

UNIVERSITES PARIS V et PARIS VI

Faculté René DESCARTES

Le « couple » Directeur d'E.H.P.A.D.
Médecin Coordonnateur.

—————
Docteur Jean-Pierre CHESSON
—————

D.I.U. de formation à la fonction de
médecin coordonnateur d'E.H.P.A.D.

Directeur de mémoire :

Professeur Françoise FORETTE

Professeur Anne Sophie RIGAUD

Année Universitaire :

2003/2004

Sommaire.

- 1) Introduction.**
- 2) Les 2 principaux acteurs.**
- 3) Les autres acteurs professionnels concernés.**
- 4) Les onze missions du médecin coordonnateur.**
- 5) Le secret médical et son partage.**
- 6) Le terrain d'action : locaux et utilisateurs.**
- 7) Les différents objets du fonctionnement spécifiques et communs de ce couple.**
- 8) Quatre situations différentes, quatre exemples.**
- 9) Éléments et critères de synergie et d'opposition.**
 - A) Coaching ou Management.**
 - B) Valeurs de discordance possibles.**
 - C) Comment se rendre efficace et synergique.**
- 10) Conclusion et éléments justifiant une expertise élargie.**
- 11) Bibliographie.**

1) Introduction.

Le métier récent de médecin coordonnateur doit son support juridique à 2 textes.

- La loi 75-535 du 30 juin 1975 (article 5-1) relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- L'arrêté du 26 avril 1999, modifié par un arrêté récent du 22 septembre 2004.

Ce nouveau métier a sensiblement modifié le paysage des maisons de retraite, d'autant que la loi de 1999, modifiée en 2004, imposait une démarche qualité assortie de la procédure d'auto-évaluation ANGELIQUE.

Il est tout à fait intéressant de se pencher sur les incidences, induites par la situation qui en résulte :

- en un premier lieu, la démarche qualité, indispensable à la réflexion initiant l'évolution, via le conventionnement tripartite, vers la médicalisation des maisons de retraite, qui prennent ainsi statut d' « EHPAD ».
- puis la préparation d'un projet et la rédaction du dossier de convention tripartite.
- ensuite, la mise en pratique et le suivi du projet, décrit dans ce dossier, et validé par les partenaires lors de la signature de la convention pour une durée de 5 ans.

Ces incidences vont dépendre du contenu du dossier de convention certes, mais tant l'orientation du dossier lui-même que son application vont en majeure partie dépendre de la stratégie du directeur. Celui-ci bénéficie de l'assistance du médecin coordonnateur au chapitre médical, mais également de manière beaucoup plus large pour de nombreux éléments du projet d'établissement, dont, par exemple, les incidences sur le projet de vie.

Il apparaît d'emblée que restreindre les champs d'intervention du médecin coordonnateur à cette portion congrue qu'est le projet de soins, est extrêmement réducteur. Cela nie l'intrication qui existe entre la qualité de vie du résidant et ses capacités, dans un environnement d'état de santé nécessairement quantifié et optimisé. C'est pourquoi ce document se propose de rechercher, sur la foi d'exemples concrets, les éléments favorisant la complémentarité des fonctions de directeur et de médecin coordonnateur, et de démontrer l'intérêt de dépasser cette complémentarité des compétences, afin de se donner les moyens de les rendre synergiques.

Ce « couple directeur-médecin », parfois intimiste dans le cadre de petites structures ou de structures intermédiaires, peut bénéficier à la vie de la maison de retraite ou lui faire subir en direct ses propres dysfonctionnements. De son positionnement va dépendre en bonne partie la qualité et l'humanité de l'établissement.

Historiquement, les relations entre médecine et gestion d'établissement comportent des enjeux à co-notation conflictuelle possible, avec souvent des rivalités de pouvoir. Mais l'intérêt commun est un enjeu final qui se traduit par le niveau des moyens financiers alloués et « l'atmosphère » de la maison. Ces intérêts et comportements sont parfois manipulés par une administration référente, dont l'intérêt peut être d'exacerber ces relations. Cette stratégie permet de déplacer les problèmes et de dissimuler pour partie le défaut chronique de moyens, au profit d'autres sujets moins sensibles.

Cela peut être le cas également dans la relation entre la direction et le gestionnaire de la maison de retraite, les moyens attribués à l'établissement concerné étant dépendants des arguments avancés, de la force de cohésion et de la force de persuasion vis à vis des financeurs.

2) Les deux principaux acteurs.

2.1) Le directeur :

Cette fonction semble, dans le contexte des maisons de retraite privée avant l'arrêté de 1999, assez disparate quant à la qualification reconnue permettant de l'exercer. On trouvait en effet des formations très variables, allant de la stricte gestion financière au soin médical, en passant parfois par d'autres cursus. Le secteur privé en particulier est assez déconcertant, le mode de recrutement ou de nomination n'ayant pas toujours des critères de compétence suffisants. Le secteur public, répondant à des normes mieux précisées, n'est pas plus exempt de critiques. La rigidité du système et les incohérences de l'administration amènent également des choix discutables.

Cette affirmation peut paraître gratuite, mais l'exemple très actuel des tentatives de passage des « long séjour » au statut d'E.H.P.A.D en est un exemple supplémentaire (les dernières préconisations allant dans le sens d'une accréditation, comme les services de soins, après avoir fait constituer les dossiers). Cette situation ne simplifie ni l'analyse de l'association des deux fonctions, ni la recherche de critères permettant de favoriser une bonne qualité de fonctionnement commun.

L'évolution, marquée par une définition clarifiée d'un diplôme minimum pour les établissements classés E.H.P.A.D. et pour l'ensemble du « médico-social », va aider à résoudre pour partie cette disparité. En effet, le C.A.F.D.E.S. (Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social), qui est un cursus de 30 mois accessible, sur concours, à certains diplômes type BAC+3, semble devoir devenir le lien d'uniformisation dans le système privé. L'origine des candidats à ce diplôme, donc pouvant suivre ce cursus, reste toutefois très disparate et amène un constat trop souvent insuffisant au niveau du résultat, c'est à dire du résidant. Cette affirmation peut paraître sévère, mais nous verrons que la fonction est complexe, car elle est au carrefour d'intérêts contradictoires.

Certains textes définissent cette fonction :

- La loi de 1975 précédemment citée
- Le décret 2002-401
- Les arrêtés du 5 décembre 2001 et du 25 mars 2002
- La circulaire DGAS/ATTS/4A N° 2002-179 du 27 mars 2002
- L'arrêté du 22 mars 2004, qui modifie le précédent arrêté du 26 avril 1999

L'unité d'action auprès du résident, qui sous-tend une coordination d'action entre secteurs « hôtelier » et « éducatif » et secteur « soins », semble rendre encore plus attractive la médiation du médecin coordonnateur. La complémentarité de fonctionnement, pour mettre un lien entre ces cultures et ces populations très différentes aujourd'hui, est au centre du projet de vie et du projet individuel du résident.

2.2) Le médecin coordonnateur :

La fonction de médecin coordonnateur est rendue obligatoire dans une maison de retraite lors de la signature de la Convention Tripartite qui la fait passer au statut d'E.H.P.A.D. .

Le support légal à la fonction et à la convention tripartite dont il est indissociable est contenu dans des textes déjà nommés :

- La loi du 30 juin 1975.
- L'arrêté du 26 avril 1999.
- L'arrêté du 22 septembre 2004.

Il importe que la démarche qualité, support principal de la convention tripartite, et de l'engagement sur les 5 années qui suivent, soit définie sur la base de l'auto-évaluation A.N.G.E.L.I.Q.U.E. avec les différents acteurs. Une mission d'audit, de définition de projet et de coordination à leur niveau est nécessaire ; néanmoins, à ce moment, le médecin coordonnateur n'est théoriquement pas recruté. On ne peut que constater une incohérence dans l'ordination des tâches , parfois palliée par un recrutement autorisé par anticipation.

Dans d'autres cas, on aboutit à la mission d'un prestataire extérieur, qui ne sera ni acteur ni responsable du projet qu'il va engendrer, et dont le rôle et le crédit à ce titre sont parfaitement discutables.

Le métier est défini par les 11 missions, sous tendues par la loi de 1999, en cours de validation par un décret. Celui-ci est très attendu par les personnes concernées directement ou indirectement.

Il convient dès maintenant de prendre conscience de la responsabilité qu'est fréquemment amené à prendre, dans le cadre de cette loi, le médecin coordonnateur, sous couvert de son directeur.

