Outils
<b>Objectif 1 : Examiner les ressources déployées dans le cadre de l'implantation du programme</b>		
<b>Ressources humaines</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation de la direction</li> <li>▪ formation du personnel sur la démarche</li> <li>▪ réalisation de supervisions formelles régulières</li> <li>▪ existence d'un mécanisme de récompense pour la qualité</li> </ul>	Documents personnes ressources	Grille de dépouillement documentaire Guide d'entretien individuel
<b>Ressources organisationnelles</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>processus de création des cadres de mises en œuvre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité qualité</li> <li>- Cellules qualité</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Formalisation des cadres de mise en œuvre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité qualité</li> <li>- Cellules qualité</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> <li>▪ personnes ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> <li>▪ Guide d'entretien individuel</li> </ul>
<b>Ressources matérielles</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilité des outils de gestion</li> <li>▪ Disponibilité des outils 5S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ personnes ressources du comité et des cellules qualité</li> <li>▪ responsables des services engagées</li> <li>▪ DSGL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ guide d'entretien individuel</li> <li>▪ Liste de vérification</li> </ul>
<b>Ressources financières</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilité des ressources financières</li> <li>▪ Mobilisation des ressources financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> <li>▪ DAF</li> <li>▪ DG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> <li>▪ guide d'entretien individuel</li> </ul>
<b>Ressources informationnelles</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mécanismes de communication</li> <li>▪ moyens de communication</li> <li>▪ efficacité de la communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> <li>▪ Services engagés dans la démarche</li> <li>▪ clients internes</li> <li>▪ clients externes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> <li>▪ Grille d'observation</li> <li>▪ Guide d'entretien individuel</li> </ul>
<b>Ressources temporelles</b>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'une planification formelle des étapes de la démarche dans le temps</li> <li>▪ Prise en compte des principes de gestion rationnelle du temps dans activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> <li>▪ Entretiens individuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> <li>▪ Guide d'entretien</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 2 : Analyser le niveau de mise en œuvre pratique des étapes de la démarche</b>		
<i>Cadre de mise en œuvre</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fonctionnement du comité qualité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation</li> <li>- Formation continue</li> <li>- régularité des réunions</li> <li>- traçabilité des activités</li> <li>- participation des membres</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Fonctionnement des cellules qualité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation</li> <li>- Formation continue</li> <li>- Régularité des réunions</li> <li>- Traçabilité des activités</li> <li>- Participation des membres</li> <li>- Adhésion du personnel</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> <li>▪ Responsables du comité</li> <li>▪ Responsables des cellules qualité</li> <li>▪ Personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> <li>▪ Guide d'entretien individuel</li> </ul>
<i>Mise en œuvre de l'étape 5S</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niveau de réalisation du Seeri (élimination)</li> <li>▪ Niveau de réalisation du seiton (rangement)</li> <li>▪ Niveau de réalisation du seiso (nettoyage)</li> <li>▪ Niveau de réalisation du seiketsu ((standardisation)</li> <li>▪ Niveau de réalisation du shitsuke (pérennisation/discipline)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services engagés</li> <li>▪ Matériel</li> <li>▪ Locaux</li> <li>▪ Environnement externes des services</li> <li>▪ Documents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille d'observation</li> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> </ul>
<i>Mise en œuvre de l'étape KAIZEN</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>KAIZEN par suggestion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suggestions d'amélioration faites</li> <li>- Niveau de mise en œuvre de ses améliorations</li> <li>- Adhésion du personnel</li> </ul> </li> <li>▪ <b>KAIZEN par étape</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thèmes traitées</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> <li>▪ Membres des cellules qualités</li> <li>▪ Documents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> <li>▪ Guide d'entretien individuel</li> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect de la chronologie des étapes du processus</li> <li>- Utilisation des outils qualité dans le processus</li> <li>- Traçabilité de la démarche</li> <li>- Participation du personnel</li> </ul>		
<b><i>Evaluation de la démarche</i></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Réalisation d'auto-évaluation sur la démarche</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre</li> <li>- Régularité</li> <li>- Suivi des recommandations</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Réalisation d'évaluations externes sur la démarche</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre</li> <li>- Régularité</li> <li>- Provenance des évaluateurs</li> <li>- Suivi des recommandations</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes ressources</li> <li>- Documents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide d'entretien individuel</li> <li>- Grille de dépouillement documentaire</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 3 : Apprécier les résultats de la mise en œuvre</b>		
<b><i>Satisfaction des clients internes</i></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Perceptions des clients internes sur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement de travail</li> <li>- Conditions de travail</li> <li>- Qualité des soins</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ clients internes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entretien individuel</li> </ul>
<b><i>Satisfaction des clients externes</i></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Perception des clients externes sur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement</li> <li>- orientation</li> <li>- hygiène locaux</li> <li>- hygiène des toilettes</li> <li>- Qualité des soins</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ clients externes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entretien individuel</li> </ul>
<b>Objectif spécifique 4 : Identifier les caractéristiques contextuelles qui favorisent ou entravent le déploiement du programme</b>		
<b><i>Niveau d'engagement des acteurs</i></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Engagement de la direction</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation de l'engagement</li> <li>- Formalisation des organes de gestion de la qualité</li> <li>- Appropriation de la démarche</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> <li>▪ Responsables de l'équipe de direction</li> <li>▪ Clients internes</li> <li>▪ Clients externes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> <li>▪ Guide d'entretien individuel</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement de la mise en œuvre</li> <li>▪ <b>Engagement du personnel</b></li> <li>- Appropriation de la philosophie de la démarche</li> <li>- Participation active à la mise en œuvre</li> <li>- Culture de travail en équipe</li> <li>- Engagement de la communauté</li> <li>- Appropriation de la démarche</li> <li>- Participation active (respect de l'organisation)</li> </ul>		
<b><i>Planification de la qualité</i></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'une politique qualité</li> <li>▪ Existence d'un projet d'établissement intégrant la politique qualité</li> <li>▪ Existence de plans d'actions opérationnels intégrant la stratégie</li> <li>▪ Existence de plans d'action spécifique pour la stratégie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de dépouillement documentaire</li> </ul>

