



**FACULTE DE DROIT, DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE
GESTION**

**MASTER MANAGEMENT TIERS SECTEUR ET DE
L'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE**

**La Maison du Mineur, Centre de Réadaptation fonctionnelle cardiologique et
Pneumologique. 577, Avenue Henri Giraud, Vence.**

MEMOIRE DE STAGE

**Présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master 2 Professionnel,
Management Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire**

TITRE

**La Maison du Mineur, entre la gestion administrative efficace et
la problématique des besoins de fonctionnement: Contraintes,
Enjeux et Défis.**

**Mémoire préparé sous la direction de Monsieur Laurent PUJOL, Enseignant-Conseil et
Mme Catherine VIDAL, Tuteur de Stage.**

Présenté et Soutenu publiquement le 7 septembre 2017

Par Makenson PIERRE

Année académique: 2016-2017

Remerciements

Je tiens à remercier d'abord mon tuteur, Mme Catherine VIDAL, Directrice générale de la Maison du mineur qui, par son expérience, son sens d'écoute et sa tolérance, a guidé mon activité tout en préservant mon esprit d'initiative, durant toute la période de construction de mes projets. Ce stage m'a donné la possibilité de me confirmer et de découvrir les multiples atouts professionnels que ma formation me permettrait de mettre au service du secteur sanitaire.

J'adresse ensuite mes remerciements à l'ensemble des professeurs du Master II management Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire pour l'enseignement qu'ils m'ont apporté et, notamment, à Monsieur Laurent PUJOL, pour son accompagnement pédagogique.

Mes remerciements sont également adressés à l'ensemble du personnel de la Maison du mineur pour son accueil et son soutien, particulièrement monsieur Kamel SARHIRI, avec qui j'ai partagé des moments d'échanges si sincères qu'ils m'ont permis, à partir de la confiance développée, de mieux comprendre la gestion des risques en santé ainsi que nos objectifs respectifs au service de l'individu.

Enfin, je tiens à remercier ma famille qui m'a toujours soutenue, et, en particulier, mes parents et mes frères et sœurs pour leur générosité, leur discernement et leur soutien inconditionnel, ainsi que ma conjointe pour son accompagnement moral, sa compréhension et ses conseils durant ces quatre dernières années. Je leur dédie mes réussites passées et à venir.

Dédicaces

Je dédie ce rapport de stage à tous mes collègues du Master Management Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire de l'université du Maine (M TSESS) spécialement MAUDET Mary-Lou, SAID Omar, MARA Bintia et M BAZOULE Gretta, ainsi qu'à tous les professeurs de l'université.

A tous mes collaborateurs de la Maison du mineur plus précisément mes ami (es) des services respectifs:(Ressources Humaines, comptabilité, Facturation, et Qualité et Prévention des Risques) qui m'ont aidé à réaliser ce document pendant mes trois mois passés auprès d'eux.

A tous les membres de ma famille, aussi à ma Fiancée PETION Nancy qui m'a beaucoup supporté durant mon séjour à l'étranger. A mon fidèle lectorat soit initié ou avancé dans la recherche, je vous dédie ce document.

Liste des Tableaux

| | |
|--|----|
| Répartition de la population par tranche d'âges..... | 14 |
| Causes médicales des Décès en 2006..... | 15 |
| Pathologie cardiaques ALD5, ALD12 et ALD13..... | 16 |
| Pathologies Pneumologiques ALD14 et ALD29, tous âges confondus, année 2007..... | 16 |
| Estimation de Population au 1 ^{er} janvier, par Département, classe d'âges..... | 17 |
| Estimation de Population au 1 ^{er} janvier, par Département, classe d'âges..... | 17 |
| Fichier localisé Social et Fiscal, année 2013, France Métropolitaine Régions..... | 18 |
| Synthèse de la démarche méthodologique..... | 36 |
| Niveau de classification..... | 36 |

Liste des sigles et des abréviations

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillances de leurs Effets et de leurs Criticités

APIC : Association des Professionnels de l'Information et de la communication

HAS : Haute Autorité de Santé

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Aide à la Personne

HID : Handicaps Incapacité Dépendance

INSEE : Institut National de Statistique et des Etudes Economiques

PACA : Provence d'Alpes Côte-d'Azur

SSR : Soins de Suite de Réadaptation

ALD : Affection de Longue Durée

ESS : Economie Sociale et Solidaire

ARS: Agence Régional de Santé

CA: Conseil d'Administration

OQN: Objectifs Quantifiés National

PEC : Prise en Charge

DAF : Dotation Annuelle de Financement

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

HTSP : Hôpital Transport Santé Patient

PMR : Plan de Maitrise de Risques

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Remerciements..... | 2 |
| Dédicaces..... | 3 |
| Liste des tableaux..... | 4 |
| Liste des sigles et des abréviations..... | 5 |
| Introduction générale..... | 9 |
| A-Première partie- Approche sur la question de santé en France | 11 |
| Chapitre I-Problématique | 11 |
| 1.1-Contexte et Généralités..... | 11 |
| 1.2-Vieillesse de la population, Une situation inquiétante..... | 12 |
| 1.2.1-Aperçu sur la situation sanitaire dans la Région..... | 15 |
| 1.2.2- Bref aperçu sur le niveau de vie de la population de la Provence-Alpes-Côte-D'azur... 18 | |
| 1.3- Les associations gestionnaires des établissements de santé dans la vision de l'Economie Sociale et Solidaire..... | 19 |
| 1.3.1- Les Contrastes de Financement..... | 21 |
| 1.4- L'association « La Maison du mineur », Présentation Générale..... | 22 |
| a) Historique..... | 22 |
| b) Mission et objet social..... | 23 |
| c) Gouvernance..... | 24 |
| d) Organigramme..... | 25 |
| 1.5- La Maison du mineur et les maladies cardiovasculaires et pneumologiques..... | 25 |
| 1.6- Ma place au sein de la Direction..... | 27 |
| 1.7- Ressources et services..... | 27 |
| 1.8- Eléments de Forces et de faiblesses..... | 30 |
| 1.9- Conclusion..... | 32 |
| B-Deuxième Partie- Comment maîtriser les difficultés financières et organisationnelles pour tenir sa mission et pérenniser ses actions dans le secteur..... | 33 |
| Chapitre II- Pérenniser les actions dans le contexte de resserrement financier, une approche de management contingenciel..... | 33 |
| 2- Cadre méthodologique..... | 33 |

| | |
|---|----|
| 2.1- Description de la mission..... | 34 |
| 2.1.1- Identification des Risques..... | 35 |
| 2.1.2- Etudes préalables..... | 37 |
| 2.1.3- Analyse documentaire..... | 38 |
| 2.1.4- Entretiens..... | 38 |
| 2.2- Apports Théoriques..... | 39 |
| 2.2.1-Approche des contraintes..... | 43 |
| 2.2.2- Approche de la contingence..... | 43 |
| 2.3- Enjeux et Défis..... | 44 |
| Chapitre III- Les stratégies de Management et de la gouvernance interne adoptées au regard des contraintes..... | 46 |
| 3.1- Définition du Concept Management..... | 46 |
| 3.2- La Direction, Fonctionnement..... | 46 |
| 3.3- Les notions « Risques et Qualité »..... | 48 |
| 3.3.1- Le management de la Qualité et Prévention des Risques..... | 48 |
| 3.4- Recherche sur les situations défailtantes du système..... | 50 |
| a) Le niveau managérial..... | 50 |
| b) Le niveau médical..... | 51 |
| c) Le Niveau logistique..... | 52 |
| 3.5- Analyse sur les causes et les effets potentiels sur les patients..... | 52 |
| 3.6- Le Management d'adaptation aux évolutions règlementaires (Plan d'action)..... | 54 |
| 3.6.1- La gestion des évènements indésirables..... | 55 |
| 3.6.2- Développer le Partenariat et la mutualisation..... | 55 |
| 3.6.3- Repenser la gouvernance politique..... | 56 |
| 3.7-Conclusion..... | 57 |
| Chapitre IV- Bilan du stage..... | 58 |
| 4.1- Méthode de suivi..... | 58 |
| 4.2- Apports stratégique et compétences développées..... | 58 |
| 4.2.1-Difficultés rencontrées et Solutions apportées..... | 59 |
| 4.3-Productivite..... | 60 |

| | |
|--|----|
| 4.3.1-Enrichissement Personnel..... | 60 |
| 4.4-Limite du Travail..... | 61 |
| Conclusion et recommandations..... | 62 |
| Bibliographie..... | 64 |
| Annexe..... | 66 |
| Questionnaire..... | 66 |
| Cartographie apriori des risques..... | 67 |
| Échelles de Fréquence et de Gravité - Échelle de niveau de maitrise..... | 75 |

Introduction générale

Considéré comme une réponse à l'égoïsme du système économique mondiale actuel, l'économie sociale et solidaire se veut un modèle d'entrepreneuriat social axé sur les besoins de l'humain. Elle s'inscrit dans une démarche de responsabilité sociale en vue de répondre collectivement et solidairement à des besoins identifiés comme non ou mal satisfaits. En Europe et particulièrement en France, ce modèle économique embrasse toutes les sphères stratégiques de la vie sociale. Les entreprises sociales s'investissent depuis très longtemps dans l'agriculture et la santé. L'évolution rapide des organisations de l'économie sociale oblige l'Etat à développer des lois et des règlements relatifs à leur fonctionnement. La loi de 1901 visait dans un premier temps à définir généralement les traits caractéristiques du secteur et les objectifs poursuivis. Cependant faute de financement réel, ces secteurs sont en proie du financement public et perd progressivement le contrôle de leur fondement. En effet, Depuis la loi Hôpital, Santé Patient, Territoire (HPST), le secteur sanitaire à but non lucratif perd une certaine influence dans le système de santé. A travers des initiatives innovantes pour l'égalité sociale, les organisations de ce secteur sont en gestation. Malgré les contraintes structurelles et politiques, ces organisations dont les mutuelles, les coopératives et les associations, généralement à but non lucratif s'attachent encore à leur valeurs fondatrices, celles de placer l'homme au cœur du projet social. Ainsi, cette large vision parallèle à l'économie capitaliste avait développé un modèle de gestion flexible différent du management classique. Cela a créé la nécessité de mise en place à l'université de nouvelles formations dans ce champ avec des cursus spécifiques.

Le Master Management Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire s'inscrit parmi les enseignements apparemment récents dans le domaine de l'économie. Compte tenu de l'extension des entreprises sociales, Il parait comme une nouvelle formation visant à créer des nouveaux professionnels pour la dynamisation technique et structurelle de ces organisations. Ainsi, suite à une licence de Sciences administratives, qui m'a permis d'aborder des notions clés sur la Gestion des Affaires, complétée d'une maîtrise en Science du Développement, où j'ai acquis d'autres notions plus poussées sur la finance solidaire, ainsi que l'organisation des ressources sociales, ce master et ses apprentissages sont apparus comme une suite logique de mon cursus universitaire me permettant d'élargir mes connaissances à tous les types d'organisation sociales et les mécanismes de développement. A cet effet nous proposons d'étudier la gestion administrative des activités de la Maison du mineur, une association gestionnaire d'un établissement de santé à but non lucratif.

Le présent mémoire se veut le témoignage du déroulement de mon stage de fin d'étude, mené dans le cadre du cursus du Master II Management Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire. Au cours de ce stage, j'ai découvert certains aspects de la vie en entreprise, approfondi et appliqué mes connaissances, acquis et élevé mon niveau de compétences pratiques et échange avec des professionnels, ce qui m'a permis de prendre en compte les contraintes de gestion efficace dans les conditions de financement réduit.

L'objectif de ce travail consiste à étudier le fonctionnement administratif interne du centre en vue de relever les contraintes et défis de gestion structurelle. L'analyse portera principalement sur la gestion des risques liés à l'organisation des activités engagées notamment les activités

médicales et paramédicales. On mettra en évidence sa capacité d'organisation par rapport à la sphère financière de plus en plus réduite. Il ne s'agit pas d'un rapport descriptif des activités mais plutôt une analyse du système de management adopté pour mieux absorber les difficultés et les contraintes.

Il faut souligner qu'un tel sujet revêt d'une importance capitale parce qu'il s'interroge sur un problème majeur dans la société et dans le secteur sanitaire en particulier qui n'a pas été prise en compte dans la sphère politique et sociale et nécessiterait néanmoins un débat sociétal.

Ce travail s'articule en deux grandes parties et quatre chapitres. Dans la première partie où se trouve le premier chapitre, on fait d'abord état de la situation contextuelle de la santé en France. Il s'agit d'une recherche partielle sur certaines difficultés du système sanitaire française tout en relevant les secteurs et regroupement qui s'y impliquent. Puis on présente l'entreprise, ses forces et faiblesse et sa structure administrative.

La deuxième partie contient les trois autres chapitres, c'est la partie la plus importante du travail. Elle est strictement consacrée à la réponse de la problématique. Elle rassemble dans un premier temps un ensemble de données théoriques et les justifier à partir des activités concrètes au sein de l'organisation. Dans un deuxième temps, nous faisons l'analyse des activités de notre mission de stage, les difficultés rencontrées et les compétences développées pour enfin faire des recommandations.

A-PREMIERE PARTIE

APPROCHE SUR LA QUESTION DE SANTE EN FRANCE

Cette partie expose une approche contextuelle synthétique de la situation sanitaire en France à partir des données tirées de l'Institut National de Statistique et des Etudes Economique que l'on présente sous forme de tableaux. Elles seront interprétées en rapport avec les problèmes soulevés dans la présentation de l'établissement. On expose également les traits caractéristiques des associations gestionnaires d'établissement de santé dont la Maison du mineur sur laquelle porte l'étude.

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE

Prise dans son sens commun, la finalité de l'action sociale est de « remédier au défauts de la vie en collectivité dans le cadre d'une vision qui va de pair avec une conception de l'économie, producteur de richesse et de dysfonctionnement. » (Barreyre et Alii, 1995, p.26). Considéré comme l'un des piliers de l'action sociale en matière sanitaire, les établissements de santé privés à but non lucratif connaissent actuellement des grandes difficultés pour tenir l'engagement social, celui de développer l'égalité de soins à tout un chacun quel que soit son origine et sa situation sociale. Aujourd'hui compte tenu du désengagement de l'Etat à maintenir le financement et la volonté de garder leur mission sociale, l'enjeu est de plus en plus évident. A l'interne il s'agit d'une gestion contrastée traduisant d'une part l'exigence de performance et d'efficacité liée au système de réglementation, la tarification et de certification, et d'autre part le souci d'innover dans un contexte d'inaccessibilité de moyens financiers.

En effet, la volonté de servir, d'accompagnement de soins est fonction de la dotation globale de l'Etat. Tandis que les besoins structurels conditionnent la pérennisation des activités de gestion, ces établissements risquent de perdre leur identité sociale au profit des structures libérales. Le centre de réadaptation cardiologique et pneumologique La maison du mineur, l'un des établissements de santé à but non lucratif développe et fournit des activités de soins depuis plusieurs années. En dépit de son rayonnement, il confronte les mêmes difficultés structurelles et financières que les autres acteurs évoluant dans ce secteur sanitaire. Ainsi dans cet environnement actuel contrasté, la question est de savoir: *comment maîtriser les difficultés financières et organisationnelles pour tenir sa mission et pérenniser ses actions dans le secteur.*

Cette question nous amène à formuler l'hypothèse à savoir: Le système de management des établissements de santé non lucratif n'est guère autonome ni indépendant. Leur fonctionnement dépend de la juste valeur des dotations publiques. Cela génère des difficultés sur le plan managérial et financier à accomplir leur mission. C'est cette hypothèse que l'on propose de confirmer ou infirmer dans la deuxième partie du travail.

1.1-Contexte et Généralités

La santé a toujours été l'un des besoins le plus prioritaire dans une société. Elle est généralement considérée comme le premier des biens. Au regard de sa dimension physique et mentale, elle conditionne la capacité de l'individu dans ses actions quotidiennes. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit comme un état de bien-être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental... Donc la santé n'est pas seulement le fait d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité. C'est une notion relative, ressentie par chaque individu. Aucune mesure réelle ne peut mesurer la santé, puisque la santé est le fait de satisfaire tous ses besoins (affectifs, nutritionnels, relationnels, sanitaires...). En médecine, la santé est l'absence de maladie. Cette dernière approche traduit un état complet de l'organisme. Cependant cet état d'équilibre pris dans toutes ses dimensions se révèle complexe puisqu'il est fonction d'un ensemble de paramètres socio culturels et environnementaux. L'état de santé d'un individu peut se renforcer ou se dégrader suivant la qualité de son alimentation, le milieu écologique. Ainsi la santé demeure une nécessité collective qui doit impliquer la participation de chaque citoyen dans une communauté. Etant un bien précieux pour l'existence de l'homme, et pour la vie d'un peuple, elle ne devrait pas être léguée entre les mains des «businessmans» qui visent principalement la rentabilité économique et le profit. La satisfaction de ce bien est indispensable et doit faire l'objet d'un plan stratégique de l'Etat.

En effet, chaque société dispose de son système de santé. En France, ce système se caractérise par la mixité du secteur public et des groupes privés. Il s'agit d'une inspiration particulièrement européenne tissée de la conjugaison du modèle Bismarckien et celui Beveridgien développé respectivement en Allemagne et en Angleterre vers la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. Il faut souligner que les mécanismes du marché classique ne fonctionnent pas dans ce domaine et cela pourrait générer des externalités de plus en plus négatives. Depuis la création de la sécurité sociale après la grande guerre, l'état assure à plus de 60% les soins de santé, cet engagement républicain s'exerce à travers divers secteurs de santé publique notamment le sanitaire et le médico-social. Quoiqu'on en retrouve des groupes privés lucratifs et non lucratifs, ils peuvent être considérés comme des auxiliaires dans le système en général.

1.2-Vieillesse de la population, Une situation inquiétante

En 2004, le seuil de 80 ans a été franchi et on constate paradoxalement que cette augmentation de l'espérance de vie s'accompagne relativement du phénomène de vieillissement. L'enquête Handicaps Incapacité Dépendance (HID) montre très nettement deux phénomènes humains, l'un qui s'impose avec la force de l'évidence: les effets du vieillissement sur les capacités, l'autre qui a du mal à s'imposer à cause de l'inertie culturelle: l'autonomie maintenue pendant de plus en plus d'années. Ainsi Emmanuël Cambois et Jean-Marie Robine précisent que « Des études plus récentes ont montré que les limitations fonctionnelles sont prédictives des restrictions d'activités et constituent une première alerte de dépendance(...) Le passage des limitations fonctionnelles aux restrictions d'activité n'est pas systématique ». Se fondant sur les données rassemblées dans le cadre de HID, ces auteurs estiment que, en population générale, 50% des personnes de plus de 55 ans déclarent une limitation fonctionnelle mais seulement 21% souffrent d'une restriction d'activités sévère. Cette moyenne, écrasant

l'effet du vieillissement et l'importance de la mobilisation par les personnes concernées de toutes les ressources (individuelles, sociales, techniques) auxquelles elles peuvent faire appel.

Plus de 50% des personnes âgées de moins de 75 ans sont déjà frappées par des limitations fonctionnelles, mais moins de 10% d'entre elles souffrent de restrictions d'activités sévères pour les soins personnels (se nourrir, se laver..).

La quasi-totalité des personnes âgées de plus de 90 ans sont frappées par des limitations fonctionnelles (presque 70% par des déficiences motrices, presque 70% également par des déficiences sensorielles, plus de 30% par des déficiences organiques). (Pierre Naves, Herve Defalvard, 2006, p128).

Les chiffres représentant la part de population âgée seront en hausse: 1 habitant sur 3 serait âgé de 60 ans et plus; contre 1 habitant sur 5 en 2005; 22,3 millions de personnes âgées contre 12,6 millions en 2005; Cela représente une hausse de 80% en 45 ans. Dans un article publié en 2005 dans la revue française d'administration, Parant Alain fait état des chiffres hallucinant de la situation.

Seule une remontée de la fécondité jusqu'au niveau garantissant, des 2015, le remplacement des générations (2,1 enfants en moyenne par femme dans les conditions actuelles de mortalité) induit une augmentation de la population jeune: de 15 millions en 2000 à 15,7 millions en 2025 et 16,4 millions en 2050; soit un accroissement de 9% en un demi-siècle. Mais sous la même hypothèse, et respectivement aux mêmes dates, la population âgée de 60 ans ou plus s'élève de 12,1 millions à 18,6 millions et 22,5 millions (soit une croissance globale de 86%) et celle des 75 ans ou plus grossit de 4,2 millions à 7,2 millions et 11,5 millions (soit une progression totale de 174%). La croissance des effectifs est d'autant plus forte que les populations considérées sont plus âgées.

Du fait de l'augmentation moins rapide, sinon de la baisse, des effectifs à la base des pyramides et de l'envolée simultanée au sommet, le vieillissement démographique va être massif et son calendrier sera calé sur l'avance en âge de la tête de pont du baby-boom. A quelque aune qu'on la mesure, la tendance apparait très lourde. La proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus passe, selon les variante de projection, de 20,6% en 2000 a 23,0-23,3% en 2010, 28,5-30,4% en 2025 et 32,1-38,7% en 2050; celle des 75 ans ou plus de 7,2% à 8,9-9,1%, 11,0-11,9% et 16,6-20,0% ; celle des moins de 20 ans chutant, pour sa part, de 25,6% à 23,0-24,2%,19,4-24,0% et 16,5-20,0%. (Parant, Alain, 2005).

S'il n'existerait pas une corrélation automatique entre le vieillissement et une catégorie spécifique de maladie notamment des maladies cardiovasculaire, pulmonaire et d'autres troubles psychiques, il est évident qu'elles se développent davantage avec la montée de l'âge. Et par conséquent l'encadrement structurel et le financement des centres de réadaptation dont les activités reposent sur l'accompagnement des personnes âgées vivant avec ces maladies, devrait être une priorité pour l'Etat et les collectivités. A côté des hôpitaux publics. Il faut développer et encourager les établissements privés de santé à but non lucratif dans le secteur sanitaire et médico-social à la prise en charge de ces personnes.

Le problème de vieillissement touche en générale tous les coins du pays. Il varie proportionnellement d'une région à d'autres, et d'un département à un autre. Sans rechercher les causes profondes et les indices de variation régionale et départementale de ce problème, on pourrait dire qu'il est lié à la baisse du taux de natalité.

Selon les données tirées du recensement de la INSEE, la région PACA au sud du pays compte un nombre relativement élevé des personnes vieilles.

