

# JIQH 2008 – La Villette

## 8 & 9 décembre 2008

Atelier n° 15: La qualité motivante, ça existe! Un tremplin pour les équipes de terrain

Eveiller la motivation du personnel, pour la qualité, par une démarche de labellisation

# Le management par la qualité au cœur de la démarche de labellisation

- Le service d'imagerie médicale s'est engagé dans une démarche de labellisation **volontaire** fin 2007.
- Cette démarche doit bénéficier:
  - Aux patients
  - Aux professionnels
  - A l'établissement

# Contexte

- La culture qualité est bien développée dans l'établissement à partir de la V2 (principalement dans les services cliniques)
- Le médecin radiologue chef de service fait preuve d'une forte volonté d'engagement dans une démarche de labellisation.

# Contexte (2)

- La direction est convaincue de l'importance des démarches qualité
- Les démarches qualité sont utilisées comme outil de management.

# Les différentes étapes de la labellisation (1)

1. Faire acte de candidature par écrit auprès de l'association Labelix
2. Organiser la démarche:
  - Composer le comité de pilotage
  - Nommer un ou deux responsables qualité
  - Communiquer sur la démarche
  - Choisir une société d'accompagnement: Opta-s
3. Réaliser l'auto évaluation:
  - Identification des points à améliorer
  - Cotation A, B, C ou D de chaque critère
4. En écrire la synthèse et son plan d'amélioration, avec Opta-s

# Les différentes étapes de la labellisation (2)

5. Mise en œuvre du plan d'amélioration
6. Audit à blanc par Opta-s
7. Audit officiel par l'IRDQ (Institut de Recherche et de Développement de la Qualité)
8. Décision de labellisation par le collège Labelix (pour 4 ans)

# Le référentiel

Il a été rédigé par des professionnels de terrain et permet:

- d'évaluer l'existant
- de mettre en place un projet qualité

## Mais inversement

Toute action qualité mise en place répond à l'un des critères du référentiel.

# Le référentiel

Comporte 8 chapitres, 220 critères:

1. Accueil, information et consentement du patient
2. Maîtrise des sécurités
3. Maîtrise de l'hygiène
4. Maîtrise des vigilances sanitaires
5. Maîtrise de la radioprotection
6. Maîtrise des incidents et accidents médicaux
7. Organisation de la démarche qualité
8. Mesure et amélioration

# Le management par la qualité au cœur de la démarche de labellisation

## 4 points importants

- La finalité
- Quelques questions préalables
- Une démarche stratégique
- Une organisation solide

# Le management par la qualité au cœur de la démarche de labellisation

## La finalité

Peu importe le référentiel et la labellisation, ce qui importe c'est la qualité.

# Le management par la qualité au cœur de la démarche de labellisation

## Quelques questions préalables

- Quelle est l'implication de la Direction?
- Quelle sera l'implication des cadres d'imagerie?
- Quels moyens pouvons nous obtenir?
- Comment mobiliser une équipe dans une démarche lourde non obligatoire?

# Le management par la qualité au cœur de la démarche de labellisation

## Une démarche stratégique

1. Former un noyau stratégique, crédible et solide: le groupe de coordination, constitué par les 2 cadres du service d'imagerie et 2 qualitatifs
2. Apprendre à travailler ensemble
3. Mobiliser toute l'équipe

# ORGANIGRAMME DE LA LABELLISATION

**Promoteur**  
Le Directeur

**Responsable qualité**  
Médecin radiologue ou cadre ou  
manip...ou binôme

## Comité de pilotage

Un noyau médical → médecins radiologues

Un noyau para médical → manipulateurs, secrétaires

Un noyau administratif → responsable de gestion, des ressources humaines

Un noyau logistique → personnel technique

## Groupe Coordination

Les 2 cadres du service d'imagerie, 2 qualitiens

Patients

Personnel

Circuits

Continuité

Sécurités

Informatique

Qualité

Risques

Hygiène

Chaque Groupe de travail est constitué d'un noyau pilote avec la répartition des différents membres de l'équipe

# Organisation (1)

## Groupe de coordination (GC)

- Travaille sur un thème, cela lui permet:
  - D'apprendre à fonctionner ensemble
  - De s'approprier le référentiel
  - D'être crédible

## Auto évaluation

- Réalisée par le GC élargi (comité de pilotage)

## Opta's

- Valide l'auto évaluation
- Priorise les principaux critères
- Propose un plan d'amélioration synthétique

# Organisation (2)

## Le plan d'amélioration est confié à l'équipe

- Toute l'équipe est formée à la réalisation de fiches actions
- 9 groupes de travail sont mis en place
- le GC se « retire » et n'est pas inclus dans les groupes de travail mais:
  - Valide les fiches réalisées
  - Aide méthodologiquement si besoin
  - S'assure de la non redondance des actions
  - Est garant de leur faisabilité, des priorités

## Chaque groupe

- A un coordonnateur, garant du fonctionnement
- Crée des fiches actions selon leur thème
- Chaque fiche action est placée sous la responsabilité d'un membre du groupe
- Les cadres se répartissent la responsabilité des groupes

# Résultats

Toute l'équipe est impliquée:

- le chef de service
- Un médecin radiologue
- Les deux cadres
- 22 manipulateurs radio
- 1 IDE
- 1 AS
- 4 secrétaires
- 2 agents d'entretien

# Résultats

Plus de 30 fiches action



Alimentent le plan d'amélioration



Permettent d'écrire la politique qualité

# Conclusion

Quel que soit le résultat de la labellisation!

- Une extraordinaire mobilisation d'équipe
- Un suivi assuré
- De nombreuses actions vont pouvoir être transposées à la V 2010