

**Université René Descartes – Paris V  
Faculté Cochin- Port Royal**

**POINT DE VU DU TRIO (DIRECTEUR, MEDECIN  
COORDONNATEUR, INFIRMIERE  
COORDINATRICE)  
SUR LA PLACE DE L'INFIRMIERE  
COORDINATRICE EN EHPAD**

**SOSSOUGAH MICHELINE**

**D.U. INFIRMIER(ERE) REFERENT(E) D'EHPAD ET DE  
SSIAD (IRES)**

**2013 - 2014**

**Directeur De Mémoire : DR Florence. BARTHELEMY**

# REMERCIEMENTS

**Dr Florence BARTHELEMY (DIRECTEUR MEDICAL)**

**Simone LESAGE (Cadre de santé, formatrice)**

**Brigitte FEUILLEBOIS (cadre de santé, formatrice)**

**A toutes les Infirmières Coordinatrices, Médecins Coordonnateurs  
et Directeurs d'EHPAD qui ont participé à ce travail.**

« Quand on est IDEC, on a d'abord été IDE.

On fait force avec les IDE de l'établissement et face aux aides-soignants.

Il faut savoir abandonner sa casquette d'infirmière dans le management pour n'avoir à faire qu'à des individus avec des fonctions dont on est censé ignorer tout.

Dans une posture d'encadrement, la parole de l'un est aussi valable que la parole de l'autre. L'esprit de corps ne joue pas dedans.

Quand on est soignant, quand on choisit d'être soignant, on choisit de dire « oui » à beaucoup de chose.

Le management reste quelque chose de compliqué

Il faut un vrai travail sur soi pour ne pas être dans le « oui » à tout.

De ce fait quand on devient IDEC, il faut :

- savoir poser des limites tant aux salariés qu'aux résidents que l'on accompagne,
- parfaitement comprendre le fonctionnement d'un EHPAD et les logiques budgétaires qui vont avec, pour ne pas être en butte avec les équipes, ne pas être entre le marteau et l'enclume, la direction et les équipes »

ML M

« On accepte ce que l'on comprend et ce que l'on trouve légitime. »

# TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	5
II.	LA MÉTHODE.....	7
	a. Le choix de la méthode et de l’outil .....	7
	b. Les Questionnaires .....	7
	c. Les tableaux .....	7
	d. Choix du lieu .....	7
	e. Population .....	7
III.	LE RESULTAT.....	9
	1) Restitution des réponses des questionnaires et des tableaux.....	9
	2) Analyse.....	9
	a) Questionnaires .....	9
	b) Les tableaux.....	12
IV.	LA DISCUSSION .....	16
	a. Le mode de nomination.....	16
	b. La fiche de poste.....	17
	c. Autorité, Limite et management .....	19
	d. Mode d’intervention de l’IDEC dans les missions du Directeur et du MEDCO .....	21
	e. Les attentes .....	23
	f. Trio = la bonne formule pour une meilleur gestion de l’EHPAD ?.....	25
V.	CONCLUSION.....	26
VI.	ANNEXES	
VII.	BIBLIOGRAPHIE	

## INTRODUCTION :

Septembre 2012 l'infirmière coordinatrice(ou « IDEC ») me reçoit avec la plus ancienne des infirmières( ou « IDE ») et m'apprend contre toute attente qu'elle démissionne de son poste, qu'il a été proposé à la plus ancienne des IDE qui dit ne pas vouloir de ce poste de « merde ». Etant en 2<sup>ème</sup> position dans l'ancienneté elles me demandent de réfléchir à l'éventualité pour moi d'occuper ce poste.

Après mûre réflexion je décide de proposer ma candidature sous la condition d'être formée.

Les choses se mettent en place rapidement :

Formation, prise de poste mi-novembre 2012.

Tout ceci dans un contexte chaotique :

Démission de 6 IDE sur 8 (prévu avant que je ne pose ma candidature), vente de l'EHPAD.

Nous étions dans l'attente d'un repreneur, d'un cadre de santé, (nouveau poste en création dans l'EHPAD), de 6 nouveaux IDE.

Ceci allait provoquer de nombreux bouleversements et occasionner une nouvelle « donne ».

Je n'ai, dans les premiers mois, pas eu de difficultés à appréhender mon poste.

Suite au rachat de l'EHPAD, le médecin coordonnateur (MEDCO), qui jusque-là avait 3 casquettes (MEDCO, propriétaire de l'EHPAD, médecin prescripteur d'environ 80 % des résidents de l'EHPAD) allait perdre son statut le plus important. Ce statut lui avait permis de gouverner jusque-là comme le seul maître après dieu. En effet la vente de l'EHPAD l'a fait passer du grade de propriétaire au statut de salarié de la même entité. La directrice qui jusque-là était la subordonnée du MEDCO, allait devenir son supérieur hiérarchique. Moi, simple IDE, allais devenir une collaboratrice avec qui, il n'aurait pas de lien hiérarchique directe. La redistribution des cartes au niveau de nos responsabilités respectives sein de ce trio (groupe de trois

personnes qui agissent ensemble) allait générer de gros problèmes de compréhension et de communications.