Parfois encore, selon l'objet en référence, la responsabilité peut être partagée avec le directeur de l'établissement. Cette dernière situation paraît relativement légitime lors des situations pour lesquelles un déterminant majeur est d'ordre médical.

Les autres situations demeurent de la prérogative du directeur, même si l'avis d'autres cadres a été sollicité.

Il convient également d'avoir conscience de l'absence de pouvoir réel de la fonction de médecin coordonnateur pour la mise en œuvre des actions concrètes que peuvent engendrer les missions pour lesquelles son rôle est prépondérant. Celles-ci seront reprises point par point à propos de leur faisabilité dans un chapitre spécifique. Cela concerne tant la fonction que le temps imparti, et nous verrons les limites que cela comporte dans chaque registre.

Il est important de souligner que pratiquement toutes les actions du médecin coordonnateur sont donc conditionnées au pouvoir décisionnel du directeur. Son potentiel relatif à ces actions dépend, en dehors des actions spécifiquement médicales, du degré de délégation que le directeur accepte de lui donner.

3) Les autres acteurs professionnels

Il est de bon aloi ici de faire le distinguo entre personnel soignant, personnel hôtelier et personnel d'animation. C'est une réalité de terrain constatée pour des raisons historiques, la population soignante étant de création plus récente dans les E.H.P.A.D. (si l'on ne tient pas compte des longs séjours hospitaliers). Une troisième population, dite d'animation, est venue s'ajouter en nombre plus ou moins confidentiel plus récemment. Quelques établissements se sont dotés de cadres, ou d'« assimilés cadres », sous la forme d'infirmières coordonnatrices ou de psychologues. D'autres intervenants le sont le plus souvent à titre libéral (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc...)

3.1) Les ratios de personnel et le budget.

Ce sujet conditionne pour une part importante le bon fonctionnement de l'établissement. Selon le statut de celui-ci, le problème peut se poser de manière plus ou moins aiguë. Il paraît évident qu'une maison de retraite commerciale semble avoir intérêt à diminuer ses coûts de fonctionnement au minimum, la finalité étant de dégager des bénéfices, alors que cet aspect peut prendre une autre co-notation dans les établissements agréés à l'aide sociale ou faisant partie du service public.

Cela ne se vérifie pas toujours dans les faits. Il n'en reste pas moins que la question du ratio de personnel demeure une question cruciale de tout établissement, avec des cahiers des charges qui peuvent différer sensiblement à population comparable. Ce ratio est à déterminer de manière crédible pour la partie hébergement et pour la partie soins, en fonction de la population ; la complémentarité de rôle directeur - médecin coordonnateur est ici évidente, et il convient de souligner l'importance de la cohérence de la réponse, celle-ci servant de référence pour les demandes budgétaires.

Au-delà du budget, cette nécessité de cohérence se traduit en terme de conditions de travail. Ces conditions retentissent directement sur la qualité de prise en charge des résidents.

3.2) Le personnel hôtelier.

Le personnel dit hôtelier fait parti des acteurs dont l'action a un impact direct sur la qualité de vie ; en effet, quel que soit le type d'établissement accueillant du public dans un cadre hôtelier, ce personnel assure le quotidien en terme de confort et de prestations alimentaires, et assure également pour une part l'hygiène. Ce rôle hôtelier est toutefois plus complexe dans le contexte du vieillissement, et d'un éventuel handicap, car il ne peut ignorer ces réalités, dans un cadre de strict partenariat avec le secteur de soins.

- **l'existant :**

Historiquement, le personnel est non qualifié et peu formé ; il s'agit d'un constat que l'on retrouve dans les termes utilisés pour les désigner (agent hôtelier, agent hospitalier, etc. , pour lesquels il n'existe pas d'exigence de formation initiale). Leur fonction en réalité les amène à participer à un certain nombre d'actions auprès des résidants, dont certaines jouxtent le soin.

Ceci justifie une action dans le sens d'une formation minimale de terrain, pour laquelle la définition comme la réalisation concerne tant le directeur que le médecin coordonnateur.

- **Le souhaitable :**

La pratique amène à une évidence : le niveau de qualification situe la majeure partie du personnel dans cette catégorie.

Il est souhaitable que la politique de formation, tant proposée par le médecin coordonnateur que décidée par le directeur, s'oriente vers des formations si possible qualifiantes. En effet, au-delà du nombre de personnes présentes, leur capacité à s'adapter aux besoins des résidants reste un enjeu très important.

3.3) Le personnel soignant

Le personnel soignant comporte deux fonctions essentielles dans le contexte de maison de retraite :

- les infirmières :

elles sont à la charnière des prescripteurs et des acteurs de terrain, aides soignantes et agents hôteliers. Elles peuvent également être des relais du directeur. Cette polyvalence reflète leur capacité d'adaptation exceptionnelle en toute circonstance, qui en fait des interlocuteurs privilégiés pour chacun.

- les aides soignantes :

Leur position se situe dans le soin, mais en réalité, elles sont présentes au niveau du soin et de la vie de tous les jours, en étroite relation avec le résidant et son environnement hôtelier. De ce fait, elles se situent dans la hiérarchie soins tout en étant également dans le lien de vie quotidienne ; cela les positionne en double interlocuteur, que ce soit au niveau directeur ou médecins.

- **l'existant :**

Le soin a toujours été le parent pauvre de l'accompagnement gériatrique. La méconnaissance de la réalité du vieillissement et l'acceptation historique d'un certain nombre de concepts erronés permettant à chacun de se donner bonne conscience face au vieillissement et à la mort, engendre la sous-évaluation de la réalité des besoins de vieillards poly-pathologiques. Leurs peurs de leur image et de la souffrance, ainsi que la perte de leurs repères habituels, historiques ou humains, les positionnent en marge du monde des actifs, exerçant une profession ou retraités. Ignorer cette situation, ou la méconnaître, n'est aujourd'hui plus acceptable, et devient une forme de maltraitance. C'est pourquoi il est de notre devoir de professionnels, directeurs ou médecins, de dénoncer ces maltraitances et d'exiger de bénéficier des moyens que l'état de santé de nos vieillards, souvent atteints de maladie d'Alzheimer, justifie.

- **Le souhaitable :**

De quoi ont-ils besoins ? c'est à la fois simple et compliqué. Leur état justifie un lieu de vie dans lequel ils puissent s'exprimer. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements aujourd'hui, car nous commençons à accepter qu'ils puissent être différents, et pas obligatoirement malheureux. C'est nous que leur différence rend malheureux, lorsqu'un de nos proches subit ce déclin cognitif. Le rôle du médecin et du directeur de l'E.H.P.A.D., qui acceptent d' « en prendre soin », est d'utiliser leurs savoirs complémentaires. Il convient de faire en sorte que le « groupe de pression », qu'ils représentent s'ils sont synergiques, parviennent à négocier un outil de soin dans un lieu de vie permettant de gérer les déficiences des résidents. C'est à ce prix, avec l'aide complémentaire de personnes compétentes sur ce sujet, comme un psychologue et un gériatre, qu'un certain bonheur peut leur être proposé, celui-ci étant dans leur monde. La condition est la bonne gestion de leur souffrance physique et psychologique, ce qui est un véritable challenge pour les « non-initiés », ou presque, que nous sommes.

Sommes-nous encore dans notre sujet ?

L'absence de reconnaissance pour tous ceux qui ne sont pas « normaux » justifie l'argumentaire précédent, car ce n'est qu'au prix de cette analyse que le couple directeur – médecin coordonnateur pourra se mettre au service de la population qui les concerne. Le soin demeure une condition basique, sans laquelle nous continuerons à nous donner bonne conscience en disant que « son heure était arrivée » pour la personne qui vient d'agoniser, seule face à sa souffrance et à la mort. La complexité de la poly-pathologie chez le vieillard ne doit pas nous faire baisser les bras sur les moyens de soins, qui aident à gérer les souffrances, dans nos institutions. La plupart de ceux qui n'ont pas la justification à être en institution sont au domicile (ayons une petite pensée ici pour ceux qui sont au domicile faute de possibilité de les accueillir dans la structure dont ils ont besoin).

L'impression des acteurs de l'accueil des personnes âgées invalidées et poly-pathologiques, qui représentent plus de 60% des hôtes des institutions aujourd'hui, est d'être les pionniers, acteurs d'un évènement de société dont tout le monde parle. Malheureusement, personne, ou presque, n'en réalise ou accepte la réalité et les besoins. Demain, ces poly-pathologiques Alzheimer seront 75% d'une population presque doublée en quête d'autre chose que d'un ghetto, aussi doré soit-il !