Cependant, Les Alpes-Maritimes concentrent 22 % de la population de la région et 2 % de la population de France métropolitaine. Dans les Alpes-Maritimes, comme sur l'ensemble de la région la population est implantée principalement le long du littoral. Le flux migratoires continue d'alimenter la croissance de la population régionale. La région a gagné près de 40 000 habitants supplémentaires par an entre 1999 et 2007, dont plus des deux tiers par excédent migratoire. La part des jeunes migrants tend à augmenter, freinant le vieillissement de la population. L'activité économique de la région PACA et notamment du département des Alpes-Maritimes est largement dominée par le secteur tertiaire et plus particulièrement les activités touristiques (notons que 25 % des logements du département sont des résidences secondaires).

Répartition de la population par tranche d'âges

| | Alpes-Maritimes | | PACA | | France métropolitaine | |
|--------------------------|-----------------|-------|------------|-------|-----------------------|-------|
| | Population | En % | Population | En % | Population | En % |
| Moins de 20 ans | 236 762 | 22,06 | 1 137 538 | 23,62 | 15 230 855 | 24,81 |
| 20 ans à 59 ans | 544 251 | 50,71 | 2 494 261 | 51,8 | 33 047 135 | 53,82 |
| Plus de 60 ans | 292 174 | 27,22 | 1 183 430 | 24,58 | 13 121 729 | 21,37 |
| Population totale | 1 073 187 | | 4 815 229 | | 61 399 719 | |

| Indicateurs | PACA | Alpes-Maritimes | France métropolitaine |
|---|------|-----------------|-----------------------|
| Taux de natalité en 2006 Naissance domiciliées pour 1000 hab. | 12.1 | 11 | 13.0 |
| Taux de mortalité en 2006 Décès domiciliés pour 1000 hab. | 9.2 | 10.1 | 8.4 |
| Indice de vieillissement au 1.01.2006 65 ans et + pour 100 personnes de 20 ans | 78.8 | 97.1 | 66.3 |

Recensement 2006, Source : INSEE

Bien que la région attire désormais une population plus jeune, le vieillissement de la population de la région PACA, d'ores et déjà pris en compte dans les politiques publiques, est particulièrement accentué dans le département des Alpes-Maritimes.

Des indicateurs de mortalité et de natalité défavorables compte tenu de la pyramide des âges.

Bien que le flux migratoire se soit ralenti depuis une décennie, le flux migratoire de jeunes générations ralenti le vieillissement de la population.

1.2.1-Aperçu sur la situation sanitaire dans la Région

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur se caractérise par un état de santé plutôt meilleur que la moyenne nationale avec une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe. Cependant, il existe une forte surmortalité pour les 15-24 ans, par accidents et suicides, ainsi que par comportements à risques.

Causes médicales de décès 2006

| Causes | PACA | | Alpes-Maritimes | | France Métropolitaine | |
|---|---------|-------|-----------------|-------|-----------------------|-------|
| | | | | | | |
| Rappel: Nombre de décès 2006 | 43806 | | 10772 | | 514644 | |
| Maladies infectieuses et parasitaires | 517 | 2.34 | 133 | 2.53 | 5.022 | 1.90 |
| Tumeurs | 7529 | 34.04 | 1759 | 33.45 | 91547 | 34.65 |
| Maladie endocrines, nutritionnelles et métaboliques | 704 | 3.18 | 186 | 3.54 | 8038 | 3.04 |
| Troubles mentaux et du comportement | 504 | 2.44 | 134 | 2.55 | 7002 | 2.65 |
| Maladies du système nerveux et des organes des sens | 931 | 4.21 | 211 | 4.01 | 11140 | 4.22 |
| Maladies de l'appareil cardio-circulatoire | 5781 | 26.14 | 1399 | 26.61 | 67755 | 25.64 |
| Maladies de l'appareil respiratoire | 1394 | 6.30 | 355 | 6.75 | 16239 | 6.15 |
| Maladies de l'appareil digestif | 948 | 4.29 | 230 | 4.37 | 12413 | 4.70 |
| Maladies de l'appareil génito-urinaire | 387 | 1.75 | 85 | 1.62 | 4092 | 1.55 |
| Causes externes de blessures et empoisonnements | 1837 | 8.31 | 393 | 7.47 | 21895 | 8.29 |
| Symptômes, états morbides mal définis et autres causes | 1548 | 7.00 | 373 | 7.09 | 19086 | 7.22 |
| Total toutes causes médicales Soit en % du total des décès | 2211650 | 50.49 | 5258 | 48.81 | 264229 | 51.34 |

Sources : INSERM – service SC8

Ce tableau ci-dessus illustre les principales causes de décès dans la région. Parmi ces causes, on remarque dans l'ensemble une proportion relativement élevée attribuée respectivement aux maladies de l'appareil cardio-vasculaire, respiratoire et digestif. Ainsi avec 1399, les maladies cardio-vasculaires représentent la deuxième cause majeure des décès au niveau du département

Alpes-Maritimes après les Tumeurs. Donc la nécessité de renforcer des établissements de soins de suites de réadaptation (SSR) paraît une évidence.

La mortalité brute liée aux maladies cardiovasculaires représente 27% de la mortalité pour cause médicale (deuxième cause de décès dans la région et le département après les tumeurs). Ce taux est supérieur à la moyenne nationale. De même le département et la région affichent un indicateur défavorable en ce qui concerne les décès liés à une pathologie respiratoire.

En ce qui concerne les indicateurs de morbidité, si le nombre de cas d'inscription en Affection de Longue Durée (ALD) au régime général peut être valablement pris comme référence, il est recensé :

Pathologies cardiaques ALD 5, ALD 12 et ALD 13 tous âges confondus

| TERRITOIRE | ALD 12 HTA: | | | ALD 5 : insuffisants cardiaques | | | ALD 13 : maladie coronaires | | |
|----------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| | Nombre de nouveaux cas (incidence) | Incidence / 100 personnes | Nombre total de cas (prévalence) | Nombre de nouveaux cas (incidence) | Incidence / 100 personnes | Nombre total de cas (prévalence) | Nombre de nouveaux cas (incidence) | Incidence / 100 personnes | Nombre total de cas (prévalence) |
| France entière | 126 958 | 2,00 | 978 233 | 84 7891 | 1,33 | 528 524 | 78 637 | 1,24 | 781 804 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 15 009 | 3,09 | 105161 | 8370 | 1,72 | 51052 | 7921 | 1,63 | 72249 |
| Alpes-Maritimes | 2269 | 2,10 | 18246 | 1744 | 1,61 | 11350 | 1737 | 1,61 | 16632 |

Source : Eco-Santé France 2009 - IRDES

Année 2007: Pathologies pneumologiques ALD 14 et ALD 29 tous âges confondus

| Territoire | ALD 14 : Insuffisants respiratoires | | | ALD 29 : tuberculose | | |
|----------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| | Nombre de nouveaux cas(incidence) | Incidence / 100 personnes | Nombre total de cas (prévalence) | Nombre de nouveaux cas (incidence) | Incidence / 100 personnes | Nombre total de cas (prévalence) |
| France entière | 35 696 | 0,56 | 288 006 | 4 290 | 0,07 | 9 703 |

| | | | | | | |
|----------------------------|-------|------|--------|-----|------|-----|
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 4 053 | 0,83 | 31 122 | 260 | 0,05 | 662 |
| Alpes-Maritimes | 787 | 0,73 | 6 701 | 61 | 0,06 | 121 |

Source : Eco-Santé France 2009 – IRDES

Estimation de Population au 1^{er} Janvier, par départements, classe d'âges

| Tranches d'âges | Année 2013 | | Année 2014 | | Année 2013 | | Année 2014 | |
|-----------------|-----------------|------|-----------------|------|---------------|------|---------------|------|
| | Alpes-Maritimes | | Alpes-Maritimes | | France Métrop | | France Métrop | |
| | Populations | En% | Population | En % | Population | % | Population | En% |
| 0 à 19 ans | 231239 | 21.3 | 230184 | 21.2 | 15513096 | 24.3 | 15588668 | 24.3 |
| 20 à 39 ans | 247206 | 22.8 | 243967 | 22.5 | 15714062 | 24.6 | 15585179 | 24.3 |
| 40 à 59 ans | 289801 | 26.8 | 291425 | 26.9 | 17139185 | 26.9 | 17206282 | 26.8 |
| 60 à 74 ans | 183665 | 17 | 187265 | 17.2 | 9512516 | 14.9 | 9754681 | 15.2 |
| 75 et plus | 128860 | 11.9 | 130271 | 12 | 5819006 | 9.13 | 5892974 | 9.2 |
| Total | 1080771 | 100 | 1083312 | 100 | 63697865 | 100 | 64027784 | 100 |

Ce tableau fait état d'une légère diminution de 0.1% de la population du département des Alpes-Maritimes pour les tranche d'âges de moins de quarante ans tandis que pour les plus de quarante ans, on constate qu'il y a une augmentation allant de 0.1 à 0.2 % entre 2013 et 2014. Cette tendance à la hausse est désormais plus poussée pour les personnes âgées de 60 à 74 ans.

Estimation de Population au 1^{er} Janvier, par départements, classe d'âges

| Tranches d'âges | Année 2015 | | Année 2016 | | Année 2015 | | Année 2016 | |
|-----------------|-----------------|-------|-----------------|------|---------------|------|---------------|---------|
| | Alpes-Maritimes | | Alpes-Maritimes | | France Métrop | | France Métrop | |
| | Populations | En % | Populations | En % | Populat | En% | Populat | En+---% |
| 0 à 19 ans | 229573 | 21.17 | 228871 | 21.1 | 15658351 | 24.3 | 15690801 | 24.2 |
| 20 à 39 ans | 243032 | 22.4 | 243208 | 22.4 | 15503615 | 24 | 15482486 | 23.9 |
| 40 à 59 ans | 291070 | 26.8 | 289555 | 26.7 | 17210267 | 26.7 | 17174347 | 26.5 |
| 60 à 74 ans | 189222 | 17.4 | 191429 | 17.6 | 10003087 | 15.5 | 10268211 | 15.8 |
| 75 et plus | 131055 | 12 | 130772 | 12 | 5968628 | 9.2 | 5988754 | 9.2 |
| Total | 1083952 | 100 | 1083835 | 100 | 64343948 | 100 | 64604599 | 100 |

En observant l'évolution de la population des deux années dans ce présent tableau, on remarque que la tendance à la hausse persiste pour la tranche d'âges comprise entre 60 et 74 ans et une stabilité relative pour la catégorie de plus de 74 ans. Par contre, quoique très faible, elle régresse pour les groupes d'âges les plus jeunes.

Globalement, durant les quatre dernières années, la population du département des Alpes-Maritimes affiche une tendance vieillissante. Les tranches d'âges de moins de 50 ans présentent une régression annuellement alors que les plus de 60 ans ne cessent d'augmenter à un rythme d'environ 0.2 %. Et si l'on compare les chiffres de 2006 à ceux de 2016, on a pu constater qu'à cette décennie, il y a une progression relative des personnes vieilles particulièrement dans les Alpes-Maritimes avec un écart d'environ 2.5%. Cette augmentation non proportionnelle de cette dernière catégorie n'est pas sans conséquence sur le niveau de vie de la population.

1.2.2-Bref aperçu sur le niveau de vie de la population de la Provence Alpes Côte-d'Azur

En 2012, 16,9% des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur vivent sous le seuil de pauvreté. La région est la troisième la plus touchée par la pauvreté en France métropolitaine, derrière la Corse et le Nord-Pas-de Calais, Picardie. La moitié des ménages de PACA vit avec moins de 764 euros par mois et par unité de consommation. Dans la région comme ailleurs, la pauvreté s'accroît avec la concentration urbaine. Les jeunes et les familles monoparentales sont les plus exposés à ce risque. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le revenu disponible médian de la population (1617 euros par mois et unité de consommation) est relativement proche du niveau national (1649 euros). Il existe toutefois de fortes disparités au sein de la région. Le niveau de vie médian est plus élevé dans les trois départements du littoral, là où se concentrent plus de 8 habitants de la région sur 10. Le niveau de vie au sein des grandes villes est souvent plus faible que dans leur périphérie. Ainsi à Marseille, le revenu médian des ménages s'établit à 1462 euros par mois, soit 132 euros de moins qu'à Aubagne, sa commune contiguë la moins riche. De même à Nice ou le revenu est inférieur à celui des communes alentours. Plus largement, dans les dix grandes aires urbaines de la région, le revenu disponible médian des couronnes est plus élevé que celui des pôles (21200 euros contre 19300 euros). Au sein même des pôles, le niveau de vie de la ville-centre est toujours inférieur à celui de sa banlieue. « *La Provence-Alpes-Côte-D'azur présente des inégalités de revenus plus marquées que la moyenne nationale: les revenus des 20% les plus aisés y sont 4,7 fois supérieurs à ceux des 20% les plus pauvres, contre 4,5 fois en France métropolitaine. Pour autant, certaines communes de la région se caractérisent par de très fortes inégalités. A Marseille, Nice et Aix-en-Provence, les revenus des 20% les plus aisés sont de 5,2 à 5,6 fois supérieures à ceux des 20% les plus pauvres. Aix-en-Provence et Nice comptent en effet une population aux revenus élevés; à Marseille coexistent une population pauvre dans les arrondissements du nord de la ville et une population plus aisée au sud. L'ampleur de ces inégalités n'est toutefois pas propre à la région.* ».¹

Fichier Localisé Social et Fiscal (FiLoSoFi) - Année 2013

France métropolitaine – Régions

Mise en ligne le 10/10/2016 Découpage géographique au 01/01/2014

©Insee Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal.

| Libellé | Nom bre | Nombr e de | Médi ane | Part des | Tau x de | Tau x de | Ta ux | Tau x de | Tau x de | Tau x de | Taux de |
|---------|---------|------------|----------|----------|----------|----------|-------|----------|----------|----------|---------|
|---------|---------|------------|----------|----------|----------|----------|-------|----------|----------|----------|---------|

¹-Sources : Insee ; DGFIP ; Cnaf ; Cnav ; CCMSA ; Fichier localisé social et fiscal 2012

| géographique | de ménages fiscaux | personnes dans les ménages fiscaux | du niveau de vie | ménages fiscaux imposés | pauvreté-Ensemble | pauvreté-moins de 30 ans | de pauvreté-30 à 39 ans | pauvreté-40 à 49 ans | pauvreté-50 à 59 ans | pauvreté-60 à 74 ans | pauvreté-75 ans ou plus |
|----------------------------|---------------------------|---|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| LIBGEO | NBMENFISC13 | NBPERSME NFISC13 | MED13 | PIMP13 | TP6013 | TP60AGE113 | TP60AGE213 | TP60AGE313 | TP60AGE413 | TP60AGE513 | TP60AGE613 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 2179755 | 4915133,5 | 19708,1 | 57,0 | 17,3 | 25,2 | 20,1 | 20,2 | 17,5 | 12,6 | 10,8 |

La problématique du niveau de vie de la population de la région PACA est complexe, la qualité du niveau de vie varie d'un département à l'autre, des centres urbains présentent de grandes disparités par rapport aux autres communautés périphériques. En 2014, les Alpes Maritimes avaient affiché un taux de pauvreté de 15.8 dans l'ensemble; comparé à la moyenne de la France métropolitaine, les catégories de personnes âgées de 60 à 75 ans et de 75 ans ou plus affichent respectivement 12.4 et 11.3, relativement faible. Par ailleurs, la région présente dans l'ensemble un revenu moyen relativement élevé de 14.4%² supérieur à la moyenne. Cependant on constate que la précarité grandissante frappe les groupes des plus âgés. D'où de grandes difficultés pour les personnes âgées de plus de 60 ans dont on retient les particularités les plus défavorisées de répondre à leurs besoins.

1.3-Les associations gestionnaires des établissements de santé dans la vision de l'ESS

Dans une démocratie moderne, la liberté de prendre des initiatives d'intérêt collectif fondées sur un esprit de solidarité relève évidemment de l'intérêt général ou de l'utilité sociale. Il appartient donc à l'Etat de permettre à l'ensemble de ces initiatives de s'épanouir et de donner un caractère obligatoire ou de participer financièrement à celles qui ne pourrait fonctionner sans son aide et qu'il estime aller dans le sens de ses priorités. (Jacques Moreau, 1994, p44). Ces actions collectives constituent l'essence de l'économie sociale. Ainsi, Charles Gide définit

² - Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal.

l'économie sociale et solidaire comme étant l'étude « rapports volontaires, contractuel, quasi contractuels ou légaux que les hommes forment entre eux en vue d'assurer une vie meilleure ». Au regard de ses rapports, les acteurs témoignent le souci d'apporter des réponses à des préoccupations relatives aux besoins humains à travers, par exemple, les structures d'insertion par l'activité économique et l'entrepreneuriat social. En outre, ils proposent d'autres façons de produire, de consommer et d'échanger, comme le commerce équitable ou le maintien d'une agriculture paysanne respectueuse de l'environnement.

En France, la loi du 31 juillet 2014, stipule en son article 1, que l'économie sociale et solidaire est un mode d'entreprendre et de développement économique adapté à tous les domaines de l'activité humaine auquel adhèrent des personnes morales de droit privé qui remplissent les conditions cumulatives suivantes:

-Un but poursuivi autre que le seul partage des bénéfices.

-Une gouvernance démocratique.

-Une gestion conforme aux principes suivants: Les bénéfices sont majoritairement consacrés à l'objectif de maintien ou de développement de l'activité de l'entreprise; les réserves obligatoires constituées, impartageables, ne peuvent pas être distribuées. Au regard de cette définition, il s'agit d'un modèle de production et de partage de richesse dans un esprit d'entraide. Une autre manière de penser l'entreprise, la consommation, la qualité de la vie, les échanges, la production des biens, la prise en charge des exclusions.

Généralement, l'économie sociale et solidaire désigne des regroupements de personnes jouant un rôle économique. Elle est privée, marchande et concurrentielle. Leur finalité n'est pas de rémunérer du capital mais d'apporter des services ou des biens à leurs membres. Elles portent toutes un projet d'éducation populaire par l'économie en proposant l'exemple d'une autre façon d'entreprendre. L'économie solidaire rassemble les organisations dont l'objectif premier est l'utilité sociale. Il s'agit d'un nouveau paradigme qui développe une vision singulière de la vie collective par l'expérimentation d'une économie de service en opposition à l'économie de consommation dont la pratique génère encore des contrastes au bien-être et à la vie de chaque citoyen. Autour de cette vision se regroupent des professionnels, des bénévoles, des adhérents et surtout des salariés. Les priorités des structures de l'ESS sont différentes de celles de l'économie financiarisée. Les bénéfices ne sont pas destinés à l'accumulation de richesse individuelle mais ils sont prioritairement réinvestis dans de nouveaux projets d'utilité sociale, ou redistribués à leurs membres. Ce modèle économique regroupe, les coopératives, les mutuelles, et les associations notamment les associations gestionnaire des établissements de santé. Cependant il est difficile de situer ces catégories d'association compte tenu du fait qu'elles s'adonnent à une activité extrêmement réglementée. Peu nombreuses, elles se trouvent noyées dans le secteur sanitaire et social. « *Le mélange des genres s'accroît dans la confusion des termes. Santé, médical, sanitaire, social, caritatif et humanitaire se croisent et se superposent rendant difficile la délimitation du champ d'une étude portant sur les associations de la santé. DEMOUSTIER et Al., avaient fait le choix de retenir la typologie courante qui distingue les associations centrées principalement sur la sociabilité, les liens sociaux de proximité, celles qui ont développé des activités de gestion d'établissements et de services, et*

enfin les associations caritatives et humanitaires, tout en mentionnant les limites de ce bornage.»(Sébastien, FLEURET, 2011)

En revanche S. FLEURET croit que les associations gestionnaires peuvent être considérées comme faisant partie d'une deuxième catégorie c.-à-d., des associations ciblant un public particulier ou une pathologie par l'acte de « promouvoir ». Cette catégorie a été créée pour pallier les besoins, dans le but de réduire les inégalités en matière sanitaire. Elles développent une relation de proximité avec la population de leurs milieux respectifs. En général les associations accompagnent la demande locale et sont souvent un moteur de l'innovation par la création de la valeur. Elles sont généralement productrices de services à moindre coût et « créatrices de gratuités » (Bloch-LAINE, 1996, p48) et donc profitables à l'ensemble de la population sans exclusion monétaire, ce qui, dans un système d'assurance maladie en crise constitue un enjeu majeur.

Il est important de noter que la règle philosophique de ces structures repose sur la santé de l'utilisateur et donc la lucrativité traduit l'exception dans le contexte actuel où les coûts des soins excèdent de plus en plus. Cependant depuis la mise en place du système d'accréditation et de certification, le fonctionnement de ces établissements devient très fragile. N'ayant pas pu répondre aux exigences structurelles, certaines structures se sont regroupées, d'autres disparaissent. En matière de gestion, la recherche et l'innovation demeurent aujourd'hui des projets d'éléphants blancs s'ils n'intègrent pas le canevas prioritaire de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Concernant la question de la création de valeur par ces structures, Simon (2000) précise que la valeur présente la particularité d'être subjective et contingente. Brechet et Desreumaux (2001) soulignent le caractère polysémique de ce mot. Ainsi, s'il est clair que les associations ne créent pas de valeur au sens de valeur actionnariale c'est-à-dire une augmentation du patrimoine financier de ses membres, néanmoins à travers leur finalité, elles contribuent à la création d'une valeur qui est certes dans certains cas difficile ou simplement impossible à évaluer, mais qui existe et qui doit sans doute s'exprimer en terme d'utilité pour ses membres, pour les bénéficiaires de l'action de ces structures, sinon cette forme d'organisation aurait déjà dû disparaître.

1.3.1- Les contrastes de financement

En général, dans l'économie sociale, le rôle essentiel du groupement est de satisfaire des intérêts collectifs d'ordre matériel ou non; il a pour mission d'apporter un service à ses membres, ce service pouvant être de leur permettre d'accomplir ensemble des actions caritatives hors de la portée d'une personne isolée. Que souvent de telles actions relèvent de la même conception de l'intérêt général que celle choisie par l'état (Jacques Moreau, 1994, p44). La finalité et le sens de l'action collective en quête du bien commun nécessiterait une mobilisation financière, telle n'est pas le cas; car depuis toujours, les plus grands problèmes de ces groupements sont d'ordre financier. En effet, les mécanismes de financement des associations prennent des formes variées. Globalement leur existence repose sur deux principaux types de ressources: les ressources propres non commerciale notamment; les cotisations des membres, les droits d'entrées, le financement bancaire, les placements financiers et les apports en matériel par les membres. Cette première catégorie de ressources se révèle habituellement insuffisantes et par conséquent elles recourent ordinairement à la recherche de

d'autres financements en exerçant à la limite des activités commerciales en vue de mobiliser des fonds pouvant garantir leur survie, ce que l'on appelle des ressources propres commerciales. Cependant pour une association de petite taille de très faibles cotisations, le plus important c'est de bénéficier le financement publique pour pouvoir continuer le développement de leur activités sociales. Cela répond à une fonction de l'Etat d'encourager et de soutenir toute activité qui vise le bien être du citoyen. « *La crise de l'Etat-providence et la décentralisation initiée à partir de 1984, ont contribué à accroître le pouvoir des collectivités dans le financement des associations. Ainsi, celles-ci en fonction de leurs compétences et en vertu du principe dit de la spécialité de la collectivité octroient des fonds à des associations. On note par ailleurs un changement dans le mode de financement avec les glissements des financements structurels vers des financements par projets, des subventions vers des conventions par objectifs*» (Sainsaulieu & Laville, 1997).