Cette nouvelle situation allait modifier le point de vue (opinion) des membres du trio sur la place (position occupé par rapport à un contexte) de l'IDEC dans ce trio.

Du fait de son mode nomination quelle serait sa légitimité au sein du trio ?

Comment et qui doit élaborer sa fiche de poste ?

Quel l'espace managérial les membres du trio sont-ils prêt à accorder à l'IDEC pour que celle-ci exerce correctement sa fonction ?

Quelles seraient les attentes du directeur et du MEDCO à l'égard de l'IDEC ?

Quelles seraient les attentes de l'IDEC à l'égard du MEDCO et du directeur ?

Et enfin le trio serait-il une bonne formule pour la bonne marche d'un EHPAD ?

## II. METHODOLOGIE :

### a. Le choix de la méthode et de l'outil :

J'ai choisi le mode d'entretien pour réaliser mon travail afin d'avoir des réponses plus complète. Pour cela j'ai réalisé trois questionnaires composés d'environ 9 à 12 questions, que j'ai complété par 2 tableaux : l'un comporte les 13 missions du MEDCO et l'autre les missions du directeur, pour illustrer le mode d'intervention de l'IDEC dans leurs prestations. Les entretiens ont été enregistrés (avec l'accord des participants), ce qui m'a permis d'y revenir ultérieurement pour affiner mon travail et restituer le plus justement les propos des participants. Une partie de mon entretien a servi à alimenter mon travail.

### b. Les Questionnaires : annexe 1

### c. Les tableaux : annexes 2

Les MEDCO et les directeurs devaient noter pour chaque mission, par quelle mode d'intervention l'IDEC prend part à leurs missions : participatif, collaboratif, consultatif ou délégué.

Les IDEC devaient remplir les 2 tableaux en notant pour chaque mission, si elle participe, collabore, est consulté ou si la mission lui est délégué.

### d. Choix du lieu :

Les entretiens ont été effectués dans trois EHPAD de bordeaux :

EHPAD 1 : 96 Résidents, 10 places d'accueil de jour, une plateforme de répit, une unité d'Alzheimer.

EHPAD 2 : 74 Résidents, une unité Alzheimer

EHPAD 3 : 94 Résidents, 6 places d'accueil de jour, 14 places de PASA

### e. Population :

L'enquête a été réalisé dans les 3 EHPAD auprès de :

3 IDEC

2 MEDECINS COORDONNATEURS

2 DIRECTEURS (le troisième n'étant pas disponible)

- Présentation

➤ **IDEC 1:**

Faisait partie de la 2<sup>ème</sup> promotion de cadre de santé en santé public en 1981, ancienne cadre pédagogique, infirmière libérale, IDEC en SSIAD, puis IDEC dans l'EHPAD1 depuis 4 ans,

➤ **IDEC 2 :**

IDE (seule ide de l'EHPAD),

Devenir IDEC un objectif lors de la prise de poste d'ide.

IDEC depuis 4 ans (nomination par voie d'ancienneté, aussi parce que personne ne voulait le poste) après le conventionnement de l'EHPAD. Formation d'IDEC et de management

➤ **IDEC 3 :**

Ide,

Quelques missions de référente pendant la période de maladie de l'IDEC. Suite à son décès il y a quelques mois, et l'extension de l'EHPAD, a pris le poste d'IDEC (nomination par voie d'ancienneté) à temps complet en septembre 2014.

➤ **MEDCO 1 :** Médecin coordonnateur dans les EHPAD 1 et 2

➤ **MEDCO 3 :** Médecin coordonnateur dans 3 EHPAD dont l'EHPAD 3.

➤ **Directeur 1 :**

Ide, Liberal,

Création d'entreprise et collaboration avec son conjoint pendant 13 ans avec une expérience dans le management (ressources humaines, délégation de personnel, gestion d'une équipe commerciale).IDE en clinique ;

IDEC dans l'établissement actuel (pendant 3 ans),

Elle a accédé au poste de directrice il y a 10 ans suite à la démission de l'ancien directeur, et l'obtention du CAFDES



➤ **DIRECTEUR 2 :**

Maitrise de philosophie, DEA de communication, master IAE, CAFDES, directeur dans l'EHPAD actuel depuis 2009.

### **III. RESULTATS :**

#### **a. Restitution des réponses aux questionnaires et les tableaux des missions (annexes 3)**

#### **b. Analyse**

##### 1. Questionnaires

Les trois IDEC ont une fiche de poste.

Celle de la cadre de santé a été élaborées par une directrice, les autres l'ont rédigé elles même (via des livres, internet et association des IDEC) puis l'ont faites valider par leur direction. Ces fiches correspondent à quelques variantes près aux fiches de poste des IDEC en général.

Les MEDCO n'ont pas pris connaissance, ni participé à l'élaboration des fiches de postes. L'un d'entre eux ne savait pas que son IDEC en avait une.