## Table des matières

DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS .....	III
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES.....	V
LISTE DES TABLEAUX .....	VI
LISTE DES IMAGES .....	VIII
LISTE DES ANNEXES .....	IX
RESUME.....	X
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE.....	3
1.1. Enoncé du problème .....	4
1.2. Porté de l'étude .....	8
1.3. Questions de recherche .....	8
1.4. Hypothèses de recherche .....	9
1.5. Objectifs de recherche .....	9
1.6. Conceptualisation de l'étude.....	10
1.6.1. Revue de la littérature .....	10
A. Définitions des concepts suggérés par l'étude.....	10
B. Revue critique des études antérieures.....	20
1.6.2. Cadre de référence de l'étude .....	24
CHAPITRE II : METHODOLOGIE.....	26
2.1. Aperçu du cadre et du champ d'étude .....	26
2.2. Devis de recherche.....	30
2.3. Population d'étude, plan d'échantillonnage et échantillon.....	30
2.4. Technique et instrument de collecte des données.....	31
2.5. Définition des variables .....	32
2.6. Déroulement de la collecte des données.....	34
2.7. Analyse des données.....	35
2.8. Considérations éthiques .....	37
CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS .....	38
3.1. Description de la population d'étude .....	39
3.2. Mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM.....	42
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS .....	70
4.1. Fiabilité et validité des résultats.....	70
4.2. Discussion des résultats par composante .....	72
CONCLUSION .....	80

## **Annexe 2: Guide d'entretien avec les personnes ressources**

### **Schéma d'entrevue**

- 1- Se présenter
- 2- Présenter les objectifs de l'étude
- 3- Expliquer le déroulement de l'entretien
- 4- Lire et signer le formulaire de consentement

### **Question de départ introduisant le thème général**

Depuis 2013, la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM a été introduite dans votre CHR. En tant que personne ressource dans la conduite de ce programme, nous voulons à travers cet entretien que vous nous éclairiez sur comment ce programme a pu se mettre en place, quels sont ses forces et faiblesses à tous les niveaux ? Pour plus d'efficacité nous aborderons de façon chronologique les différents thèmes y afférents en

commençant par le contexte de l'implantation de la stratégie. Etes-vous prêt pour l'entretien ?