3.4) L'animation

Quand nous choisissons d'aller au restaurant ou au cinéma, nous organisons notre vie en fonction de notre envie. Il s'agit d'un plaisir et d'un choix personnel.

Lorsque nous installons un vieillard Alzheimer paraplégique devant la télévision et que nous lui choisissons les « infos » pour l'aider à conserver ses repères, cela part sûrement d'une bonne intention.

Peut-on comparer ces deux situations ? vous avancerez que j'ai le goût du paradoxe et de la provocation.

Tentez donc, alors, assis devant la télévision, que vous êtes ritualisé sur un moment de votre vie, par exemple la chanson de Charles Trénet : « y-a-de-la-joie ! », tentez donc d'échapper à ce dont les gens, bien pensant autour de vous, vous ont contraint ; dans ce contexte, la maltraitance ne se voit guère, mais, pour la personne concernée, le risque de réaction forte est très proche, que ce soit sous forme de violence, ou à l'inverse d'apathie et de repli.

Si l'animateur anime, ce qui est son rôle, sans être intégré dans l'équipe pluridisciplinaire, il risque de faire sa propre animation, et non celle dont le résidant peut tirer bénéfice. Le directeur, et également pour une part le médecin coordonnateur, sont garants et éventuellement acteurs. L'histoire du résidant, mais aussi sa capacité et les limites de celle-ci, sont au centre du domaine d'intervention, et de la manière d'agir, auprès du résidant.

- **l'existant :**

Tout existe aujourd'hui, dont de remarquables créateurs. Mais la caricature précédente reste à l'esprit, et parfois reste en deçà de la réalité.....

- **Le souhaitable :**

La fonction justifie bon sens, organisation, moyens matériels et connaissances. Elle est centrée sur la pluridisciplinarité, la communication, l'analyse scientifique et une méthodologie. Ces caractéristiques sous-tendent des compétences de type psychomotricité et une lecture d'équipe pluridisciplinaire, dont deux des moteurs sont le directeur et le médecin coordonnateur.

3.5) Les professions salariées spécifiques.

La fonction émergente dans le cadre des E.H.P.A.D. est celle de psychologue. Trois populations font partie du domaine d'intervention possible :

- les résidants
- les familles
- le personnel

La confidentialité est de règle, et une certaine autonomie est nécessaire à l'exercice de cette profession.

Le lien de subordination ne doit donc pas exister. Un cadre de fonctionnement doit être défini, lequel le psychologue doit s'inscrire harmonieusement au service du résidant et de l'équipe pluridisciplinaire. A ce titre, il s'avère irremplaçable comme lien et guide pour le directeur et pour le médecin coordonnateur. La gestion des situations de crise en particulier est grandement facilitée, grâce, entre autres, à une lecture spécifique et pertinente de certains événements, antérieurs ou présents, de la vie du résidant, à tous les niveaux d'interlocuteurs (familles et intervenants).

3.6) Les libéraux

Les attentes au niveau de ces intervenants sont partagées par le directeur et le médecin coordonnateur pour des raisons différentes et complémentaires. Il s'agit souvent de soignants, médecins généralistes ou spécialistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc. Les interlocuteurs naturels sont l'infirmière, l'aide soignante et le médecin coordonnateur pour ce qui concerne le soin, mais le directeur intervient au niveau du cadre de fonctionnement auprès du résident, en accord avec le médecin coordonnateur si possible.

4) Les onze missions du médecin coordonnateur.

Il s'agit là en fait des onze premiers des douze travaux d'Hercule.

Commençons par le douzième.

D'ailleurs, il semble bien que le douzième soit à ce jour sur le point de se révéler dans le cadre du décret à venir, sous la forme du temps imparti pour réaliser ces onze missions. On peut penser, sur la foi d'informations encore sujettes à discussion, que le mode pourrait être proportionnel au nombre de résidant. Le coefficient choisi pourrait être de 0,25 E.T.P. pour 60 résidants, ce qui montre que la leçon de la canicule n'a engendré que la bonne fortune des vendeurs de climatisation. La toute puissance inquisitrice des directeurs de D.D.A.S.S., grands pourvoyeurs de « circulaires », a tenté de compenser, par ces mesures visibles et médiatisées de climatisation, l'insuffisance des moyens alloués, enveloppe budgétaire oblige... Il importe de stigmatiser ces pratiques inhumaines. Cela va à l'encontre des bonnes pratiques reconnues et appliquées dans plusieurs pays européens de niveau comparable.

Le débat contradictoire relatif au temps utile à l'exercice des missions du médecin coordonnateur a valeur de symbole : en effet, le défaut de moyens chronique est infiniment trop accepté par tout le monde, ou presque, sous des prétextes divers. Ce défaut de la prise en charge du vieillissement, que ce soit dans le domaine de la prévention du vieillissement pathologique ou celui de la prise en charge de sa conséquence, l'invalidation, justifie que toutes les mesures issues de l'analyse critique soient proposées par le médecin traitant et le médecin coordonnateur. C'est la conjonction des actions de familles, des utilisateurs, et d'acteurs de terrain capables de cette analyse critique, auprès du pouvoir politique, ainsi que la mise en responsabilité des fonctionnaires de l'état au titre du partage des risques, qui doit entraîner la nécessaire prise de conscience, grâce à l'information des citoyens, qu'ils soient directement concernés ou non.

Sommes nous encore dans notre sujet ?

A ce stade de la réflexion, on est en devoir de se poser cette question. En effet, la recherche d'un fonctionnement synergique du couple sujet de ce mémoire paraît davantage se rapprocher d'une analyse de terrain que de réflexions philosophiques.

Et combien !

Il ne faudrait pas, sous prétexte de conceptualiser le binôme, que le support de ce travail commun, engendré par le nouveau statut et la création d'une nouvelle fonction, élude une réflexion de fond. Toute insuffisance à ce niveau engendrera des dysfonctionnements, dont malheureusement on constate déjà quelques exemples. Le résultat est toujours préjudiciable au niveau du résident, qui est fatalement victime, que ce soit par inadéquation de prise en charge ou par défaut de prestations auxquelles il est en droit de prétendre. L'inadéquation est certes la plus visible et la facilement critiquée, mais le défaut de moyens, beaucoup plus insidieux, est une forme de maltraitance que la plupart ne peuvent pas voir. Ici encore, l'acceptation de l'inacceptable est notre lot quotidien, et il appartient à chacun d'entre nous qui se sent concerné de le dénoncer sans relâche.

Au niveau institutionnel qui nous concerne, il s'agit d'une justification fondamentale pour la complémentarité d'action du couple directeur - médecin coordonnateur. En effet, les deux acteurs ont besoin des moyens de fonctionnement entre le soin, nécessairement d'un niveau suffisant, et l'accompagnement, outil nécessaire lorsqu'une forme d'invalidation est présente. Les résidents doivent pouvoir trouver leur intérêt sous forme de projets dans leur activité quotidienne, à la condition d'avoir des moyens physiques et comportementaux optimisés, ce qui est nécessaire pour avoir une chance d'y parvenir.

Ceci explique que la double vocation des établissements ne peut trouver une réponse cohérente, en terme humain comme en terme de coût, qu'au travers d'une prévention efficace et adaptée, en un lieu, qui doit rester un lieu de vie, et au prix d'une prise en charge d'évaluation et de soins par des professionnels formés en nombre suffisant. L'objectif est de permettre aujourd'hui aux professionnels de l'animation d'aider les résidents invalidés à créer et mettre en place un projet de vie individuel, malgré les contraintes de la collectivité.

L'importance des apports d'informations, voire d'aide à la mise en place, que le médecin coordonnateur peut apporter au directeur, n'échappera pas au lecteur.

La décision reste en toute circonstance l'apanage du directeur, mais, lorsqu'une décision est prise en connaissance de cause, une part importante de l'évaluation de la qualité et de la pertinence de l'option prise revient au médecin coordonnateur. Celui-ci va en partager l'analyse avec son directeur.

Analyse des onze autres missions du médecin coordonnateur.

Ces missions comportent toujours un lien de partenariat ou de subordination avec les compétences ou les attributions du directeur.

1) Elaborer le projet de soins s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonner sa mise en œuvre.