Des limites ont été fixées, par les directions des IDEC 1 et 2 :

- Pas de pouvoir de sanction,
- Possibilité de donner des directives, des avertissements et de faire des observations oralement.

Il n'y a pas de limite formellement posé pour l'IDEC 3.

Les MEDCO 1 et 2, n'éprouvent pas le besoin de poser des limites aux IDEC car disent ils « chacun sait jusqu'où il peut aller dans sa fonction ».

On constate que les trois IDEC rencontrent, ou ont rencontré des difficultés dans leur fonction managériale. Mais disent que leur autorité est actuellement protégée,

Ce n'est pas toujours le cas pour l'IDEC 1. Cela n'a pas toujours été le cas pour l'IDEC 2.

Les IDEC 2 et 3 ont demandé à être formé pour leur permettre d'asseoir leur autorité respective et légitimer leur place.

Attentes des IDEC vis-à-vis des MEDCO :

- Un esprit de synthèse
- Un respect mutuel,
- Etre des caisses de résonance,
- Un travail d'égal à égal,
- Une confiance mutuelle,
- Une fluidité des informations,
- Une bonne relation
- Un travaille en étroite collaboration.

Attentes des IDEC vis-à-vis des Directeurs :

- Faire coïncider le soin dans le prendre soin,
- Aller dans la même direction,
- Rester dans la discussion quand il y a divergence d'opinion,
- Avoir le même langage,
- Plus d'implication afin de ne pas mettre en échec les protocoles et procédures mis en place en faveur des résidents,
- Ecoute et confiance dans le jugement de l'IDEC sur le plan managérial,
- Fluidité des informations
- Travailler en étroite collaboration.

Attentes des MEDCO vis-à-vis de l'IDEC

- Collaboration,
- Connaissance fine des résidents et l'état général de l'institution,
- Etre source, une remontée d'information incontournable,

- Mettre en œuvre les décisions qui ont été prises, être une courroie de transmission,
- Etre les yeux et les oreilles du MEDCO en son absence,
- Faire le relai des éléments impulsés par le MEDCO en son absence.

Attentes des directeurs vis-à-vis de l'IDEC:

- Bonne collaboration avec son équipe,
- Attentive aux besoins des résidents et au bien être des salariés sans les mettre dans un confort absolu,
- Prise en charge de l'organisation matérielle nécessaire au bon fonctionnement de l'EHPAD,
- Relai des décisions de la direction,
- Porter, véhiculer, faire valoir les décisions prises ensemble, même si elle n'est pas d'accord avec celles-ci ;
- Réussir les bons recrutements,
- Un travail bien cadré,
- Une organisation d'équipe bien suivie, régulation d'équipe.

TRIO = UNE BONNE FORMULE POUR GERER UN EHPAD

AVIS DES IDEC :

L'équipe de direction se compose du directeur, l'adjoint de direction, le responsable logistique, la comptable et parfois de l'animatrice.

Une IDEC sur trois pense que c'est le trio qui gère concrètement l'EHPAD.

AVIS DES MEDCO :

Pour le MEDCO 1, le trio est une bonne formule pour gérer l'EHPAD, mais il doit exister une relation de confiance entre les trois membres pour faire avancer les choses correctement, voir confortablement pour le résident et le personnel.

Le MEDCO 3 pense qu'il n'existe pas de trio, mais deux binômes :

- Directeur /MEDCO
- IDEC /MEDCO

C'est au MEDCO de filtrer ce qui ne va pas et de le remonter au directeur. Il doit être l'interface entre l'IDEC et le directeur. L'IDEC doit seulement avoir une action directe avec le personnel soignant et les résidents.

AVIS DES DIRECTEURS :

Selon les deux directeurs de l'EHPAD 1 et l'EHPAD 3 la notion de trio qui dirigerait l'EHPAD n'existe pas. A sein de leur structure c'est un comité de direction qui en a la charge, celui-ci est composé :

D'un(e) directeur (trice), d'un directeur adjoint, le responsable administrative (comptable), un psychologue, le MEDCO, le responsable logistique, et l'IDEC.

4 personnes sur 7 sont en faveur d'un comité de direction, et 1 personne sur 7 en faveur de deux binômes.

b. Les tableaux : intervention de l'IDEC dans les missions du MEDCO et du directeur

➤ définition

- Délégation :

Décision par laquelle une autorité administrative charge une autre autorité d'exercer ses pouvoirs à sa place (délégation de compétence, de signature).

Opération par laquelle une personne (le délégant) ordonne à une autre (le délégué) de faire ou de s'engager à faire une prestation à une troisième (le délégataire).

- Participation : De manière générale, le terme "participation" désigne des tentatives de donner un rôle aux individus dans une prise de décision affectant une communauté.

Au niveau de la mise en œuvre, l'expression "participation" renvoie au fait de prendre part à une action collective.

Participer représente une occasion de donner son avis, de témoigner de son expérience.