## **Thème 1. Contexte de l'implantation de la stratégie**

### **Sous thème 1 : Engagement**

**Exemple de question :** pourriez-vous nous parler de l'engagement des différents acteurs dans la conduite du programme (direction, personnel et communauté) ?

#### **Questions de relance :**

1. Pourriez-vous nous expliquer comment les organes de gestion ont-ils été mise en place ?
2. Parlez-nous de la question de l'appropriation de la démarche par le personnel ?
3. Comment appréciez-vous l'adhésion de la communauté au programme ?

### **Sous thème2 : Planification (orientation client, implication personnel)**

**Exemple de question :** Comment la mise en œuvre de la démarche 5S-KAIZEN-TQM a-t-elle été planifiée à l'échelle de l'hôpital ?

#### **Questions de relance**

- Quelle est la place du client dans ce programme ?
- Et le personnel ?

**Question synthèse :** quels suggestions faites-vous pour susciter plus d'engagement des différents acteurs autour de la qualité ?

## **Thème 2. Appréciation des ressources**

**Question d'introduction :** pouvons-nous aborder maintenant la question des ressources déployés dans le cadre de ce programme ?

### **Sous thème1 : Ressources humaines**

**Exemple de question :** pourriez-vous nous expliquer comment l'administration et le personnel ont découvert ce programme qualité ?

#### **Questions de relance**

- Comment s'est opérée la formation du personnel (profils d'agents formés, nombre par service...) ?
- Quels sont les moyens utilisés pour suivre le processus de mise en œuvre ?
- Quels sont les mécanismes mise en place pour susciter l'émulation du personnel autour de la qualité ?

### **Sous thème2 : Ressources financières**

**Exemple de question :** pourriez-vous nous parler de la disponibilité des ressources financières pour la mise en œuvre du programme ?

### **Sous thème 3 : Ressources informationnelles**

**Exemple de question :** pourriez-vous nous expliquer le mécanisme et les moyens de communication déployés pour accompagner la mise en œuvre de ce programme ?

### **Sous thème 4 : Ressources matérielles**

**Exemple de question :** quelle est votre appréciation de la disponibilité des outils de gestion de la qualité et des outils «5S» ?

### **Sous thème 5 : Ressources temporelles**

**Exemple de question :** comment de façon pratique selon vous, la question de la gestion du temps est-elle prise en compte ou non dans le processus d'implantation du programme ?

**Question synthèse :** Quels suggestions faites-vous pour une meilleure prise en compte des ressources dans la mise du programme qualité ?

## **Thème 3. Appréciation du processus**

**Question d'introduction au thème :** pouvons-nous passer maintenant au processus de mise en œuvre ?

### **Sous thème 1 : Cadre de mise en œuvre**

#### **1.1 Fonctionnement du QIT (Régularité des rencontres, Cohésion)**

**Exemple de question :** Pourriez-vous nous parler du fonctionnement du comité de promotion de la démarche 5S-KAIZEN-TQM au sein du CHR depuis sa mise en place à nos jours ?

#### **Questions de relance :**

- Comment appréciez-vous l'organisation du comité ?
- Comment appréciez-vous la régularité des rencontres ainsi que la participation des membres ?
- Comment est gérée la question de traçabilité des activités du comité ?

#### **1.2. Fonctionnement des équipes WIT (régularité des rencontres, cohésion)**

**Exemple de question :** En temps de personne ressource, comment appréciez-vous le fonctionnement des cellules qualité au sein des unités de soins ?

#### **Questions de relance**

- Comment appréciez-vous l'organisation de ces cellules de base ?
- Comment appréciez-vous la régularité de leurs rencontres ainsi que la participation des membres ?
- Comment est gérée la question de traçabilité des activités de ces cellules ?

## **Sous thème 2 : Mise en œuvre des étapes**

### **1.1. Connaissance de la stratégie :**

Exemple de question : Quelle appréciation faite vous de la maîtrise de la stratégie par les responsables et le personnel ?

**Question de relance :** Pouvez-vous nous parler personnellement de ce que vous savez de cette démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM ?

### **1.2. Participation à la mise en œuvre**

**Exemple de question :** Comment appréciez-vous l'engagement des différentes catégories de professionnels dans la mise en œuvre de la démarche ?

Question de relance : que pensez-vous de l'adhésion des médecins par rapport aux infirmiers et autres catégories professionnelles.

