

# LA COMMUNICATION EHPAD / SSIAD ET PROFESSIONNELS LIBERAUX :

## Quel rôle et quels enjeux pour l'infirmière coordinatrice ?



### Diplôme Universitaire Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD (IRCO)

**Etudiantes :**

HERNANDEZ Laure

FERRON Suzy

GRACIO-CHATEIGNER Véronique

**Directrice de mémoire :**

SURY Brigitte

## SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>page 1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>pages 2-3</b>
<b>I. PROBLEMATIQUE ET CONTEXTE DE DEPART</b>	
1.1 Cadre conceptuel.....	pages 3-6
1.1.1 Contexte national.....	pages 3-4
1.1.2 Missions de l'IDEC.....	pages 4-5
1.1.3 Secret professionnel.....	pages 5-6
1.2 Questionnement et hypothèse de départ.....	page 7
<b>II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE</b>	
2.1 Entretiens exploratoires.....	page 8
2.2 Elaboration du questionnaire.....	page 9
<b>III. RESULTATS</b>	
3.1 Résultats de l'enquête.....	pages 9-16
3.2 Analyse des résultats.....	pages 17-21
<b>IV. DISCUSSION</b>	
4.1 Constat actuel.....	pages 21-22
4.2 Perspectives d'évolution.....	pages 22-24
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>pages 25-28</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>page 29</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>page 30</b>
<b>ANNEXES</b>	
<u>Annexe 1</u> : Questionnaire.....	pages 31-35
<u>Annexe 2</u> : Carte d'identité de l'IDEC.....	page 36
<b>RESUME/SUMMARY.....</b>	<b>pages 37/38</b>

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions Madame SURY Brigitte, cadre supérieure chargée des formations continues et de la coordination des instituts de formation au CHU de POITIERS, notre directrice de mémoire, qui a partagé son enthousiasme dans le choix du sujet. Elle nous a soutenues, encouragées et a apporté de multiples conseils permettant de mûrir notre réflexion.

Nous remercions l'ensemble des formateurs de l'Université Paris Descartes qui nous ont apporté les connaissances nécessaires pour assurer la fonction d'Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat Coordinateur(trice) (IDEC) ainsi que leur partage d'expériences.

Nous remercions l'ensemble des professionnels ayant participé à nos entretiens et ayant pris le temps de répondre à notre questionnaire.

Nous remercions l'ensemble des personnes de notre entourage professionnel et personnel qui nous ont apporté conseils et soutien.

Enfin, nous remercions la Fédération Française des Infirmier(ère)s Coordinateur(trice)s (FFIDEC) pour toutes les actions qu'elle entreprend afin de valoriser et de réglementer la « profession » d'IDEC.

## INTRODUCTION

Face à l'augmentation croissante du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans - nous approchons les 6 millions en France – les politiques de Santé Publique ne cessent de se développer en faveur de la prise en charge de cette population. Il existe une volonté de développer les possibilités d'aides pour favoriser le maintien à domicile (Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Service d'Aides A Domicile (SAAD), domotique) tout en augmentant le nombre d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Or il est à noter que les personnes âgées aujourd'hui, du fait de l'augmentation de la durée de vie, sont souvent porteuses de multi-pathologies qui les rendent de plus en plus dépendantes.

Or parallèlement à cet état de fait, nous sommes confrontés à une diminution du nombre de médecins traitants, mais aussi de tous les professionnels de santé intervenants auprès de ces personnes âgées dépendantes.

Face à ce constat, comment répondre au mieux à leurs besoins de santé tout en assurant une démarche de qualité des soins ?

La loi<sup>1</sup> pose en effet les principes de la « continuité des soins » ainsi que la mise en place de « bonnes pratiques », mais cette mise en place s'avère parfois difficile. Une communication inexistante ou « déficiente » aura aussi des conséquences délétères sur la prise en charge du résident-patient.

Alors, comment faire pour que, au quotidien, la qualité de communication entre les soignants de terrain et les intervenants libéraux auprès du patient, demeure efficace et de qualité ?

En tant qu'infirmières coordinatrices en EHPAD et en SSIAD nous nous posons la question suivante : « que pourrions-nous faire dans le cadre de notre fonction de coordinatrice pour

---

<sup>1</sup> Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

améliorer la communication entre les infirmiers et les différents intervenants ; quel rôle avons-nous à jouer dans cette communication ? ».

L'IDEC peut-elle agir « seule » dans ce cadre ou a-t-elle nécessairement besoin de travailler en collaboration avec le médecin coordonnateur ? Peut-elle initier certaines pratiques et les faire valider par le médecin coordonnateur et la direction ? L'IDEC travaille en effet dans un cadre précis, sous l'autorité d'une direction et dans le cadre d'une politique d'établissement fixée par cette dernière et en adéquation avec la politique nationale de santé.

## **I. PROBLEMATIQUE ET CONTEXTE DE DEPART**

### **1.1 Cadre conceptuel**

#### **1.1.1 Contexte national**

Notre système de santé doit faire face d'une part à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment du nombre des plus de 75 ans et d'autre part répondre à leur demande de soins de plus en plus spécifique du fait de leur âge et de leur état de santé. Ces personnes sont plus fragiles, souvent poly pathologiques, ce qui peut entraîner une perte d'autonomie allant souvent jusqu'à la dépendance. Il convient donc de penser « sa santé » tout au long de sa vie et l'intégrer dans une sorte de « parcours ».

Les politiques nationales s'interrogent et souhaitent que toutes les personnes âgées puissent bénéficier de soins de qualité, quelles que soient leur condition physique, leur catégorie sociale et leur situation géographique. En effet, nous connaissons tous la problématique des « déserts médicaux » où de plus en plus de citoyens sont confrontés à un déficit de soins.

Les réflexions avancent. Nous parlons aujourd'hui de la notion de « projet de soins de la personne » qui devient acteur de sa santé ; projet réalisable avec le Dossier Médical Partagé.

Les plans et réflexions se multiplient, tel le Rapport LIBAULT<sup>2</sup> sur la « concertation grand âge et autonomie ». Il propose dix axes pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie ». Importance pour nous du deuxième axe qui propose la mise en place d'un « plan national pour les métiers du grand âge ». Ce plan doit permettre une transformation des modes de management, ainsi qu'une hausse des effectifs du personnel exerçant auprès des personnes âgées en revalorisant leurs métiers. Donner une formation « ambitieuse » de façon à revaloriser les professions de santé et d'aide à la personne âgée fera partie des missions que Myriam El KHOMRI devra piloter.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander comment évoluera le rôle des infirmières coordinatrices en EHPAD et en SSIAD.

### **1.1.2 Missions de l'IDEC**

La profession d'IDEC aujourd'hui n'est pas clairement définie par la loi.

Les IDEC en EHPAD et les référents.es en SSIAD sont rattachés au métier d'infirmiers(ières) relevant du Décret du 29 Juillet 2004.

Les IDEC en EHPAD font parties d'un « trio ». Elles travaillent sous la responsabilité hiérarchique et en collaboration avec le directeur d'établissement et sous la responsabilité médicale et en collaboration avec le médecin coordonnateur; l'objectif étant d'avancer dans un projet commun, en adéquation avec le projet d'établissement.

Nous savons que sur le terrain, les IDEC font fonction d'interface entre les différents professionnels afin d'optimiser la prise en charge des usagers et de leur famille. Leurs missions ne sont pas clairement définies, c'est pourquoi la FFIDEC propose de construire, en vue d'un diplôme national, un référentiel commun de certification.