Par contre, aujourd'hui, les nouvelles politiques de l'Etat semblent vouloir inverser la tendance, et diminue progressivement son assiette financière destinée au développement de ces organisations d'intérêt collectif et sociaux. Sous l'effet de nouvelles lois, une grande majorité de ces structures sociales se sont obligées de se fusionnées, certaines disparaissent et d'autres résistent. Il faut souligner que ces nouvelles dispositions influencent la totalité relative des organisations à but non lucratif notamment les associations gestionnaires évoluant dans le secteur sanitaire dont les orientations en matière de politiques de santé publique sont actuellement plus contraignantes. Ces établissements se voient restreindre financièrement leur management à des activités ponctuelles et sous le contrôle et l'évaluation des instances publics sans aucune possibilité d'ouverture, d'investissements et d'innovation pour ne citer que ceux-là. C'est dans ce contexte difficile évolue actuellement l'association, la Maison du mineur.

1.4-L'association « La Maison du mineur », Présentation générale

a) Historique

Le centre de réadaptation fonctionnelle cardiologique et pneumologique «La maison des mineur » est une vieille association gestionnaire d'établissement de santé à but non lucratif. Elle a été créée en 1947 par un groupe de travailleurs miniers dans le but de traiter la silicose, une maladie qui était très présente dans le pays et qui avait affecté plusieurs catégories de personnes et des travailleurs miniers en particulier. A cette époque les gens de cette dernière catégorie avait développé l'esprit coopératif pour créer une structure sanitaire dans le but d'accéder à des soins de qualité. Géographiquement, ce centre est situé à avenue Henri Giraud, commune de Vence, non loin de la ville de Nice dans les Alpes-Maritimes, département de la région Côtes d'Azur. Le centre fournit des soins de suites de réadaptation à des personnes souffrant principalement des maladies cardio-vasculaires et respiratoires.

La Maison du Mineur a été acquise par les Houillères du Dauphiné dès 1946 puis transmise aux Houillères de Bassin du Centre et du Midi. Elle a fonctionné comme centre de traitement et de réadaptation des mineurs silicosés dont la maladie s'est compliquée. En 1971, la gestion de l'établissement est confiée à une association fonctionnant sous le régime de la Loi 1901 formée entre les Charbonnages de France et la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines. En 1977 l'établissement est admis à participer à l'exécution du service public

hospitalier. Dans cette même période, les techniques de rééducation respiratoires sont complétées par une méthode de réentraînement à l'effort, apportant du même coup une médicalisation de l'établissement tant en matériel qu'en personnel.

Le 15 Octobre 1992, elle obtient l'agrément d'établissement de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle pneumologique et cardiologique. Cette autorisation permet à l'établissement de poursuivre l'accueil des insuffisants respiratoires et des malades souffrant d'affections cardio-circulatoires sur le plan départemental, régional en diminuant progressivement son recrutement national lié à l'origine historique minière, répondant ainsi à la demande des services de court séjour (C.H.U., C.H.R. C.H.G) qui expriment de plus en plus le besoin de placer précocement des malades dans des centres médicaux spécialisés pour leur assurer les soins de seconde intention ainsi que leur rééducation et réhabilitation. Depuis elle fonctionne sur cette dénomination officielle «Centre de réadaptions fonctionnelle cardiologique et pneumologique » en juxtaposition a son nom d'origine La maison du mineur. Le 13 Décembre 1993, l'association devient propriétaire du patrimoine foncier et immobilier après rachat de celui-ci aux Houillères de Bassin du Centre et du Midi, ancien propriétaire.

b) Mission et objet social

Incarné de la philosophie de l'économie sociale et solidaire, la maison du mineur avait dès sa création une mission particulièrement sociale. Avant celle-ci était surtout concentré sur la production et le développement des soins à ses principaux membres, les adhérents travailleurs miniers. Cependant, depuis environ quarante ans, par son admission à exercer des services publics hospitaliers, l'établissement s'est engagé à fournir des services de soins de réadaptation à toute la population en particulier celle du département Alpes-Maritimes. Ainsi, depuis plus d'un demi-siècle l'établissement est devenu une référence régionale sur ses deux domaines de spécialités: la réadaptation fonctionnelle cardiologique et la réadaptation fonctionnelle pneumologique. Son objet social repose principalement sur des valeurs fondatrices humanistes de l'Association, celui de faciliter l'accès aux soins à un coût insignifiant. Le souci n'est pas de générer de l'argent mais le principal profit c'est de voir augmenter le niveau de santé de chaque individu. Il s'agit de la solidarité à l'égard des plus vulnérables dans la société. Cette solidarité se traduit à travers l'offre de soins de qualité offerte sans chercher à s'enrichir. Elle se manifeste également par la vision du bien-être collectif faisant de la personne le pilier de ses interventions. Afin de pérenniser ses actions sociales, il consiste pour l'association d'enraciner un arbre de valeurs issu de son histoire: Il s'agit de la bienveillance, le respect, l'équité, la prévoyance et surtout la responsabilité. Cet arbre traduit essentiellement l'intérêt porté à l'autre dans toute sa complexité. L'ensemble de son personnel s'investit dans des rapports humains harmonieux et il traite les patients, leurs proches, les collègues de travail et toute autre personne avec respect et considération. Il faut donc souligner que tout cela se fait selon la juste appréciation de ce qui est dû à chacun. C'est une responsabilité sociétale qu'elle attend assumer dans un souci d'attention portée principalement aux personnes, aux choses, aux situations éventuellement difficiles qui explique la finalité de ses actions.

c) Gouvernance

Depuis le 1er janvier 2000 l'association ne comporte plus que deux membres à savoir la Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines et la Mutualité Française Provence Alpes-Côte-d'Azur. Ces deux membres constituent les deux principaux adhérents de l'association.

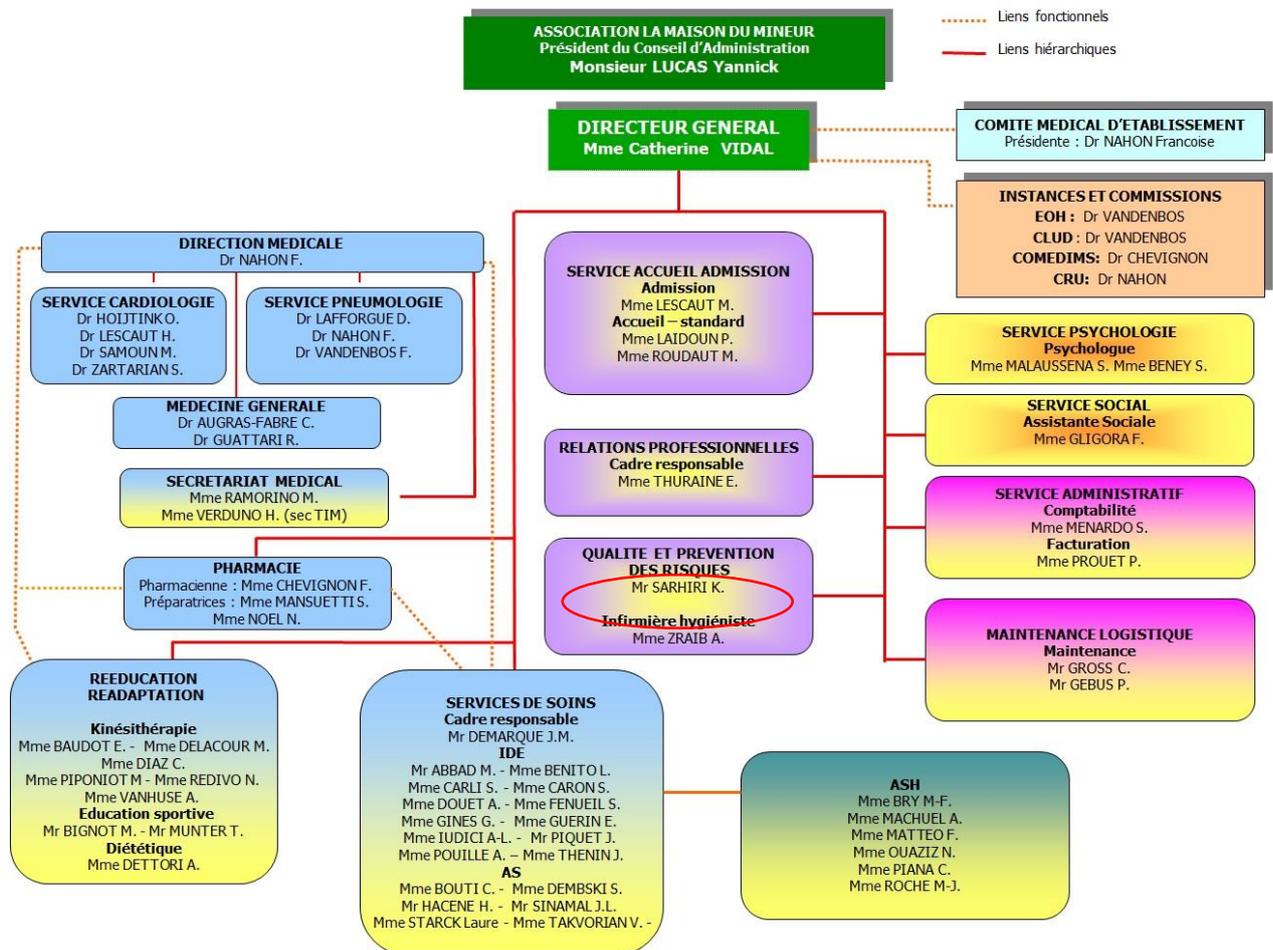
La gouvernance est assurée par un conseil d'administration paritaire composé de 16 membres dont 8 représentants de la caisse d'assurance du régime minier et 8 représentants de la Mutualité Française Provence-Alpes-Côte-D'azur, (PACA). En général les 16 membres se réunissent annuellement en assemblée générale pour élire le président et les autres membres composant le bureau du conseil. L'assemblée générale se tient normalement entre la direction générale de la Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale du régime minier et le président de la Mutualité Française, PACA. Il faut souligner qu'avant les années 2000, soit plus de trois décennies, le conseil d'administration constituait des représentants du charbonnage et la caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines; ce n'est qu'en 1998 que la Mutualité française Provence-Alpes-Côte-D'azur est progressivement entrée au Conseil d'Administration en remplacement des représentants de Charbonnages de France.

Dès sa création, l'association gère un seul établissement de santé: le centre de réadaptation fonctionnelle cardiologique et pneumologique. La présidence actuelle est occupée par Mr Yannick LUCAS. La direction générale est administrée par Mme Catherine VIDAL. Au regard du cadre de fonctionnement légale des établissements de santé en France, la direction s'est accompagnée d'un comité médical avec un président à sa tête, d'autres instances et des commissions de contrôle. Le centre est accrédité d'une capacité d'accueil de 84 lits pour un personnel globale regroupant environ 62 collaborateurs. Logé sur une surface de 2.7 hectares, l'ensemble des services d'hospitalisation sont répartis sur trois pavillons: le pavillon BARAUDOU, le pavillon LERICHE, le pavillon VOISIN. L'ensemble des chambres ont désormais fait l'objet d'une réhabilitation permettant de proposer un hébergement de qualité.

Le pavillon DESTAL Situé au nord, il abrite les services médicaux de consultation, d'exploration fonctionnelle et le plateau technique de réentraînement à l'effort sur 2 étages. A ce jour, ces espaces ne sont plus adaptés à la prise en charge des patients. Le troisième étage accueille les services administratifs³.

³- Données puisées du projet d'établissement du Centre 2010-2014.

d) Organigramme



1.5-La Maison du mineur et les maladies cardio-vasculaire et pneumologiques

La direction générale de la Maison du mineur s'est engagée dans la lutte contre la dépendance des personnes souffertes des pathologies cardiovasculaire et des troubles respiratoires. Cette démarche vise à rétablir l'état de santé de cette catégorie des malades et promouvoir leur réinsertion à travers la mise en œuvre d'un système médical adapté à leur situation. Les personnes malades accueillies proviennent soit de l'hôpital après éventuellement une opération, ils sont transférés au centre pour suite de réadaptation, ou soit directement de leur domicile. Les patients sont accueillis durant quatre semaines en moyenne.

Deux activités principales divisent le champ d'intervention du centre: La réadaptation en cardiologie et la réadaptation en pneumologie. D'autres ramifications additionnelles peuvent être considérées comme des activités secondaires notamment, la réinsertion sociale, l'éducation thérapeutique etc...Cependant, le réentraînement à l'effort constitue le cœur du métier. Il faut souligner qu'à côté de diverses autres difficultés qu'elles pourraient occasionner, ces maladies entraînent principalement deux conséquences majeures chez la personne affectée: la perte de l'autonomie et la dépendance physique. En revanche la stratégie du centre consiste avant tout à

faciliter le patient de recouvrer son autonomie en développant ses interventions de prise en charge à trois niveaux: l'anticipation ou la prévention, l'accompagnement immédiat ou la stabilité de la maladie et enfin la responsabilisation du patient par l'adoption de nouveaux comportements vis-à-vis de la pathologie. Vu l'ancienneté et les expériences cumulées dans ce domaine, il a été nécessaire de développer des approches stratégiques pour réduire les effets de ces maladies avérées d'une transversalité déficitaire de l'organisme humain. Ainsi le centre mobilise néanmoins des professionnels de santé compétents pour apporter les soins nécessaires aux patients, en poursuivant l'objectif de réduire la dépendance des personnes touchées des déficiences cardiaque et pulmonaire. De nos jours ces maladies constituent les premières causes de décès des gens en France. Elles atteignent principalement les personnes âgées. Conscient de ce problème, le centre met en place un mécanisme de prise en charge basé d'abord sur l'évaluation, l'accompagnement et enfin la rééducation. Il s'agit d'une prise en charge globale mise à part des soins spécifiques, incluant des nouveaux comportements à adopter pour réduire l'effet des pathologies même après le retour du patient à de son domicile.

En effet, dans son projet d'établissement 2010-2014, la réadaptation cardiovasculaire se traduit par l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardiaque, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible. Il s'agit de prendre en charge des patients à risque élevé et pouvant nécessiter:

- une rééducation complexe et intensive; c'est à dire multidisciplinaire d'au moins 3 heures par jour,
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques clinique / séquelles / complications de l'affection causale;
- une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post opératoire précoce...).

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies/situations suivantes: cardiopathie avec ischémie résiduelle sévère, insuffisances cardiaques sévères, rééducation post greffe ou chirurgie cardiaque; les complications de la chirurgie cardiaque. La BPCO stade 3 et 4 (chez l'adulte), l'asthme difficile, le syndrome d'apnée du sommeil, la rééducation post chirurgie thoracique, la mucoviscidose, les bronchectasies, les complications respiratoires des affections neurologiques ou neuromusculaires, les complications respiratoires de l'obésité morbide, les complications respiratoires et ORL des maladies génétiques et des pathologies congénitales.

Parallèlement la prise en charge spécialisée des affections respiratoires en Services de Soins de Réadaptation (SSR) tel quelle a été poursuivi dans le projet d'établissement, consiste à accueillir les patients atteints d'affections broncho-pulmonaires, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent, lorsque leur état ne nécessite plus leur maintien en service aigu ou ne leur permet plus de rester à domicile, mais exige un traitement et une surveillance spécialisés avant leur retour à domicile. La réhabilitation respiratoire est un traitement basé sur des évidences, fait par une équipe multidisciplinaire, en accord avec le patient porteur d'une maladie respiratoire

chronique ayant une diminution de ses activités quotidiennes et constituant un programme individualisé à partir des besoins du malade.

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR «affections respiratoires» est liée à l'existence d'une insuffisance respiratoire sévère à l'origine d'un risque élevé de décompensation. La prise en charge permet la mise en œuvre de techniques de ventilation mécanique non invasive et d'oxygénothérapie, d'au moins une séquence de masso-kinésithérapie quotidienne pour les patients dont l'état de santé le nécessiterait et de la mise en œuvre d'une rééducation complexe et intensive: c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour.

1.6-Ma place au sein de la direction

Le stage de fin d'études s'inscrit obligatoirement dans le cursus du Master II Management du Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire de l'université du Maine. Il a pour objet de permettre aux étudiants de développer des connaissances générales dans le domaine de la gestion appliquée et de la recherche en gestion, des connaissances opérationnelles spécifiques aux organisations de l'ESS (management de l'ESS, droit de l'ESS, financement de l'ESS, gouvernance dans l'ESS) et des connaissances plus générales sur l'environnement propre à l'ESS (culture générale sur l'ESS, fondements historiques et théoriques, éléments de comparaison internationale, etc.). Ainsi, l'étudiant pourra mettre en pratique les outils théoriques et méthodologiques acquis au cours de sa formation, identifier ses compétences et conforter son objectif professionnel.

En ce qui me concerne, ce stage s'est déroulé au sein du centre de Réadaptation fonctionnelle de Cardiologique et Pneumologique, La Maison du Mineur sise au 577, avenue Henri Giraud à Vence sur la période du 3 avril au 30 juin 2017, soit 12 semaines. Le temps de travail au sein de l'entreprise était fixé à 35 heures hebdomadaires. Mon encadrement se constituait d'une part, de l'équipe pédagogique du Master Management Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire de l'université et d'autre part, de mon tuteur de stage, Mme Catherine VIDAL, directrice générale de l'établissement.

Ma principale mission consistait à évaluer et à établir une cartographie de risques a priori liés à l'organisation des activités principales. Parallèlement j'avais également la responsabilité d'effectuer un travail d'enregistrement de fichier et je propose de décrire les détails pratiques de ces missions dans la partie méthodologique au chapitre suivant.

L'utilité de ces données consiste principalement à compléter la cartographie des risques de l'organisation en détectant les risques éventuels non identifiés dans le système lors du dernier recensement. Elle consiste aussi à fournir des informations utiles à la gestion efficace des activités, la prise de décision et une meilleure prise en charges des soins.

1.7-Ressources et Services

Pour réaliser sa noble mission de protection sanitaire, l'association se dispose des services clés et a engagé diverses ressources. Par ailleurs, le terme ressources est ici utilisé dans deux sens: Le premier l'économique pour désigner les in put engagés pour produire le bien de santé. Le deuxième renvoie au sens managérial pour caractériser l'ensemble des éléments mise en œuvre

pour fournir les services de soins. Ainsi on en retrouve principalement quatre: les ressources matérielles et technologiques, les ressources humaines et financières.

Parallèlement le concept service ne fait pas référence à sa dénotation économique telle que l'on désigne de la satisfaction de bien ou d'un besoin économiquement non physique, mais il détient de préférence une connotation fonctionnelle d'un groupe de professionnels de même champs occupant un espace ou un bureau pour réaliser un travail. Chaque service dispose des matériels spécifiques nécessaires à l'exécution de sa mission.

Au niveau financier, l'établissement fonctionne sur la base de la dotation globale. Avec laquelle il doit assurer son fonctionnement quotidien. On mobilise cet argent non seulement à l'acquisition des matériels mais également pour payer les salaires des professionnels engagés. Il s'agit tout simplement d'une couverture du budget de fonctionnement. Comme on a signalé dans les pages précédentes, les principales activités médicales du centre s'organisent en outre en deux grands services. La cardiologie et la pneumologie. En matière des ressources humaines, deux grandes catégories de personnel sont mobilisés pour répondre globalement à la mission de l'établissement. Il s'agit du personnel de santé et des cadres ou professionnel administratif du niveau managérial. Dans le premier groupe, il y a le personnel médical et paramédical. Le deuxième regroupe à côté de la direction principale d'autres professionnels qui s'occupent séparément de la comptabilité, du service secrétariat, informatique, de maintenance et de logistique.

