

de formation continue, devant la méconnaissance des rapports : chiffre, charges, profit de temps de travail ; avantages à long terme, à court terme.

- Réalité dans l'association. L'infirmière est associée à un travail de recherche à partir du vécu ou de l'évolution tel ce document ou dossiers déposés au Ministère et aux commodités apportées aux collègues (carte de stationnement, plaquette, informations).

- Réalité des soins à domicile. Ils n'existent comme tels qu'en France et ne sont pas considérés par les hospitalières.

II - Quel est son devenir au niveau des structures ?

Ce secteur évolue. Il est en mutation voire en extinction selon les orientations politiques.

La nécessité actuelle pour assurer la continuité des soins étant le regroupement uni ou pluridisciplinaire.

au niveau scientifique ?

La prévention et l'éducation sanitaire doivent être reconnues et organisées et l'hospitalisation à domicile étendue.

III - Suggestions ?

Il est urgent de créer un cadre administratif à savoir : des règles professionnelles avec avenant pour le secteur domicile, une carte des implantations, une réforme de la convention avec extension de la cotation au temps.

Créer aussi des équipes de soins infirmiers à domicile.

PARIS CONGRÈS OCTOBRE 1977

La réflexion du groupe de travail porta plus précisément sur le devenir de l'infirmière à domicile face aux malades, par rapport aux structures actuelles et au niveau scientifique. Questions qui ont été soulevées en 1977 à Paris.

Il s'avère qu'une structure fonctionne depuis quelques années, c'est l'hospitalisation à domicile qui apporte au malade la sécurité d'une équipe comprenant le médecin traitant, en liaison avec le médecin de l'hôpital (qui continue à suivre le malade lors des visites de contrôle), les infirmières et aides-soignantes. Le masseur, le pharmacien, les aides-ménagères et travailleuses familiales interviennent si besoin à l'intérieur ou en dehors du cadre de l'hospitalisation à domicile, selon la convention signée avec les caisses. La sectorisation évite la dispersion des donneuses de soins et le prix de journée apporte une sécurité pour le malade et un bénéfice important aux organismes payeurs par rapport à l'hospitalisation. Pour l'instant, la charnière hospitalisation à domicile et système libéral n'est pas toujours en place pour la bonne continuité des soins en fin de journée. Il y aurait une réflexion à mener de part et d'autre et ensemble pour améliorer la coopération.

Une deuxième structure qui s'est développée ces dernières années est celle des centres de soins qui présentent l'avantage d'une équipe d'infirmières avec de plus en plus la collaboration d'autres professions sanitaires et sociales, travailleuses familiales, sage-femmes, pédicures, kinésithérapeutes, etc... et qui trouve son sens autant dans le milieu urbain que rural. Le malade dans ce cas est soigné à l'acte comme dans le système libéral.

Quant à l'infirmière libérale les difficultés sont un peu différentes, qu'il s'agisse d'une infirmière de ville ou de campagne.

Pour les 2 cas cependant, on a noté une réflexion :

Il existe 3 sortes de malades :

- celui qui peut se passer de la famille
- celui qui ne peut pas s'en passer
- celui pour qui la famille ne suffit pas

L'infirmière dans son rôle de soignante, doit faire équipe :