*Il s'appuiera sur cinq "missions" de l'IDEC, à l'image de celles des médecins coordonnateurs.<sup>3</sup>*

---

<sup>2</sup> Rapport remis en mars 2019 à la ministre de la Solidarité et de la Santé, Agnès BUZYN

<sup>3</sup> Missions de l'IDEC définies par la FFIDEC

- *Mission 1: Egaliser et coordonner la production de soins dans un souci de continuité et de qualité*
- *Mission 2: Contribuer au déploiement de la politique institutionnelle au regard du cadre réglementaire défini par nos instances*
- *Mission 3: Gérer les RH et manager les équipes*
- *Mission 4: Garantir la production de bonnes pratiques gériatriques*
- *Mission 5: Promouvoir et coordonner les partenaires de la filière gérontologie dans une dynamique de mutualisation de moyens et de collégialité.*

A la lecture de ce document, nous voyons bien que l'IDEC a un rôle dans la qualité de la communication entre les différents intervenants dans sa mission de coordinatrice. Que doit-elle faire pour que cette communication, aussi bien interne qu'externe, soit de qualité, dans la continuité du parcours de soins de la personne et garantisse le respect du secret professionnel ?

### **1.1.3 Secret professionnel**

Ce thème est indissociable de notre sujet de mémoire.

En effet comment aborder la communication entre professionnels libéraux et professionnels d'Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux(ESMS) sans en aborder les limites liées aux contraintes légales ?

C'est pourquoi nous avons choisi de faire ces quelques rappels qui nous ont permis de cadrer notre réflexion.

***Secret médical** : définition et droits du malade. Le secret médical est un des droits fondamentaux du malade et sa violation est sanctionnée par le Code pénal et le Code de la santé publique.<sup>4</sup>*

---

<sup>4</sup> Article L.1110-4 du code de la santé publique relatif au secret professionnel

Le secret médical doit être appliqué par tous les professionnels amenés à intervenir auprès d'une personne ayant des problèmes de santé, à savoir le médecin, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pédicures, les podologues, les orthophonistes...

Or nous avons bâti notre hypothèse de travail sur l'idée qu'une communication facilitée entre tous ces intervenants permettrait une prise en charge globale de meilleure qualité chez les personnes âgées prises en charge en EHPAD ou en SSIAD.

Il existe une notion sur laquelle nous nous sommes appuyées et qui nous a permis de développer notre idée de départ en tenant compte de cet impératif, il s'agit du secret médical partagé.

### ***Le secret médical partagé pour assurer la continuité des soins***<sup>5</sup>

*Pour assurer la continuité des soins ou pour déterminer la meilleure prise en charge possible, les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'échanger des informations sur le patient qu'ils prennent en charge, et ce au-delà de la notion de secret médical. La loi a défini cette notion de « secret partagé » et en a précisé les limites (article L1110-4 du code de la santé publique). Au-delà de ces limites, il est question de violation du secret.*

*Bon à savoir : les règles sont différentes selon la structure de prise en charge (cabinet médical, établissement de santé, centre ou maison de santé...). La règle générale veut néanmoins que, en tant que patient, vous puissiez refuser à tout moment que des informations vous concernant soient communiquées à un ou plusieurs professionnels de santé.*

## **1.2 Questionnement et hypothèse de départ**

Notre question de départ était la suivante : « comment améliorer la communication entre les infirmières et les intervenants libéraux (kinésithérapeutes, médecins généralistes, orthophonistes et autres) pour une meilleure prise en charge des résidents-patients ? ». Nous partons du postulat selon lequel sans une communication de qualité entre les différents intervenants, le principe de continuité des

---

<sup>5</sup> Article L.1110-4 du code de la santé publique relatif au dossier partagé



soins ne peut aboutir correctement. Et que la qualité des soins administrés à la personne ne sera pas satisfaisante. Or, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le principe de « bonnes pratiques professionnelles ». En tenant compte de tous les objectifs nationaux et des contraintes légales, nous constatons au quotidien dans nos pratiques professionnelles que des difficultés pratiques persistent et empêchent une cohésion optimale autour des Personnes Agées (PA) prises en charge en SSIAD ou en EHPAD. L'une de ces constatations est la communication parfois difficile avec les intervenants libéraux qui constituent la prise en charge pluri-professionnelle dont ont besoin les PA. Il est en effet compliqué de trouver des professionnels libéraux qui se déplacent sur le lieu de vie du patient, par manque de temps ou des charges de travail trop importantes. De plus, quand ils parviennent à se déplacer ils ne disposent alors que de très peu de temps à consacrer à la transmission des informations permettant une coordination des soins et une prise en charge optimisée. Par exemple, comment le médecin traitant pourrait-il traiter une douleur qui n'apparaît que lors des mobilisations avec le kinésithérapeute si aucune transmission n'a été tracée à ce sujet ? Force est de constater que la centralisation des informations est indispensable et que dans ce domaine l'IDEC peut s'avérer être le pivot d'une communication améliorée. Mais comment ? De quels outils dispose-t-elle ? Quels sont ceux qu'elle doit favoriser ? C'est la question que nous nous sommes posée et qui a été à l'origine de notre enquête.

## **II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE**

### **2.1 Entretiens exploratoires**

En nous appuyant sur ces différents concepts, nous avons essayé de comprendre pourquoi des difficultés de communication pouvaient exister dans nos établissements, EHPAD ou SSIAD, et de mettre en lien ses difficultés et le rôle de l'IDEC dans leur résolution.

Dans le cadre de sa fonction de coordinatrice des acteurs médicaux et paramédicaux, que peut faire l'IDEC pour tenter d'améliorer cette communication entre les infirmières et ces intervenants ?

De plus, que dire de la qualité de cette communication ? Est-elle plus efficace en présence d'outils informatisés ? Il a été soulevé également que les professionnels de santé se croisent rarement au sein de la structure et qu'il serait bon de trouver un moyen pour faire du lien pour le suivi du résident.

Afin de répondre à ces questions, nous avons fait passer chacune un entretien exploratoire auprès d'un intervenant libéral (médecins et kinésithérapeute), au sein même de nos structures.

Ces entretiens étaient semi-directifs de façon à laisser une grande liberté d'expression à nos interlocuteurs. Ainsi, nous avons pu en retirer les grandes lignes à intégrer dans notre questionnaire.

Ces entretiens exploratoires nous ont permis de mettre à jour un sentiment de manque d'accompagnement dans l'utilisation des outils de communication existants dans ces structures. Souvent, ils ne savent pas à qui s'adresser, ni comment le faire.

Nous constatons, au cours de nos pratiques professionnelles, que la mise en place de soins efficaces est d'autant plus difficiles quand on ne peut pas avoir de relation avec les intervenants libéraux.

## **2.2           Élaboration du questionnaire**

L'analyse de ces entretiens exploratoires nous a permis de construire notre question de départ: **Communication EHPAD/SSIAD et professionnels libéraux: quel rôle et quels enjeux pour l'infirmière coordinatrice?**

Nous avons choisi de construire un questionnaire en ligne que nous avons diffusé auprès de médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues et psychomotricien tous intervenants en activité libérale dans des EHPAD ou des SSIAD. Nous avons ainsi diffusé 35 questionnaires sur une période de deux mois et en avons récolté 25.