L'importance de ce chapitre saute aux yeux d'emblée, le projet d'établissement étant la pierre angulaire de l'existence de l'E.H.P.A.D. et de son fonctionnement. Les projets de soins et de vie des résidents doivent être les documents référents de tout le fonctionnement de l'établissement. La cohérence entre les deux projets conditionne toute action auprès du résident, et tant le directeur que le médecin coordonnateur sont concernés, à titre individuel ainsi qu'à titre collectif. Ce thème est volontairement limité à cette analyse, ce qui n'est évidemment pas exhaustif.

2) Organiser les admissions.

Les admissions sont prononcées par le directeur, qui est décideur en la circonstance. Le médecin coordonnateur veille par son conseil à la compatibilité de l'état de santé des personnes à accueillir avec les capacités de l'établissement. Il est clair néanmoins que toute dissonance à ce niveau est malvenue, mais nier un besoin de remplir les chambres disponibles serait aussi absurde que d'accepter de prendre en charge des personnes dépassant la capacité médicale, au sens technique comme au sens humain. L'attention doit être toute particulière concernant les troubles du comportement et les troubles majeurs des fonctions cognitives, qui

nécessitent à la fois des locaux adaptés et des personnels formés. Il est facile de comprendre la difficulté qui peut se poser dans les choix, et l'importance d'une décision aussi consensuelle que possible.

3) Organiser la coordination des divers intervenants exerçant dans l'établissement (salariés et libéraux).

La diversité et la multiplicité des intervenants concernant à des degrés différents tant le directeur que le médecin coordonnateur justifient leur identification et la définition d'un domaine d'intervention maîtrisé pour chacun d'entre eux. Sur cette base, c'est la qualité de communication entre le directeur et le médecin coordonnateur qui va permettre un mode d'exercice de ces intervenants compatible avec les besoins et les intérêts des résidents. Il faut souligner deux points particulièrement sensibles potentiellement source de difficulté :

- les rapports avec les confrères médecins libéraux, choisis par le résident ou sa famille, pour lesquels, au-delà des risques de cohabitation entre médecins, l'organisation préconisée par le directeur peut également être source d'incompréhension, si le médecin traitant n'adhère pas.
- La coordination des équipes soignantes, dont la hiérarchie est bicéphale (le directeur au titre de l'organisation générale et le médecin au titre de la prise en charge des soins).

Il n'y a évidemment aucun limite exhaustive dans cette liste.

4) Evaluer la dépendance des résidents.

La dépendance peut s'analyser par différents moyens, essentiellement par coupe transversale ou par analyse longitudinale, sur l'année par exemple ; Les outils utilisés peuvent également varier selon l'objet de l'évaluation (GIR, PATHOS, etc.).

En pratique, il est possible de prendre deux exemples d'interactions possibles pour lesquelles la bonne compréhension entre directeur et médecin coordonnateur est indispensable.

- l'évaluation GIR est obligatoire dans les E.H.P.A.D. pour des raisons de financement. Le médecin coordonnateur est responsable de sa bonne exécution, et engage sa responsabilité dans cette évaluation. Une conséquence de cette évaluation est le niveau de financement de la dépendance qui va en résulter.
- le rapport annuel d'activité médicale va être abordé ultérieurement. Un aspect intéressant de ce rapport est l'évaluation qui peut être faite de la charge de travail induite par la prise en charge au bon niveau de chaque résident ; ce type d'évaluation peut amener le médecin coordonnateur à utiliser un outil comme PATHOS, ce qui permet d'analyser les besoins en personnel pour mener à bien l'engagement de bonnes pratiques. Ce besoin en personnel, traduit dans le rapport annuel, doit, pour des raisons de cohérence, trouver écho dans le budget prévisionnel établi par le directeur. En l'absence de communication et d'analyse partagée, cela ne sera pas le cas.

5) Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques.

Il s'agit pour le médecin coordonnateur de formuler toute recommandation utile dans ce domaine, et contribuer à l'évaluation de la qualité des soins. Il semble hors de propos d'envisager un fonctionnement en autarcie dans un microcosme du soin. Le domaine de définition doit nécessairement être élargi aux autres acteurs de la vie du résident, en particulier dans le domaine de l'animation, qui est conditionnée par le projet individuel du résident, lui-même défini en synthèse pluridisciplinaire. Dans les structures de petite et moyenne dimension, le directeur est partie prenante le plus souvent, et le médecin fréquemment ordonnateur. Cette caractéristique est particulièrement vraie s'il existe une co-notation rééducative à l'activité (atelier mémoire par exemple).

6) Veiller à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques.

Cette mission comporte au moins une facette qui concerne également le directeur, au-delà de la qualité des soins. En effet, un aspect économique résulte de la liste de médicaments, dont l'existence sera préconisée par le décret à venir à l'attention des médecins. Au-delà de l'organisation structurelle, il convient dès maintenant de prendre conscience que la notion d'enveloppe globale est sous-jacente au financement des médicaments, et que cette enveloppe sera alors négociée dans le cadre du budget par le directeur.

7) Promouvoir une politique de formation et participer aux actions d'information et de formation.

La formation et l'information méritent dans l'absolu d'être distinguées selon l'interlocuteur concerné.

- s'il s'agit de **familles**, l'information tout d'abord sera le fait du médecin dans le registre de l'état de santé ou dans celui des soins ; les autres types d'informations incombent au directeur, que ce soit par lui-même ou par délégation.

Il est également envisageable de pratiquer un type de formation à certaines prises en charge pour les familles (s'occuper par exemple du membre de leur famille atteint de maladie d'Alzheimer lors d'une sortie).

- S'il s'agit du **personnel**, l'information médicale est souvent le fait de l'équipe médicale, en particulier, par exemple, lors d'une synthèse individuelle ou lors d'une réunion d'analyse des pratiques. Les autres types d'informations peuvent relever de l'infirmière coordonnatrice ou du directeur. Il semble pertinent, hors cas de confidentialité, que chacun tienne l'autre au courant.

La stratégie de formation, qu'elle soit qualifiante ou non, relève le plus souvent d'une analyse conjointe du directeur et du médecin coordonnateur. Cette formation et l'embauche de personnel se font le plus souvent sur la réalité de postes inscrits au budget, souvent antérieurement proposés au budget prévisionnel sur la foi du rapport annuel d'activité médicale. Celui-ci tente d'être une image fidèle de l'évolution des capacités des résidants. Les besoins en personnel, médical et non médical, résultent du niveau de validité des résidants mis en avant par le rapport. Les formations qualifiantes font l'objet d'un plan de formation budgété de manière spécifique et défini en fonction des besoins, des capacités et des desiderata exprimés. La stratégie et la mise en œuvre requièrent une action commune médecin directeur. D'autres formations, pratiquées en interne, n'ont pour objet que de mettre à jour les connaissances des équipes, ou de leur apprendre ce qu'il importe de savoir sur un cas spécifique par chacun. Elles peuvent relever tant du médecin que du directeur selon leur objet.

8) S'assurer de la bonne tenue du dossier de soins.

La tenue du dossier de soins concerne presque exclusivement l'équipe médicale, et n'engage que les soignants dans la plupart des cas. Le principe des interventions en urgence la nuit est toutefois une dérogation qui mérite l'attention. En effet, il est peu fréquent que le médecin coordonnateur assume l'astreinte administrative de ces situations, et il convient, autant que faire se peut, d'anticiper le besoin d'accès au dossier médical ou de créer un outil papier résumant le contexte.

9) Etablir le rapport annuel d'activité médicale.

Cette mission est l'apanage du médecin coordonnateur. Il lui appartient de colliger les renseignements et d'en effectuer la synthèse. Toutefois, il est certain que nombre d'informations transitent par des tiers, au chapitre desquels se situe fatalement le directeur. Le rapport va être transmis à un certain nombre d'utilisateurs, parmi lesquels se situe là encore le directeur. Ce document est donc référent des besoins des résidants et de l'adéquation de l'offre médicale proposée, mais également un indicateur sur le niveau de dépendance de la population.

A ce titre, ce rapport concerne le directeur, et il engage le médecin coordonnateur vis à vis de lui.

10) Donner son avis sur la mise en œuvre des réseaux et évaluer le contenu.