En effet, s'agissant d'un établissement de santé à but non lucratif, il est néanmoins établis la fonction et les taches de chacun des professionnels tel qu'a été défini dans la convention collective nationale du 31 octobre 1951 par la Fédération des Etablissement Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP). Ainsi dans le tableau ci-dessous, on présente les différents professionnels par services ainsi que leur mission.

| Services | Professionnels | Mission |
|------------------|-----------------------|---|
| Cardio et Pneumo | Infirmiers | <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des soins infirmiers afin de maintenir ou restaurer la santé et l'autonomie de la personne hospitalisée en identifiant les risques et en assurant le confort et la sécurité de la personne et de son environnement - Assurer la continuité des soins de l'admission à la sortie du patient et veiller à une reprise d'autonomie optimale pour son retour à domicile - Etablir une relation de confiance, d'accompagnement, d'écoute, et assurer la prise en charge du confort, de la sécurité et de la douleur du patient - Concourir à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement |

| | | |
|-------------------------|------------------------|---|
| <p>Cardio et Pneumo</p> | <p>Aides-soignants</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne. - Avoir une approche globale de la personne soignée et prendre en compte la dimension relationnelle des soins. - Accompagner la personne dans les actes essentiels de sa vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie, contribuer à son bien-être et à lui faire retrouver, dans la mesure du possible, son autonomie. - Participer dans la mesure de ses compétences aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs afin de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité. |
| | <p>Psychologue</p> | <p>Dans le respect de la charte du patient hospitalisé, la psychologue étudie et traite au travers d'une démarche professionnelle propre les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir un mieux-être de la personne. Au travers de son savoir-faire et de ses outils théoriques, elle évaluera et analysera les situations afin d'élaborer l'intervention psychologique la plus adaptée pour chaque personne. Elle assure auprès des patients de l'établissement, un soutien et un accompagnement dans l'orientation vers des professionnels de la psyché lors de la fin du séjour afin que le patient puisse poursuivre le travail thérapeutique déjà engagé à la Maison du Mineur. Elle ouvre des espaces de parole visant à déposer « ce qui souffre » ou du moins « ce qui fait symptôme », « ce qui angoisse » en y mettant du langage. Puis au travers de l'analyse elle amène le patient à travailler cette souffrance, à faire émerger sa</p> |

| | | |
|---------------|------------------|--|
| | | subjectivité et à prendre la mesure de ses déterminations. La psychologue contribue à élaborer avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire le projet de prise en charge du patient dans le respect des bonnes pratiques professionnelles. Les interventions de la psychologue sont toujours en lien avec la démarche et le projet d'établissement |
| Pneumologique | Kinésithérapeute | <ul style="list-style-type: none"> - Appréhender le patient dans sa globalité - Réaliser une réadaptation cardio-respiratoire collective avec gymnastique médicale et une rééducation plus individuelle pour les patients les moins autonomes. - Réaliser, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de kinésithérapie fixés par décret, notamment à des fins de rééducation sur prescription médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. |

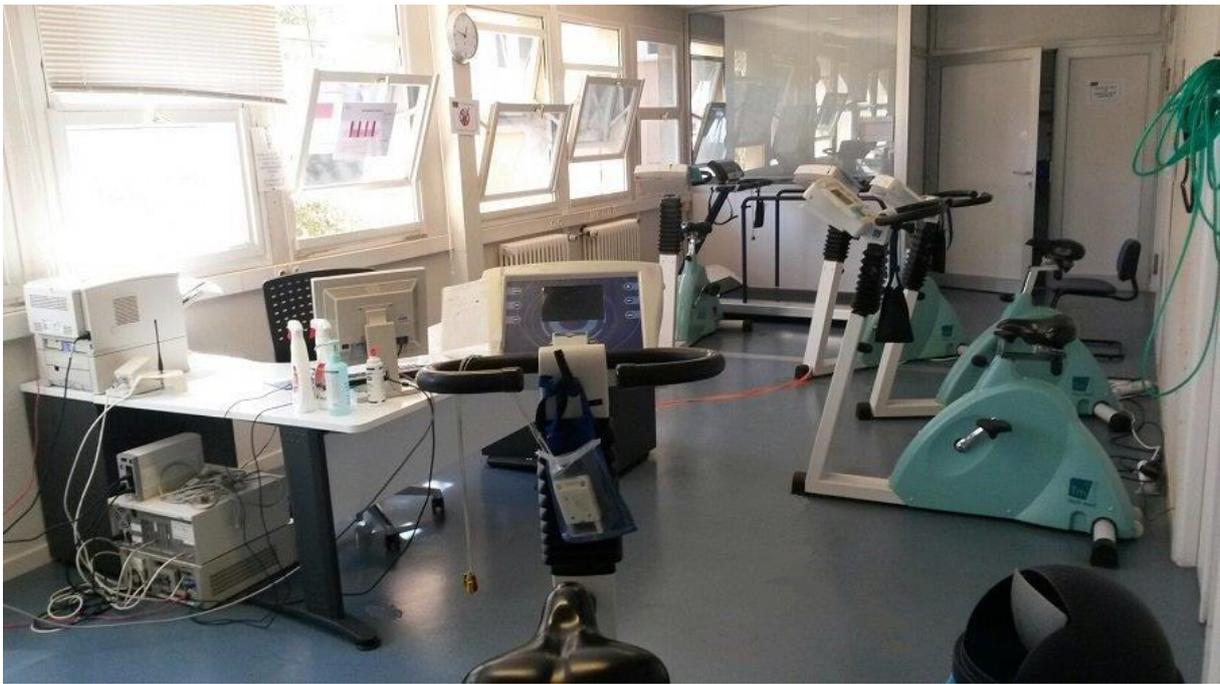
1.8-Forces et Faiblesses

L'image de marque constitue l'un des atouts du centre. Pendant plusieurs décennies, il maintient la qualité de ses prestations médicales. La direction à travers son modèle de management, développe des stratégies fidélisant davantage les usagers. Sur le plan de la gestion des ressources humaines, on y développe la dynamique collective qui facilite une synergie dans l'accomplissement des actions. Cependant les véritables forces de l'établissement se concentrent à travers son personnel et le projet social qu'il entend exécuter pendant plusieurs générations, en adoptant les valeurs de l'organisation, la majorité des salariés se développent un sentiment d'appartenance. Ils attachent à la mission qui leur est confié dans le respect des procédures et règlements fixés. Cet esprit d'engagement créé en effet un climat de confiance et d'autonomie au sein de l'équipe.

En revanche, les faiblesses de l'établissement sont autant nombreuses que ses forces, elles résident principalement au niveau administratif et s'expliquent par les manquements de matériels de fonctionnement logistique. La configuration du bâtiment ne correspond pas à la structure. Ce dernier a été construit dans un contexte spécial pour accueillir seulement les mineurs de fond, malades de silicose, il disposait que des chambres doubles et les patients étaient tous des garçons. A partir des années 1984, l'établissement a décidé de mixer les usagers en accueillant les femmes et développe son service de cardiologie. Ainsi on a pu graduellement

superposer d'autres étages et juxtaposer un autre bâtiment en perpendicularité au bâtiment principal. A chaque situation d'évolution nécessite un certain niveau d'agrandissement. Et Aujourd'hui les locaux ne sont pas réellement adaptés à l'intérieur aux activités et entraînent la fatigue aux professionnels en particulier. On enregistre en outre, d'autres faiblesses structurelles notamment: le dysfonctionnement de l'appareil élévateur des personnes handicapées, le plateau technique trop exigü; le centre fait face également au manque de compétences techniques.

Plateau technique, salle de réentraînement



Sources: Photo, Archives de l'établissement

Structurellement, les chambres sont dotées de certains matériels et fournitures facilitant l'épanouissement du patient. Par contre la manque de lits électriques crée une situation d'inconfort pour les usagers. L'étroitesse de la salle de réentraînement empêche l'accueil d'un effectif raisonnable de patients par jours or paradoxalement c'est le cœur du métier du centre. Cette situation pourrait éventuellement entraîner des risques de chute du patient et aussi d'autres risques de nature complexe.

Chambre de séjour du patient



Sources: Photo, Archives de l'établissement

Conclusion

Nous venons de voir dans cette première partie que la situation sanitaire dans le département Provence d'Alpes Maritime est un peu mitigée. A travers les tableaux, on constate que le phénomène de vieillissement est très présent dans le département, le niveau de vie de la population est relativement élevé. Cependant la précarité pèse néanmoins sur les personnes les plus âgées. Parallèlement, au regard de la relation directe entre le vieillissement et certaines maladies dont les pathologies cardiaques et pneumologiques, on enregistre que ces derniers constituent la troisième causes de décès dans la région. En ce sens la Maison du mineur, malgré ses faiblesses structurelles et financières, s'inscrit dans une démarche d'accompagnement de cette catégorie de malades en vue de les rendre autonome.

B-DEUXIEME PARTIE

COMMENT MAITRISER LES DIFFICULTES FINANCIERES ET ORGANISATIONNELLES POUR TENIR SA MISSION ET PERENNISER SES ACTIONS DANS LE SECTEUR.

Cette partie est consacrée spécifiquement à l'apport des solutions envisagées pour contourner et relativement éponger les contraintes et défis auquel confronte l'établissement. Il convient dans un premier temps d'élaborer une analyse théorique sur des termes précis notamment la gouvernance, le management associatif et le financement en faisant un lien méthodologique avec le constat présenté dans la première partie. Ensuite on fera une synthèse à partir d'une approche fondée sur la gestion des risques et adaptée au cas précis de l'établissement qui sera enfin débouché sur des perspectives structurelles et organisationnelles à long terme.

CHAPITRE II

PERENNISER LES ACTIONS DANS LE CONTEXTE DE RESSERREMENT FINANCIER, UNE APPROCHE DE MANAGEMENT CONTINGENCIEL.

2-Cadre méthodologique

La méthode est l'ensemble des démarches que suit l'esprit pour découvrir et démontrer la vérité. Alors, la méthodologie constitue le schéma conducteur de tout travail de recherche. Elle permet d'établir une meilleure organisation des données et la coordination dans la construction des idées. Selon l'académie française, la méthode désigne tout ensemble de moyens raisonnés permettant de parvenir à un résultat, d'établir une pratique. Ainsi on a adopté une méthodologie claire et compréhensible, question de faciliter le bon cheminement du travail. Cette dernière a été adopté principalement en vertu de la problématique relevé et de l'objet. Elle trace également les missions qui nous ont été confiées ainsi que les mécanismes d'exécution qu'on a appliqué pour répondre efficacement à ces missions.

A la maison du mineur comme dans tout les autres établissement de santé, les risques sont nombreux et pertinents. Vu la complexité de ces risques multiples qui contournent le système, mon intérêt à comprendre le fonctionnement de la structure, une mission axée sur les risque paraissait plus plausible et plus accessible pour mieux saisir l'objet et facilite davantage la compréhension du problème. Par conséquent, il m'a été confié la mission principale de réfléchir puis élaborer une cartographie de risque liés au fonctionnement globale de l'organisation. Notons que la cartographie de risque est en générale, la représentation graphique et synthétique des risques d'une organisation. Dans le secteur sanitaire cette représentation revet d'un sens large puisqu'elle englobe les risques liés activités médicales ainsi que les dispositifs d'organisation mise en place par rapport à ces activités principales.

2.1-Description de la mission

La cartographie sert à : recenser tous des risques, les hiérarchiser en vue de fournir une vision d'ensemble aux décideurs, d'orienter les stratégies d'action, suivre l'efficacité des actions mises en œuvre et communiquer sur les résultats au moment opportun. Elle n'est une fin en soi mais un outil qui doit permettre à l'organisation d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixé. Cet outil établit la hiérarchisation des risques et résume la situation du management à un instant donné. Il représente également un instrument de communication et de management stratégique qui aide à la décision tout en visant l'action. Cependant pendant plusieurs décennies de fonctionnement, il revient à l'organisme en question de se développer ou même de choisir ses critères selon son système de management. En effet une cartographie de risque se révèle actuellement une obligation pour les établissements de santé en particulier ceux qui fournissent un service public hospitalier. Car dans la version 2010 du manuel d'accréditation, L'établissement évalue les risques et les hiérarchise selon une méthode définie et appliquée dans l'ensemble des secteurs d'activité.

Ce choix a été fait par la direction en accord avec le service Qualité et gestion des risques. L'objectif était de repérer tous les risques qui auraient éventuellement échappés aux différents recensements qui ont été réalisés dans la structure pour compléter non seulement la base de données déjà existante mais aussi de m'intégrer dans un champ transversal avec des données observables et plus mesurables pour susciter l'apport de mon travail qui serait bénéfique pour l'établissement. En revanche à côté de cette mission principale, j'ai été chargé pendant toute la durée du stage, d'effectuer l'enregistrement de certaines données plus précisément le questionnaire de sortie. Ce dernier est remis à l'usage (patient) qui le remplit à la dernière semaine ou le jour qui précède son départ pour traduire son degré de satisfaction ou d'insatisfaction par rapport aux prestations de services reçus durant le séjour dans le centre. En revanche, compte tenu du faible pourcentage des usagers qui retournent habituellement ce questionnaire rempli, l'enregistrement se fait ordinairement moins de trois fois par mois avec un volume relativement faible. Il faut souligner cependant que cette mission secondaire m'a permis de mobiliser beaucoup d'information à caractère qualitatifs qui contribueront à enrichir mon analyse. On a pu établir plus clairement les liens de convergence entre les pratiques de gestion interne et les résultats qui en découlent.

Entachées généralement du sentiment personnel de l'individu, son émotion et sa subjectivité, les réponses fournies ne traduiront pas totalement l'exhaustivité de la qualité des services offerts, à cet effet, nous avons choisi de balancer ces informations en faisant la comparaison avec celles recueillies dans notre entretien mais surtout de notre observation directe. On a pu apprécier les différentes fiches techniques et cet ensemble a permis d'élever notre analyse à un niveau d'objectivité acceptable. D'où le caractère scientifique de ce travail.

Pour les spécialités du domaine, l'élaboration d'une cartographie de risque comporte nécessairement cinq phases, par conséquent elle nécessite un temps raisonnable surtout si l'on voulait l'effectuer sur la base d'une méthodologie la plus simple. Cela pourrait être réalisé sur une période assez longue allant de 3 à 9 mois pour une grande structure. Par ailleurs, puisque notre stage a été échelonné sur période de très courte durée soit douze semaines environ ; nous avons été contraints d'élaborer une cartographie partielle de risques en intronisant le plus

largement sur deux grands principaux risques du système: Les risques managériaux et les risques professionnels. Ce choix se justifie à travers deux paramètres fondamentaux ;

Il s'agit premièrement de la représentativité car ils correspondent le mieux à répondre à notre questionnement formulé par la problématique. Ils constituent entre autre des risques structurels dont l'analyse fournira une appréciation plus opérationnelle du système managérial en question. Deuxièmement, leur niveau de transversalité. Ces risques contournent globalement tout le système et sont désormais inhérent au bon fonctionnement de chacun des services spécifiques qui composent la viabilité de l'organisation. Il s'avère nécessaire à souligner qu'ils sont obligatoirement inspirés de l'œuvre humaine, et que l'on soit classique ou moderniste, il en demeure évident que le bon fonctionnement et l'efficacité de toute organisation dépend nécessairement du système de management mise en place et ce dernier relève toujours de la capacité de l'homme.

Pour réaliser cette mission, nous avons utilisé une démarche inspirée de la méthode universelle utilisée généralement par tous les professionnels de santé, mais également les orientations établies dans le processus de la démarche qualité et prévention des risques qui ont été formulées dans le manuel de certification, version 2010 de la HAS ainsi que dans la loi de 2 janvier 2002 sur le secteur médicosocial et sanitaire. Il faut noter que notre approche est très original car elle nous a permis de collecter le maximum d'informations en mobilisant une grande majorité de professionnel de l'établissement notamment les cadres de santé, le responsable du service qualité, les chefs de service sanitaire, l'infirmière d'hygiène et surtout les cadres de la direction.

Ainsi, cette nouvelle approche nous a amené à établir un cheminement en cinq étapes. D'abord on identifier les risques, ensuite on cherche la nature, les causes et les conséquences, puis on les recenser par catégorie et services, on effectue l'analyse de synthèse suivant le degré de pertinence des risques restitués pour enfin les hiérarchiser sur une carte. Elle est effectuée à partir de l'Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et leurs Criticité (AMDEC).

2.1.1-Identification des risques

L'identification revêt d'une importance prépondérante dans le processus de gestion des risques, car un risque mal identifié entraîne des mesures de prévention inadaptées et pourraient déboucher sur des complications au niveau organisationnel. Pour cela on avait utilisé deux stratégies: Réunions et l'observation. Il s'agit d'une méthode intuitive et empirique et sous la base de remue-méninges ou plus précisément du « *brainstorming, on réunit un groupe de réflexion, dont la composition est évidemment pas anodine, et on lui fait « cracher » tous les risques qui viennent à l'idée. Plus l'expression est libre et plus on a de chance de ratisser large. Plus on a aussi la chance de se retrouver devant un tas d'items parmi lesquels, il va falloir retrouver ses petits.* (Yves M. Laurence H, 2007) ». Par ailleurs, Les procédés d'observation sur le terrain sont fondés sur un contact direct et immédiat du chercheur avec la réalité étudiée. Ce type d'observation fait essentiellement appel aux informations que le chercheur retire de l'usage de ses sens, vue et ouïe particulièrement éventuellement complétées par la mise en oeuvre de procédés d'investigation documentaire ou par entretien qui se trouve dans certain cas facilitée par le contact direct du chercheur avec la réalité. On en retrouve l'observation externe ou désengagée et l'observation interne.

Dans le cas de **l'observation désengagée**, l'observateur étranger au phénomène lui reste extérieur pendant toute la durée de l'observation et en est seulement le spectateur. Il pènetre par exemple dans un groupe, qui sait en général qui il est et dans quel but il se trouve là, mais il ne participe pas à l'activité du groupe (Giroux Sylvain, 2009). Ce procédé présente d'assez forte garantie de validité et d'objectivité du fait de la distance existant au départ entre le chercheur et le phénomène observé; ce qui limite les risques d'interaction. C'est pourquoi il nous était plus pratique d'adopter cette forme d'observation puisqu'elle était plus adaptée à notre travail

Ensuite, sur la base d'un calendrier de rencontre, sont réalisées des réunions avec les groupes de professionnelles par service, et selon la disponibilité de chacun. Il s'agit des moments d'échange collectif à peu près un focus group à travers lequel on a pu repérer bon nombre de risques sur les termes choisis.

Dans ce processus de l'identification on a pu déterminer des causes éventuelles de dysfonctionnement, la probabilité et les vraisemblances ainsi que les conséquences immédiates, à moyen et à long termes pour le système en générale et pour le service repéré en particulier.

En relevant les causes et les conséquences éventuelles, on cherche parallèlement à établir la fréquence, et le niveau de gravité qui en découlent. Ces derniers feront l'objet d'une appréciation systémique du modèle managérial. Pour bien les identifier, ma démarche consistait dans un premier temps à regrouper l'ensemble des réponses de chaque groupe, question d'établir le lien, la cohérence entre les différentes réponses possibles. Dans un deuxième temps, chaque responsable d'un service ou de groupes est rencontré directement dans les bureaux respectifs dans l'objectif de déceler la pertinence et la sincérité des réponses qui ont été répondues dans les réunions de groupe. Enfin on fera une évaluation comparative pour en tirer une conclusion relativement exhaustive par rapport à l'observation. Suite à cette démarche d'analyse et de synthèse sur les différents risques, on établit alors une classification en fonction du niveau de priorité accordé à chaque danger en vertu du niveau d'impact. D'où la hiérarchisation c'-a-d. la cartographie de l'impact des dangers, qui permet d'évaluer globalement les priorités à une échelle institutionnelle. Les dangers les plus hauts sont ceux qui ont le plus d'impact. Ces deux tableaux ci-dessous présentent la synthèse de notre démarche.

| Phase de la méthodologie | Approche globales | Approches spécifiques |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Pré- requis | Système/Processus | Dangers/Risques |
| Identification | Repérage des risques | Causes et Conséquences |
| Analyse | Fréquence et Gravité | Probabilité |
| Hiérarchisation | Tableaux/Graphiques | Tableaux |
| Traitement | Actions de prévention | Divers |

Niveau de classification

| Contexte | | |
|-----------------------------|-----------|--------------------------|
| Caractéristiques du système | Processus | Cartographie des Dangers |

| | | | | |
|-----------------|--------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Identification | | | | |
| Dangers | Situation à risque | Evènements indésirables | Risques | Causes et conséquences |
| Analyse | | | | |
| Vulnérabilité | Gravité | Probabilité/ Vraisemblance | Détectabilité/Niveau de maitrise | |
| Hiérarchisation | | | | |
| Tableaux | | | Graphiques | |
| Traitement | | | | |
| Prévention | | Protection | | Détection |

Aux côtés de l'application d'une méthode spécifique formulée pour notre mission pendant le stage, nous avons néanmoins adopté d'autres outils méthodologiques pour des questions de clarté et de scientificité de l'ensemble du travail. Dans la construction de la démarche scientifique il a été nécessaire d'énoncer cet ensemble d'outils et de méthodes utilisés. Il s'agit d'une recherche qualitative qui insiste sur la connaissance complète et holistique du contexte social dans lequel est réalisée ce travail. Elle est fondée sur des entretiens semi-structurés ou même non structurés dans le cadre desquelles le modérateur ou l'intervieweur travaille avec un guide de discussion ou un guide d'entretien élaboré selon le sujet et la cible de l'étude (Crabtree, E.F et Miler, W.L. 1992). Dans notre cas, ce guide est un questionnaire partiel dont dispose l'interviewer pour mieux ordonner les réponses éventuelles des interviewés. (cf en annexe).

2.1.2-Etudes préalables

Elles traduisent principalement d'un ensemble de travail de recherche et d'enquête sur le niveau de fonctionnement des établissements du même secteur. Les difficultés et défis sur le plan financier, structurel et organisationnel. En ce sens, notre démarche a été de type exploratoire c.-à-d. il a été question de croiser des théories sur le management et la gouvernance des établissements de santé notamment et ceux à but non lucratif en France en particulier. Il s'agissait d'identifier l'articulation des différentes approches théoriques à la réalité observée dans la Maison du mineur. Dans cette partie, on voulait l'aspect paradigmatique qui constitue le pivot central de ces établissements. Ainsi, nous avons consulté des textes sur le secteur de l'économie sociale, des enquêtes qui ont été réalisées sur le secteur médicosocial et sanitaire. De plus on a pu collecter certaines données pertinentes tirées de l'INSEE sur l'évolution des maladies cardiaques et pulmonaires dans le département d'Alpes-Maritimes pour mieux aborder le problème et surtout situer le travail de l'établissement dans ce domaine.

Cette partie prendra en compte des rapports extérieurs formulés sur la santé organisationnelle de l'établissement, les points de force et les difficultés confrontées pendant une période donnée, cela nous fournit certaines informations à partir desquelles nous avons pu créer et confronter toute ces données sur une base théorique, pour enfin produire des données personnelles et en même temps élaborer notre propre grille d'analyse.

2.1.3-Analyse documentaire interne

Selon l'Association des Professionnels de l'Information et de la communication (APIC), l'analyse documentaire est une opération intellectuelle visant à identifier les informations contenues dans un document ou un ensemble de documents et à les exprimer sans interprétation ni critique, sous une forme concise et précise telle qu'un résultat d'indexation, un résumé, un extrait. Le but en est de permettre la mémorisation, le repérage, la diffusion ultérieure des informations ou du document source⁴. Dans son aspect beaucoup plus pratique, l'analyse documentaire aide non seulement à combler un besoin en matière d'information mais elle permet également à découvrir si la question d'évaluation a déjà été posée tout en se questionnant sur ce qui a été fait dans des milieux semblables; elle détermine entre autre quelles meilleurs pratiques existent déjà et découvrir quels outils pourraient être utiles pour notre présente évaluation⁵. Partant de cette définition, Cette partie de notre méthodologie consiste à collecter des informations complémentaires. Il s'agit dans notre analyse d'une approche qualitative visant à repérer dans les archives internes de l'organisation, des données relatives à la gestion structurelle de l'administration. Cela fait l'objet également d'une démarche de la qualité procédurale. La stratégie, les normes et principes, les règlements, les rapports internes, les fiches techniques mise en place. En outre, il était nécessaire dans notre travail de relever des points spécifique du projet d'établissement de l'organisation car celui-ci développé une vision globale à court et à moyen terme du système de management mise en œuvre. Parallèlement à travers cette analyse on cherche à recueillir des données sur le cadre légale de fonctionnement général de ces structures notamment les conventions, et surtout certains décrets. Cette approche nous a permis de d'établir l'adéquation des actions entreprises par rapport au cadre juridique ou tout aussi l'inverse mais également l'évidence du niveau contraignante de ces lois.