Un message expliquant notre démarche accompagnait notre questionnaire malgré cela 10 des personnes auxquelles nous avons expédié ce questionnaire n'ont pas répondu. La conclusion que nous en tirons est que peut être que ce travail à distance, sans possibilité de complément d'informations ou de précisions reste impersonnel et peut être peu attractif.

Cependant nous avons pu exploiter les questionnaires que nous avons recueillis et vous en présentons les résultats.

### III. RESULTATS

#### 3.1 Résultats de l'enquête

##### Communication EHPAD/SSIAD et professionnels libéraux : quel rôle et quels enjeux pour l'infirmière coordinatrice

###### 1. Quelle profession libérale exercez-vous ?

Nombre de participants : 25

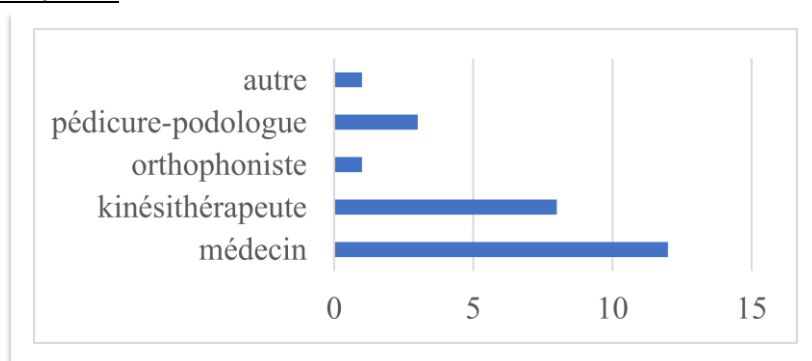
12 (48.0%): médecin

7 (32.0%): kinésithérapeute

1 (4.0%): orthophoniste

(12.0%): pédicure-podologue

1 (4.0%): Autre



Réponse(s) du champ supplémentaire :

- Psychomotricienne

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

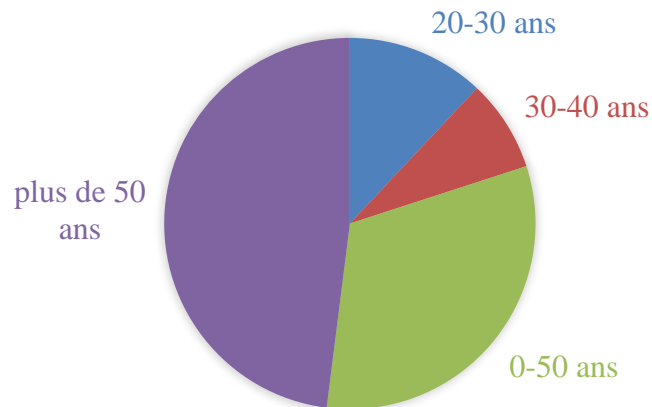
Nombre de participants : 25

3 (12.0%): 20-30 ans

2 (8.0%): 30-40 ans

8 (32.0%): 40-50 ans

12 (48.0%): plus de 50 ans

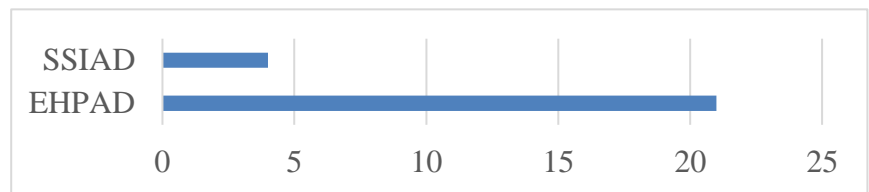


3. Dans quel type de structure intervenez-vous ?

Nombre de participants : 25

21 (84.0%): EHPAD

4 (16%): SSIAD



4. A quelle fréquence y intervenez-vous ?

Nombre de participants : 24

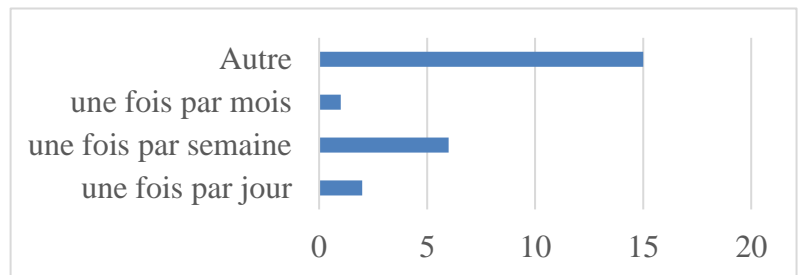
2 (8.3%): une fois par jour

6 (25.0%): une fois par semaine

1 (4.2%): une fois par mois

(0.0%): moins d'une fois par mois

15 (62.5%): Autre



Réponse(s) du champ supplémentaire :

- 3 fois par semaine

- 3x / semaine

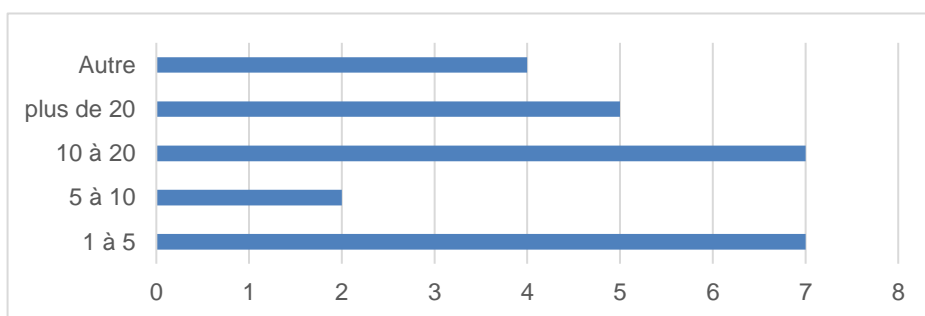
- Jamais

- Selon les besoins
- Une fois par trimestre
- Une fois par trimestre
- Deux fois par an
- Deux fois par semaine
- Trois fois par semaine
- Deux fois par an
- En cas de besoin lors des remplacements
- Activité libérale, intervention au domicile des patients selon les besoins de rééducation
- Mi-temps salarial
- Rarement
- 2 fois par semaine

5. Combien de personnes âgées prenez-vous en charge dans ces structures ?

Nombre de participants : 24

- 7 (29.2%): 1 à 5
- 2 (8.3%): 5 à 10
- 7 (29.2%): 10 à 20
- 5 (20.8%): plus de 20
- 4 (16.7%): Autre



Réponse(s) du champ supplémentaire :

- Zéro actuellement
- Aucune
- Groupevet pec individuel en EHPAD + 10 esa

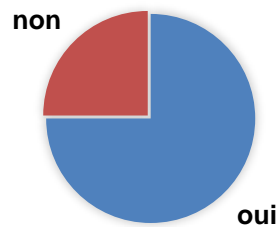
- Aucune

6. Avez-vous un interlocuteur privilégié au sein de la structure ?

Nombre de participants : 24

18 (75.0%): oui

6 (25.0%): non



7. Si oui lequel ?

Nombre de participants : 19

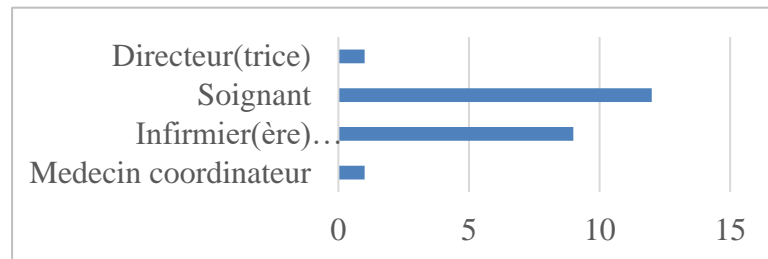
1 (5.3%): Directeur(trice)