Le développement des réseaux est un maillage très complexe du territoire national, souvent très technique, comportant fréquemment des éléments contradictoires dont l'analyse est piègeuse. La conjonction du savoir-faire et de l'expérience du directeur et du médecin coordonnateur est vraisemblablement très utile pour éviter les écueils et pour élaborer des conventions de fonctionnement crédibles. Un exemple qui tendra à devenir classique en E.H.P.A.D. concerne les soins palliatifs, sujet d'importance pour un domicile sensé être le dernier ; plus particulièrement se pose la question sur le bien fondé d'une prise en charge sur site ou non, et des moyens afférents.

11) Collaborer à la mise en œuvre des réseaux gérontologiques coordonnés.

La stratégie des réseaux est de mise en place récente ; en effet, même si le projet de création de ceux-ci n'est pas récent, la défiance a longtemps été de mise.

L'E.H.P.A.D. ne peut être indifférent aux réseaux gérontologiques et aux C.L.I.C. ; ces derniers ont été créés depuis plusieurs années, et jouent un rôle de réseau d'information et de coordination, dont l'établissement de retraite est parti prenante.

Le rôle que l'établissement joue rend le directeur comme le médecin coordonnateur acteurs de fait, sauf à s'en exclure sciemment, ce qui reste fréquent.

Un autre exemple de réseau plus récent a trait à la maladie d'Alzheimer. Le maillage est centré sur une structure qui a besoin de manière vitale de toutes les possibilités d'accueil (hôpitaux gériatriques, maison de retraite, accueils temporaires, domicile avec aide etc.). Les décideurs, qu'ils soient directeurs ou médecins, sont non seulement acteurs, mais souvent promoteurs. De la qualité et de la complémentarité de leur fonctionnement dépend la réussite ou non.

5) Le secret médical et son partage.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins a défini le secret médical et les règles qui y sont afférentes.

L'application de ces règles pose problème dans le fonctionnement des institutions. Préserver un fonctionnement institutionnel cohérent impose, en certaines circonstances, dans l'intérêt du résidant, le partage de certaines informations. Il est parfois difficile de rendre compatible cette règle avec la non-divulgateion vers des tiers d'informations tenant du secret médical.

L'enjeu est de taille, et concerne directement tant le directeur que le médecin coordonnateur. Ceux-ci sont effectivement garants, chacun pour ce qui le concerne, du secret médical et des moyens afférents à le préserver (nature des locaux, destinataires des clés, etc.).

Il est difficile de formaliser ce besoin car il est parfois du domaine de l'évidence, parfois du domaine du « bon sens », et parfois dérogatoire, l'intérêt du résidant devant servir de justificatif, au prix de quelques précautions.

Les différentes réunions concernant le résidant et son projet justifient la circulation au niveau du personnel de certaines informations faisant l'objet du secret professionnel. Il appartient de discerner alors les informations dont la non-communication serait préjudiciable, de celle qui n'apporte rien.

6) Le terrain d'action

Le terrain d'action de ces deux fonctions, directeur et médecin coordonnateur, comporte deux volets, la partie immobilière d'une part, avec des situations pouvant être sensiblement différentes, et la partie humaine, comportant elle-même deux chapitres de nature différente.

La définition statutaire et la partie immobilière.

La maison de retraite, et son évolution actuelle d'E.H.P.A.D., est le lieu dans lequel les deux fonctions ont vocation de s'exercer. La disparité des lieux possibles mérite un petit inventaire non exhaustif décrivant les principaux types de structures concernées, c'est à dire les maisons de retraite, avec leurs diverses nuances :

- leur nature publique ou privée
- les différents types de financement : établissements à but commercial ou de nature associative, financement d'aide sociale ou non.
- la taille de la structure
- le type et les limites d'accueil selon la conception des bâtiments ou encore le nombre et la qualification des personnels

Le contexte est ensuite représenté par les utilisateurs, c'est à dire d'une part les résidents et leur famille ou représentants, et, d'autre part, par les professionnels intervenant sur ce site.

- Les résidents.

Il existe une seule vérité quelque soit la philosophie de la Maison de Retraite : la seule vérité nous est exprimée par le résident. La seule raison d'exister, c'est lui ! Il reste la référence quoiqu'il puisse arriver. Cela est

vrai pour toute l'institution, directeur et médecin coordonnateur compris. Ceux qui oublieraient cette vérité première peuvent changer de voie.

- **Les familles.**

Le principe de lieu de vie, support de la réalité de la Maison de Retraite, sous-tend l'importance qui doit être accordée aux familles. Le lien historique par rapport à la vie antérieure du résidant est un élément important. Il peut permettre une lecture synthétique des principaux événements de sa vie. C'est souvent à ce niveau que l'on peut trouver les clés ouvrant les perspectives d'une vie institutionnelle de bonne qualité.

La Maison de Retraite ne pouvant être un lieu opaque et fermé, la capacité du résidant à partager des temps familiaux doit être un souci permanent, même s'il existe quelques situations dérogatoires.

- **Les professionnels**

Il ne faut certes pas les oublier dans ce chapitre qui les concerne, mais leurs problèmes spécifiques ont déjà été abordés précédemment.

7) Les différents objets de fonctionnement spécifiques et communs.

Il apparaît opportun de citer quelques circonstances particulières au cours desquelles le comportement des deux membres du « couple » influe sur la pérennité de leur association et sur leur capacité à gérer les situations complexes auxquelles ils sont confrontés.

- 1) les conditions d'embauche et leurs conséquences, dont un aspect particulier est l'embauche du médecin coordonnateur par le directeur.**
- 2) la communication et ses outils ; leur utilisation.**
- 3) répartition des rôles et des tâches, ainsi que leur partage.**
- 4) faire face à l'adversité ou à la mise en cause (familles, personnel, administrations dites tutélaires, etc.).**
- 5) gérer la responsabilité des admissions.**
- 6) la maltraitance.**
- 7) soutenance d'un dossier :**
 - la convention tripartite.**
 - ouverture d'établissement.**
 - extension type unité Alzheimer par exemple.**

8)Quatre situations, quatre exemples.

Sur la base des éléments exposés précédemment, nous allons développer, quatre exemples différents qui mettent le couple directeur – médecin coordonnateur dans des situations justifiant des réponses adaptées. Nous soulignerons au passage certaines disparités, mais en tentant aussi de dégager des points communs.

- 1) **Une maison de retraite à Champcueil en Essonne**, en attente de convention tripartite ; j’y exerce ; l’approche synergique a été recherchée conjointement par le directeur et le médecin coordonnateur.

- 2) **Une M.A.S., non concernée par la fonction réglementaire de Médecin coordonnateur**, mais où le médecin généraliste fonctionne comme coordonnateur et prescripteur, (ou j’exerce également).

- 3) **Une fondation importante à Paris dans le 12^{ème} arrondissement**, établissement de grande dimension.

- 4) **Une fondation dans les Yvelines**, également de grande dimension.

LA « SYNERGIE » VECUE A CHAMPCUEIL.

Cet exemple est un des deux qui m'ont incité à choisir ce sujet du « couple Directeur – Médecin coordonnateur ». En effet, l'importance de la synergie entre ces deux cadres de la maison de retraite, ou de tout autre établissement médico-social d'ailleurs, m'était déjà apparue lors d'une autre expérience en M.A.S., décrite au chapitre suivant. La période concernée se situe entre janvier 2003 et juin 2004. Cette période correspond à deux phases, l'une étant celle de la rédaction de la convention tripartite, la seconde étant celle de la création des outils de fonctionnement, sur la base de l'évaluation ANGELIQUE, outil d'autoévaluation préconisé pour la convention tripartite.

- Les caractéristiques de l'établissement.

L'établissement concerné se situe à Champcueil en Essonne et accueille essentiellement des résidents atteints de maladie d'Alzheimer, ou de troubles du comportement stabilisés depuis longtemps en hôpital psychiatrique, et ayant plus de 60 ans. Certains résidents sont plus valides, mais ils constituent une minorité. La capacité totale est de 94 résidents, mais 7 chambres, insalubres à mon arrivée, étaient fermées.

L'embauche du médecin coordonnateur s'est faite début 2003 avec la finalité de rédiger le projet d'établissement de la convention tripartite. Celui-ci avait déjà fait l'objet de deux demandes antérieures par une personne n'ayant pas de compétence médicale, issue de l'association gestionnaire de l'établissement et très approximative dans sa connaissance de l'organisation d'une maison de retraite médicalisée. Sa rédaction et son argumentation, issus d'extraits d'autres documents écrits sur le sujet, sans références vraies au fonctionnement réel, étaient à qualifier de virtuel, et n'avaient donc pas permis de dégager les conditions minimales permettant de prendre en compte la demande au niveau du département et de la DDASS.