2.1.4-Entretiens

D'après Grawitz (2001), «l'entretien de recherche est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé. » (Grawitz, 2001, p.591 cité dans Boutin, 2006, p.24) Blanchet et Gotman distinguent les différents domaines d'application de l'entretien. Un de ces domaines est spécifiquement celui des représentations et des pratiques. Ces enquêtes qui visent la connaissance d'un système pratique (les pratiques elles-mêmes et ce qui les relie: idéologie, symbole, etc.) nécessitent la production de discours modaux et référentiels obtenus à partir d'entretiens centrés d'une part sur les conceptions des acteurs et d'autre part sur les descriptions des pratiques. (Blanchette et Gotman, 2001, p.30) L'entretien centré sur les représentations et les pratiques, tel que défini par Blanchet et Gotman, est le mode d'investigation qui nous semble le plus pertinent puisqu'il s'attache à étudier les conceptions des acteurs (les représentations des interviewés sur les politiques manageriales) et les descriptions des pratiques (les représentations des interviewés sur la mise en œuvre de ces politiques selon la vision de l'association). En effet, selon les auteurs, le discours modal tend à traduire l'état

⁴ http://www.adbs.fr/analyse-documentaire-16102.htm?RH=OUTILS_VOC (Consulté le 26/05/ 2017).

⁵ file:///C:/Users/Hp/Downloads/literature_review_slide_deck_fr.pdf. (Consulté le 26/05/2017).

psychologique du locuteur tandis que le discours référentiel décrit l'état des choses (Memoire,op,cit.p94.)⁶.

A partir de cette base, nous avons réalisé des entretiens semi dirigés avec comme support, un questionnaire constitué des questions semi-ouverts.

2.2- Apports théoriques

Qui finance commande! Ce vieil adage conserve encore aujourd'hui sa véracité, mise à part l'évidence des œuvres humanitaires de certains organismes donateurs dans le prolongement du financement. Les établissements privés de santé à but non lucratif évoluent depuis quelques années dans sur la dictée de l'auspice publique. L'entrée dans les services publiques hospitaliers crée un lien de subordination tant au niveau managérial qu'au niveau financier. Les activités principales sont astreintes au contrôle public à travers la dotation globale. D'après l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATH), La dotation annuelle de financement (DAF) est une enveloppe budgétaire globale non liée à l'activité attribuée à l'année civile. Elle est délivrée pour couvrir la dépense du 1er janvier au 31 décembre de l'année N.

Pour chaque enveloppe, le ministère détermine un plafond de ressources par région selon un arrêté « DR » Dotation régionales, environ 5 dans l'année). Des circulaires budgétaires environ 3 dans l'année) complètent cet arrêté, détaillant et explicitant le montant et la nature des missions financées par ces dotations. Les établissements financés selon cette modalité, communément appelées « secteur DAF », appartiennent au secteur public ou sont des structures privées non lucratif.

Le financement est alloué à l'activité à l'aide des tarifs définis par prestation et discipline medico-tarifaire. L'Etat fixe un taux d'évolution des tarifs par région et par champs. Chaque région détermine les tarifs des établissements dans le respect du taux d'évolution moyen régional. Cette modalité de financement concerne les établissements sous objectifs quantifiés nationaux (OQN) : les cliniques privées du secteur commercial et certains établissements privés à but non lucratif.⁷

Au regard de la dotation financière, il y a une double exigences: Premièrement chaque année ils doivent obligatoirement soumettre leur budget de fonctionnement détaillé au représentant de l'Etat dans la région pour être analysé et évalué en fonction des objectifs publics et deuxièmement, présenter un rapport sur l'utilisation de ces fonds à la fin de l'exercice. D'où le caractère contraignant qui bouleverse la gestion interne de ces établissements et change relativement les orientations de la vision des principaux dirigeants.

Dans cette situation particulière, on pourrait s'interroger sur quoi repose réellement la gouvernance politique et administrative de ces structures puisqu'il faut nécessairement valider les projets d'action par le financeur public. En économie la finance constitue la pierre angulaire de toute activité. Les managers s'organisent pour être en conformité aux prescrit et aux exigences financières pour répondre aux attentes des donateurs. En entrepreneuriat social, ces exigences seraient beaucoup plus compliquées particulièrement dans le secteur sanitaire dont

⁷ -ATH : Agence technique de l'Information sur l'hospitalisation. Consulté le 7/06/2017.

les nouvelles politiques publiques en France développent des approches plus rationnelles de gestion des fonds publics. Il s'agit de la conquête de l'efficacité sanitaire par le resserrement financier. Au regard de ces nouveaux dispositifs, des asymétries d'information s'imposent entre les fonctionnaires de ces établissements et l'Etat, et réduire leur fonctionnement de gestion quotidienne à un pot de chagrin. A la limite, ils sont actuellement considérés comme des agences, ou des exécutants du ministère de la santé publique. Cela nous renvoie à une analyse théorique en faisant le rapprochement de plusieurs paradigmes sur la question.

La théorie de l'agence nous aide à comprendre cette nouvelle réalité. En se reportant aux travaux de CHARREAUX en 1999 en France, et plus précisément ceux de JENSEN et MECKLING en 1998 aux États-Unis, on postule que toute organisation est constituée d'un ensemble de contrats qui définissent les relations des acteurs. Parmi ces relations, les acteurs distinguent « les relations d'agence » c.-à-d. dans le sens étymologique, il est question de « faire », « agir ». En ce sens, il y a un mandant (l'Etat) qui fait faire à un mandataire (Maison du mineur). Ce mandant fixe les objectifs que doivent être atteints par le mandataire. Dans le cas de la Maison du mineur, cette approche théorique est analysée dans son sens strictement financier et managérial. Il faut souligner que cette relation d'agence est fondée principalement sur la « Dotation globale » qui transmet le fonctionnement financier de l'organisation à son mandant. Sous cette base, elle est soumise à trois des conditions principales: 1) l'asymétrie informationnelle, 2) l'incertitude sur l'attribution des résultats et 3) la disparité.

Dans le premier cas, il est évident de considérer que les dirigeants politiques et administratifs de l'association disposent d'un côté des connaissances réelles de la vie de l'organisation et par conséquent ils peuvent guider mieux à sa réussite et surtout assurer sa pérennité. Or cette dernière est fonction d'un certain niveau financier. N'ayant pas de moyens, ils se sont transformés en mandataires désespérés. De l'autre côté, le mandant étant privé de ces connaissances les contraint à travers des mesures strictes que l'on pourrait appeler « Grille d'efficacité » par la mise en place des normes et des règlements. Ce qui rendrait relativement fragile le système de management souhaité.

Dans le deuxième cas, l'incertitude quant aux résultats serait plutôt liée généralement à l'insuffisance de la dotation disponible par rapport à la qualité de services exigés. Parfois on doute que tel résultat vient de la définition des objectifs ou du choix des moyens mis en œuvre. En revanche, il faut préciser qu'à la Maison du mineur, ce cas est probablement différent car les deux principaux acteurs (mandant, mandataire) sauront forcément les raisons de la réussite ou les causes éventuelles de l'échec. On rationalise chaque dépense à travers un contrat d'objectifs et de moyens.

La troisième condition renvoie à une forme de sous-traitance par son caractère obligatoire entraînant la disparité des rôles. En contrepartie de la dotation, il oblige le mandataire à mener son action dans le sens qu'il lui a fixé. A cet effet, le manager dispose d'une certaine marge de manœuvre pour les atteindre. Par contre, il n'est pas nécessairement autonome pour prendre les décisions. Il est là pour rationaliser les fonds qui lui sont confiés et plaire son financeur. Dans ce contexte sa gestion est efficace si et seulement s'il respecte et accomplit fidèlement les objectifs poursuivis par le mandant financeur.

Il faut comprendre que le mandant (l'Etat) ne s'intéresse guère aux éventuelles difficultés réelles de l'environnement interne de la structure; à travers les fonds confiés, il s'impose en exigeant le niveau de qualité souhaitée, et donc il revient au manager de bien gérer ces contraintes pour garder l'équilibre financier et pouvoir solliciter la DAF à l'année suivante.

Parallèlement, d'autres auteurs partagent l'avis que la théorie de l'agence édicté aussi des normes à côté de ces principes. Considéré dans le cadre de cette catégorie d'établissements de santé, ces principes constituent d'abord: Des règles de fonctionnement qui concourent à la surveillance mutuelle, au contrôle hiérarchisé, la mise en place des instruments de gestion à tous les niveaux fonctionnels, en particulier la comptabilité, la finance. Concrètement à l'externe, on en retrouve au sommet le ministère puis les agences régionales et les autres instances de contrôle départemental. Ainsi la Haute Autorité de Santé (HAS) met en place des outils de gestion et d'organisation de chaque action (manuel de certification). A l'interne, un comité médical suivis des commissions et d'autres instance sont obligatoire. Il s'agit-là d'un système où l'on se surveille mutuellement au respect de la conformité des règles établies.

Ensuite, on est en face des normes de réduction des coûts d'agence, ils représentent des coûts de surveillance, d'obligation dans une certaine mesure des coûts résiduels. En effet, l'organisation qui parviendra à réduire davantage ces coûts réussira le pari, sinon elle disparaît automatiquement. C'est une contingence concurrentielle à caractère souple qui est créée démesurément par l'organe régulateur. En revanche, à travers notre analyse, nous relevons des contre coûts avec des effets immédiats très néfastes et compromet l'avenir de la Maison du mineur. Si les moyens financiers restent stables alors que de nouveaux besoins se conjuguent aux nouvelles exigences dans un environnement sanitaire qui innove, il est plus qu'évident de croire que la résistance ne se tiendra pas longtemps si les dirigeants du sommet stratégique n'envisagent pas déjà des mesures de redressement.

En sa qualité de mandataire, La direction de l'établissement doit obligatoirement rendre des comptes suivant les règles de fonctionnement, elle formule ses besoins et bien argumenter ses projets. Et seuls seront considérés, les besoins qui font partie intégrante du fichier prioritaire de l'Agence régional de Santé; car ce dernier, étant qu'organe de coordination de politiques publiques de l'Etat est astreint à faire appliquer les choix qui ont été définis par le mandant principal.

En définitive, à la lumière de cette approche théorique, on identifie au sein de cette forme de sous-traitance managérial trois fonctions spécifiques: la décision, le contrôle et le risque. L'Etat à travers le Ministère de la santé publique décide en amont des finalités et le centre décide de l'action à mener. Toutefois, cette dernière décision n'est pas unilatérale car elle se rattache à la première qui détient à cet effet un caractère contraignante. Le sous-traitant (mandataire) fait des choix en conformité au cadre légale de fonctionnement en dotation établis par le ministère et celui-ci les ratifie et mesure la performance finale. Par la fonction contrôle, il est probable que l'Etat voulait appliquer la politique d'efficacité tout en cherchant à minimiser le risque de gaspillage des fonds public.

Il s'avère important à souligner que ces fonctions renvoient systématiquement aux réglementations politiques, elles ne remplacent pas nécessairement les fonctions classiques du niveau managérial. Cependant là où le système de management est faible, elles pourraient le renforcer et pouvaient aller jusqu'à sa substitution. D'où la dépendance totale, c'est en ce sens que certains directeurs de ces établissements de santé se sont considérés comme des simples secrétaires du ministère de la santé publique. Le directeur n'a presque aucun marge de manœuvre pour développer sa vision et propulser l'établissement vers l'innovation. Son pouvoir est un pouvoir de représentation (Régis, Lapauw, 1993): désigné par un conseil d'administration contrôle en amont par les organes réglementaires, il est notamment le garent de la bonne exécution des ressources.

Il faut souligner que tout ce dispositif de contrôle concoure vers une démarche qualité et d'un système bien ficelé de management de risques à tous les niveaux, visant principalement la plus totale efficacité de soins pour les patients. Globalement les établissements de santé et particulièrement ceux à but non lucratif sont des systèmes sociotechniques complexes. Et cette complexité selon Alain D, Dominique B, Michel se caractérise :

-De par la nature de leur activité; danger potentiels des protocoles thérapeutique, des médicaments, etc.

De par la complexité même de l'organisation des soins. En effet, les soins découlent de processus interactifs plus complexe que dans une entreprise de service ou de production : prépondérance du rationnel, faiblesse de la technostruture, service de soins en tant que centre de responsabilité, quotas de personnel de soins, compétences à évaluer en permanence, etc.

-Enfin, de par le fait que les lignes hiérarchiques sont floues : les savoirs et les pouvoirs décisionnels de l'établissement de soins se juxtaposent et, parfois s'opposent: médical, administratif, soins, techniques, etc. Ce qui ne facilite pas les interfaces entre les processus, sources de dangers, etc.

Il faut également être conscient qu'à cette complexité intrinsèque du système se sont surajoutés ces dernières années:

-Un arsenal réglementaire complexe avec beaucoup d'exigences de sécurité partiellement détaillées dans les lignes précédentes, qui relèvent de la conformité réglementaire; -une pression budgétaire forte et une exigence renforcée de maîtrise de coûts.

Une relative pénurie médicale et paramédicale pénalisant des organisations déjà fragilisées par la réduction du temps de travail, une crise démographique appelle à s'amplifier, et une gestion déficiente des transferts de compétences entraînant des glissements de tâches; Une évolution constante réclamant de hauts niveaux de compétences de la part des acteurs de soins et nécessitant une mise à jour régulière et continue des connaissances.

2.2.1- Approche des contraintes

Un établissement de santé est en réalité un centre de production de services de soins. Il se diffère des autres centres de production de biens physiques de par sa spécificité et la sensibilité du service offert. Il s'agit du bien le plus précieux et le plus recherché pour la préservation de la vie et du bonheur humain. Il demande des dispositifs adéquats car il est de nature risquée. Un environnement de soins mal structuré et mal organisé au niveau d'hygiène par exemple provoque paradoxalement la dégradation de la situation du patient au lieu de lui procurer la guérison. Donc s'il existe des contraintes externes d'ordre réglementaire, les contraintes internes sont aussi importantes dans l'équation de services de soins. Dans l'ensemble, dans la gestion des soins, les risques pouvaient être considérés comme une contrainte, donc gérer la production d'un service de soins c'est gérer les contraintes qui leur sont associés. Sans même considéré en amont des outils de règlementation juridiques ou légaux; ces derniers pouvaient déséquilibrer tout le système interne ou parfois générer du retard dans la prise en charge. Selon la théorie des contraintes, l'organisation possède immanquablement en son sein un processus qui limite le flux qu'elle génère et crée un déséquilibre (Raphaëlle, GRANGER, 2016)⁸, ce qui exige un processus d'amélioration continue, et c'est là, la mesure de la performance. Suivant cette approche, les contraintes sont vues comme une ressource. Ici le concept « contrainte » est utilisé dans son sens global et holistique. Il permet relativement de découvrir les faiblesses potentielles du système. En effet, pour optimiser la performance des systèmes, ce courant vise à mettre en place un processus continu basé sur le contrôle et l'optimisation de la ressource la plus faibles appelée « contrainte ». C'est donc l'objectif poursuivi par le ministère de la santé où les exigences règlementaires (contraintes externes) pilotent la gestion interne des risques associés aux soins (contraintes internes) de l'établissement de santé pour atteindre un niveau de qualité élevé avec de très faibles ressources engagées. En outre, ce modèle théorique établis 5 étapes pour asseoir ce processus qui se confond relativement à celui de gestion des risques élaboré dans les documents de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il s'agit de l'Identification de la contrainte, l'exploiter, puis le supprimer du système en améliorant sa performance et enfin retourner à la première étape avec l'identification d'une nouvelle contrainte (risque) si les actions précédentes ont parfaitement réussi. C'est un cycle potentiel d'amélioration continue.

2.2.2- Approche de la contingence

Quel que soit le secteur appartient une organisation, il faut savoir s'adapter au changement de l'environnement. Donc il y aura toujours une nouvelle façon de manager pour résister aux contraintes de nature structurelle et financier pour atteindre le but fixé. Et c'est le rôle principal du directeur de développer de nouvelles stratégies adaptées au changement. La théorie de la contingence montre qu'il faut adapter la structure aux contraintes de l'environnement et rendre cohérents les déterminants structurels et les variables organisationnelles. Ainsi libérée du postulat de l'Ecole classique prônant un modèle unique d'organisation, l'école de la contingence montre qu'il peut exister, pour des situations

⁸ <https://www.manger-go.com/gestion-industrielle,theorie> des contraintes.htm

différentes, des modes d'organisation différents (Roger AIM, 2^e édition, 2008). L'analyse des contraintes et changements environnementaux ne se réduisent pas strictement dans le domaine de la production comme l'a souligné Henry Mintzberg, elle concerne également l'environnement politique, culturelle national. Bref toutes les parties prenantes en particulier l'Etat, organe de la réglementation sociale. En effet, les contraintes de l'environnement politique et réglementaire n'obligent pas nécessairement le changement total de paradigme, de mission et de valeurs, mais il nécessite de nouvelles stratégies pour rendre vital les nouvelles actions. En ce sens la direction générale de la Maison du Mineur s'inscrit dans cette dynamique d'adaptation par des stratégies contingencielle.

2.3-Enjeux et défis

Les véritables enjeux résident de la problématique financière. Dans le domaine sanitaire, l'environnement financier est de plus en plus réduit et accessible plutôt au secteur lucratif. Les établissements non lucratifs sont actuellement confrontés à un véritable dilemme. L'enveloppe de la dotation financière ne peut couvrir que les dépenses de fonctionnement, et voulant rester attaché aux valeurs idéologiques, celle de faciliter l'accès de soins à tout le monde et aux plus vulnérables en particulier, ils doivent s'efforcer à maintenir la qualité efficace des soins et un niveau de prix le plus accessible. Les faibles moyens financiers ne leur permettent d'engager des investissements durables et par conséquent la recherche de l'innovation n'est donc plus au rendez-vous. L'Etat ne finance pas les projets d'investissement de ces établissements, à ce niveau les besoins augmentent et rendent l'avenir incertain. Cela favorise l'extension des structures privées marchandes. Ces derniers pouvaient délibérément augmenter leur prix de journée pour faire face aux difficultés financières éventuelles et peuvent prendre le dessus sous la forme d'une concurrence non visible. Il faut signaler que le prix de journée appliqué à la maison du mineur ne dépassant pas 180 euros, il est néanmoins inférieur à celui des autres structures privées lucratives dont le prix excède ce montant et pouvait atteindre un coût exorbitant. Le prix varie annuellement en fonction de la fluctuation du coût de la vie ainsi qu'en fonction de l'application des tarifs de prestations fixées par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le centre veut rester fidèle à ses valeurs solidaires, en fournissant les soins nécessaires à tous et particulièrement les catégories des personnes âgées les plus touchées par la précarité dans la région, tel qu'on la décrite au premier chapitre. Ainsi, passer à la Tarification des activités T2A paraît nécessaire, mais augmenter le prix de journée serait un dilemme, or il en demeure le moyen potentiel le plus évident pour répondre aux besoins financiers d'investissement. Au regard de toute ces contraintes, l'organisation tant que personne morale n'est pas chef de lui-même. Il s'agit donc d'une situation de crise qui oblige les managers à changer de stratégies, et pour répéter Yves Métayer et Laurence Hirsch: « Pendant les crises, le management change de forme et les managers changent de rôle. Il faut quelque vertu, et en particulier jouer encore plus que d'habitude! l'équipe plutôt que le pouvoir personnel ». (Yves Métayer et Laurence Hirsch, 2007).

D'autres enjeux sont entre autres relevés au creuset pyramidal du sommet stratégique. Les pyramides managériales sont utiles et nécessaires à partir du moment on est chef de soi-même, mais la petite taille de la structure exige que des fonctions managériales soient couplées.

Ainsi en plus des fonctions de management général, le directeur porte plusieurs autres fonctions opérationnelles: il a, à sa charge la logistique, la direction financière et l'informatique. En définitif, il gère tout le système d'information globale de la structure. Cela se justifie en termes de faibles moyens et d'actions. En revanche, cette polyvalence conjoncturelle du directeur est enveloppée néanmoins d'un facteur de risque élevé, car une simple immobilité de celui-ci pourrait entraîner automatiquement le dysfonctionnement immédiat du centre. De plus, trop de responsabilité démobilise le facteur humain et maximise le risque d'erreur.

CHAPITRE III

LES STRATEGIES DU MANAGEMENT ET DE LA GOUVERNANCE INTERNE ADOPTÉES AU REGARD DES CONTRAINTES

3.1-Définition du concept management

Dans son ouvrage titré « La pratique de la direction des entreprise » Peter Drucker souligne que le management désigne tout ce qui est nécessaire pour mener à bien une affaire quelle que soit, petite ou grande, indépendante ou non. Il englobe donc toutes les fonctions de direction : l'administration au sens Fayol, l'organisation, le fonctionnement et les prévisions. La vision de Drucker se rapproche des classiques qui le résumant par un dispositif de planification, d'organisation, de direction et de contrôle, c'est le quatuor lexical PODC. Cette définition a été complétée sous l'influence de l'école des relations humaines avec des considérations insérant la dimension psychologique, et la participation éventuelle des salariés. Cependant quel que soit la vision ou l'idéologie qui pourrait y émaner, il en demeure que le management c'est l'art de conduire et de mener à bien une organisation dans le but de répondre aux objectifs préalablement définis avec efficacité. Il se confond avec la gestion globale de l'organisation et on peut distinguer plusieurs style de management notamment le management collaboratif et le management participatif. Parallèlement le concept peut épouser d'autres qualificatifs selon l'organisation en question. Dans les organisations de l'Economie Sociale et Solidaire, le concept management est pluridimensionnel et traverse toutes les parties prenantes, l'humain est le pivot central, il n'est pas une simple participation mais un encadrement globale incluant l'attention, l'écoute, la bienveillance et surtout le respect mutuel. Il s'agit d'un enchaînement harmonieux de valorisation des capacités pour donner du sens à un projet collectif. Dans certains cas la gouvernance se confond parfois au management. Par contre, Manager une entreprise de service et de soins n'est pas de même nature que manager une entreprise de production, même s'il est de mode, ou de bon ton, d'introduire le langage de la productivité dans ce secteur, sous couvert de la sérieuse et implacable violence de la compétitivité. En effet, un centre de santé est un environnement constitué essentiellement de risques compte tenu de la complexité et potentiellement la complication des services de soins en générale. A cet effet, son système de gestion se résume en management des risques. Sous réserve de la taille on peut donc les catégoriser en risques managériaux, médicaux et logistiques.

3.2-La direction, fonctionnement

Trois obligations résumant la responsabilité du directeur général: avec le responsable qualité, il assure conjointement la coordination permanente d'une gestion efficace des risques du service médical, maintenir un environnement de confiance à travers l'engagement et la motivation de son équipe, et assurer strictement le respect des conventions et exigences réglementaires. Au quotidien, il assure en général la gestion des contraintes et des pénuries.