1 (5.3%): Médecin coordinateur

9 (47.4%): Infirmier(ère) coordinateur(trice)

12 (63.2%): Soignants

(0.0%): Autre



8. De quel moyen de communication disposez vous pour communiquer avec vos interlocuteurs?

Nombre de participants : 21

- 12 (57.1%): téléphone

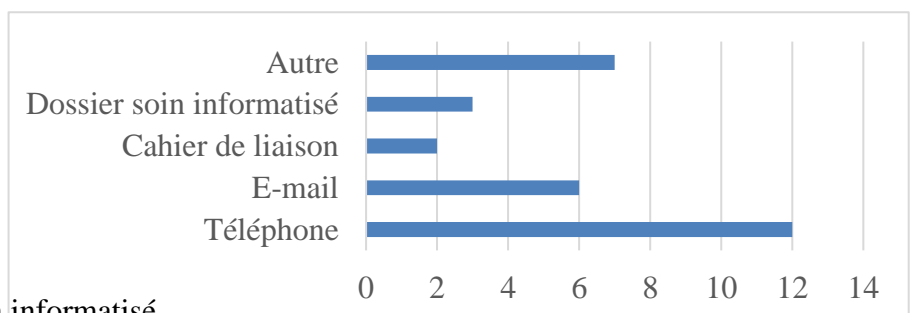
- 6 (28.6%): e-mail

- 2 (9.5%): cahier de liaison

- 3 (14.3%): dossier de soin informatisé

- (0.0%): télémédecine

- 7 (33.3%): Autre



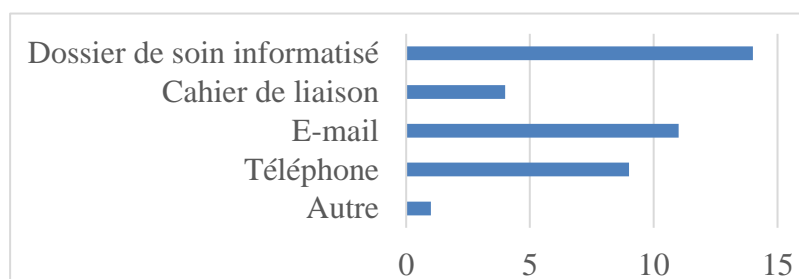
Réponse(s) du champ supplémentaire :

- Échange oral
- Dossier informatisé /cahier de liaison/téléphone
- Parole
- Communication orale
- En face
- Logiciel de l'établissement

9. Lequel de ces outils vous semble le plus fonctionnel?

Nombre de participants : 23

- 9 (39.1%): téléphone
- 11 (47.8%): e-mail
- 4 (17.4%): cahier de liaison
- (60 .9%): dossier de soin informatisé
- (0 .0%): télé-médecine
- 1 (4 .3%): Autre



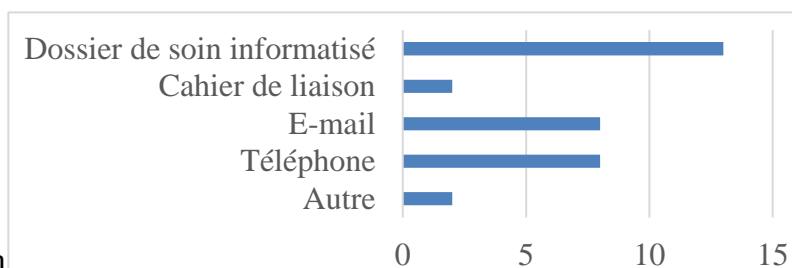
Réponse(s) du champ supplémentaire :

- Transmissions et mails par logiciel de l'établissement

10. Au quotidien lequel de ces outils utiliseriez-vous le plus volontiers?

Nombre de participants : 23

- 8 (34 .8%): téléphone
- 8 (34 .8%): e-mail
- 2 (8.7%): cahier de liaison
- 13 (56.5%): dossier de soin informatisé
- (0 .0%): télé-médecine



2 (8.7%): Autre

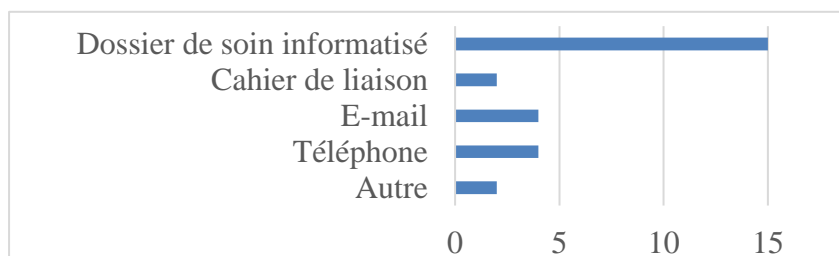
Réponse(s) du champ supplémentaire :

- Contact direct
- transmissions et mails par logiciel de l'établissement

11. Selon vous, lequel de ces outils permettrait la prise en charge la plus fiable et satisfaisante possible?

Nombre de participants : 23

4 (17.4%): téléphone  
4 (17.4%): e-mail  
2 (8.7%): cahier de  
liaison



15 (65.2%): dossier de soin informatisé  
(0.0%): télé-médecine  
2 (8.7%): Autre

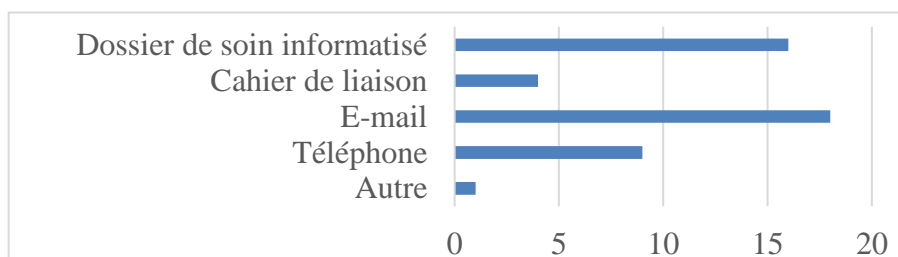
Réponse(s) du champ supplémentaire :

- Contact direct
- transmissions et mails par logiciel de l'établissement

12. A votre connaissance, les établissements dans lesquels vous intervenez mettent-ils à votre disposition l'un de ces outils?

Nombre de participants : 22

9 (40.9%) : téléphone  
18 (27.3%): e-mail





4(18.2%): cahier de liaison

16 (72.7%) : Dossier de soin informatisé

1 (4.5%): Autre

(0.0%): télé-médecine

Réponse(s) du champ supplémentaire :

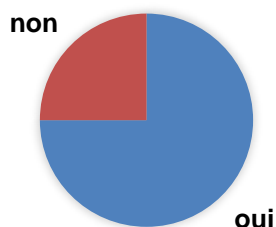
- Contact direct

13. Connaissez vous l'infirmier(ère) coordinateur(trice) du ou des établissements dans lesquels vous intervenez?

Nombre de participants : 23

18 (78.3%) : oui

5 (21.7%) : non

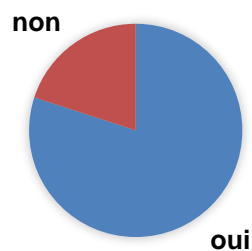


14. Connaissez vous son rôle au sein de l'établissement?

Nombre de participants : 20

16 (80.0%) : oui

4 (20.0%) : non

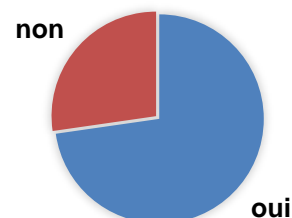


15. Pensez vous qu'il est de son rôle de mettre en place des outils de communication avec les intervenants et d'en assurer l'efficacité?