- Consultation : Action de consulter quelqu'un, de lui demander son avis
- Collaboration :  
La collaboration est l'acte de travailler ensemble pour atteindre un objectif. Dans son sens commun, la collaboration est un processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisations s'associent pour réaliser un travail suivant des objectifs communs.

➤ **MISSION DU MEDCO :**

On peut observer toutes réponses confondues, que chacun des deux membres du binôme n'ont pas la même vision sur le mode d'interventions de l'IDEC dans les missions du MEDCO.

On note aussi que les MEDCO ont aussi très peu de réponses communes.

**EHPAD 1 :**

On remarque que le MEDCO 1 et L' IDEC 1 ont 8 réponses communes sur 13.

Délégation : missions n°5 et 8

Participation : missions n°1,3 ,4

Consultation : missions n°10 et 11

- Vision de l'IDEC 1

Lorsque l'IDEC prend part aux missions du MEDCO le type d'intervention est majoritairement participatif (8 réponses /13).

- Vision commune IDEC 1/MEDCO 1

Après analyse des réponses récoltées, on constate 3 réponses communes sur 13 en faveur du mode d'intervention participatif.

- Vision du MEDCO 1

On constate en outre que les réponses du MEDCO 1 sont plus homogènes :

- 4 réponses sur 13 montrent qu'il consulte
- 4 autres réponses /13 montrent qu'il fonctionne en mode collaboratif avec ses IDEC

### **EHPAD 2 :**

On remarque que le MEDCO 2 et L' IDEC 2 ont 6 réponses communes sur 13

Collaboration : missions n°1, 4, 5, 7,11

MEDCO seul : mission n°6

- Vision IDEC 2

8 réponses sur 13 montrent que l'IDEC 2 prend part aux missions du MEDCO sous une forme d'intervention collaborative.

- Vision commune IDEC 2/MEDCO 2

Après analyse de réponses récoltées, on constate 5 réponses communes sur 13 en faveur du mode d'intervention Collaboratives,

- Vision MEDCO 2 :

On constate que le MEDCO 2 collabore (7 réponses sur 13) et consulte l'IDEC 2 (3 réponses sur 13) dans la réalisation de ses missions. Il réalise également certaines missions seules (3 réponses sur 13).

### **EHPAD 3 :**

On remarque que le MEDCO 1 et L' IDEC 3 ont 3 réponses communes sur 13

MEDCO seul : mission n°13

Participation : mission n°4

Collaboration : mission n°9

On peut remarquer qu'il y a très peu de réponses communes.

- Vision IDEC 3

6 réponses sur 13 montrent que l'IDEC 2 prend part aux missions du MEDCO sous une forme d'intervention collaborative. On constate également que 5 réponses communes sur 13 sont en faveur du mode d'intervention participatif.

- Vision du MEDCO 1

On constate en outre que les réponses du MEDCO 1 sont plus homogènes :

- 4 réponses sur 13 montrent qu'il consulte
- 4 autres réponses /13 montrent qu'il fonctionne en mode collaboratif avec ses IDEC

### **MEDCO 1/MEDCO 3 :**

On remarque que le MEDCO 1 et le MEDCO 3 ont 4 réponses communes sur 13

MEDCO seul : mission n° 13

Collaboration : mission n°7

Consultation : mission n°2 et 10

Les deux MEDCO fonctionnent différemment, mais la collaboration et la consultation correspondent au mode fonctionnement qu'ils ont avec leurs IDEC.

### ➤ MISSION DU DIRECTEUR

#### **EHPAD 1**

On peut constater que les réponses du directeur 1 et de l'IDEC 1 convergent dans la même direction.

Après analyse des réponses récoltées, on constate 5 réponses communes en faveur d'un mode d'intervention participatif de l'IDEC 1 dans les missions du directeur 1.

On remarque également que le directeur 1 délègue (5 réponses communes) aussi des missions à l'IDEC 1.

#### **EHPAD 3**

On remarque que le mode collaboratif (3 réponses communes) et la délégation (1 réponse commune) sont les moyens par lesquels l'IDEC 3 prend part aux missions du directeur 3.

## IV. LA DISCUSSION

### a. Le mode de nomination :

De simple fonction de référent, annexé au temps de soin, la fonction d'IDEC est devenue au fil des années un métier à part entière exigeant un temps de coordination, d'encadrement des professionnels soignant plus important et des compétences accrues afin de remplir cette mission.

Contrairement au directeur d'EHPAD et au MEDCO pour qui il existe des décrets fixés par les autorités de tarification et de contrôle la fonction d'IDEC est sans statut officiel. Le cadre légal de cette fonction reste donc flou. Les indications connues sur le rôle de l'infirmière coordinatrice en EHPAD, remonte à la Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Le décret du 26/04/1999 sur le conventionnement tripartite des institutions gériatriques incitait les établissements à nommer un infirmier référent (ou IDEC) par structure.