La fonction de direction appartient au staff, au conseil de direction au sens large dans sa fonction conseil, ou se retrouvent les trois pouvoirs: médical, infirmier et administratif. Le président et le vice-président de la commission médicale, le cadre de santé, les cadres du service du personnel et de la comptabilité, constituent avec le directeur général une équipe qui se réunit

pendant une période déterminée autour des problèmes de fond et de la stratégie. C'est en fait la gestion par la coopération et la participation selon les obligations de l'accréditation.

Faire du management participatif c'est un cycle d'harmonisation et de liaison du Quoi et comment. C'est garantir le Quoi « descend » des valeurs vers les objectifs, et que le « comment » remonte dans l'autre sens. Que d'erreurs seraient aussi évitées, si les managers savaient s'abstenir de saturer leurs collaborateurs avec des « comment » dont ceux-ci n'ont pas besoin...et qu'ils rejettent d'autant plus facilement qu'ils ne sont pas pertinents. (Yves, Laurence H, 2007). Ainsi, le meilleur style de direction, celui du leadership fondé sur le travail d'équipe, fait intervenir le partage des décisions avec les subordonnés, favorise la participation et soutient le travail d'équipe sans lequel on ne pourrait obtenir des hauts niveaux de rendement. C'est la stratégie essentielle développée par la direction de la Maison du mineur qui garantit la confiance des collaborateurs. Dans sa culture organisationnelle et particulièrement le domaine des ressources humaines, la Maison du mineur adopte un système de management s'inspirant largement du modèle paternaliste mais avec le niveau relativement élevé d'autonomie de chaque collaborateur. Ce modèle se caractérise à travers la posture particulière d'un directeur attentionné de son équipe. Chacun cherche à lui raconter les moindres détails dans une ambiance de familles fondée sur des valeurs communes, et chaque membre s'investit pour les sauvegarder inconditionnellement. La stratégie est celle de l'écoute et de la circulation d'une parole que tout le monde peut prendre. Dans le quotidien, on en constate les effets pendant plusieurs décennies à travers les résultats. Il s'agit d'une présupposition positive respectant les idées de tous: Infirmières, médecins et tout autre professionnel de l'équipe sans procès en sorcellerie ou en suspicion illégitime. Cette écoute, cette tolérance sont à la base de la confiance. Elles procèdent d'un effort de bon sens. *« C'est la plus-value intellectuelle du pauvre institutionnel qui constitue un apport positif. Le résultat se traduit dans une appropriation de plus en plus grande de la parole. Ceci permet ensuite de forcer les transmissions écrites et autres modes de communication, y compris chez les aides-soignants: ils deviennent acteurs »* (Régis Lapauw, 1993).

Aux cercles de qualité sont préférés les réunions de services et inter-services autour d'actions de formation. Il arrive au directeur d'y participer, sans ordre du jour préétabli. C'est une autre stratégie de manager baladeur qui peut s'asseoir et discuter d'un problème. Il peut partir demain, l'équipe continuera de fonctionner, parce que le savoir-faire est partagé. Tout cela permet de redéfinir notre métier commun: « essayer de soigner en atténuant la souffrance physique et morale». Le reste, c'est l'institution du réel, des coûts. Mais notre capital est un capital d'échange et de confiance, dans cette société marchande.(op.cit.).

Parallèlement, le directeur conçoit le projet d'établissement et l'élabore avec la collaboration de son staff. Il met en œuvre le projet associatif ou politique du centre qui a été décidé ordinairement en assemblée générale. Au regard de cette dernière, il a une responsabilité technique à laquelle se traduisent d'autres formes de contraintes.

3.3- Les notions Risques et Qualité

Le risque est défini, sinon souvent perçu, comme une incertitude, une menace ou une opportunité que le système ou l'activité doit anticiper, comprendre et gérer pour protéger ses actifs, ses valeurs, et atteindre les objectifs définis dans le cadre de sa stratégie (Alain D, Dominique B. Michel D, 2009). Cette définition a une portée générale dans la mesure où elle insiste sur son caractère systémique qui pouvait varier selon le secteur. D'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES), dans un document publié en janvier 2003, un risque est une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est certaine. De plus c'est un événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou l'efficacité dans une activité humaine⁹. Par contre, dans les organisations d'aujourd'hui, la qualité est devenue un domaine, un champ d'activités. En effet, il désigne un ensemble de méthodes, d'outils et d'actions qui permettent d'optimiser et de fiabiliser des activités et des organisations. « *En sécurité, un risque est généralement associé à la génération dangereuse, d'une situation accidentelle ou d'un accident. Le risque est alors une mesure de la situation dangereuse ou la situation accidentelle. Ainsi, relativement à un élément indésirable ou redouté E, le risque est défini par une grandeur à deux dimensions notée (P,G) caractérisant la probabilité d'occurrence P de E et la gravité G de ses conséquences. La composante P du risque peut être soit la probabilité d'occurrence de l'évènement E, notée Pr(E) ou la probabilité que la gravité des conséquences dépasse un seuil g de gravité, notée Pr(G>g) »(ibid).*

La sécurité dans les établissements de santé ne peut correspondre ni à l'absence de risques, ni même à la réduction complète de la prise de risque. La sécurité maximale est recherchée par l'identification et le traitement des risques. Cette démarche de gestion des risques permet de rendre le risque résiduel.

3.3.1-Management de la qualité et prévention des risques

La démarche qualité a été initiée par les compagnies d'assurance. L'objectif principal était de parvenir à une meilleure gestion financière car on avait observé dans la structure de l'entreprise que; moins on se focalise sur la qualité et la prévention des risques, plus on engage des fonds et l'inverse est tout aussi vrai. Plus on gère les risques, moins on engage de fonds et plus on fait d'économie.

De nos jours, cette démarche veut s'imposer à l'environnement interne de toute entreprise. Pour certaines catégories dont la structure est plus autonome, il est une nécessité et pour d'autres dont les activités détiennent un caractère sous-traitant à travers les mécanismes de financement du budget de fonctionnement, il en demeure une obligation managériale.

Par ailleurs, la prise de risque est indissociable de l'activité humaine. Dans le domaine de la santé, ne pas prendre de risque conduirait à ne pas soigner avec, paradoxalement, un risque augmenté pour le patient. La problématique de gestion des risques en établissement de santé est à l'évidence celle d'un secteur confronté à des risques pour la sécurité des personnes même si un enjeu financier majeur existe (efficacité, rentabilité, réduction des pertes financières,

⁹-ANAES, Document méthodologique, Janvier 2003.

assurabilité. La démarche de gestion des risques vise à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagne et donc à rendre le risque acceptable. Elle recherche un équilibre entre le bénéfice attendu et le risque accepté. Cette démarche va reposer sur:

-la connaissance des risques

-l'élimination de certains risques

-la prévention et la protection vis-à-vis des risques à prendre de manière inéluctable pour la prise en charge¹⁰.

Ainsi, le rôle majeur des dirigeants est de parvenir à élaborer et déployer des politiques efficaces de gestion des risques, c'est là un processus de pilotage classique. Le but est d'aboutir à un plan de maîtrise des risques (PMR) qui sera mis en œuvre et dont la mise en œuvre fera l'objet des contrôles adéquats (ibid, 2007). Le manager est appelé à écouter les signes annonciateurs, et de faire passer l'information là où elle doit aller.

La qualité fait référence à l'optimisation, la fiabilisation et la satisfaction, la gestion des risques fait référence à la sécurité et la prévention. Toute l'efficacité d'une démarche de management des risques repose sur la confiance que les collaborateurs peuvent nourrir vis-à-vis de cette démarche; rien de pire, là aussi, que la découverte d'un risque majeur caché, comme par exemple une pollution (ibid). Il est important de souligner que la gestion des risques, quel que soit l'outil choisi, ne peut être effective que dans la mesure où les propositions d'actions en réduction des risques sont prises en compte par le management et les équipes opérationnelles.

Au sein de l'établissement, c'est le service de prévention et qualité qui assure cette fonction. On y établit une procédure rigoureuse que l'on pouvait résumer en quatre phases pendant toute la durée de la prise en charge du patient: la préadmission, l'admission, la prise en charge et la sortie. A chaque étape, des fiches de contrôle de vigilance adaptées pour minimiser les erreurs potentielles. On se rassure que le patient a été bien identifié et bien évalué. Son dossier de prise en charge est régulièrement suivi de façon permanente. Des techniques de détection rapide relative à la prise en charge de la douleur sont établies. En outre il est à noter qu'un dispositif d'anticipation a été mise en place pour empêcher l'avènement des risques. C'est une fiche destinée à chaque professionnel qui trace le moindre événement indésirable survenu au cours d'une journée. Cette fiche mentionne l'exactitude de l'heure où a été produit ou constaté l'évènement ainsi que ses détails relevés à l'endroit du service dans lequel il a été produit. Il s'agit d'une stratégie sentinelle telle qu'elle a été définie dans le manuel d'accréditation de la HAS qui permet de prendre des mesures correctives et nécessaires le plus rapidement afin d'éviter l'apparition éventuelle d'un quelconque risque. Ces mesures sont bien détaillées dans le plan d'action.

¹⁰ -ANAES, 2003.

3.4-Recherche sur les situations défailantes du système

La cartographie de risque a priori d'une activité est à la fois: le diagnostic sur les vulnérabilités de l'activité considérée vis-à-vis d'un ensemble prédéfini de dangers et les résultats de ce diagnostic, généralement sous forme de diagrammes. (Alain D, Dominique B, Michel D, 2009).

Tout risque quel que soit sa nature, avant d'être réel, présente un certain nombre de signes et/ou des signaux claires que l'on pourrait normalement qualifier d'évènements indésirables et tout simplement des situations défailantes. Il peut s'agir selon le cas soit un dysfonctionnement d'un appareil logistique, soit une inadéquation de dispositif managérial ou tout simplement une erreur humaine du côté d'un professionnel. Ainsi pour aboutir à notre mission d'élaboration d'une cartographie a priori de risques. Nous avons essayé de rechercher à la limite un ensemble de situations défailantes et d'évènements indésirables au sein du système mis en place. Généralement notre méthode est définie au début du deuxième chapitre. Cependant de manière plus spécifique, il faut rappeler que nous avons réalisé trois réunions de groupe. La première a été centrée sur toutes les situations défailantes potentielles du système de prise en charge du patient. Dans la deuxième, on avait abordé les causes potentielles et la troisième faisait l'objet du niveau de gravité et de criticité de chaque situation relevée. Cette dernière a été mesurée selon la grille d'évaluation exigée par la HAS que l'on retrouve en annexe de ce travail. La HAS veut qu'on fasse la gestion par processus et la résume en trois niveaux essentiels : le management, la prise en charge et les fonctions supports ou logistiques. Chaque processus correspond à un certain nombre d'étapes bien échelonnées, et entre lesquelles remontent les situations défailantes structurelles ou organisationnelles. Il s'agit d'une démarche complète relative à l'AMDEC par laquelle on liste puis on organise les modes de défaillances prévisibles et les conséquences depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre du processus de soins.

a) Niveau managérial

Ce processus renvoie au pilotage, recrutement et accompagnement des personnels, animation et coordination des équipes, communication avec le patient et son entourage, et l'organisation du travail.

En effet, la phase des politiques d'approvisionnement de la structure se présente éventuellement des situations de ruptures de stocks. Dans le domaine du développement des compétences, les faiblesses se manifesteraient parfois par l'absence d'évaluation du personnel. Il peut s'agir des défaillances liées à la fixation des objectifs d'amélioration et de remplacement des cas d'absences en formation. Au niveau social, on pourrait enregistrer dans certains cas, des dégradations du climat social c.-à-d. que les liens socioprofessionnels se réduisent progressivement entre les professionnels et les patients; et pourraient entraîner l'appauvrissement du niveau de la prise en charge. Dans d'autres cas, des ressources humaines (compétences requises) se révèlent insuffisantes.

Au regard des libertés individuelles, les défaillances sont manifestement enregistrées sous la forme de non-respect de la personne, il s'agira de non-respect de l'intimité du patient ou d'un suivi d'un régime alimentaire. L'absence de repas prévu, le non-respect des consignes à jeun, des erreurs sur le repas et de non-respect des chaînes de température sont autant d'aspects de

défaillance considérables que l'on pouvait relever. Du côté du patient, on peut envisager des situations de non-respect des obligations ou ce dernier manifeste parfois des comportements d'indifférence et de maltraitance vis-à-vis du matériel des autres patients et parfois du personnel.

Il faut donc souligner que le niveau managérial se rapporte aussi du processus support ou l'on retrouve également le système d'information. A ce niveau, les situations dangereuses et des événements défailants seront souvent basées sur l'inexistence des fiches de poste, l'insuffisance au niveau de documentation de la structure fonctionnelle.

b) Niveau médical

Le niveau médical englobe: l'accueil, la prise en charge, le respect des droits des patients/résidents, le comportement des professionnels, vie sociale et sortie.

En effet, le patient avant d'être accueilli physiquement au centre, appelle ordinairement au secrétariat pour demander ou confirmer les possibilités de son séjour. Après confirmation le patient potentiel est accueilli directement dans le centre; il s'agit de la préadmission lui permettant de fournir un ensemble d'informations sur son identité, son dossier social et éventuellement la durée du séjour. C'est la responsabilité de la prise en charge secrétariat (PEC secrétariat) de s'assurer que le patient est enregistré avec des pièces exigées. Dans cette étape se produit parfois des erreurs d'identité, manquement de documents (carte d'identité, passeport), dossier administratif incomplet. A l'accueil se pose un problème de durée du délai d'attente, le non-respect de la confidentialité vis-à-vis du patient et l'orientation signalétique peu claire.

Normalement la préadmission est suivie de l'admission, à cette nouvelle étape, les défaillances peuvent être expliquées par la non remise du livret d'accueil destiné sur un ensemble d'information sur le centre et sur les modalités de la prise en charge, ensuite il peut y avoir d'absence de l'étape précédente c.-à-d. la préadmission entraînant un défaut d'informations relative à la non définition des modalités de la PEC et donc le patient n'en détient très peu ou selon le cas il n'est pas informé de sa PEC.

En ce qui concerne la gestion du dossier patient, on peut identifier l'incomplémentarité du dossier patient lié relativement au défaut du système de gestion, le patient est parfois mal identifié à certaines étapes. En outre, au niveau de la prise en charge infirmières, les chutes du patient constituent des situations défaillances les plus fréquentes alors que dans la PEC de la douleur se pose des erreurs d'évaluation traduisant soit la sous-évaluation ou la surévaluation de la douleur. Parallèlement elles peuvent être introduites des défauts du bilan et/ou des erreurs de procédures. Quant aux activités thérapeutiques et/ou de réadaptation, on relève des cas divers: chute du patient en exercice, sol glissant, environnement glissant et inadapté, pas de signalisation, erreurs de prescription ou prescription inapproprié ou parfois l'absence totale de prescription. On peut même retrouver des cas de mobilisation inadaptée au cas du patient.

En outre la prise en charge médicamenteuse est aussi imprégnée par des traits défailants. Elle se caractérise habituellement par: l'administration d'un mauvais médicament liée à l'erreur d'identité patient ou l'administration d'un médicament périmé. Au niveau de la prescription il

peut exister une mauvaise analyse des ordonnances pharmaceutiques. Dans certains cas de l'administration, les médicaments sont mal gérés et entraîne le non retrait des médicaments personnels. Pour ce qui concerne le conditionnement, l'entreposage, et le transport, les défaillances relevées sont respectivement liées aux médicaments affectés éventuellement par l'humidité et transport non conforme aux règles des bonnes pratiques.

D'autres situations de défaillances ont été relevé, il s'agit des services d'hygiène et la prise en charge nutritionnelle. Le premier se rapporte de l'insalubrité dans les chambres et ou les couloirs, le bionettoyage est insatisfaisant, l'entretien partiel des chariots, nettoyage irrégulier et d'autres instruments importants non nettoyés. En revanche, le deuxième expose des aliments inadaptés aux pathologies spécifiques du patient, des défauts de variété et du non-respect du régime du patient. Ce sont la autant des situations défaillantes que l'on relève du processus de la prise en charge du patient.

c) Niveau logistique

Ce sont les fonctions supports: il s'agira de l'adéquation des locaux et équipements, les politiques des achats et les interventions techniques.

Le centre exerce uniquement des activités de réadaptation, à cet effet, le transport est surtout envisagé à la rentrée et/ou la sortie du patient. Ainsi on aurait pu souligner des défaillances lors de la préparation à la sortie. Il s'agira de non-respect des consignes de sécurité, parfois des matériels de transport défectueux, des défauts d'équipements pouvant causer de retard de la prise en charge. Des défauts d'entretien des locaux, des espaces de loisirs du jardin etc...

3.5.1-Analyse des causes et effets potentiels

L'approche développée dans le compte qualité et prévention des risques permet d'identifier plusieurs causes des situations défaillantes qu'on a souligné. Les effets sont effet constitués des dommages aux patients à un niveau quelconque quel que soit le niveau de la gravité. Au niveau médical, les dommages du patient peut être physiques, psychologique et moraux. Les dommages physiques sont des fissures ou des lésions corporels, ils peuvent aller jusqu'à la fracture d'un membre du patient suite à un chute par exemple. En outre, on enregistre des retards de la prise en charge, des attentes dans le service, des stress, de l'inconfort et des traumatismes graves. Ces derniers constituent en revanche des dommages psychologiques. Un défaut éventuel du bilan, une erreur de procédure, une insuffisance de réadaptation, entraineront potentiellement la dégradation de la situation du patient et les douleurs persistent. Certains risques sont liés au manque d'information soit sur l'identité du patient ou l'on pouvait enregistrer des erreurs de dossier. Cette situation aurait traduit une prise en charge non adaptée entraînant le mécontentement du patient et pouvant aller jusqu'à la baisse de la réputation du centre. Il faudrait signaler que dans la prise en charge du patient, les erreurs d'administration relatives aux défauts d'évaluation et de prescription seront occasionnées des mauvais PEC ou de mauvais diagnostic de la situation du patient.

Parallèlement, dans les procès managériaux, les dommages que l'on peut enregistrer sont véritablement liés à des causes structurelles et administratives. Notons par exemple: Un manque de temps et d'effectif, de compétences et des valeurs partagées non définies. Au niveau de la

politique d'approvisionnement, des commandes placées en retard peuvent engendrer la rupture de stock, des retard de livraison, des dettes fournisseurs ont eu des effets de blocage à certains services et pouvaient affecter le processus global de la prise en charge. Les prescriptions pourraient ne pas être exécutées à temps. A travers notre analyse, une forte proportion des situations défailtantes proviennent de la négligence professionnelle que l'on peut qualifier d'erreur. Selon J. Reasons (2006), l'erreur humaine constitue la cause principale des risques dans les établissements de santé. Par ailleurs, il est important de s'interroger sur l'origine de ces erreurs. On en souligne que certaines causes sont parfois non plausibles et requièrent une portée psychologique et morale. Mise à part de la structure organisationnelle, d'autres causes sont néanmoins liés aux conditions de travail du professionnel. Ce dernier n'a pas été envisagé dans ma mission. Il constitue la partie intégrante du document unique de l'établissement qui traite les risques professionnels. Cependant pour comprendre les erreurs humaines, nous avons recherché puis analysé les causes profondes à partir des conditions sociales du travail. Une première approche est basée sur la motivation. Un professionnel motivé minimise davantage les erreurs pouvant être dérivées de l'accomplissement de sa fonction. En effet, cette motivation provient nécessairement de la meilleure condition de travail, elle est le produit d'un sentiment de bien-être du professionnel. La théorie des attentes de V.Vroom stipule que la motivation de l'individu dépend de la perception qu'il a de sa situation au travail. Plus il perçoit que cette situation lui offre une forte probabilité de réussite; lui permet d'atteindre des objectifs de récompense, plus il en tire de la valeur et plus il fera d'efforts. Le traitement salarial peut atténuer la motivation. Ce traitement influence le comportement du professionnel salarié et affecte directement sa tâche: la motivation d'un individu au travail ne dépend pas seulement de la récompense qu'un individu souhaite obtenir de son effort mais aussi des récompenses obtenues par les autres. Il est motivé s'il estime être traité de manière équitable. La théorie repose sur ces 3 piliers: Tout individu a une idée précise de ce qu'est une juste récompense pour son travail.

Il détermine ce qu'est cette juste récompense en comparant ce qu'il apporte (qualifications, diplômes, expériences, temps ...) et ce qu'il reçoit (au sens large également), à ce que d'autres apportent et reçoivent.

Quand il juge qu'il y a une différence entre son ratio rétribution/contribution et celui de son individu repère, il essaie de réduire cette différence car elle fait naître chez lui un sentiment d'injustice ou de culpabilité. Dans la vision de Vroom, le salarié recherche toujours l'équité salariale, comparée avec son voisin, s'il se voit en situation de sous équité, il ne sera plus motivé. D'où une fréquence plus élevée d'erreur.

Ainsi l'infirmière qui se voit sous-traité par rapport à l'Aide-soignant n'aura pas les mêmes motivations d'éviter les erreurs, et vice-versa. Dans une première approche, on souligne le degré d'autonomie et la responsabilité du professionnel. Des catégories de salariés professionnels manifestent un niveau d'engagement plus élevé par l'autonomie. Celle-ci conditionne relativement les erreurs humaines. La jouissance de cette dernière engendre la confiance et réduit les incohérences. Mc GREGOR a fait remarquer dans sa théorie Y que l'individu évite de plus en plus de faire des erreurs lorsqu'on lui responsabilise. Il cherche parfois à être responsable et cette responsabilité lui rend progressivement mature. Il aime son travail et

s'efforce toujours à être productif. Cependant cela ne suffit pas si le produit de son travail ne lui permet pas d'atteindre un certain niveau de bien-être.

En revanche, à la Maison du Mineur, les erreurs humaines provoquant des risques managériaux, médicaux et professionnels, pouvaient être envisagées comme une conséquence de l'insuffisance des moyens financiers. En toute évidence, Plus il y a des difficultés financières, plus s'aggrave les problèmes structurels et plus grande s'élève les erreurs humaines.