### **1.3. Niveau de réalisation des étapes de la stratégie**

**Exemple de question :** Quel est selon vous le niveau d'application de la stratégie dans l'ensemble des services ?

### **1.4. Suivi et évaluation**

**Exemple de question :** Comment se fait le suivi et l'évaluation du programme au sein de l'hôpital ?

**Question synthèse :** Quels sont selon vous les dysfonctionnements majeures dans la mise en œuvre du programme et vos suggestions d'améliorations ?

## **Thème 4. Appréciation des résultats**

**Question d'introduction au thème :** le but ultime de tout programme qualité est la satisfaction de la clientèle tant interne qu'externe. Après avoir apprécié le processus de mise en œuvre, pouvons-nous aborder maintenant la question des résultats de ce programme ?

### **Sous thème 1 : satisfaction du personnel**

**Exemple de question :** Quels sont les mécanismes mise en place pour suivre la satisfaction du personnel dans la structure depuis l'implémentation de ce programme ?

## **Sous thème 2 : satisfaction des clients externes**

Quels sont les mécanismes mise en place pour suivre la satisfaction des usagers de la structure depuis l'implémentation de ce programme ?

### **Questionnaire sociodémographique pour les personnes ressources**

#### **1. Nom et prénom**

1. Âge :

2. Genre :

3. qualification actuelle :

4. Expériences professionnelles (décrire) :-----

-----

-----

5. poste actuel : -----

## **Annexe 3: Guide d'entretien pour les clients internes**

### **Schéma d'entrevue**

- 1- Se présenter
- 2- Présenter les objectifs de l'étude
- 3- Expliquer le déroulement de l'entretien
- 4- Lire et signer le formulaire de consentement

### **Question de départ introduisant le thème général**

Depuis 2013, la démarche qualité 5S-KAIZEN-TQM a été introduite dans votre CHR. En tant qu'agent de l'hôpital, nous voulons à travers cet entretien que vous nous éclairiez sur votre connaissance de ce programme, du processus de son implantation et de son impact sur la satisfaction du personnel. Pour se faire, nous aborderons de façon chronologique les différents éléments au fur et à mesure à travers une série de questions. Etes-vous prêt pour l'entretien ?

### **Thème 1 : appréciation de la démarche qualité et du processus d'implémentation.**

#### **Sous thème 1 : pertinence de la démarche qualité**

**Exemple de question :** pourriez-vous nous donner les raisons qui ont prévalu à l'implémentation de la démarche qualité en général dans l'hôpital et de façon spécifique le choix de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM ?

**Sous thème 2 : Déroulement de la mise en place de la stratégie** (implication du personnel)

**Exemple de question :** Quelles appréciations pouvez-vous faire de l'implication du personnel dans le processus de mise en place de la stratégie ?

**Sous thème 3 : Adhésion du personnel**

**Exemple de question :** quelle est votre point de vue par rapport à l'adhésion du personnel à ce programme ? Et pourquoi cela ?

**Sous thème 4 : Disponibilité des outils**

**Exemple de question :** Quelles appréciations faites-vous de la disponibilité des outils pour la mise en œuvre pratique de la stratégie à votre niveau ?

**Sous thème 5 : Communication**

**Exemple de question :** Que pensez-vous de la gestion de la communication dans le processus de mise en œuvre de la stratégie ?

**Sous thème 6 : Application de la stratégie**

**Exemple de question :** Pourriez-vous donner votre appréciation du niveau d'application de la stratégie dans votre service ?

**Sous Thème 7 : Récompense pour la qualité**

**Exemple de question :** quels sont les mécanismes de motivation déployés par l'hôpital pour susciter l'émulation du personnel dans le cadre de la mise en œuvre stratégie ?

**Question synthèse :** Quels sont les dysfonctionnements que vous pouvez relever dans la mise en œuvre de la stratégie et vos suggestions d'amélioration ?

**Thème 2 : Compétence du personnel**

**Sous thème 1 : Connaissance sur la stratégie «5S-KAIZEN-TQM»**

**Exemple de question :** pouvez-vous nous expliquez chaque étape de la démarche 5S-KAIZEN-TQM ?

**Questions de relance :**

- Que signifie chacun des S dans la stratégie 5S ?
- Qu'est-ce que le KAIZEN ?
- Qu'est-ce que le TQM ?