Certaines IDEC sont diplômées cadres (considérées comme étant de « vraies » IDEC), d'autres sont " faisant fonction " (correspond à la majorité des IDEC travaillant en EHPAD privé). La formation supplémentaire n'est ni obligatoire, ni encadrée.

Il est actuellement demandé aux « faisant fonction » un Diplôme d'Etat d'Infirmier avec au moins 3 ans d'expériences. La nomination se fait souvent par voie d'ancienneté (IDEC 2 et IDEC 3. Ceci peut poser quelques problèmes de légitimité à ce poste auprès des autres IDEC comme a pu l'exprimer l'IDEC 3. Au vu de la complexité, les exigences et le flou qui entourent ce métier, cette prise de poste est souvent suivie (à la demande des IDEC) d'une formation d'infirmier référent en EHPAD (la plus part du temps cette formation est non diplômante).



Il existe maintenant de nombreux organismes qui forment à ce métier. La durée de ces formations peut aller de 3 jours à environ 20 jours étalés sur plusieurs mois. En complément, un module en management peut être effectué afin d'asseoir la position de l'IDEC dans l'EHPAD.

Il existe deux diplômes spécifiques à ce poste :

- un Certificat d'IDEC délivré par le CHU de Montpellier
- un Diplôme Universitaire délivré par le l'Université Paris Descartes (nouveau).

De plus en plus de directeur d'EHPAD demande au futur IDEC de posséder un Diplôme Universitaire de Gérontologie pour accéder à ce poste. On peut donc penser que l'expérience professionnelle qui semblait être un atout pour occuper ce poste n'est plus suffisante. Le directeur 1 par exemple, dit n'embaucher que des cadres de santé à ce poste car elles (ils) ont une formation qui leur permet d'appréhender correctement ce métier. Il est plus qu'évident, qu'une formation soit une des conditions pour légitimé l'IDEC à ce poste, puisqu'il (elle) en ressent le besoin dès les premiers jours de la prise de poste. les MEDCO, ne les considèrent pas comme des « vraies » IDEC parce qu'ils (elles) ne sont pas diplômés. Les directeurs d'EHPAD réclament de plus en plus de personnes diplômés à ce poste. On va donc vers une exigence (comme pour les MEDCO et les Directeurs d'EHPAD) de formation diplômante pour accéder à la fonction d'IDEC en EHPAD, mais lequel ? Un diplôme universitaire ? Un certificat ? Ou un diplôme plus spécifique à ce métier ?

### **b. La fiche de poste :**

Les MEDCO ont des fiches de postes avec des missions bien spécifiques et communs à tous. Les directeurs d'EHPAD ont un référentiel métier unique et ont une délégation pouvoir pour les missions qui leur sont attribués par le groupe, l'association ...qui les emploie. Une fois de plus pour ces deux membres du trio, les organismes de tarifications ont émis des exigences qui permettent de positionner clairement leurs fonctions dans le trio. On constate la encore que rien est établi pour l'IDEC. On a pu voir que pour l'IDEC 1 qui est considérée comme une « vraie » IDEC, la fiche de poste selon ses dires « est très généraliste ». Pour les IDEC 1 et 2 il n'existait pas de fiche de poste, elles ont dû l'élaborer seule à l'aide d'internet, l'association des IDEC en EHPAD ou dans la littérature. Même si elles s'accordent à

dire que les missions qu'elles ont correspondent aux missions des IDEC en général, sans avoir eu en main leur fiche de poste, je constate (selon leurs dires) quelques différences significatives en terme de charge de travail, tel que la présence planning (IDEC 2 et 3,) ou non (IDEC 1), qui est très chronophage, dans leurs missions. Au vu de la disparité des missions des IDEC, certains MEDCO travaillant dans plusieurs EHPAD, ne consulté pas le contenu de la fiche de poste de L'IDEC. En effet, la fiche de poste type « reste à crée ». Il est à noter qu'un certain nombre MEDCO n'éprouve pas le besoin de connaître le contenu de la fiche de poste des IDEC avec qui ils travaillent (MEDCO 2).

On remarque que diplômé ou non la fiche de poste de l'IDEC n'est pas précise, Le contenu dépend de l'IDEC qui l'élabore et du bon vouloir du directeur qui la valide.

En règle générale, la fiche de poste doit fixer:

- ✓ le cadre général du poste
- ✓ les liens hiérarchiques
- ✓ les missions principales :
  - Participer à l'élaboration du projet d'établissement, en particulier à l'élaboration du projet de vie personnalisé et de soins et assurer le relais dans la mise en œuvre des différents objectifs.
  
  - Participer à la mission de liaison et de coordination entre la direction de l'établissement, les résidents, l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement, l'équipe hôtelière, les intervenants extérieurs et les familles.
  
  - Veiller au respect de la charte de la personne âgée accueillie dans l'établissement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles.
  
  - Assurer et /ou participer à la gestion des aspects administratifs et logistiques liés à la prise en charge des résidents.