3.6- Le Management d'adaptation aux évolutions réglementaires (Plan d'action)

Afin de s'assurer que l'usager est structurellement protégé de tout danger, on établit des lignes directives que doit suivre la direction. En outre, des obligations fonctionnelles relatives à la gestion financière dictent le comportement particulier du directeur général. S'agissant d'une association, le directeur est passible à la poursuite pénale et judiciaire en cas de gabegie, de détournement ou de mauvaise gestion. Il est le représentant légal de la structure et par conséquent, les sanctions pénales le toucheront directement. C'est pourquoi il est impératif qu'il conçoive son travail dans le stricte respect de la loi. Il doit veiller à la conformité des actions exécutées par rapport aux règlements. Mise à part des exigences de qualité et de prévention des risques, les évolutions réglementaires font exigence à la direction générale de se disposer d'un personnel réduit pour rationaliser les dépenses de fonctionnement. L'idée c'est la recherche de l'efficacité, on veut désormais escompter plus de résultats avec moins de ressources engagées. En conséquence, la stratégie appliquée sera celle de coupler certains postes. Ainsi le centre fonctionne sans responsable financier ni informatique. Ces deux postes sont assurés par la directrice avec le support du service Qualité et prévention des risques. Par la coopération sincère, ces deux professionnels mutualisent leurs compétences et assurent la gestion efficace de ces postes sensibles considérés comme vacants et pour lesquels, il faudrait disposer un salaire considérable.

Dans cette même logique, il embauche une infirmière hygiéniste sur la base d'une convention avec un hôpital de la commune voisine. Celle-ci travaille une fois par semaine. A son absence, on cumule les dossiers, et il les évalue pendant son journée de travail. Cela permet au centre de réduire le coût salarial mensuel. Toutefois, il faut souligner aussi que la taille relativement petite du centre ne fait pas l'obligation d'embaucher ces nouveaux professionnels. Cependant dans le premier cas, l'embauche serait nécessaire pour les risques de pression et de surplus de tâches, si le centre avait la capacité financière.

A la croisée des exigences réglementaires, la direction réadapte la structure de détection d'incendie, ce qui lui a valu un coût considérable; Alors que cette dernière fonctionnait normalement sans trop de difficultés. Cet agent pourrait être utilisé à d'autres services plus prioritaires surtout quand on sait que le centre a besoin de nouveaux locaux plus adaptés pour mieux réaliser ses activités. Au niveau de la comptabilité, les fournitures de bureaux sont gérées avec la plus grande efficacité, on évite toutes les dépenses liées aux coûts de transaction.

3.6.1-La gestion des évènements indésirables

Puisque le centre de santé est un environnement incertain quant à la présence imminent des risques, on ne peut en réalité empêcher que les évènements indésirables se produisent, par contre on peut réduire la fréquence et empêcher qu'ils se propagent dans le système de gestion pour se transformer progressivement en des risques. Rappelons qu'un évènement indésirable est normalement un signe annonciateur de risque. Par conséquent, la direction dont le service qualité et prévention des risques dispose des fiches de contrôle et d'évaluation de ces évènements potentiels. Il s'agit d'une stratégie agressive où l'on a développé une symbiose de tactiques par la synergie collective des employés pour empêcher l'évolution et la croissance des risques. Ces tactiques de blocages ont pu être objectivées sur la base d'une évaluation en trois phases: la première (évaluation ex ante) consistait à identifier les zones d'ombres susceptibles de provoquer ces évènements, on en recherche les causes et l'on intervient avec des palliatifs appropriés avant qu'ils soient produits. La deuxième est une évaluation à mi-parcours; à cette phase, l'évènement est déjà produit, on le traite rapidement avec des palliatifs directs et immédiats pour éviter toute possibilité d'aggravation et éventuellement se transformer en un risque de gravité majeur. La troisième est celle de l'évaluation ex-post, elle consiste en un traitement total en suivant le cheminement de/des élément(s) déclencheur de ces évènements et en établissant un dispositif de contrôle stratégique afin qu'un même évènement ne pourra plus reproduit.

Cette dernière stratégie fournit à la direction de la Maison du mineur des lunettes de gestion à la fois répressives et prospectives des risques, elle maintient la qualité et le contrôle continu de soins. Et pour répéter A. Sloan « Sans le contrôle stratégique développé en amont, la stratégie en aval demeurerait inopérante et finirait par disparaître ». L'évidence c'est que la structure suit la stratégie. C'est cette démarche globale qui traduit en définitive le maintien de l'efficacité de son système de management de risque telle qu'elle a été exigée par l'ARS dans un contexte de contrainte règlementaire et financier.

3.6.2-Développer le Partenariat et la Mutualisation

Astreint à des contraintes règlementaires, le centre devra développer des stratégies de partenariat avec d'autres structures soit pour l'acquisition des matériels, ou pour réduire le coût de certains objets fondamentaux au bien-être du patient et à l'émergence de l'organisation. Il s'agit d'une stratégie de recherche des gains dans une vision gagnant-gagnant sans pouvoir impliquer l'organe régulateur. Les dirigeants doivent penser à amplifier la mutualisation que ce soit au niveau fonctionnelle ou opérationnel. On devrait envisager à mutualiser les éléments de force de l'organisation en fonction des besoins les plus prioritaires en vue de pallier aux faiblesses structurelles dont il fait l'objet. La mutualisation facilite l'échange des compétences et enrichit le budget.

3.6.3- Repenser la gouvernance politique

En générale, les théories de la gouvernance relevant du paradigme de l'efficacité reposent toutes, plus ou moins explicitement, sur un modèle particulier de création et de répartition de la valeur associée à une théorie de l'organisation fondée sur l'efficacité. Toute organisation est supposée avoir pour but, via la coopération, de produire un surplus. La rente organisationnelle, par rapport aux ressources consommées, la répartition devant se faire à garantir la pérennité de l'organisation en obtenant le concours des différents partenaires. Dans la vision de la gouvernance, comme ensemble des règles du jeu managérial, s'adapte au modèle de création et/ou de répartition de la valeur retenu, lequel est lui-même associé à une conception particulière de l'efficacité et de l'organisation. En effet, Perez (2002, p22) souligne que la gouvernance associative se réfère au dispositif institutionnel et comportemental régissant les relations entre les dirigeants d'une association et les parties concernées par le devenir de cette association, en premier lieu celles qui détiennent des droits légitimes sur celles-ci. Ainsi à la Maison du mineur, les parties concernées de droits légitimes se réduisent qu'aux deux membres adhérents, l'ouverture aux autres parties semble restreint ; il n'y a presque pas de bénévoles. Il peut s'agir d'une stratégie non équivoque visant à réduire les redevances et amoindrir les coûts. Cependant celle-ci n'est pas la bonne dans ce contexte de contraintes financières. Car il serait financièrement plus important d'impliquer d'autres parties prenantes dans un souci de conquête d'apports financiers.

En outre, s'agissant d'une association à but non lucratif, elle est amenée à être en relation avec des partenaires multiples non seulement dans cet objectif de collecter des fonds mais surtout pour atteindre sa finalité. D'une vision plus générale, les partenaires ont un impact plus ou moins important sur la mission et la vie de l'association, ils constituent alors pour celle-ci des parties prenantes. Il s'agira selon Mercier (1999) d'un ensemble d'agents pour lesquels le développement et la bonne volonté de l'entreprise constituent un enjeu important. Et cela peut être structurel, économique, financier, politique et social. Freeman (1984) les définit comme tout groupe ou individu qui peut affecter ou qui peut être affecté par la réalisation des objectifs de l'organisation. Cette approche apparaît plus réaliste car elle place l'organisation en position d'acteur à part entière. A certain niveau, elle peut influencer tout comme elle peut subir l'influence. Par ailleurs, Donaldson et Preston (1995), croient que les parties prenantes constituent des « ayants droits ». Ce sont des groupes de personnes ayant des intérêts légitimes dans l'organisation, ils sont connus et identifiés, et leurs intérêts ont une valeur intrinsèque. Et donc ils peuvent facilement contribuer au rehaussement financier de l'organisation.

En effet, face aux difficultés financières, la gouvernance de l'association la Maison du mineur semble en conséquence trop cloisonnée pour résoudre les problèmes structurels et les enjeux managériaux. Des politiques devraient être envisagées pour développer le bénévolat à l'intégration du centre. Le conseil d'administration doit encourager l'intégration de nouveaux membres. A cet effet, on aura perçu des cotisations, servant à alimenter le budget d'investissement. De nouvelles stratégies pouvaient orienter au développement des financements internes par des patients clients qui ont voulu devenir membre de l'association dans l'objectif de contribuer financièrement à sa pérennisation. Ces derniers comme le souligne Carroll (1989) peuvent être considérés comme des parties prenantes « primaires », ils sont des

acteurs en relation directe et contractuelle avec le centre. En plus, il faudrait penser à rechercher toute autres forme de financement au regard de la loi, en développant des politiques d'implication des parties prenantes « secondaires » ces derniers regroupent des acteurs de l'environnement externe gravitant autour de l'organisation et envers lesquelles l'action de l'organisation se trouve impactée sans pour autant se trouver en lien contractuel avec eux. Il s'agira concrètement d'une mobilisation auprès des donateurs, des legs et des mécènes.

3.7- Conclusion

Les points développés dans ce chapitre présentent un ensemble de stratégies. Certaines seraient plus adaptées que d'autres. Partant de la définition du management et ses spécificités dans le secteur non lucratif, la direction a enregistré un niveau de perfectionnement chez les collaborateurs par l'autonomie et la pratique de l'écoute active. En revanche l'ensemble des situations défailtantes envisagées dont les causes sont à la fois structurelles et fonctionnelles et les dommages affectent inconditionnellement les patients, traduisent une certaine réalité quotidienne à tout établissement de santé. Toutefois, le centre s'adapte en y développant des réponses rapides mais ce caractère dépendant de son système de gestion par rapport à la dotation annuelle de financement constitue un véritable dilemme et l'empêche à formuler les solutions relatives à ses besoins prioritaires. D'où la confirmation de l'hypothèse de départ.

CHAPITRE IV

BILAN DU STAGE

4.1-Methode de suivi

Durant ces trois mois de stage, j'ai fait l'objet d'un suivi régulier de la part des encadrants professionnels et universitaires.

Mon tuteur, Catherine VIDAL, directrice de la Maison du mineur me consacrait un temps d'échange hebdomadaire afin de faire un point de situation concernant l'avancement de mon travail et de prendre en compte mon sentiment personnel vis-à-vis de mon intégration ou de la gestion des tâches que l'on m'avait confiées. La capacité d'écoute de Madame VIDAL m'a permis de m'exprimer et d'obtenir des réponses quant aux doutes professionnels dus à mon manque d'expérience.

Chaque deux semaine, je transmettais un compte-rendu de mes activités à mon tuteur et à la personne responsable qualité et prévention des risques. Celui-ci m'a fourni toutes les données nécessaires pour bien réaliser ma mission. Environ 6 comptes rendus ont ainsi été envoyés à raison d'un par quinzaine.

Enfin, un bilan complet de mon stage a eu lieu le 30 juin 2017 avec mon tuteur, directrice de l'établissement, le Responsable qualité et Prévention des risques Monsieur Kamel SARHIRI, et le responsable des ressources humaines. Ainsi, après un bref rappel de mon cursus universitaire, j'ai décrit les différentes missions dont j'avais la charge, la méthodologie suivie pour atteindre mes objectifs et les résultats obtenus.

L'encadrement universitaire s'est réalisé selon plusieurs séances regroupant les étudiants du Master II Management Tiers Secteur et de l'Economie Sociale et Solidaire et le responsable du master, Monsieur Eric BIDEET et mon encadreur pédagogique Mr Laurent PUJOL. Des entretiens individuels pouvaient être prévus à la demande du stagiaire. De plus, des échanges pouvaient avoir lieu chaque semaine. Tout au long du stage, les parties développées ont été envoyées à l'encadreur qui lui-même valorise et apprécie le contenu tout en faisant s'il y a lieu des réserves correctifs sur le cheminement méthodologique de la rédaction.

4.2- Apports stratégiques et Compétences développées

Durant les trois mois de stage, j'ai développé des compétences particulières en matière de gestion structurelle. Le traitement des informations sur les soins médicaux et les moyens nécessaires à la gestion stratégique des risques de nature diverse. De plus, le cours Droit des usagers du secteur medico social que j'ai suivi dans notre programme à l'université du Maine m'a fourni des notions sur la gestion des risques dans ce secteur, cela m'a beaucoup aidé à développer des cas pratiques. J'ai puisé dans ces notions théoriques des données à caractères scientifiques et les appliquer dans la pratique au sein de l'entreprise. D'autres cours comme: Le management des mutuelles de santé ainsi que Financement des associations m'ont également orienté dans la réalisation de ma mission. Compte tenu des difficultés financières du centre, j'avais développé des stratégies de gestion rationnelle des faibles ressources disponibles. Il s'agit de la pratique de l'efficacité organisationnelle. Entant que manager, J'ai appris à mettre

l'emphase sur ce qu'on a, à travers la planification stratégique des besoins de fonctionnement pour atteindre des objectifs fixés. Parallèlement, des compétences ont été développées sur l'enregistrement des données d'appréciation notamment en Excel.

4.2.1-Difficultés rencontrées et solutions apportées

Au cours de ce stage, j'ai rencontré beaucoup de difficultés auxquelles il m'a fallu faire face pour atteindre mes objectifs.

Dans un premier temps, j'ai dû apprendre le fonctionnement relationnel hiérarchique au sein du centre. En effet, lors de mes premiers jours au sein de l'établissement, il me semblait difficile de savoir où je devais aller. Il était important de rencontrer toute personne qui a une responsabilité dans l'administration des soins quel que soit son niveau hiérarchique notamment le directeur médical, le cadre de santé, le chef comptable, le responsable des ressources humaines, et surtout la directrice générale et le responsable qualité. Cet exercice d'échange et de gestion communicationnelle a fait ressortir toute la complexité organisationnelle d'un groupe d'une telle ampleur. Il ne m'a pas été facile de comprendre la structure fonctionnelle du centre au regard des niveaux hiérarchiques partant du conseil d'administration de l'association traduisant la légitimité démocratique jusqu'au niveau managérial, du partenariat et des fusions de mutuelles diverses.

La gestion de mon temps de travail a également présenté certaines difficultés. Il s'agissait, au regard du nombre de tâches dont j'étais chargée, de suivre une organisation claire et définissant à l'avance les étapes de travail et leur déroulement afin de respecter l'échéance finale et les délais posés par l'organisation. Je me suis donc imposé un rythme soutenu concernant la réalisation de mes deux missions. En revanche, concernant l'enregistrement du questionnaire individuel de satisfaction, il était quasiment impossible de faire la synthèse des différentes réponses fournies par l'ensemble des patients qui avaient remplis le formulaire compte tenu du temps imparti. Ce travail m'a été demandé à la dernière semaine de mon stage, ce qui fait qu'il n'a pas été complètement finalisé. Ainsi, Monsieur SARHIRI et moi nous étions mis d'accord pour que la totalité du travail lui soit envoyé par courrier électronique après mon départ.

Il faut souligner que mon manque d'expérience dans le secteur m'a posé de grandes difficultés notamment quant au fonctionnement du système de santé français et surtout quant au volume de texte de lois, décrets et arrêtés qui régissent le système. Etant étudiant étranger, il m'a fallu passer beaucoup de temps pour effectuer des recherches sur la législation sur la santé en France en particulier le secteur sanitaire à but non lucratif. Lors des entretiens, j'avais beaucoup de souci à établir une grille d'évaluation des risques inspirée de la grille officielle de la HAS car il m'était logique de créer ma grille personnelle. Cependant sous la proposition du Responsable Qualité, j'avais choisi la grille de la HAS afin de rendre plus plausible l'évaluation. Beaucoup de temps a été consacré au tri et à l'affrontement des différentes réponses. A partir de ce modèle officielle l'évaluation était devenu simple et compréhensible.

Je suis donc passée par une étape de construction de ma propre expérience au cours de laquelle j'ai compris mes erreurs et chercher une solution pour chacune d'entre elles. Cette difficulté de départ était normale et nécessaire.

Dès le début de mes recherches, j'ai constaté la multitude d'informations disponibles à ce sujet, lui-même couvrant plusieurs grands domaines. J'ai donc choisi de me limiter aux risques; les plus courants pour chaque type de risques, de décrire leurs concepts, et de dresser un comparatif des produits selon chaque Process. Du fait de ces limites de contenu, j'ai pris soin d'avertir le lecteur du dossier « Risques managériaux et professionnels » du caractère non exhaustif de ces recherches. Enfin, il n'a pas été simple de savoir poser une limite dans le contenu de mon travail sur les causes et effets des risques. Les résultats de ces recherches pouvant être trop conséquents, il fallait poser une limite de contenu tout en répondant à l'objectif de cette mission.

4.3-Productivité

Mon niveau de productivité est relativement élevé, il est fonction du volume de travail que j'ai réalisé dans le respect du temps impartis à chaque tâche. Cependant, il faut souligner qu'i m'a pas été obligé de fournir des rapports journaliers. Le principe était d'effectuer les tâches en toute autonomie mais avec de solides accompagnements et d'orientations des professionnels. Par conséquent, j'ai été à certains niveaux très productif dans la réalisation de certaines tâches et moins dans d'autres. Par exemple, à cause du temps trop court impartis, ma productivité est plus évidente à l'enregistrement des questionnaires de satisfaction des patients que dans l'évaluation et la synthèse du contenu de ces questionnaires. En outre, dans l'élaboration de la cartographie apriori de Risques, j'ai été au début plus performant au procès médical et logistique qu'à celui managérial lors de la collecte et le repérage des risques. Suite à la confusion que j'avais sur les risques professionnels faisant généralement partie du document unique de l'organisation et relevant du Gestion des Ressources Humaines, et ceux managériaux qui sont typiquement liés à la prise en charge. Dans l'ensemble ma productivité est marquée par mon savoir-faire et ma capacité d'adaptation et d'intégration de l'équipe dans le respect des normes et des valeurs fondamentales de l'institution.

4.3.1-Enrichissement personnel

La gestion des risques est de nature transversale. Elle m'a permis de comprendre le fonctionnement global du centre, toutes les actions se convergent vers cette fonction fondamentale pour la direction et pour les patients en particulier. En effet, grâce à la mission qui m'avait été confiée, j'ai appris à comprendre le fonctionnement des établissements de santé. Le management de ces derniers est très spécifique. Le rôle du manager dans ce secteur n'est pas seulement d'orienter ni de donner du sens compte tenu du fait que son environnement est fait de risque. Il doit s'assurer de la protection totale des patients mais aussi de ses collaborateurs. En plus, j'ai été nourrit des pratiques professionnelles, de l'esprit d'équipe ainsi que des valeurs solidaires qui animent le groupe. Pendant tout le déroulement du stage, j'avais acquis de solides connaissances tant sur le plan du savoir-faire en intériorisant des pratiques conceptuelles sur la notion d'équipes efficaces, la dynamique de groupe, que sur le plan du management par objectif. Ainsi comme l'ont souligné John R. SCHERMERHORN et David S. CAPPELL, J'ai pu relever que les équipes efficaces obtiennent d'excellents résultats, de manière constante, tant en ce qui concerne l'exécution des tâches que la satisfaction des membres. L'efficacité de l'équipe dépend de la qualité de ses intrants et du dynamisme qui caractérise ses activités interne. Malgré l'insuffisance de fonds, le centre maintient son niveau d'efficacité

grâce à la dynamique communicationnelle développée au sein de l'équipe pluridimensionnelle. C'est en effet, le résultat d'un processus de groupe par lequel les membres suivent la méthode exigée pour transformer une réalité contraignante. Il comprend notamment la communication, la cohésion, les normes, la prise de décisions et la manière dont on traite les contraintes et les conflits.

4.4-Limite du travail

Les limites du travail se rangent autour des difficultés que j'ai rencontrées depuis le début du stage jusqu'à sa conclusion (son achèvement). C'est ce que G. Bachelard appelle « des obstacles épistémologique »¹¹. Dans ce présent travail, Ces obstacles se présentent sous plusieurs aspects dont on en relève les plus marquants.

D'abord, en 12 semaines maximum, la durée du stage était si courte qu'elle ne m'as pas permis de mieux intégrer la structure et de mobiliser l'ensemble des informations nécessaires pour produire un travail plus condensé et plus objectif. Malgré l'adoption d'une stratégie méthodologique très adaptée et mobilisatrice. Ensuite au début la mission apparaissait difficile compte tenu du fait que je n'ai jamais été abordé la problématique de cartographie de risques dans le contexte sanitaire. De plus, il m'a été difficile de concilier (rapprocher) mon sujet de départ a cette mission qui s'est révélée après trois semaines environ d'extrêmement intéressante et surtout très enrichissante puisque la gestion des risques est à la croisée du management d'un établissement de santé. Enfin, il faut souligner qu'il n'a pas été facile pour nous dans les trois grandes réunions réalisées avec les groupes de professionnel du centre, de mobiliser l'essentiel des informations relatives aux risques associés aux soins, les fréquences respectives et leur niveau de gravité. En générale, les professionnels n'aimeraient pas déclarer leurs erreurs. Donc ils m'ont craché certaines informations. Cependant ils n'avaient pas voulu tout dire surtout lorsqu'il s'agissait d'introduire et d'interpréter le niveau de gravité et/ou de criticité d'un risque quelconque, c'est pourquoi je pense qu'elles sont éventuellement insuffisantes dans mon analyse quoique je les ai complétées à travers mon observation désengagée.

¹¹- La notion d'obstacle épistémologique, La formation de l'esprit scientifique de Bachelard.
[http://www.philoflo.fr/resources/La+notion+d\\$27obstacle+\\$C3\\$A9pist\\$C3\\$A9mologique.pdf](http://www.philoflo.fr/resources/La+notion+d$27obstacle+$C3$A9pist$C3$A9mologique.pdf).

CONCLUSION

Le système de santé français est caractérisé par des traits spécifiques qui le diffèrent des autres systèmes en Europe. Il mobilise plusieurs catégories d'acteurs dont les plus présents sont ceux du secteur lucratif et non lucratif. Sous la prédominance de l'Etat, cette symbiose d'acteurs matérialise de nouveaux modes de vie dans la consommation des diètes. Ces nouveaux comportements facilitent l'augmentation de la durée de vie des citoyens. Parallèlement, le phénomène du vieillissement de la population constaté depuis quelques années requiert une certaine influence sur l'état de santé des gens. Les personnes affectées développent des pathologies cardiaques, pulmonaires, sclérose en plaque etc. auxquelles il faut percevoir des fonds supplémentaires. Dans certaines régions et départements du pays, cette catégorie est plus touchée par la précarité économique et affiche un niveau de vie faible inférieur à la moyenne nationale. Face à la cherté des coûts de santé, l'association la maison du mineur s'inscrit dans la démarche de facilitation d'accès aux soins.

Cependant, les nouvelles politiques publiques en matière de santé adoptées depuis la réforme du système, exigent que les structures associatives sans but lucratif gestionnaire des établissements sanitaires soient adaptées la prise en charge des patients à un niveau de qualité élevé, question d'éviter la propagation des maladies notamment des pathologies chroniques.