L'année 2003 a été consacrée à la convention tripartite en se servant d'ANGELIQUE avec deux finalités ; l'une a été l'audit de l'existant et la définition du fonctionnement à venir de la maison, l'autre a été, sur la base des projets de vie et de soins, la formation à propos de

ce fonctionnement, interne d'une part, externalisée sur des sujets justifiant une compétence ou un statut externe d'autre part. Une part de cette formation a été orientée vers des formations qualifiantes.

- **Le fonctionnement des cadres.**

L'embauche du médecin coordonnateur a signé la présence d'un troisième cadre après la directrice et l'infirmière coordonnatrice ; les caractéristiques de la population ont justifié ultérieurement l'embauche d'un mi-temps de psychologue en avril 2004.

La répartition des rôles s'est faite autour de la consensualité des décisions prises en réunions de cadres, toute mesure faisant l'objet d'une analyse et d'une réflexion amenant un choix et des modalités d'application. L'information ainsi partagée ne pose aucun problème de communication à ce niveau, le choix étant volontairement pluridisciplinaire. En cas d'arbitrage, ce que ce mécanisme occasionne rarement, il est admis, et réglementaire, que la décision est du ressort de la directrice.

Le cahier des charges de la convention, associé au fait que les gestionnaires ne se sont guère plus intéressés à celle-ci qu'au bon fonctionnement de l'établissement, a permis d'instituer une grande solidarité entre la directrice et le médecin coordonnateur, pratiquement tout sujet amenant à une consultation de l'autre, et à une analyse de ce sujet à la lumière de compétences complémentaires. Cela a permis de définir une attitude pratique, en gardant tout loisir d'une analyse critique pour revenir sur l'attitude choisie. Cette solidarité, emprunte de respect réciproque et de conviction, s'est avérée être un outil puissant, tant dans la pertinence de certains choix difficiles que dans l'adversité (par exemple lors nous avons déclenché une enquête interne pour maltraitance de la part d'un membre du personnel).

- **La répartition des rôles.**

Il est clair que ce choix, s'il est source de richesse, est également source de complexité dans les rapports professionnels, tout particulièrement au niveau des cadres. En effet, l'arrivée en janvier 2003 du médecin coordonnateur a mis en route une démarche qualité dans l'institution, le directeur étant demandeur d'élaborer un projet. L'infirmière coordonnatrice,

ancien directeur d'une association de soins à domicile, intervenait déjà sur ce sujet sans la finalité, ce qui n'a pas été sans poser un problème de définition.

L'année suivante, l'embauche d'une psychologue clinicienne a engendré une nouvelle remise en cause de l'équipe cadre

La complexité a été majorée par un positionnement extrêmement flou de l'association loi 1901 qui est gestionnaire, et qui, en fait, a délégué la majeure partie de ses prérogatives à un « conseil » géré sous forme de S.A.. Cette situation mérite d'être énoncée car le « couple » directeur – médecin coordonnateur a été mis à rude épreuve à de nombreux niveaux. Il est important de souligner que sa cohérence, associée à la transparence d'action avec les autres cadres (à de rares impossibilités près), a été à la base d'un contre-pouvoir bénéfique à la vie de la maison, sur la base du projet institutionnel, défini de manière multidisciplinaire.

- Le management du personnel.

La question sur ce thème se pose à tout établissement du choix des critères et des outils permettant un bon fonctionnement ; deux termes de français sont souvent en balance : coaching de l'équipe ou management ? Le duo directeur – médecin coordonnateur va orienter la mise en œuvre de l'un ou de l'autre modalité de gestion des différents acteurs de l'E.H.P.A.D.. Historiquement la majeure partie des maisons de retraite ont fonctionné sur un mode hiérarchisé, avec des salariés peu formés, parfois sur un mode familial paternaliste, ce qui n'est pas loin du coaching. L'évolution se fait aujourd'hui vers un accroissement de la formation du personnel et leur qualification, dont le fonctionnement est plus transversal et pluridisciplinaire, afin d'amener une cohérence plus grande.

Ceci explique une stratégie progressive partant d'un « coaching bienveillant » nécessaire du fait du peu de connaissances réelles de la problématique des résidents par ce personnel, au profit d'un bon sens demandant à être guidé, d'un partage et d'une transparence justifiant d'évoluer vers un management, surtout depuis l'introduction de réunion d'analyse des pratiques, encore affinées par l'arrivée de la psychologue.

- Profil du partenariat ainsi créé entre directeur et médecin coordonnateur.

Cette réflexion de fonctionnement permet de dégager quelques caractéristiques des liens qui peuvent être utiles et favorisants pour le développement du projet institutionnel d'un établissement. Cela doit permettre de faire face à des situations contraignantes au niveau des gestionnaires ou au niveau d'une administration, voire à des tracas avec une famille dans une démarche procédurière ou dans un excès de souffrance.

On constate qu'un lien de confiance doit se créer ; il s'agit bien d'une création, car la spontanéité d'affinité peut exister, mais elle n'est pas suffisante et peut ne pas être présente. La démarche de chacun revêt alors une grande importance, et va conditionner la création de ce lien ou non. La notion de respect, tant de la personne que de la fonction, semble une condition dont l'absence est rédhibitoire à la création de ce lien.

Le deuxième volet qui semble indispensable est le développement d'outils de communication. Cette communication doit comporter une bonne dose de capacité à manager des situations complexes et parfois contradictoires, tout en préservant une transparence suffisante. On imagine que chaque situation est différente et justifie des réponses spécifiques, en s'abstenant des réponses simplificatrices. Mais les grandes caractéristiques d'un bon manager doivent transparaître pour chacun des deux acteurs.

Nous limiterons cette réflexion, dont le cadre est éventuellement beaucoup plus vaste, à un troisième point d'importance ; l'objet de ce mémoire est plutôt de susciter la réflexion des lecteurs sur les éléments clé, que faire un inventaire. Ce troisième volet a pour objet le moteur de fonctionnement de l'établissement, c'est à dire le personnel.

L'auditoire concerné par la finalité des actions étant la population des résidants, ceux-ci créent un cahier des charges de leurs besoins. Pour espérer y répondre, il est indispensable de créer une « compétence collective », qui ne doit rien au hasard. Mettre en synergie les compétences, et compenser les limites de chacun, sont un enjeu de choix, et permettent la construction d'une équipe. Cela concerne, chacun pour sa part, le directeur et le médecin

coordonnateur, sans que cela soit suffisant, le « pour sa part » justifiant en lui-même d'être dépassé.

La notion de compétence relève tant de la connaissance que de la capacité à la transposer sur le terrain. Elle est le résultat de la formation. Lorsque l'on ajoute l'adjectif collectif, cette compétence prend une toute autre dimension, celle de l'adéquation par rapport aux besoins. Lorsque cette démarche est suffisamment avancée, on tend vers la qualité en terme de résultat.

LA PHILOSOPHIE DU MILIEU « HANDICAPES » EN M.A.S.

Le milieu des handicapés, même vieillissants, comporte un certain nombre de spécificités qui doivent restreindre toute analyse comparative.

Sans entrer dans le détail, les handicapés, qui ont passé une bonne partie de leur vie adulte, et parfois leur enfance, dans un statut de compensation permanente de leur handicap, fut-il physique, comportemental ou mixte, présentent des besoins communs en terme d'invalidation avec les personnes âgées qui acquièrent un handicap, mais aussi une spécificité en terme de poly-handicap et de sur handicap.

La M.A.S. comporte 60 résidants, et les critères d'admission gravitent autour du handicap mental, handicap en fait souvent mixte, puisque la vocation initiale de l'association qui gère l'établissement était la prise en charge des trisomiques 21. Le personnel salarié de l'établissement est représenté par le directeur, un adjoint, un chef de service temps plein, deux médecins temps partiel, un psychologue, deux psychomotriciennes et un ergothérapeute également temps partiels, trois animatrices temps plein, une continuité de prise en charge des soins par des infirmières le jour et des médecins étrangers la nuit, ainsi qu'un personnel dans les unités de vie (10 par unité) constitué d'A.M.P. et d'aides soignantes.