Toute situation imprécise peut poser des difficultés quant aux limites de la fonction de l'IDEC. J'ai pu constater dans les entretiens :

- qu'aucune limite n'était clairement posée
- Tout était tacite entre les MEDCO et les IDEC (selon le MEDCO 3 « chacun sait où commence et s'arrête le rôle de l'autre, cela se fait de manière implicite »).

Cet état d'esprit n'est valable

- que lorsque tout va bien
- quand on partage les mêmes opinions,
- « qu'au bout de quelques temps de collaboration. » comme l'a si bien souligné le MEDCO 1

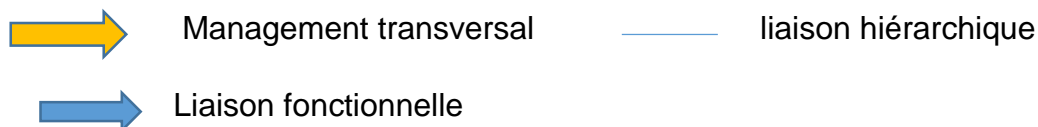
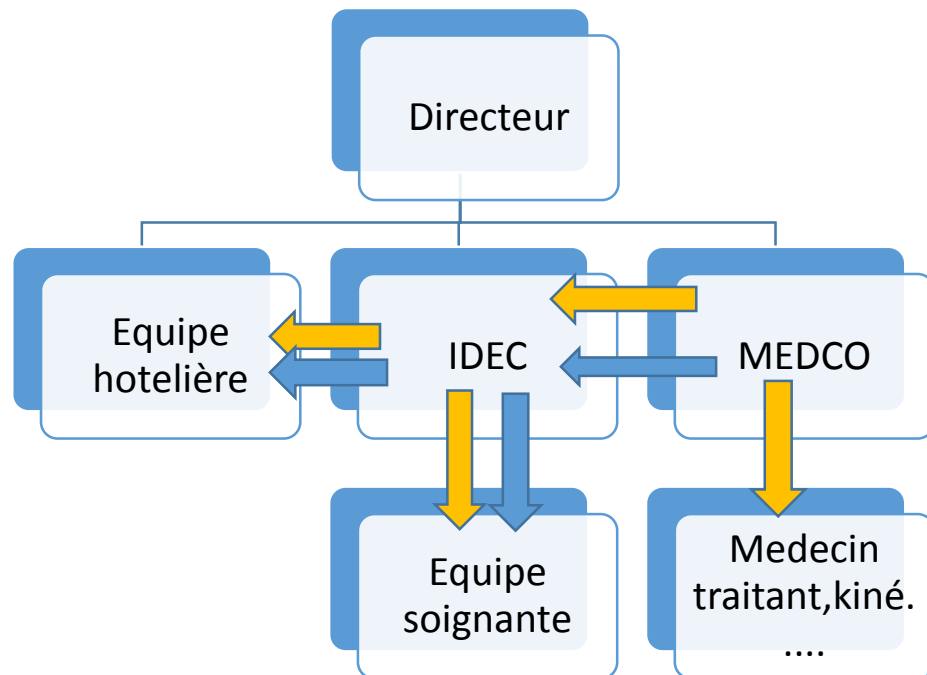
Ceci ne se vérifie plus quand les divergences apparaissent.

Les directeurs ne posent pas non plus beaucoup de limite aux IDEC. La seule limite qui soit clairement énoncée concerne le pouvoir de sanction que les IDEC n'ont pas. Au vu du temps partiel qu'effectue le MEDCO dans les EHPAD et les prérogatives des uns des autres qui se chevauchent Il est important de déterminer clairement pour les missions de collaboration du trio :

- ✓ Qui fait quoi,
- ✓ Où est la place de l'IDEC
- ✓ Quelles sont les délégations possibles à l'IDEC
- ✓ jusqu'où il (elle) peut aller dans le management
- ✓ Quelles sont les responsabilités ?
- ✓ un organigramme doit être donné à chaque membre du personnel, Il fixe les différents niveaux hiérarchiques et est une aide importante au management. Il situe la place de chacun.

### c. Autorité, limite, management

➤ Exemple d'organigramme



A la question : pensez-vous que votre autorité est protégée ?

Les IDEC ont répondu « oui », mais cela n'a pas été ou n'est pas toujours le cas. On peut remarquer que c'est souvent consécutif à un problème de légitimité, ou de management de l'IDEC. La formation peut être un premier pas pour le solutionner. Mais à cela doit s'ajouter un soutien de la direction (comme on a pu le voir avec l'IDEC 2), qui après avoir fait une formation de management, avec la collaboration et le soutien de son directeur, fait une réunion pour expliquer son poste et poser clairement les choses avec le personnel de l'EHPAD. L'IDEC n'a pas de pouvoir de sanction car comme le précise le directeur 3 : « dans son rôle de régulation, d'animation, d'équipe, se serait dommageable, qu'il (elle) une autorité de sanction ». L'IDEC 2 rajoute que « cela permet de temporiser les choses et évite les abus d'autorité ». L'IDEC est donc amenée à faire du management transversal.