Nombre de participants : 20

16 (80.0%) : oui

4 (20.0%) : non



16. En quoi selon vous l'infirmier(ère) coordinateur(trice) peut jouer un rôle dans l'amélioration de la communication avec les intervenants libéraux?

Nombre de participants : 18

- Interlocutrice privilégiée
- Interface entre les soignants et le médecin libéral
- Par son accueil dans la structure
- Accompagner les intervenants libéraux
- Régler les problèmes
- Assister les médecins libéraux
- Créer un accès au logiciel de soins
- Former au logiciel de soins
- Supervision et contrôle des infirmières afin que celles-ci fassent bien passer les messages aux médecins
- Soutien dans l'accompagnement à l'utilisation du logiciel de soins
- Est une ressource pour le médecin
- C'est le rôle qu'elle accomplit
- Je ne sais pas : administration
- Mise en place du logiciel de soins et vérification des informations
- Mise en place d'une messagerie interne avec alerte lors d'une nouvelle information
- Être présente en cas de questionnement
- C'est un grand soutien pour les médecins
- Dans la communication du dossier médical et le suivi du parcours de soins lié à une consultation ou une hospitalisation par exemple. Mais cet échange doit être réciproque bien sûr, c'est la raison pour laquelle je privilégie la communication directe par téléphone, plus rapide et réactive.
- Pas assez de communication par trop de travail donc à améliorer

- Se faire connaître

- Dans ma pratique, une bonne collaboration est établie avec l'infirmier(e) coordinateur(trice). Les transmissions par le logiciel de l'ehpad ou directs sont aussi relayés par l'équipe d'infirmiers et infirmières. La qualité de la communication est peut-être en partie dépendante de la fréquence des rencontres, de la fréquence des échanges entre les différents praticiens.

### **3.2 Analyse des résultats :**

Il est à noter que chaque question dès la question 3 était ouverte à des choix multiples.

Questions 1 et 2 : Nous avons souhaité que le panel de participants à notre questionnaire soit varié, c'est pourquoi nous l'avons transmis à différents professionnels susceptibles d'intervenir en SSIAD ou en EHPAD.

Les résultats montrent une majorité de participants médecins cependant la notion de nécessité d'intervenants variés auprès de la population âgée dépendante nous apparaît clairement avec la participation de 8 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 3 pédicure-podologue et 1 psychomotricienne.

Notons également que 70% du panel est âgé de plus de 40 ans et a probablement une expérience dans l'expérimentation des différents modes de communication entre professionnels et leur évolution.

Questions 3 ; 4 et 5 : Ces questions nous montrent que notre panel, intervenant quasi exclusivement en EHPAD, les résultats de notre enquête seront beaucoup plus significatifs concernant les modes de communication utilisés dans ce type d'établissement.

Notons que les fréquences d'intervention sont très variables allant d'une fois par jour à deux fois par an avec des prises en charges allant de une à plus de 20 personnes visitées ; Malheureusement notre enquête ne nous permet pas de mettre en corrélation les professions face aux nombres de patients pris en charge et à la fréquence des visites, mais gardons en tête que 48% des participants à notre enquête sont médecins et 32% kinésithérapeutes, ces deux professions constituent donc 70% de notre panel et sont donc significativement représentatives des fréquences et nombre de patients pris en charge.

Questions 6 et 7 : Il ressort des réponses à ces questions que pour les 75% d'intervenants qui ont un interlocuteur privilégié ces derniers sont essentiellement les soignants (sans précision de fonction) ou l'IDEC. Le rôle prépondérant de l'IDEC est ici mis à jour ainsi que l'importance du soin et de tous les métiers paramédicaux pour une prise en charge globale et bienveillante autour du patient puisque les interlocuteurs privilégiés de la prise en charge de la personne âgée dépendante sont des soignants. Cette notion de prise en charge globale et pluri- professionnelle pour une prise en charge optimale et une meilleure prévention de la perte d'autonomie est un des points importants du plan « grand âge et autonomie » présenté par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé en mai 2018. Auparavant la loi d'adaptation de la société au vieillissement mettait déjà cet aspect de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie en avant notamment avec la réforme de l'Allocation Pour l'Autonomie (APA) et la prévention de la perte d'autonomie qui impliquent un accompagnement global par différents professionnels de santé s'adaptant aux besoins spécifiques de chaque personne.

Questions 8 et 9 : Il ressort de cette question que les échanges oraux, directs ou par téléphone sont largement privilégiés et utilisés dans les structures où travaillent notre panel. Se posent alors les questions du secret professionnel et de la traçabilité. Comment peut-on assurer une

continuité de soins si les informations échangées ne sont pas tracées et donc non mises à disposition de tous les intervenants ? La traçabilité dans le dossier du patient est une étape essentielle de la prise en charge soignante du patient. Son importance est majeure dans le suivi clinique et la continuité des soins. Le dossier du patient constitue aussi un élément de preuve qui peut engager la responsabilité du soignant ou de l'établissement dans la prise en charge du patient. Un élément de preuve à charge ou à décharge... Toutefois l'absence de traçabilité est toujours un élément de présomption de la culpabilité du soignant et mettra en difficulté les intervenants qui n'ont pas assisté aux échanges oraux s'ils ne lui ont pas été retranscrits.

Le dossier de soins informatisé ou le cahier de liaison ne représentent que 14.3% et 9.5% des outils connus et mis à disposition dans les établissements connus de notre panel. Cependant, ils estiment à 60.9%,( nous pouvons ajouter à ceux-là les 4.3% qui parlent du logiciel de l'établissement que nous pouvons associer au dossier informatisé) qu'il est l'outil le plus fonctionnel mis à leur disposition.

Une question émane de ces réponses sachant qu'une majorité d'établissements sont aujourd'hui équipés de logiciels de soins et par la même de dossiers de soins informatisés: les intervenants libéraux sont-ils toujours suffisamment informés de leur existence et formés à leur utilisation ?

Le rôle de l'IDEC dans cet accompagnement n'est-il pas une évidence?

Question 10 : Les réponses à cette question nous apprennent que le dossier de soins informatisé est le moyen de communication qui serait le plus apprécié à utiliser, par notre panel, la condition étant que les intervenants aient été informés de son existence et formés à son utilisation. Le téléphone et les e-mails restent tout de même des moyens de communication appréciés cependant des problèmes de traçabilité et de confidentialités sont

toujours présents avec ces deux systèmes. Il pourra être proposé que l'IDEC prenne en charge une retranscription des informations transmises par ces deux moyens de communication dans le dossier de soin informatisé pour en assurer la traçabilité sous condition que soient assurées les conditions légales de retranscription (date, noms, heure, sujet, pas de retranscription de prescriptions).

Question 11 : Lorsqu'il s'agit de définir l'outil le plus fiable, l'utilisation de l'outil informatique est clairement plébiscitée par 73,9%. En effet les logiciels de soins proposés et utilisés en EHPAD ou en SSIAD comportent tous un système de sécurisation des données comme cela est préconisé dans le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Les professionnels de santé étant tous concernés par le secret médical et le secret partagé, il nous apparait que ce mode de communication doit être développé et utilisé à grande échelle.