La prise en charge pluridisciplinaire est la règle, avec une équipe dite éducative beaucoup plus consistante, et des personnels de terrain tous qualifiés, A.M.P. et aides soignantes. Le travail pluridisciplinaire s'exprime par de nombreux outils de communication entre les acteurs du projet de soins ou du projet éducatif entre eux, les acteurs auprès du résidant également entre eux, mais aussi sur la synthèse individuelle pluridisciplinaire. Ce travail est d'autant plus conséquent que le ratio des résidants au personnel dépasse un.

Le côté poly-pathologique constant des résidants justifie une prise en charge médicale importante, avec deux médecins temps partiel, l'un psychiatre et l'autre généraliste, tous deux prescripteurs comme en section de cure. Le rôle du médecin généraliste a progressivement

évolué vers le rôle mixte de soignant et de « coordonnateur ». La demande des différents interlocuteurs du médecin généraliste va d'ailleurs en ce sens.

De fait, la démarche du directeur, conscient du fait que l'état de santé conditionnait intégralement la possibilité pour le résidant d'exprimer ses capacités, plutôt que d'être réduit à ses incapacités, a toujours été dans le sens d'un soutien inconditionnel aux éléments exprimés par les médecins. Cela comporte évidemment une réciprocité, le critère de qualité des soins retenu pour le résidant étant l'expression dans la vie quotidienne d'une optimisation à s'inscrire dans son projet individuel, le moyen de bon soin étant considéré comme acquis et insuffisant s'il ne se transpose pas à la réalité quotidienne de l'équipe. Le *distingo* peut paraître subtil, mais, en termes clairs, le médecin ne peut se satisfaire du seul soin adapté, la complexité des conséquences d'un problème, infectieux par exemple, sur le comportement d'un résidant non communiquant pouvant engendrer une invalidation aggravée. Celle-ci est prévisible pour le professionnel compétent sur ce sujet, et il convient d'anticiper, par exemple encore, au niveau comportemental.

Cela n'est possible à réaliser correctement que sur la base d'une synergie de fonctionnement, associé à une volonté d'anticipation bien comprise tant par le directeur que par le médecin intervenant. Cela justifie un fonctionnement en temps réel tant en terme de prise en charge que de communication. Ce n'est certes pas toujours possible, mais la démarche doit être constante.

Il faut bien sûr avoir conscience que les moyens alloués en terme de budget et de personnel sont plus importants. Ceux-ci font l'objet d'échanges fréquents entre directeur et médecins, en pointant les insuffisances et les outils manquants pour une prise en charge adaptée. Il convient de souligner encore une fois que, si la comparaison doit être modulée entre ces deux populations, l'insuffisance de moyens humains et de qualification n'est absolument pas acceptable en maison de retraite, compte tenu du niveau d'invalidation observé. L'un des intérêts de cette comparaison est que certains modes de prise en charge sont transposables en théorie, et que les résidants des maisons de retraite à G.M.P. élevé sont victimes d'une maltraitance issue du défaut de moyens.

UNE FONDATION A PARIS

Cette fondation est de dimension beaucoup plus conséquente, et son fonctionnement diffère sensiblement des établissements précédemment décrits. Sa situation à Paris intra-muros est à ce titre privilégiée. En effet, cette fondation comporte sous une même direction cinq types d'établissements sur plusieurs sites :

- une maison de retraite.
- une M.A.S.
- un hôpital de jour.
- la gestion de soins à domicile.
- La prise en charge d'enfants à problèmes sociaux.

Cette fondation était autrefois rattachée à un hôpital, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Il existe une direction générale et une direction spécifique de la maison de retraite ; ceci est un des aspects d'une hiérarchisation plus conséquente.

Le rôle de médecin coordonnateur est réparti entre deux médecins qui pratiquent cette activité en temps partiel, l'autre temps étant consacré à une activité clinique.

La répartition de tâches est beaucoup plus formelle, et la scission du soin et du projet de vie apparaît plus nette. Il est de règle d'observer le respect du domaine de compétence de chacun, et pour le médecin de ne pas interférer dans des domaines qui ne sont pas de sa compétence stricte.

Cette organisation amène à une gestion formalisée par des réunions, avec un ordre du jour précisé, et des contacts quotidiens relatifs aux problèmes. Cette organisation engendre une gestion médicale stricte et performante, bien quantifiée. Les procédures sont très élaborées, et l'évaluation de l'état de santé, et de son évolution, très strictement suivie.

Globalement, l'inscription dans le schéma gériatrique semble optimisé, et le lieu de vie très structuré. Néanmoins, il s'agit d'un équilibre extrêmement subtil selon le degré de communication, et la transposition de ces performances à un agrément de vie ne transparaît pas. La notion de pluridisciplinarité ressort dans la prise en charge médicale, sans référence à la globalité de prise en compte du résidant dans le cadre du projet de vie. D'ailleurs, le poste de directeur semble difficile à gérer, puisque quatre directeurs ont exercé en quatre ans.

Il faut se garder d'une analyse trop superficielle ou trop critique de cette situation, la grande dimension de l'établissement ne permettant pas le même type d'analyse que dans des structures plus petites. On peut se demander si des établissements de dimension plus petite, à vocation plus ciblée, ne facilitent pas davantage la prise en charge plus globale actuellement préconisée.

L'analyse, qui ne peut être que superficielle du fait d'une insuffisance de connaissance de l'établissement liée à un contact trop court, de la cohabitation directeur et médecin coordonnateur, semble indiquer une complémentarité d'action, avec peut-être quelques limites par une sectorisation des tâches. Il semble difficile de concevoir une synergie dans le cas présent.

UNE FONDATION DANS LES YVELINES

Cette fondation a la responsabilité d'une grande structure de 324 résidents en internat répartis en 9 structures sur un site boisé champêtre.

Les 9 sous unités sont organisées pour regrouper des niveaux de capacités et de limites comparables au niveau des résidents, ce qui facilite l'organisation du lieu de vie. La contrainte qui en résulte est la nécessaire mise à niveau lorsque la nécessité se fait sentir au cours d'une évolution défavorable.

Il existe, malgré la dimension, un lien facile directeur – médecin coordonnateur, dans un système obligatoirement très hiérarchisé ; le médecin coordonnateur a d'ailleurs un double rôle, étant également traitant. Il exerce avec des collègues salariés ; quelques médecins généralistes libéraux interviennent également, en nombre restreint.

Le statut d'E.H.P.A.D. doit être prochainement reconnu, la convention tripartite devant être bientôt signée.

Deux points ont été soulignés lors de la visite de l'établissement, ayant trait au respect des normes et des règles.

- En premier, l'importance accordée au relais infirmier et à la sécurité engendrée par sa capacité, par le biais d'une bonne communication et du diagnostic infirmier, à appliquer des procédures en temps réel. Ce souci de prendre toute décompensation comme une urgence correspond à la réalité des décompensations en cascade, mécanisme très dangereux lorsqu'il est enclenché.
- En second, le respect du secret médical, adapté à l'intérêt du résident, mais préservé autant que faire se peut. Il s'agit dans les deux cas de l'expression

d'une volonté médicale certes, mais aussi d'une bonne compréhension entre directeur et médecin.

Globalement, il apparaît que le fonctionnement, la dimension et l'organisation pavillonnaire assimile cet établissement à des structures de moindre importance, tout en bénéficiant de la capacité et de la puissance qu'engendre la taille globale. Le système hiérarchisé, difficilement contournable, ne semble pas sans inconvénient, en particulier de dilution de certaines responsabilités, avec une volonté, grâce à des compétences et une bonne communication, de compenser les éventuels effets pervers par le couple directeur – médecin coordonnateur.

9) Eléments et critères de synergie et d'opposition.

On peut, à partir des exemples cités, réfléchir sur un certain nombre de caractéristiques utiles à l'exercice de chaque profession d'une part, et, d'autre part, sur les comportements permettant de créer des conditions favorables à un exercice efficace.

Il ne s'agit pas bien sûr de donner une liste exhaustive dans chacune des deux approches, mais de répertorier ce qui peut, en l'état actuel de la connaissance des fonctionnements des institutions et des personnes, aider à agir favorablement à l'intérêt et aux besoins des résidents.

A) Coaching ou Management ?