C'est un nouveau mode management dont la caractéristique est l'absence d'autorité hiérarchique.

C'est un management par influence : Il donne envie, fédère, mobilise les acteurs autour d'objectifs communs. Nous ne sommes plus dans du management "d'obligation" mais du management de "coopération". Tout l'enjeu réside dans le développement de son influence pour mobiliser sans autorité statutaire, mais aussi savoir s'imposer par "charisme" auprès des collègues. Cela nécessite que le pilote soit d'une part légitimé par la direction, une clarification du qui fait quoi. Puisqu'il n'a pas d'autorité hiérarchique, qu'il (elle) n'est rien sans l'aide de la structure hiérarchique. Cette réalité oblige à mettre à plat la coopération, à construire.

Le manager transverse a pour mission d'assurer la coordination et la coopération entre les différents métiers, cellules, ou structures ..., ses habiletés managériales doivent être encore plus précises et mieux maîtrisées. .. Le manager transverse assume le leadership d'un ensemble fragilement relié, composé d'individus n'ayant pas l'habitude de collaborer.

La mise en place d'un manager transverse nécessite ainsi la mise en place d'un projet d'accompagnement par la direction et d'une professionnalisation de celui (celle) ci, ainsi que des formations qualifiantes.

On accepte ce que l'on comprend et ce que l'on trouve légitime.

Il est à rappeler que pour renforcer la position de l'IDEC un organigramme doit être mis à la disposition de chaque membre du personnel. Il fixe les différents niveaux hiérarchiques et est une aide importante au management. Il situe la place de chacun.

#### **d. Mode d'intervention de l'IDEC dans les missions du Directeur et du MEDCO**

Les MEDCO travaillent à temps partiel dans les EHPAD. Suite au décret d'application n°2011-1047 du 2 septembre 2011, tout EHPAD doit se doter d'un médecin coordonnateur

Pour les établissements dont le Gir Moyen Pondéré(GMP) est inférieur à 800, les dispositions relatives au temps de présence du MEDCO n'entre en vigueur que lors du renouvellement de la convention pluriannuelle signé avec les tutelles

Pour les établissements dont le GMP est supérieur à 800 le temps de présence du MEDCO est fixé selon le tableau suivant :

Capacité autorisé de l'établissement	Temps de présence du MEDCO (ETP)
Inférieur à 44 lits	0.25
De 45 à 59 lits	0.40
De 60 à 99 lits	0.50
De 100 à 199 lits	0.60
Supérieur ou égal à 200	0.80

ils sont donc obligé de s'appuyer sur l'IDEC qui est présent(e) à temps plein pour mener à bien leurs missions. Le mode d'intervention des IDEC dans les missions diffère, dépend du MEDCO. Les termes utilisés pour illustrer ces interventions diverge d'une IDEC à l'autre, d'un MEDCO à l'autre. On constate par exemple que l'IDEC 1 à l'impression de participer (8 missions/13) à la réalisation des missions des MEDCO. Pendant l'entretien elle a également parlé de construction. L 'IDEC 2 utilise plus le terme « collaboration » (8 missions/13).

J'ai pensé en m'entretenant avec les IDEC que le terme majoritairement utilisé serai « délégation », or ce ne fut pas le cas.

Les IDEC 1 et 2 expliquent qu'elles réalisent un travail de fond (remonté d'information, construction de la trame des projets, beaucoup de secrétariat...) et le MEDCO intervient dans la synthèse et la mise en forme.

On peut remarquer que le terme délégation est très peu utilisé chez les deux MEDCO la collaboration et la consultation correspondent au mode fonctionnement qu'ils ont avec leurs IDEC. Ils réalisent également très peu de mission seul. On peut en conclure que les IDEC sont en permanence sollicités et ont une place prépondérante dans les missions du MEDCO.

Les missions et activités des directeurs sont multiples et variés et sont axées sur trois domaines :

- ✓ Stratégique

- ✓ Coordination
- ✓ Responsabilité opérationnelle (réalisation des projets, conduite générale de l'établissement).

Ses activités varient en fonction des délégations de pouvoir qui lui sont attribués, de sa position dans l'organigramme de direction, des missions et la taille de l'établissement.

Le domaine stratégique est purement de sa responsabilité et prend une place prépondérante dans son travail, il est donc amené à déléguer certaines activités du domaine de la coordination et opérationnelle.

On peut constater que pour le directeur<sup>1</sup> le mode participatif correspond au moyen d'intervention de l'IDEC dans ses missions

Pour le directeur 3 l'IDEC intervient tant que collaboratrice.