- Quel est la philosophie qui sous-tend la démarche 5S-KAIZEN-TQM ?

### **Sous thème 2 : Formation et supervision**

**Exemple de question :** quelles appréciations faites-vous de la formation du personnel et de leur supervision sur la stratégie ?

**Question synthèse :** Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de la stratégie et vos suggestions d'amélioration ?

### **Thème 3: résultats**

#### **Sous thème 1 : effets de la stratégie sur l'environnement physique**

**Exemple de question :** Pouvez-vous nous donner votre appréciation de l'environnement de l'hôpital et des services depuis l'introduction de la stratégie ?

#### **Questions de relance**

Que pouvez-vous dire de la propreté, et de l'ordre dans différentes salles ?

#### **Sous thème 2 : Effets de la stratégie sur les conditions de travail**

**Exemple de question :** Depuis que vous mettez en œuvre cette stratégie cela vous a-t-elle apporté un changement dans vos conditions de travail ?

#### **Questions de relance**

- Que pouvez-vous dire de la gestion du temps et de l'espace ?
- Quelle appréciation faite vous de l'ambiance de travail dans votre service depuis l'introduction de la stratégie ?
- Comment appréciez-vous les relations du personnel de votre service avec les clients externes ?

#### **Sous thème 3 : Impact sur la qualité des soins**

**Exemple de question :** Quelles appréciations faites-vous de la qualité des prestations de votre service depuis l'application de la stratégie ?

#### **Questions de relance ?**

- Que dites-vous de la qualité des prestations de soins ?
- Quelle appréciation faites-vous de la satisfaction des clients externes ?

**Question synthèse :** Quelles sont vos suggestions et commentaires sur la démarche qualité au sein de l'hôpital ?

## **Questionnaire sociodémographique pour les personnes ressources**

### **1. Nom et prénom**

1. Âge :

2. Genre :

3. qualification actuelle :

4. Expériences professionnelles (décrire):-----

-----

-----

5. poste actuel : -----

## **Annexe 4: Guide d'entretien pour les clients externes**

### **Schéma d'entrevue**

1- Se présenter

2- Présenter les objectifs de l'étude

3- Expliquer le déroulement de l'entretien

4- Lire et signer le formulaire de consentement

### **Question de départ pour introduire le thème général**

Nous vous remercions d'avoir accepté d'échanger avec nous. Le but de cet entretien est de recueillir votre appréciation sur la qualité de votre séjour à l'hôpital et des améliorations qu'il convient d'opérer pour une meilleure prise en compte de vos attentes. Etes-vous prêt pour l'entretien ?

NB : pour les enquêtes ne comprenant pas le français : Tout ce que vous allez dire sera fidèlement traduit et exploité comme telle.

### **Thème 1 : connaissance sur la démarche qualité**

#### **Sous thème 1 : Compréhension de la stratégie**

**Exemple de question:** Pourriez-vous nous dire ce que vous savez de ce qui se passe à l'hôpital pour vous permettre d'être bien soigné?

#### **Sous thème 2 : Compréhension des signaux et moyens de communication**

**Exemple de question :** Que pensez des différents signaux et moyens de communications utilisées au sein de l'hôpital ?

### **Sous thème 2 : Adhésion à la stratégie**

Que pouvez-vous dire de l'adhésion des utilisateurs des services au projet qualité de l'hôpital ?

Question de relance : qu'avez-vous faite durant votre passage pour accompagner le travail du personnel ?

## **Thème 2 : Effets de la stratégie sur la qualité des prestations**

### **Sous thème 1 : Effets sur l'environnement physique**

**Exemple de question :** Comment appréciez-vous la cours de l'hôpital et les locaux des services ?

**Question de relance :** quelle appréciation faite vous de l'hygiène et de l'ordre dans les salles du service ou vous avez été soigné ?

### **Sous thème 2 : qualité des soins et services**

**Exemple de question :** Quelle appréciation faites-vous des soins et services qui vous ont été prodigués durant votre passage ou séjour à l'hôpital ?

### **Questions de relance**

Que dites-vous de l'accueil que vous a réservé le personnel ?

Pouvez-vous me parlez de la qualité de vos relations avec le personnel soignant durant votre séjour ?

Quels appréciation faites-vous des soins proprement dits (qualité, temps, attention) ?