Question 12 : Cette question nous permet de mettre en évidence la connaissance des intervenants de l'existence des dossiers de soins informatisé dans la plupart des établissements où ils interviennent puisque 72.7% de notre panel en a connaissance et nous renvoie directement à la question 8 où l'on apprend que seuls 14.3% d'entre eux utilisent ce moyen pour communiquer avec les différents intervenants auprès des patients. Alors pourquoi aussi peu d'utilisateurs alors que ce mode de communication existe et qu'il est défini comme étant le plus fiable?

Questions 13 ; 14 et 15 : Nous avons choisi de questionner notre panel sur sa connaissance de l'existence de l'IDEC et de ses missions, il est important de constater de 80% des participants connaissent son existence et son rôle dans la communication autour du patient

et entre les différents intervenants libéraux. L'IDEC a pour eux un rôle central à jouer dans cette organisation.

Question 16 : Dans les réponses à cette question ouverte le rôle prépondérant de l'IDEC dans la communication est largement repris mais on y découvre également une attente relative à l'accompagnement quant à la mise à disposition du logiciel de soins et à la formation à son utilisation. L'IDEC serait donc le pivot de la bonne communication entre les différents intervenants libéraux de par:

- sa connaissance des compétences de chacun , des besoins des patients et des intervenants
- sa maîtrise de l'outil informatique qu'est le dossier de soins informatisé
- sa capacité à centraliser toutes les informations concernant une prise en charge afin de la rendre la plus efficace et sûre possible.

## **IV. DISCUSSION**

### **4.1 Constat actuel**

Plusieurs outils de communications sont aujourd'hui utilisés tels:

**La communication verbale directe:** Indispensable aux relations humaines et à l'établissement d'une relation de confiance, mettre un visage sur un interlocuteur lui donne une toute autre crédibilité. Agréable car personnalisée et interactive mais intraçable.

**Le téléphone:** rapide et pratique mais peu fiable (comment être sûr de l'identité de notre interlocuteur) et ne permettant pas la prescription, sauf dans le cas de communications enregistrées par les services d'urgence tels que SAMU ou pompiers.

**Les e-mails:** Rapides et clairs mais non sécurisés

**Le cahier de liaison** : simple cahier permettant aux intervenants de noter leurs interventions et observations, il reste au chevet du patient et donc accessible à tous y compris les non professionnels de santé induisant un manque de confidentialité.

**Le dossier de soins papier** : ce dossier est utilisé par les établissements pour noter les paramètres, les soins effectués et l'évolution de l'état général de la PA, il peut également servir aux échanges avec les partenaires extérieurs à l'établissement de santé. Archivage difficile et dossiers se remplissant très vite, perte d'information possible mais reste utile en cas de panne informatique.

**Le dossier de soins informatisé**: il a la même utilité que le dossier de soins papier mais présente l'avantage d'être sécurisé et de répondre aux normes RGPD puisque ses utilisateurs doivent posséder un code d'accès personnel. Il permet également de centraliser tous les documents concernant la PA (compte rendus, résultats d'examens, ordonnances, projet de vie personnalisé...). Nécessite une formation à son utilisation et un code d'accès.

**Dossier Médical Partagé (DMP) et télémédecine**: Bien que ces outils soient encore peu utilisés dans les ESMS ils sont présentés comme une évolution souhaitée par l'état et indispensable à une amélioration des prises en charges dans le parcours de soins notamment quand se déplacer jusqu'au lieu de vie ou du lieu de vie est difficile.

Comme cela est expliqué dans la feuille de route du virage numérique de Ma santé 2022, cette évolution est une décision nationale qui devra être soutenue et accompagnée par tous les professionnels de santé.

## **4.2 Perspectives d'évolution**

Attachons nous à présent au rôle de l'IDEC dans la mise en place et la bonne utilisation de ces différents modes de communication. Quel que soit l'outil utilisé, l'IDEC devra se faire connaître et ses fonctions devront être connues de tous les intervenants. Nous proposerons dans ce but la



création d'une carte d'identité de l'IDEC présentant son identité et ses missions au sein de la structure où elle exerce.

A l'occasion d'une commission gériatrique, mise en place par la direction de l'établissement en collaboration avec le MEDEC et l'IDEC, et à laquelle seront conviés tous les intervenants libéraux, il leur sera présenté l'outil de communication mis en place par l'établissement et ses modalités d'accessibilité. Dans ce contexte, nous devons rester attentifs à leurs besoins et à leurs impératifs exprimés.

Ces commissions permettront un retour d'expérience indispensable à l'amélioration des outils pour une meilleure prise en charge.

Le compte rendu de ces commissions sera confié à l'IDEC ce qui lui confèrera la responsabilité de transmettre ces conclusions et les axes d'amélioration envisagés.

Quel que soit l'outil l'IDEC se devra de participer à sa mise en place à sa bonne utilisation et à son évaluation.

Comme cela est expliqué par l'ANAES:<sup>6</sup>

*Un guide de gestion et d'utilisation du dossier, quand il est élaboré et mis à disposition des professionnels et particulièrement des nouveaux professionnels de l'établissement, favorise l'appropriation des règles par chacun de ceux qui interviennent dans le dossier. Il précise notamment la composition et le classement des éléments constitutifs du dossier lors de la prise en charge du patient, les règles d'utilisation des différents éléments constitutifs du dossier, le rôle et les responsabilités de chacun dans l'élaboration et la tenue du dossier du patient, le lieu où doivent être consignés les écrits de chaque intervenant (médecins, infirmiers, aides-soignants mais aussi travailleurs sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciennes, etc.). Ce guide décrit également les règles d'accessibilité au dossier des professionnels du service, les règles de circulation du dossier dans l'établissement et d'échanges d'informations avec les*

---

<sup>6</sup> ANAES règlement et recommandations de juin 2003 concernant le dossier du patient

*professionnels d'autres services. Il permet de connaître les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins à la fin du séjour hospitalier, le classement des documents avant archivage et le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la tenue du dossier. Ce guide est réactualisé autant que nécessaire.*

L'IDEC en accord avec sa direction, en collaboration avec le médecin coordonnateur en EHPAD et le personnel soignant devra choisir l'outil, le mettre en œuvre et permettre son utilisation à tous les intervenants en mettant en place un guide connu de tous et accessible à tous les intervenants qu'ils soient employés de la structure ou intervenants libéraux.

Concernant les outils informatiques tels les logiciels de soins qui nécessitent une budgétisation, l'IDEC pourra collaborer avec sa direction afin de prévoir, notamment au moment de la négociation du CPOM, le budget nécessaire à la mise en place et à l'entretien de l'outil le mieux adapté aux besoins de la structure. Dans ce domaine les connaissances professionnelles, organisationnelles et institutionnelles du trio directeur/médecin Co/IDEC seront indissociables. La mise en place et le développement du DMP et de la télémédecine sont quant à eux une évolution d'avenir à laquelle les ESMS devront s'adapter. Le rôle du trio sera encore prépondérant. En effet les outils informatiques devront être adaptés à cette modernisation du système de santé. Ils devront être accompagnés dans leur mise en œuvre, notamment par les IDEC. Leur rôle sera également de s'intéresser à ces évolutions et d'en assurer la bonne utilisation par tous les professionnels de santé travaillant en lien avec la structure.