Contrairement aux MEDCO, les directeurs délèguent certaines missions aux IDEC,

- ✓ Gestion et animation des ressources humaines (Délégation à l'IDEC pour l'équipe soignante)
- ✓ Gestion des stocks et rachat des équipements (délégation à l'IDEC pour les DIM)
- ✓ Organisation du fonctionnement de l'établissement (délégation de l'organisation du pôle soin à l'IDEC)
- ✓ Mise en œuvre du projet d'établissement

#### **e. Les Attentes du:**

##### **MEDCO vis-à-vis de l'IDEC :**

Le MEDCO attend de l'IDEC, des compétences accrues de communication (« remontées d'informations, courroie de transmission »), de connaissance de l'EHPAD et des résidents, Il doit pouvoir faire confiance, compter sur l'IDEC pour « mettre en œuvre » « relayer » impulser ces idées et décisions.

### **IDEC vis à vis du MEDCO :**

Les attentes des IDEC sont de l'ordre relationnel (respect mutuel, écoute, travail d'égal à égal, confiance mutuelle) et communicative (« fluidité des informations, caisse de résonance »). L'IDEC a effectivement tout à gagner en gardant une bonne relation avec le MEDCO. N'étant présent qu'à temps partiel, il a une vision distancé de l'EHPAD qui peut aider l'IDEC dans les difficultés qu'elle rencontre au quotidien.

### **Directeur vis-à-vis de l'IDEC :**

Il apparait que les attentes du directeur concernent plus les compétences managériales de l'IDEC : encadrement, organisation, communication et collaboration, avec le personnel qui travail auprès des résidents. Leurs bien être dépend en parti des capacités managérial de l'IDEC puisqu'il (elle) est garant auprès du directeur de la cohérence de l'ensemble des actions mené autour du résident par les équipes dans une recherche constante de qualité.

L'IDEC doit également « relayer, porter, véhiculer, faire valoir, les décisions impulsés par le comité de direction, même si elle n'est pas d'accord. Aller dans le même sens.

### **IDEC vis-à-vis des directeurs :**

On remarque une fois de plus que l'aspect relationnel, la communication dans le travail priment dans les attentes des IDEC vis-à-vis des directeurs.

L'IDEC et le directeur sont présents au quotidien dans l'EHPAD, et leurs prérogatives se chevauchent (ex : gestion du personnel, relation avec les familles...), il est donc essentiel pour eux de garder une bonne relation afin de maintenir un discours cohérent et commun.

Il apparait effectivement que l'aspect relationnel du trio soit un élément essentiel pour la bonne marche de l'EHPAD. Dans un trio il arrive qu'un des membres soit exclu :

C'est le cas du directeur 2 que je n'ai pas pu rencontrer. il est important de rappeler que chacun, seul, ne peut rien, seule la capacité d'écoute et une certaine humilité peuvent permettre l'efficiencie du trio.



## **f. Trio = la bonne formule pour une meilleur gestion de l'EHPAD ?**

Le concept du trio ne semble pas correspondre pour une bonne gestion de l'EHPAD, il n'y a qu'un MEDCO et une IDEC sur les 7 personnes interrogés qui approuve cette formule.

La présence de comité de direction constitue une force et permet de gérer l'établissement dans toutes ses dimensions, en essayant d'être au plus juste dans les choix qui sont faits.

Selon le directeur 3, but est de maintenir la dimension de médico-social, d'accompagner des personnes âgées autour d'un projet d'établissement, qui est bien plus large que le projet de service ou le projet de soins.

C'est un équilibre entre l'hébergement, l'accompagnement social et l'accompagnement purement médical. (Qui est second selon le directeur 3).

## IV. CONCLUSION

Dans ce fonctionnement de trio l'IDEC est la dernière-née de la convention tripartite. Elle peine à se faire reconnaître, à trouver sa place, Ce n'est pas qu'elle soit de trop mais qu'il faille définir sa position, légitimer sa place dans l'EHPAD au sein du trio. Les MEDCO et les directeurs disent qu'elle n'est pas une « vraie »IDEC, sa fiche de poste n'a de valeur que celle que lui confère les MEDCO et/ou les directeurs (au gré de l'activité des EHPAD). Pourtant on exige d'elle des compétences accrues un professionnalisme. Elle occupe une place importante dans la mise en œuvre des missions du médecin coordonnateur et du directeur, Elle doit être garante de la cohérence de l'ensemble des actions mené autour du résident par les équipes dont elle la charge. Les IDEC sont les « yeux et les oreilles » des MEDCO.

L'accession aux poste n'est pas règlementé de ce fait la majorité des IDEC n'ont pas de réelles qualifications. Les organismes de tarifications ont imposé une professionnalisation du métier de directeur et de médecin coordonnateur et une accession à ces postes par une formation qualifiante et diplômante. Pourquoi ne pas en faire de même pour le poste de l'IDEC ?

Rappelons que, nombreuses sont les IDEC qui, vivent au quotidien ce problème de manque de reconnaissance, de difficultés à se positionner. Cette situation perdurera quel que soit le groupe auquel l'IDEC appartient (un trio, un comité de direction) ou tout simplement dans sa fonction managériale face aux IDE. La question que l'on doit se poser aujourd'hui c'est :

A quand la création d'un décret qui encadrera cette profession à l'instar de celui du MEDCO et celui des directeurs ?