**Question synthèse :** Quelles sont vos commentaires et suggestions pour une meilleures prises en compte de vos attentes et une meilleure qualité des prestations de l'hôpital ?

### **Questionnaire sociodémographique**

Sexe :

Age :

Ethnie :

Niveau d'instruction : pas instruit/\_/ primaire/\_/ secondaire/\_/ supérieur/\_/

Résidence :

Type : consultant/\_/ hospitalisé/\_/ accompagnant/\_/

Mode d'accès : référence/\_/ évacuation/\_/ choix libre /\_/

Fréquence d'utilisation : première fois/\_/ plusieurs fois/\_/

## **Annexe 5: Fiche de dépouillement documentaire**

**Thème :** Evaluation de l'implémentation de la stratégie 5S-KAIZEN-TQM au CHR de Gaoua

Date :

N° -----

Nom et Prénoms de l'enquêteur :

<b>Titre du document</b>	<b>Informations à rechercher</b>	<b>Informations retrouvées</b>
<b>Note d'engagement</b>	Points d'engagement  Signature	
<b>Projet d'établissement de l'hôpital</b>	Objectifs qualité  Stratégie 5S-KAIZEN-TQM	
<b>Plans d'action de l'hôpital</b>	Activités lié à la strategies5S-KAIZEN-TQM Ressources allouées pour la stratégie Ressources mobilisées Bailleurs de fonds	
<b>Politique qualité</b>	Existence d'une politique qualité  Définition des orientations stratégiques de la démarche  Définition des cadres de gestion et de mise en œuvre	
<b>Plan d'action de mise en œuvre de la stratégie</b>	Existence d'un plan d'action de la stratégie Respect de la philosophie de la	

Titre du document	Informations à rechercher	Informations retrouvées
	stratégie dans la planification Nombre d'activités inscrits Bilan de mise en œuvre du plan antérieur  Budget  Cadre de gestion et de mise en œuvre  Communication  Suivi et évaluation	
<b>Note de création et d'organisation des organes de gestion de la qualité</b>	Création  Organigramme  Description des postes	
<b>Rapports d'activités du comité</b>	Nombre de rencontres programmées/exécutées  Thème des rencontres  Nombre de personnes formées par catégorie  Thèmes des formations  Nombre de supervisions menées par service  Elaboration des procédures  Nombre de séances de sensibilisation  Nombre d'activités de compétition  Existence d'un Inventaire périodique du matériel  Autres activités menées	
<b>Affiches</b>	Existence d'affiches sur la stratégie Pertinence de ces affiches Lieu d'affichage	
<b>Images</b>	Existence d'image sur la stratégie Pertinence des images Lieu d'affichage	

<b>Titre du document</b>	<b>Informations à rechercher</b>	<b>Informations retrouvées</b>
<b>Documents audiovisuels</b>	Existence de documents audiovisuels Porté de ces documents	
<b>Rapport d'auto évaluation</b>	Taux de réalisation Principaux dysfonctionnement	
<b>Rapport d'évaluation externe</b>	Commanditaires Evalueurs Principaux Dysfonctionnement	