Doté d'une structure financière faible, l'association s'abstient aux restrictions et obligations réglementaires pour bénéficier du financement de l'Etat. L'accélération de la pression législative démobilise l'indépendance et l'autonomie de la structure managériale propre à l'association qui se transforme désormais en un sous-traitant. Les situations analysées dans ce stage constituent un échantillon représentatif pour comprendre la manifestation de cette sous-traitance, les rapports de subordination de son système de management.

En outre, les points développés au chapitre 3 justifient que l'association résiste en adoptant le modèle de gestion relatif au contexte, c'est le management situationnelle inspiré du modèle de Mintzberg. Afin de traiter les risques liés aux soins, la direction s'est dotée d'une stratégie en trois étapes, avec l'interférence de l'ensemble du personnel. C'est ce qui l'a permis de réduire les risques à un niveau résiduel avec des dommages très insignifiants pour les patients. Sous cet angle, la Maison du mineur apparaît comme une institution sanitaire très attentive qui a su faire preuve de sa capacité d'organisation à travers la prise en compte de la gestion des risques et du contrôle qualité telle qu'ils ont été dictés par la HAS. Ainsi mon expérience au sein de ce centre m'a permis d'observer différents axes d'action en faveur d'une prise en charge réelle du patient.

Ces observations concernant son système de management d'une manière générale nous amènent à noter qu'il convient de rester vigilant face aux nouveaux défis potentiels pour ne pas renier sa mission sociale, ses valeurs fondatrices et ne pas disparaître dans le secteur.

L'étude réalisée a mis en évidence, à son niveau, l'existence d'un réel besoin financier pour répondre aux difficultés structurelles, l'acquisition des matériels, la construction ou reconstruction des locaux adaptés etc. Bien qu'il y ait un grand nombre d'actions à mener avant de répondre à ces besoins, il est certain que la volonté de ne pas prendre en compte cette problématique dans les politiques publiques, marque déjà le début d'un bouleversement dans les associations en particulier le secteur privé non lucratif au sein de la société française.

Enfin, la santé restera le premier des biens pour lequel la puissance publique devrait adopter des stratégies républicaines pour encourager les initiatives collectives non lucratives visant à faciliter les soins de santé prioritaire dans ce système de marché où les besoins de base sont devenus des marchandises et les citoyens de faibles revenus ne pourront pas s'en procurer.

Au regard de ces différentes réflexions, il semble primordial pour le centre de maintenir son processus d'adaptation aux règlements relatif à la qualité des soins, non seulement pour le bien être du patient mais aussi pour son image de marque, tout en recherchant à développer un modèle de gouvernance d'ouverture, de s'associer à des nouveaux partenaires en vue de pallier aux difficultés financières. Car qu'elle soit possible, acceptable ou non, toute augmentation élevée du prix de journée lui fera perdre sa mission sociale. Par conséquent, la recherche d'autre source de financement comme des dons, des mécènes et autre semble nécessaire.

En définitive, si l'Etat veut réellement réduire l'inégalité sociale en matière de santé, il faudrait commencer matérialiser ce discours politique par le renforcement de l'action sociale et collective engagée dans les organisations à lucrativité limité et particulièrement les associations à but non lucratif. Dans les politiques publiques, il est primordial de réviser à la hausse les dotations allouées aux établissements de santé privé non lucratif en vue de reconsidérer l'aspect investissement essentiel à l'innovation sociale dans le secteur sanitaire non lucratif.

Bibliographie

Alain DESROCHES, D.BAUDRIN, M.DADOUN, L'analyse préliminaire des risques, Principes et pratiques, Paris, Lavoisier, 2009,311 pages.

ALAZARD Claude, SEPARI Sabine, Contrôle de gestion, Manuel et applications, éd. dunod, Paris 2007, 700pages.

Alessandro LOMI (sous la direction de), L'analyse relationnelle des organisations, Réflexions théoriques et expériences empiriques, Paris, Le Harmattan, 1999,414 pages.

ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, B. Denis. Jean-Pierre, R-C.Nathalie,R-L Christine, Comportement humains et management.(2e édition), Paris, Pearson Education France, 2006,343 pages.

AXELLE Brodriez-Dolino, Combattre la pauvreté, éd. CNRS, Paris 2013, 328 pages.

BOUDON Raymond, Le juste et le vrai, Paris, éd. Fayard, 1995,576 p.

CROZIER Michel, L'acteur et le système, Paris, éd. du seuil, 2014, 500 p.

DEMOUSTIER Daniel, Les institutions du progrès social, Paris, l'Harmattan, 2007,393 pages.

DRAPERI Jean-François, L'économie sociale, Utopie, Pratiques, Principes, éd. Presse de l'économie sociale, Paris,2005,125 pages.

DUPUIS Jean-Pierre, K. André, Sociologie de l'économie, du travail et de l'entreprise, éd. Gaétan Morin, Paris, 1998.500 pages.

Formulaire Outils, Processus management 2, Manager, une politique qualité, Paris, Afnor, 2008,124 pages.

GRAWITZ Madelaine, Méthodes des sciences sociales, ed. Dalloz, Paris, 1994,199 Pages.

MADERS Henri-Pierre, G. Elizabeth, C. Le Gallais, Conduire un projet d'organisation. « Guide méthodologique », éd. d'organisation, Paris, 1998 248 pages.

MAGAKIAN Jean-Louis, cent fiches pour comprendre la stratégie d'entreprise, éd. Bréal, Paris, 2002,300 pages.

MARRE Jean, Entreprise et partage « Peut-on diminuer le risque majeur d'un chaos social mondialise », Paris, éd Guy Tredaniel, 1994.

MOREAU Jacques, L'économie sociale face à l'ultra-libéralisme, Paris, Syros, 1994.158pages.

NAVES Pierre, DEFALVARD Herve avec la collaboration de Katia Julienne et Patrick Petour, Economie politique de l'action sociale, Paris, Dunod, 2006.313 pages.

Parant, Alain. « Les enjeux du vieillissement de la population », *Revue française d'administration publique*, vol. n°113, no. 1, 2005, pp. 83-95.

Régis LAPAUW, La pratique du management des entreprises sanitaires et sociales, Toulouse, éd. Privat, 1993,168 pages.

REYNAUD, Jean-Daniel Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale, Paris, éd. Armand Colin, 1989,306 pages.

RIEFF David, L'humanitaire en crise, Paris, éd, le serpent à plumes 2004, 325 pages.

Roger AIM, L'essentiel de la théorie des organisations, 2^e édition, Paris, éd. Gualino, 2008,116 pages.

SCHERMERHORN John, R., CHAPPELL David S. Principes de management, édition du renouveau pédagogique, Québec,2002,392 pages.

Stephen Robbin, David Decenzo, M. Coulter, R. Charles-Clemens. Management, l'essentiel des concepts et pratiques (7^e édition). Paris, Pearson Education France, 2011.

SYLVAIN Giroux, Méthodologie des sciences humaines, Québec, édition du renouveau pédagogique, 2009, 300 p.

WEBER Max, Le savant et le politique,Paris, ed. Plon,1959, 230 p.

Yves METAYER, Laurence HIRSCH, Premier pas dans le management des risques, Paris, AFNOR, 2007.

(www.atih.sante.fr/présentation-des-modalités-de-financement-ssr).[Consulte le 19/05/2017]

[http://www.philoflo.fr/resources/La+notion+d\\$27obstacle+\\$C3\\$A9pist\\$C3\\$A9mologique.pdf](http://www.philoflo.fr/resources/La+notion+d$27obstacle+$C3$A9pist$C3$A9mologique.pdf) [Consulte le 19/05/2017]

ANAES, Document méthodologique, Janvier 2003.

<https://www.manger-go.com/gestion-industrielle,theorie> des contraintes.htm [Consulte le 3/03/2017]

http://www.adbs.fr/analyse-documentaire-16102.htm?RH=OUTILS_VOC [Consulté le 26/05/2017].

file:///C:/Users/Hp/Downloads/literature_review_slide_deck_fr.pdf. [Consulté le 26/05/2017].

<https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01102402>
Submitted on 12 Jan 2015.[Consulte le 15/06/2017]

https://halshs.archivesouvertes.fr/file/index/docid/.../SF_ecosolidarites_corr.doc,[consulte le 01/16/2017]

QUESTIONNAIRE

UNIVERSITE DU MAINE

Faculté de Droit, des Sciences Economiques et de Gestion

**Entreprise : Centre de Réadaptation Fonctionnelle Cardiologique et Pneumologique, La
Maison du mineur**

Préparé par : Makenson PIERRE, Etudiant Stagiaire

Avril 2017

- 1-** A quel service affectez-vous ?
- 2-** Depuis combien de temps affectez-vous dans ce service ?
- 3-** Quels types d'activités réalisez-vous dans ce service ?
- 4-** Quels genres de difficultés rencontrez-vous dans l'accomplissement de vos tâches ?
- 5-** Quelles sont les causes probables de ces difficultés ?
- 6-** Confrontez-vous à des risques ? Lesquels ?
- 7-** De quelles natures ? A quelles Fréquence ?
- 8-** Identifiez-vous des causes éventuelles ? Si oui, lesquelles, et de quelles natures ?
- 9-** Comment réagissez-vous au regard de ces risques ?
- 10-** Quelles sont selon vous leur degré de pertinence ?
- 11-** Quelles sont selon vous le degré de gravité de chaque Risque relevé ?
- 12-** Quelles sont les conséquences de ces Risques sur les patients, sur vous et sur la structure du centre en générale ?

| Maison du Mineur | | | Cartographie a priori des Risques | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------|---|--|--|--------------------|-------------------|-----------|--|
| Processus/ Systèmes | Étapes | Catégorie | Problèmes/Défaillance | Causes Potentielles | Conséquences /Effets/ou Dommages | Fréquence Probable | Niveau de Gravité | Criticité | Mesures préventives |
| Managériaux | Direction | Stocks | Rupture | Commande place en retard | Blocage de certains services | | | | Mise en place un dispositif de |
| | Respect du contrat professionnel | | Politique d'approvisionnement | Retard de livraison | prescriptions non exécutées | | Moyen | | stocks de réserve et/ou |
| | | | | Dettes au fournisseur | à temps | | | | d'anticipation de commande |
| | | Ressources humaines | Retard et absence répétés du professionnel | Démotivation | Ralentissement des services | | | | Réévaluer les règlements internes, Sensibilisation |
| | | | | Disposition inadapté du computer | Complication de tâches pour les autres | | Mineur | | |
| | | | | Sous équité du traitement salariale | | | | | |
| | | | Troubles musculo-squelettiques | Surcharge de travail | Insatisfaction du personnel | | Mineur | | |
| | | | Détérioration du climat de travail | Défaut de reconnaissance et d'encouragement | Démotivation, services inefficaces | | | | |
| | | | | du travail des salariés, Problème de collaboration | Difficultés de recruter des professionnels qualifiés | | Significatif | | |
| | Respect des exigences et obligations | | Patient maltraite les matériels et accessoires de l'établissement. Non-respect du règlement | Dysfonctionnement des structures de surveillance | Risques multiples de litige entre le patient | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------|---|--|---|------------------|---------|--|--|
| | tions des procédures de soins par | | | Défaut de procédure de contrôle institutionnel | et l'établissement | | Mineur | | |
| | le patient | | | Absence de procédure de contrôle | | | | | |
| | | | Maltraitance des objets et matériels entre les | | Conflits multiples inter patients pouvant | | | | |
| | | | Patients | Disfonctionnement du cadre institutionnel | entraîner des dégâts moraux | | Mineur | | |
| | GPEC | | Postes vacants Turn over important | Absence de politique de recrutement | Retard dans les services de soins | 1 fois/an | Majeure | | |
| Systeme d'information Processus Support | | | | | | | | | |
| | | | Défaut du système d'information (inefficacité) | Absence de procédure de circulation d'infos (| | | | | |
| | | | Patient n'est pas informé de ses obligations | Fiches, notes) | | | Mineur | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge du patient | | | | | | | | | |
| Soins médicaux/ Activités cliniques | Préadmission | PEC secretariat | Non respect de la procédure | Manque de vigilance au secrétariat médical | Retard de la prise en charge | 1 fois/trimestre | Mineur | | |
| | | | Manque de documents authentiques (carte d'identité, Passeport). | | Retard du dossier d'admission | | | | |
| | | | Dossier administratif incomplet | | non retour du patient | | | | |
| | Accueil | | Durée du délai d'attente, | | Jugement d'inefficacité des services par le patient | | Mineur | | |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|--|--|
| | | | Non-respect de la confidentialité vis à vis du patient | Manque de professionnalisme | Sentiment de ne pas être pris en charge | | | | |
| | | | Non-conformité de la fiche signalétique | | avec professionnalisme, Risque de fuite | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Admission | | Non définition des modalités de la prise en charge | Erreur de dossier de préadmission | Dompage a la direction en cas de litige | | | | |
| | | Défaut d'infos | Patient n'est pas informé sur sa prise en charge | Absence de fiche d'information | | | | | |
| | | | Livret d'accueil non remis | | Retard de la prise en charge | | Mineur | | |
| | | | | | | | | | |
| | Enregistrement | Identification | Erreur d'enregistrement | Manque d'infos sur l'identité du patient | Prise en charge non adaptée | 1 fois /an | Mineur | | |
| | | | Absence de droit ouvert du patient | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Gestion du dossier patient | | Absence de PEC patient | Défaut du système de gestion | Difficulté de traçabilité de l'évolution de l'état | | | | |
| | | | Patient mal identifié dans certaines étapes | | de santé du patient, complication en cas de litige | | | | |
| | | | Dossier incomplet | | Retard dans la prise en charge | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Soins infirmiers | PEC IDE | Chute du Patient | Manque de vigilance de l'infirmière | Traumatisme | | | | |
| | | | | Patient non réadapté, Fatigue physique, | | 1 fois/mois | Significatif | | |
| | | | | Sol glissant, douche glissante | | | | | |
| | | | | Escalier ne disposant pas de support Lumière éteinte | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | Prise en charge de la douleur | Évaluation initiale de la douleur | Erreur dans l'évaluation | Défaut du bilan | Retard dans les services de soins | | | Mise en place d'un dispositif d'évaluation |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|-----------------|--------------------|---|
| | | | | Indisponibilité, ou non conformité des feuilles de soins IDE | Complication de l'état de santé du patient | | Moyen/Significatif | Établir une politique de sensibilisation des médecins à bien évaluer la douleur |
| | | | Douleur sous évaluée | Erreur de procédure, manque de temps du médecin | Soins inadaptés, défaut de soins | | | |
| | | Thérapeutique | Défaut de prise en charge | | | | | |
| | | | Pas de prescription | | Persistance des douleurs | | Significatif | |
| | | | Prescription inappropriée | | Dégradation de la situation du patient | | | |
| | | | | | | | | |
| | Infirmiers | | Matériels médicaux non stérilisés | Négligence | Contamination | | Majeure | |
| | | | Prise de sang | | | | | |
| | Infectieux | | Insalubrité dans les couloirs et les chambres | Absence des agents | Contamination | | | |
| | | | Entretien partiel des seaux et chariots | Manque de motivation, Négligence | Baisse de réputation du centre | | | |
| | | | | | | | | Créer un dispositif d'hygiène par |
| | Prévention infectieux | Tous | Service d'hygiène | Non utilisation des caches nez | | 1 fois/décennie | Mineur | l'engagement de tous les professionnels |
| | | | Instruments non nettoyés Bionnetoyage insatisfaisant | Irrégularité | Baisse de réputation du centre | | | impliquant la prise en charge |

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------|--|---|--|---|--|------------------------|--|
| | | | | Nettoyage plutôt partiel | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | Stresse | Agressivité du patient | Arrêt provisoire pour se soigner | | Moyen/ significatif | |
| | | | Troubles musculo- squelettiques | Chariots inadaptés | Revendication | 1 fois/mo is | | | |
| | | | Douleur musculaire | bâtiment (locaux) inadapté | | | | | |
| | | | | Volume excessif de mission à la fois | | | | | |
| | | | | pendant une journée | | | | | |
| | | | | Fatigue aller-retour | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Réeducat ion | | Absence de prescription | | Dégradation de la situation du patient | | | Mineur | |
| | | | Mobilisation inadaptée au cas du patient | | Traumatisme du patient | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | PEC médicam enteux | Adminis tration | Administratio n d'un mauvais médicament | Démotivati on | Complication de la santé du patient | 1 à 2 fois/ mois | | Majeure | Adopter une techniqu e d'identi fication du paquet de |
| | | | dans la remise au patient | Fatigue, stress | Mécontenteme nt du patient | | | | médicam ents à envoyer avec le nom et la patholog ie |
| | | | Erreur d'identité du patient | Médecin très occupé (Retard) | Non retour du patient | | | | du patient correspo ndant. |
| | | | Administratio n d'un médicament périmé | Mauvaise gestion d'info | Affecte la réputation du centre | | | | |
| | | | Substitution d'un médicament | Négligence | | | | | |
| | | | | Beaucoup d'infos en même temps | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|---------------------------|---|---|--|----------------|--------------------|--|--|
| | | | | Retard des médicaments | | | | | |
| | | Entreposage Transport | Médicament affectés par l'humidité. Transport non conforme aux règles de bonnes pratiques | | Perte, nécessitant des nouveaux fonds | | Moyen/significatif | | |
| | | Prescription | Mauvaise analyse des ordonnances pharmaceutique | Manque d'infos du dossier patient | Surdosage /sous dosage | | Majeur | | |
| | | Administration médicament | Non retrait des médicaments personnels | | Mauvaise utilisation et risque de complication de l'état de santé du patient | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Chute du Patient en exercice | | Fauteuil inadapté. | Professionnel non attentionné | Complication de la situation du patient | 3 à 4 fois/an | Moyen/Significatif | | |
| | | Réadaptation | Environnement glissant/inadapté. | Espace trop restreint | Mécontentement chez le patient | | | | Réarrangement des matériels |
| | | | | | Traumatisme | | | | pour gagner potentiellement plus |
| | Chute en chambre. Infos du Patient | Infirmiers | Sol glissant, Défaut d'information du patient | Fenêtres restées ouvertes habituelle | Fracture du patient | 1 fois/an | | | plus d'espace. |
| | | | | Ment | Aggravation de la situation du patient | | | | Envisager la possibilité d'élargir |
| | | | | Oubli, Négligence | Mécontentement du patient | | | | ou d'agrandir l'espace |
| | | | | | | | | | |
| IDE,AS Diététicienne | Alimentation. PEC nutritionnelle | Intoxication | Aliments inadapté aux pathologies spécifiques | Usage excessif de graisse, des épices etc., | Aggravation de l'état de santé du patient | 1 fois/semaine | Majeur | | Développer un canevas de régime selon le cas de chaque patient |

| | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------|---------------------|--|--|--|----------------|--------------------|--|--|
| | | | Défaut de variétés des aliments | | | | | | |
| | | | Non respect du régime patient | | | | | | |
| | | | Défaut de réadaptation du patient cardiaque | | Décès, arrêt cardiaque | | Critique | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Logistiques | | | | | | | | | |
| | | Dispositif médicaux | Matériel défectueux | (Manque) insuffisance de fonds | Ralentissement des services | 1 fois/semaine | Moyen/significatif | | |
| | | | | Déficience politique d'approvisionnement | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Équipements médicaux | | Manque de matériels et d'instruments médicaux | | Prise en charge défaillante | | Mineur | | |
| | | | Outils non standardisés | | Insatisfaction du patient | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | Non-respect de la dignité patient | | Patient mécontent | | Mineur | | |
| | | | | | | | | | |
| | Restauration | | Retard de livraison Insatisfaction patient | | Insatisfaction du patient | | Mineur | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Médicaments | Conditionnement inadapté | | Perte, nécessitant des nouveaux fonds | | Moyen/significatif | | |
| | | | Médicaments mal conservés au frais | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Médicaments | Mélange de stockage des médicaments toxiques et non toxiques | | Risques d'indifférenciation et retard dans la préparation des parquets | | Mineur | | |
| | | | | | | | | | |
| | IDE,AS | Équipements et | Lits non adaptés, | | Risque diverse du patients | | Mineur | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--------|---------------------|---|--|---|--------|--|--|--|
| | | installati on en | Absence d'accessoires, (Cachets) | | | | | | |
| | | chambre | Défaut de fonctionneme nt des appareils (TV,etc) | | Incontestabilit é du patient | | | | |
| | | | Défaut de respect et d'intimité du patient | | Risque de discréditation du centre | | | | |
| | | | Problème d'installation | | | | | | |
| | | | Chambre non nettoyée | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | IDE,AS | | Absence de matériels adaptés aux personnes a | | | | | | |
| | | | mobilité réduites | | Difficulté de circulation | | | | |
| | | | Défaut de fonctionneme nt des matériels existants | | Inconfortabilit e du patient | Mineur | | | |
| | | | adaptés aux PMR | | Risques élevé de cette catégorie de patients | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Lingerie | Défaut de lavage régulier des linges | | Possibilité d'infection du patient | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | Manque de contrôle sur le niveau de propreté | | Mécontenteme nt du patient | | | | |
| | | | du linge | | | | | | |

Guide méthodologique Compte Qualité

Échelles de Fréquence et de Gravité - Échelle de niveau de maîtrise

Échelles de Fréquence et de Gravité (inspirées de la Fiche 9 du Guide HAS « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé »)

L'approche développée dans le Compte Qualité repose sur l'identification et la hiérarchisation

Échelles de Fréquence et de Gravité (inspirées de la Fiche 9 du Guide HAS « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé »)

| Un exemple d'échelle de gravité | | Un exemple d'échelle de vraisemblance | |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| G1. Mineure | Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple) | V1. Très improbable | Ou « jamais vu » |
| G2. Significative | Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge) | V2. Très peu probable | Ou « vu une fois dans ma carrière » |
| G3. Majeure | Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire) | V3. Peu probable | Ou « vu dans d'autres établissements » |
| G4. Critique | Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente) | V4. Possible / Probable | Ou « survient dans l'établissement » |
| G5. Catastrophique | Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès) | V5. Très probable à certain | Ou « vécu dans mon secteur d'activité » |

Échelle de niveau de maîtrise

| Niveau | Description synthétique pour chaque risque |
|-----------------|---|
| Niveau 1 | On sait faire face, Bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue |
| Niveau 2 | On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs |
| Niveau 3 | On a organisé : organisation en place sans évaluation |
| Niveau 4 | On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action |
| Niveau 5 | On découvre le risque : aucune action en place, études en cours, actions inefficaces... |

des risques. Pour disposer d'un langage commun, la HAS a choisi de mesurer le risque en fonction de sa criticité brute et de son niveau de maîtrise. Il est proposé des échelles de fréquence, gravité et niveau de maîtrise à 5 niveaux.