L'entreprise que représente une maison de retraite ou une E.H.P.A.D. doit être dirigée par le directeur, qui est amené à déléguer à un certain nombre de personnes, parmi lesquelles figure en position privilégiée le médecin coordonnateur. Deux conditions sont nécessaires :

- les éléments potentiels de rivalité doivent être assumés et maîtrisés.
- Le respect réciproque est de rigueur, dans le cadre professionnel au moins

Si l'on devait faire un raccourci simplificateur à l'excès, on pourrait parler de management pour les deux, avec un versant plus « coaching » à la fonction de directeur, et plus « management » à celle de médecin coordonnateur. Ceci étant, chaque fonction peut être emprunte d'une part de chaque mode de gestion selon l'interlocuteur, sa fonction et son rôle dans l'établissement, ses capacités et sa formation. La capacité à adapter son mode de gestion des ressources humaines conditionne le mode de rapports humains et l'efficacité des actions.

Pourquoi ?

Parce que le directeur reste la personne des arbitrages et de la décision, alors que le médecin coordonnateur, qui ne se trouve pas réellement dans une hiérarchie de

fonctionnement, est privilégié non seulement dans sa capacité à recueillir et à analyser les informations, mais aussi dans sa capacité à encadrer et former les interlocuteurs de terrain.

B) Valeurs de discordance possible :

En effet, il est intéressant d'aborder ici les sujets qui peuvent fâcher. Au-delà de la personnalité, ces sujets sont essentiellement axés sur une forme ou une autre de rivalités potentielles, c'est à dire, sans être exhaustif :

- Pouvoir
- Compétences
- Formation personnelle
- Salaire

1) le pouvoir

Ce n'est ni la mission, ni l'outil dont peut ou doit se servir le médecin coordonnateur. Le pouvoir décisionnel appartient au Directeur et, au-delà, au Conseil d'Administration du gestionnaire. Cet aspect de pouvoir est parfois plus subtil, pouvant être lié à un domaine d'intervention ou de compétence spécifique du médecin, dont le directeur peut prendre ombrage, ou encore d'une frustration au niveau du médecin de ne pas être suivi sur une décision par son Directeur.

2) les compétences

Les domaines de compétence de ces deux cadres se situent essentiellement à un niveau de complémentarité, ce qui peut justifier la recherche d'un caractère consensuel des décisions, à chaque fois que cela est possible. Si ce n'est pas le cas, la médiation est de rigueur. Il faut tenter de ne pas perdre de vue que la complexité de bon nombre de choix peut être composée d'éléments contradictoires, difficiles à gérer et à arbitrer, et pour lesquels une réponse simplificatrice sera rarement acceptable.

Parfois, la compétence sera partielle ou partagée ; il appartiendra à chacun d'apporter les arguments à l'autre, et de se montrer persuasif.

3) la formation personnelle

S'il existe une rivalité à l'état latent, certains « états d'âme » liés à la différence de formation et de culture de chaque acteur peuvent ressortir.

Ce type de situation peut paraître puéril, et la réponse est habituellement contenue dans la fiche de poste. Néanmoins des frustrations peuvent se révéler du fait soit de la capacité du médecin à argumenter certaines situations au-delà des éléments de culture du directeur, soit du fait de la faculté décisionnelle du directeur, qui est en droit d'aller à l'opposé de la proposition du médecin, selon son gré. Une gestion basée sur le « Droit du Prince » ne peut évoluer que de manière défavorable, au détriment du résident.

4) le salaire

La frustration peut également se révéler dans ce domaine, car, malgré sa position hiérarchique et sa responsabilité impliquée dans un domaine éventuellement plus large, le cursus d'étude beaucoup plus long engendre, à temps égal, un niveau de rémunération supérieur du médecin du fait des conventions collectives.

Certains directeurs peuvent en prendre ombrage, ou encore recruter leur médecin selon un mode inacceptable en durée de présence ou niveau de rémunération.

C) Comment se rendre efficace et synergique :

Tout rapport humain de qualité est basé sur le respect. On pourrait croire qu'il s'agit là d'un lieu commun, et, sur le papier, cela est possiblement vrai. Mais cette analyse ne résiste pas à l'examen de la réalité du quotidien ; dans un monde du travail où l'on ne choisit pas les personnes avec lesquelles on cohabite, le respect devrait être le premier motif d'embauche après, ou à égalité avec la compétence.

Les cadres ne respectent pas toujours cette règle, et le non-respect me paraît rédhibitoire, tout particulièrement dans le « couple » qui nous intéresse..

10) Conclusion et éléments justifiant une expertise élargie.

Ce mémoire comporte deux principaux ingrédients. Le premier contient l'ensemble des arguments développés autour d'un constat, restreint à quelques exemples, et le second la recherche permanente des éléments d'une stratégie commune aux deux fonctions. L'analyse de ces deux ingrédients n'a pour ambition que d'apporter des éléments d'orientation et de positionnement à la complexité que peut revêtir le fonctionnement de l'association du Directeur d'E.H.P.A.D. et de son médecin coordonnateur. Il ne faut pas oublier que ce fonctionnement, nouveau, puisque créé par la loi de 1999, comporte un grand nombre de variables, selon le type d'établissements et la personnalité des acteurs.

Toutefois, à quelque niveau que l'on se situe, résidents, familles, professionnels de l'E.H.P.A.D. ou structures administratives (tutelles financières ou réglementaires), ce « couple » est associé pour le meilleur et/ou pour le pire. Le résultat sera la plupart du temps le seul critère retenu par ces différents observateurs.

La manière dont il va se définir conditionne ce résultat. Selon le niveau de respect réciproque et d'investissement qu'elle va partager, l'association de ces deux personnes, de formation professionnelle différente, va engendrer une situation de terrain pouvant prendre la forme d'une lutte, de pouvoir ou autre, d'un travail réglementaire indépendant, ou d'une complémentarité de bon aloi. Mieux encore, il peut se créer une synergie d'action, au plus grand bénéfice de tous.

Il ressort que la capacité et le niveau de communication, en particulier la qualité de celle observée par les acteurs de terrain, vont jouer un rôle majeur. Bien que ce ne soit pas une condition suffisante à la réussite, il s'agit probablement là d'une condition nécessaire.

L'expertise élargie est un second temps qui paraît indispensable au présent document. En effet, les quatre expériences, dont l'analyse a permis la rédaction de ce mémoire, ne sauraient avoir la représentativité d'une réelle enquête auprès d'un échantillon de confrères, afin de déterminer la validité des arguments personnels avancés.

C'est pourquoi l'hypothèse d'une enquête de ce type paraît pertinente dans la continuité de ce travail préliminaire. L'intérêt serait en particulier de définir plus précisément les causes d'échec dans des fonctionnements concrets. Cela aurait également comme intérêt de mettre en évidence et d'analyser un certain nombre de dysfonctionnements institutionnels, susceptibles d'interférer avec le fonctionnement directeur - médecin coordonnateur. Cette mise en évidence pourrait également orienter le type et le mode de prérogatives pertinentes à allouer au médecin coordonnateur, que visiblement le législateur hésite encore à cadrer dans le décret à paraître.

Le bien fondé de l'existence de la fonction de médecin coordonnateur, dans son cadre de l'E.H.P.A.D., et l'intérêt concret que représente sa fonction, pourraient aider à valider la pertinence d'une « co-signature » de la démarche qualité, évitant ainsi l'isolement du directeur. Il existe un autre intérêt, non négligeable, à cette co-validation, celui des situations contestables ou critiquables. Notre société, progressivement de plus en plus procédurière, met en difficulté les établissements, et trop souvent n'accepte plus l'idée de la disparition d'un proche aimé sans chercher à évacuer sa culpabilité sur des tiers. Les professionnels responsables de la prise en charge représentent alors, selon le lien qui s'est établi avant la phase critique, des interlocuteurs de choix ou des coupables potentiels. La complémentarité des arguments et des sécurités possibles à mettre en place par chacun des deux acteurs, directeur et médecin coordonnateur, apparaît comme un élément fort à développer. Ce dialogue, et son indispensable transparence, sont deux éléments majeurs qui vont permettre au projet institutionnel se développer dans un cadre harmonieux d'équilibre, indispensable à la démarche qualité.

11) Bibliographie.

a) Guide de la réforme des E.H.P.A.P.

Pierre Louis

Editions Pierre Arslan – 14 rue du repos – 75020 – PARIS

b) La réforme financière des E.H.P.A.D.

Jean-Pierre Hardy

Edition E.N.S.P.

c) Rénover l'action sociale et médico-sociale

Jean François Bauduret et Marcel Jaeger

Editions Dunot

d) Code pratique des E.H.P.A.D.

Gérard Brami

Editions Berger-Levrault

e) La vie en Maison de Retraite

Claudine Badey-Rodriguez

Editions Albin Michel