## Annexe 6: Grille d'observation des étapes «5S»

FICHE DE CONTRÔLE ET D'EVALUATION D'AVANCEMENT DES ACTIVITES DU 5S							
						Date : (jour / mois / an)	
	<b>HOPITAL : Gaoua</b>	<b>SERVICE :</b>					
		très mal	mal	Moyen	bien	très bien	remarques
<b>1</b>	<b>DIRECTION DU CEO ET DE GESTION DU 5S</b>						
	Rôle et engagement de la cellule dirigeante au haut niveau, soutien aux activités du 5S, programme de formation de la cellule moyenne de gestion, mise en place des comités du 5S, campagnes du 5S						
1,1	Connaissance/compréhension/prise de conscience du 5S par la cellule exécutive et la cellule de supervision	1	2	3	4	5	
1,2	Implication et engagement des cellules exécutives et de supervision	1	2	3	4	5	
1,3	Réunion mensuelle et mise au point par les équipes de suivi et contrôle	1	2	3	4	5	
1,4	Manuel du 5S conçu avec des détails pertinents	1	2	3	4	5	
1,5	Signe évident de formation dispensée à l'équipe de gestion/l'administration	1	2	3	4	5	
	<b>TOTAL</b>	<b>Maximum points 25</b>					
	<b>points acquis/ 25 x 100 =</b>						
<b>2</b>	<b>SEIRI (Séparer)</b>						
	Dégager les endroits à l'intérieur comme à l'extérieur dans les lieux de travail. Evidence de déplacement de toute chose inutile tout aux alentours						
2,1	Intérieur et extérieur des locaux bien ordonnés	1	2	3	4	5	
2,2	Objets indésirés débarrassés des locaux, bureaux, et places de travail	1	2	3	4	5	
2,3	Dessus et intérieurs des armoires débarrassés d'objets indésirés	1	2	3	4	5	
2,4	les murs sont débarrassés de vieux posters et autres images indésirés	1	2	3	4	5	
2,5	Les tableaux affichent des notes courantes avec instruction de débarras	1	2	3	4	5	
2,6	Les règles de débarras avec des étiquettes rouges	1	2	3	4	5	
2,7	Entretien/prévision du plan de groupage est conçu pour réduire le désordre ambiant	1	2	3	4	5	
	<b>TOTAL</b>	<b>Maximum points 35</b>					
	<b>Points acquis / 35 x 100 =</b>						

<b>3 SEITON (situer/systématiser)</b>						
possibilité de retrouver toute chose tout de suite, rationalisation du temps de travail dans les institutions/organisations						
3,1	Evidences (imágenes) des périodes pré et post 5S	1	2	3	4	5
3,2	Système de control visuel (codage par couleur) pour éviter les amalgames	1	2	3	4	5
3,3	Poser des tableaux d'indication aux entrées de tous les services	1	2	3	4	5
3,4	Les allées et couloirs sont clairement marqués dans les hôpitaux et magasins	1	2	3	4	5
3,5	Une indication est affichée sur toutes les machines, les chambres, les toilettes	1	2	3	4	5
3,6	le matériel de travail, les outils, les dossiers, sont rangés selon la méthode de "peut voir" "prêt à utiliser" "peut ranger"	1	2	3	4	5
3,7	utiliser la méthode X-axe et Y-axe dans tout le secteur	1	2	3	4	5
3,8	méthode de contrôle visuelle de défauts, de reprise, de dossier, équipement pour éviter les mixages	1	2	3	4	5
3,9	passages et allées clairement marqués marquage de sens d'ouverture des portes	1	2	3	4	5
3,10	indiquer clairement les interrupteurs et régulateurs	1	2	3	4	5
3,11	établir les méthodes d'entretien de par classification	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>		<b>Maximum points 55</b>				
<b>Points acquis / 55 x 100 =</b>						
<b>4 SEISO (salubrité)</b>						
la salubrité tout autour de l'institution doit être conçue selon les principes du 5S						
4,1	les murs, les sols, les fenêtres, les toilettes, les vestiaires, sur les lieux de travail sont propres et en ordre	1	2	3	4	5
4,2	pratiquer le nettoyage quotidien (3-5 minutes)	1	2	3	4	5
4,3	les plans de nettoyages et les responsabilités sont bien affichés	1	2	3	4	5
4,4	exécution de la stratégie des poubelles	1	2	3	4	5
4,5	usage évident de matériel adéquat de nettoyage	1	2	3	4	5
4,6	stockage méthodique du matériel de nettoyage (balais et autre équipement)	1	2	3	4	5
4,7	le plan d'accès aux machines/outils/équipements de nettoyage et d'entretien est affiché	1	2	3	4	5