## **CONCLUSION**

Ce travail de réflexion nous a permis de mettre en avant la difficulté d'aborder le sujet de la communication entre les professionnels de santé que ce soit en SSIAD ou en EHPAD. Effectivement, les relations entre le personnel de l'EHPAD OU SSIAD et les différents intervenants médicaux et paramédicaux peuvent s'avérer compliquer souvent simplement dû à un manque d'échange d'informations.

A travers les questionnaires, il est révélé que l'IDEC a un rôle prédominant pour améliorer la communication et la coordination entre les différents professionnels autour du résident que ce soit en SSIAD ou en EHPAD. Elle connaît parfaitement son terrain de travail puisqu'elle est l'interlocutrice privilégiée au sein d'une structure (elle recueille à la fois les informations descendantes de la Direction et les informations montantes de l'ensemble des salariés) ce qui facilite les échanges entre les différents professionnels. Elle collecte aussi la plupart des informations transmises par l'entourage.

Avec les partenaires extérieurs, les difficultés sont dues à un mode d'exercice différent. Le libéral est habitué le plus souvent à un travail solitaire (souvent il connaît son patient et son environnement depuis plusieurs années) mais, en structure, le libéral est confronté à une équipe pluridisciplinaire (dont un confrère médecin coordonnateur pour les médecins traitants) avec laquelle il doit travailler pour le meilleur suivi du patient.

Aussi, le 20 mars 2013, le Conseil d'Etat a rendu un arrêt (N°345885) concernant les contrats-types prévus par le décret N°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD dont un des enjeux était d'uniformiser les modalités d'exercice du praticien en EHPAD. Mais les professionnels sont rares à avoir signé ce type de contrat car ils veulent préserver leur caractère libéral de leur exercice professionnel. Ce contrat a pu être un frein dans une collaboration entre libéraux et structures.

C'est pourquoi l'IDEC sera la ressource « fiable » recherchée par le professionnel libéral. Elle pourra valoriser les effets bénéfiques d'un travail en une équipe pluridisciplinaire (amélioration de l'échange et de la traçabilité des informations, optimisation du temps de visite consacré au patient, pour éviter les pertes inutiles de recherche d'informations, pour faciliter la lecture par l'ensemble des intervenants). Si l'intervenant extérieur a la possibilité de programmer ses visites, l'IDEC pourra plus facilement se rendre disponible, elle pourra planifier une meilleure organisation des soins et donc la consultation du dossier se ferait dans de meilleures conditions. Il reste tout de même difficile de se mettre en accord entre professionnels pour utiliser un outil de communication commun. Chacun tentera de poursuivre l'utilisation de son outil de communication par habitude, par facilité, par manque de temps pour s'approprier une nouvelle méthode de travail et s'impliquera différemment au sein de la structure suivant le nombre de suivis de patients dont il est en charge.

Ainsi, l'IDEC, par le biais d'échanges réguliers, est garante du dossier de soins et donc a un rôle essentiel afin d'harmoniser les pratiques professionnelles. Elle devra se montrer patiente afin de sensibiliser au mieux à l'outil de travail choisi communément au sein de la structure. Elle devra faciliter la tâche de chaque intervenant extérieur en les guidant au mieux dans leur recherche d'informations afin d'alimenter au mieux le dossier unique du résident.

L'outil privilégié à travers les questionnaires serait un logiciel de soins informatisé pour améliorer les pratiques, pour le suivi de la continuité des soins 24H/24, pour rendre visible le travail effectué par une équipe pluridisciplinaire, pour éviter les risques d'erreur, une mauvaise compréhension des données transmises d'une personne à l'autre, pour une meilleure lisibilité des ordonnances, pour éviter les interactions médicamenteuses.... En bref, pour regrouper l'ensemble des informations concernant un même patient.

C'est un moyen efficace pour rassembler toutes les données de santé, administratives mais de nos jours, malgré des liens sécurisés mis en place, reste un doute sur la pérennisation de la

confidentialité du dossier au vu de tous les piratages existants au quotidien. Cet outil informatisé est fortement préconisé par les autorités compétentes ; le niveau d'exigence en matière de qualité de la traçabilité se modifie et doit également s'adapter aux nouvelles recommandations et réglementations.

Après accord de la Direction pour l'investissement dans l'outil (matériel informatique, licences du logiciel, temps de formation pour salariés et intervenants extérieurs, avec la collaboration du MEDEC pour l'aide sur la partie médicale, l'IDEC devra s'approprier l'outil et sera une personne ressource à l'utilisation du logiciel au sein de la structure. Elle sera dans la capacité de créer des accès aux différents intervenants et devra apporter des réponses rapides. Elle devra mettre à disposition de procédures, d'un guide d'utilisation à l'appui comme soutien aux professionnels avec un numéro de téléphone de maintenance en si besoin.

Il est également possible de permettre aux intervenants d'avoir un accès depuis leur cabinet à cet outil informatisé afin de faciliter et de fiabiliser les échanges professionnels.

La commission de coordination gériatrique en EHPAD prévue par l'arrêté du 05 septembre 2011 pourra être le lieu pour échanger sur l'outil en commun. Même s'il est difficile de réunir l'ensemble des participants l'IDEC pourra être porte-parole des absents qui auront fait part au préalable des difficultés rencontrées.

En revanche, l'informatique n'est pas infaillible et il peut y avoir des pannes d'électricité. Il faudra que l'IDEC s'assure d'avoir un maximum d'éléments sur un dossier papier en cas d'urgence notamment.

Ce logiciel de soins enrichi par les écrits des différents professionnels permettra également de faciliter l'IDEC dans son rôle de communication avec l'entourage : mieux répondre à leurs questionnements.

De plus, la création de la « carte d'identité » de l'IDEC aura pour objectif de faire connaître son rôle auprès des différents intervenants extérieurs et de l'entourage des patients. Cela facilitera

le contact et donc les échanges professionnels pour un meilleur suivi de l'état de santé des résidents.

Enfin, le logiciel de soins pourra posséder une passerelle avec le DMP, nouvel enjeu de la santé publique, c'est le carnet de santé numérique du patient. L'IDEC, dans un futur proche, devra aider à la bonne mise en place de cet outil.

Nous ne pouvons en effet pas ignorer la volonté de nos politiques qui est, aujourd'hui, (voir Ma Santé 2022 : un engagement collectif) d'intégrer le numérique dans la Santé. Tout en y entretenant la confiance pour les usagers, dans une vision éthique. Du fait du "parcours de soins", de "plateformes de santé", le numérique est vu comme un moyen pour mieux coordonner.

De nombreux établissements publics intègrent la télémédecine comme outils de transmission des informations.

Même si cela nous paraît encore compliqué dans nos établissements privés, l'avenir nous montrera que l'IDEC, y compris dans le privé, aura un rôle important à jouer dans la mise en place de cet outil. Elle sera un acteur central de coordination.

Pour terminer, la rédaction de ce mémoire nous a confronté à la difficulté et à la richesse de le réaliser en groupe tant du fait de la distance géographique que sur un niveau organisationnel pour se coordonner entre les rencontres, l'emploi occupé, la vie personnelle, les aléas du quotidien...