4,8	aspect général de salubrité tout autour	1	2	3	4	5	
<b>TOTAL</b>		<b>Maximum points 40</b>					
		<b>Points acquis / 40 x 100 =</b>					
<b>5 SEIKETSU (standardiser)</b>							
maximiser la standardisation des activités de mise en ordre, d'organisation, et de salubrité avec une évidence d'application tout autour							
5,1	procédures de standardisation adoptées sur les checklists et étiquettes selon 5S	1	2	3	4	5	
5,2	adoption et standardisation des méthodes 5S dans les couloirs et allées	1	2	3	4	5	
5,3	ordre dans l'usage des couloirs et issues de passage par les piétons	1	2	3	4	5	
5,4	indications visibles des dangers relatifs aux sens d'ouverture ou fermeture des portes, fenêtres, soupapes	1	2	3	4	5	
5,5	indication standardisés visibles sur les conteneurs d'huile ou extincteurs et bouteilles de gaz	1	2	3	4	5	
5,7	entretien/stockage des dossiers/enregistrement dans les bureaux, les lieux de travail	1	2	3	4	5	
5,8	standardisation, mise en ordre dans le classement des équipements/meubles	1	2	3	4	5	
5,9	standardisation des check-lists pour les procédures communes	1	2	3	4	5	
<b>TOTAL</b>		<b>Maximum points 45</b>					
		<b>Points acquis / 45 x 100 =</b>					
<b>6 SHITSUKE (se discipliner/sincérité)</b>							
évidence d'une approche disciplinée des activités des 5S à travers une formation et développement décent qui montre la sustainabilité à long terme							
6,1	évidence de formation continue des employés toutes catégories confondues	1	2	3	4	5	
6,2	Evidence d'activités de groupe du 5S et promotion du concept du KAIZEN	1	2	3	4	5	
6,3	évidence de suivi permanent par l'équipe de contrôle	1	2	3	4	5	
6,4	auto discipline entre les membres, bien notés les forces et faiblesses	1	2	3	4	5	
6,5	évidence de concours pour des slogans et posters du 5S entre les employés	1	2	3	4	5	

6,6	évidence d'auto discipline parmi les visiteurs	1	2	3	4	5	
6,7	évidence d'auto discipline tout autour dans les institutions	1	2	3	4	5	
<b>TOTAL</b>		<b>Maximum points 35</b>					
		<b>Points acquis / 35 x 100 =</b>					
<b>GRAND TOTAL</b>		<b>Maximum points 230</b>					
<b>NAME :</b>		<b>DATE : / /</b>					
<b>SIGNATURE:</b> .....							
	<i>Total</i>						
	<i>Leadership</i>						
	<i>séparer</i>						
	<i>systematiser</i>						
	<i>salubrité</i>						
	<i>standardiser</i>						
	<i>se discipliner</i>						

## Annexe 7: Grille d'analyse du contenu des verbatim

<b>Thème</b>	<b>Codes</b>	<b>Sous codes</b>	
<b>T1 = contexte</b>	Cod T1 1 engagement	Sous cod T1 1 1 direction	
		Sous cod T1 1 2 personnel	
		Sous cod T1 1 3 communauté	
	Cod T1 2 planification	Sous cod T1 2 1 orientation client	
		Sous cod T1 2 2 implication personnel	
	Cod T1 3 suggestions		
<b>T2 = ressources</b>	Cod T2 1 humaines	Sous cod T2 1 1 formation	
		Sous cod T2 1 2 suivi	
		Sous cod T2 1 3 récompense	
	Cod T2 2 finances	Sous cod T2 2 1 disponibilité	
		Sous cod T2 2 2 mobilisation	
	Cod T2 3 information	Sous cod T2 3 1 mécanisme	
		Sous cod T2 3 2 moyens	
		Sous cod T2 3 3 efficacité	
	Cod T2 4 matériel	Sous cod T2 4 1 disponibilité	
		Sous cod T2 4 2 utilisation	
		Sous cod T2 4 3 suggestions	
	Cod T2 5 temps	Sous cod T2 5 1 planification	
		Sous cod T2 5 2 mise en œuvre	
	Cod T2 6 organisation	Sous cod T2 6 1	
		Sous cod T2 6 2	
	<b>T3 = Processus</b>	Cod T3 1 fonctionnement cadres	Sous cod T3 1 1 QIT
			Sous cod T3 1 2 WIT
		Cod T3 2 mise en œuvre pratique	Sous cod T3 2 1 maîtrise
Sous cod T3 2 2 participation			
Sous cod T3 2 3 niveau avancement			
	Sous cod T3 2 4 suivi-évaluation		
Cod T4 1 satisfaction client interne	Sous cod T4 1 1 environnement et conditions de travail		
	Sous cod T4 1 2 gestion de la démarche qualité		

<b>T4 = résultats</b>		Sous cod T4 1 3 Qualité des soins
	Cod T4 2 satisfaction clients externes	Sous cod T4 2 1 environnement Sous cod T4 2 2 Qualité des soins
	Cod T4 3 suggestions	