## **GLOSSAIRE**

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé

**APA** : Allocation Pour l'Autonomie

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**DMP** : Dossier Médical Partagé

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ESMS** : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDEC** : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat Coordinateur(trice)

**PA** : Personne Agée

**RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Plan solidarité-grand âge** : Présenté par Philippe BAS, 27 juin 2006
- Plan grand âge et autonomie** : Dossier de presse du 30 mai 2018
- Rapport LIBAULT du 28 mars 2019**
- Code de la santé publique**
- **Inspection général des affaires sociales RM2011-064P Rapport de synthèse** : L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge
- Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007** relative à la filière de soins gériatriques
- **Rapport d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** : juin 2003 ANAES
- **Ma santé 2022** Feuille de route « accélérer le virage numérique »Présenté par le Ministère des solidarités et de la santé le 25 avril 2019
- Recommandations de bonnes pratiques du secteur social et médico-social de l'HAS**



## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire

#### Communication EHPAD/SSIAD et professionnels libéraux: quel rôle et quels enjeux pour l'infirmière coordinatrice

##### Page 1

Bonjour, nous sommes trois infirmières coordinatrices suivant la formation: Diplôme universitaire Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD (IRCO) à l'université Paris Descartes.

Dans ce contexte nous devons rédiger un mémoire collectif dans lequel nous souhaitons traiter de la communication entre professionnels libéraux et établissements accueillant des personnes âgées et nous avons pour cela choisi la méthode du questionnaire.

Nous vous remercions par avance des quelques minutes que vous voudrez bien accorder à compléter cette enquête.

##### Page 2

**Quelle profession libérale exercez vous?**

- médecin
- kinésithérapeute
- orthophoniste
- pédicure-podologue
- autre

##### Page 3

**Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?**

- 20-30 ans
  - 30-40 ans
  - 40-50 ans
  - plus de 50 ans
-

## Page 4

**Dans quel type de structure intervenez-vous?**

EHPAD

SSIAD

## Page 5

**A quelle fréquence y intervenez vous?**

une fois par jour

une fois par semaine

une fois par mois

moins d'une fois par mois

autre

## Page 6

**Combien de personnes âgées prenez vous en charge dans ces structures?**

1 à 5

5 à 10

10 à 20

plus de 20

## Page 7

**Avez vous un interlocuteur privilégié au sein de la structure?**

oui

non

## Page 8

Si oui lequel?

- Directeur(trice)
- Médecin coordonateur
- Infirmier(ère) coordonateur(trice)
- Soignants
- autre

## Page 9

De quel moyen de communication disposez vous pour communiquer avec vos interlocuteurs?

- téléphone
- e-mail
- cahier de liaison
- dossier de soin informatisé
- télémédecine
- autre

## Page 10

Lequel de ces outils vous semble le plus fonctionnel?

- téléphone
- e-mail
- cahier de liaison
- dossier de soin informatisé
- télémédecine
- autre

## Page 11

**Au quotidien lequel de ces outils utiliseriez vous le plus volontiers?**

- téléphone
- e-mail
- cahier de liaison
- dossier de soin informatisé
- télé-médecine
- autre

## Page 12

**Selon vous, lequel de ces outils permettrait la prise en charge la plus fiable et satisfaisante possible?**

- téléphone
- e-mail
- cahier de liaison
- dossier de soin informatisé
- télé-médecine
- autre

## Page 13

**A votre connaissance, les établissements dans lesquels vous intervenez mettent-ils à votre disposition l'un de ces outils?**

- téléphone
- e-mail
- cahier de liaison
- dossier de soin informatisé
- télé-médecine
- autre

**Page 14**

**Connaissez vous l'infirmier(ère) coordinateur(trice) du ou des établissements dans lesquels vous intervenez?**

- oui  
 non

**Page 15**

**Connaissez vous son rôle au sein de l'établissement?**

- oui  
 non

**Page 16**

**Pensez vous qu'il est de son rôle de mettre en place des outils de communication avec les intervenants et d'en assurer l'efficacité?**

- oui  
 non

**Page 17**

**En quoi selon vous l'infirmier(ère) coordinateur(trice) peut jouer un rôle dans l'amélioration de la communication avec les intervenants libéraux?**

Le sondage est terminé. Merci beaucoup pour votre participation.

La fenêtre peut être fermée.

## Annexe 2 : Carte d'identité de l'IDEC

**NOM & PRENOM :**

**I  
D  
E  
C**

- *Mission 1: Egaliser et coordonner la production de soins dans un souci de continuité et de qualité*
- *Mission 2: Contribuer au déploiement de la politique institutionnelle au regard du cadre réglementaire défini par nos instances*
- *Mission 3: Gérer les RH et manager les équipes*
- *Mission 4: Garantir la production de bonnes pratiques gériatriques*
- *Mission 5: Promouvoir et coordonner les partenaires de la filière gérontologie dans une dynamique de mutualisation de moyens et de collégialité.*

## RESUME

Etant toutes trois IDEC en EHPAD ou en SSIAD la base de notre travail a été de réfléchir sur des problématiques communes aux deux structures. Rapidement nous nous sommes aperçues que la communication avec les intervenants libéraux était pour nous trois une source de difficulté dans notre quotidien professionnel. Notre réflexion nous a menées à nous demander quel rôle nous avions dans la gestion de cette problématique, avec quels moyens et quels partenaires et avec quelles contraintes ? Nous avons d'abord interrogé des collaborateurs libéraux afin d'évaluer si cette difficulté était ressentie également de leur part. Puis nous nous sommes documentées sur les contraintes légales et les directives de l'état sur les sujets du secret professionnel, du dossier de soins, des évolutions informatiques et sur les évolutions souhaitées par le gouvernement.

S'en est suivi l'élaboration d'un questionnaire en ligne qui nous a permis de mettre à jour l'importance de l'outil informatique dans le domaine de la communication, de la coordination ainsi que dans la mise en sécurité des informations concernant les PA prises en charge dans nos deux types de structures.

Nos réflexions nous ont menées à la conclusion que l'IDEC en collaboration avec le directeur et le médecin coordonnateur est le pivot de la mise en place, de l'évolution et de la bonne utilisation des outils de communications utilisés dans chaque structure et qu'il est le garant du lien entre chaque intervenant auprès des PA pour en assurer la prise en charge la plus sûre et la mieux coordonnée. Il va de soi que pour pouvoir exercer pleinement ses missions l'IDEC doit dans un premier temps être connu(e) et reconnu(e) de tous c'est pourquoi nous avons souhaité proposer une « carte d'identité » de l'IDEC basée sur les missions de la profession énoncées par la FFIDEC et qui pourrait être distribuée à chaque intervenant libéral.

## SUMMARY

The three of us being IDEC in EPHAD or in SSIAD, we based our task on the issues common to both organizations.

We realized that communicating with the members of the liberal professions was a source of common difficulty. We wondered about the role we had in the management of this issue. What about the means, the partners and the limitations? We first interviewed the members above mentioned in order to check whether they also experienced that difficulty or not.

Then we gathered information about legal restrictions and the government ruling concerning the topics of professional secrecy, of medical care file, of technological evolution and also about the progress planned by the administration.

That was followed by the elaboration of an online survey which enabled us to point out the relevance of computers in the field of communication, of coordination as well as in the protection of the data concerning the people taken in charge by both of our organizations.

The conclusion of our task indicates that the IDEC, associated to the director and to the doctor in charge, is at the core of the creation, the expansion and the efficient use of the communication tools employed by each organization. She / He guarantees the connection between all the people involved. To carry out her / his missions fully, the IDEC must be well-known and well-identified by everyone, that is why we suggest to create an "IDEC identity card" based on the missions linked to the job as stated by the FFIDEC. It could be given out to each liberal worker.