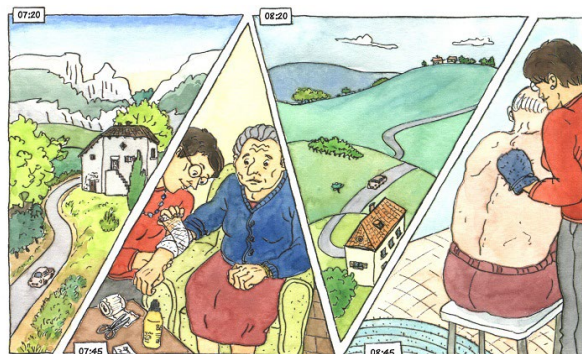


Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes

Principaux résultats du projet Santé-Mobilité
financé par le Labex IMU et la MSA

Pierrine Didier, Pascal Pochet, Ayman Zoubir, Louafi Bouzouina, Thomas Leysens
(LAET, ENTPE-Univ. Lyon 2), Jean-Baptiste Fassier (Univ. Lyon I)

Février 2022



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel (2021)



LABORATOIRE
AMÉNAGEMENT
ÉCONOMIE
TRANSPORTS

TRANSPORT
URBAN PLANNING
ECONOMICS
LABORATORY

Remerciements

Nous remercions le LabEx IMU et la CCMSA (et tout particulièrement Delphine Burguet et Jean-Marc Soulat) pour leur soutien.

Nous adressons tous nos remerciements à l'ANACT, à Patrick Issartelle et Samantha Ducrocquet qui, par leur support et conseils tout au long du projet, ont contribué à la réalisation de cette recherche.

Nous adressons nos sincères remerciements aux représentants des Unions régionales des professionnels de santé pour leurs conseils, et pour leur aide à la réalisation des enquêtes : Georges Chambon et Nathalie Chalard à l'URPS Infirmiers Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes ; Bruno Dugast, Gilles Chalot et Carole Charles à l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes Auvergne-Rhône-Alpes ; Pascal Dureau à l'URPS Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes ; Marie-Pierre Royer à l'URPS Sages-Femmes Auvergne-Rhône-Alpes. Tous nos remerciements également aux associations d'aide à domicile et aux SSIAD et SAMSAH employant des aides-soignantes à domicile, en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Et enfin, nos remerciements vont à l'ensemble des soignants qui ont consacré de leur temps lors des entretiens et temps d'observation, et à toutes celles et ceux qui ont répondu à l'enquête en ligne.

Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes

Principaux résultats du projet Santé-Mobilité
financé par le Labex IMU et la CCMSA

Pierrine Didier, Pascal Pochet, Ayman Zoubir, Louafi Bouzouina,
Thomas Leysens, Jean-Baptiste Fassier

Contexte et objectifs

Cette synthèse du projet *Santé-Mobilité* (sur financement Labex Intelligences des Mondes Urbains de l'Université de Lyon) et de son complément *Santé-Mobilité en zones rurales* (financé par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole) présente les principaux résultats de cette recherche. Les analyses détaillées font l'objet du rapport final d'analyse des résultats du projet (Didier et al., 2022)¹. L'ensemble du projet Santé-Mobilité vise à mettre en lumière les pratiques de mobilité et la place qu'elles occupent dans l'organisation du travail chez les soignants qui pratiquent les visites à domicile (VAD), dans une approche pluridisciplinaire et à l'aide d'une méthode mixte qualitative – quantitative.

Ce projet se base sur le constat que le virage ambulatoire et la plus grande domiciliation des soins portés depuis plusieurs années par les pouvoirs publics, dans un contexte de développement de nouvelles technologies (prises de rendez-vous en ligne, téléconsultations notamment), transforment la nature même de l'offre de soins et du travail des soignants. Placés au cœur de ces évolutions, les soignants réalisant des visites à domicile tiennent un rôle primordial dans l'accès aux soins des personnes qui en ont fortement besoin (personnes âgées, à la santé fragile, dépendantes ou affaiblies, personnes en situation sociale difficile, qui ont des difficultés de déplacement ou peu de moyens de transport à disposition). Le rôle des VAD, renforcé depuis le virage ambulatoire des années 2010, est encore plus essentiel dans les zones peu denses et rurales, où les populations âgées sont nombreuses, et qui sont pour nombre d'entre elles sous-dotées en soignants et en établissements de soins.

Les VAD, et les multiples déplacements qu'elles impliquent pour les soignants, ont également des implications fortes sur les journées de travail des professions concernées. Pour autant, les pratiques professionnelles qui constituent et entourent la VAD sont assez peu étudiées. Cinq professions, pratiquant selon des modalités et à des degrés divers la visite à domicile ont été étudiées en région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA). Elles exercent soit à leur propre compte (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, sages-femmes), soit en tant qu'employées de structures privées ou associatives (aides-soignantes²) Cette étude souhaite apporter des éléments de connaissance et de compréhension des conditions de travail et de mobilité de ces professions de santé réalisant des visites à domicile.

¹ Didier P., Pochet P., Zoubir A., Bouzouina L., Leysens T., Fassier J.-B. (2022), *Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes*, Rapport Final du projet Santé-Mobilité, pour le compte du Labex IMU (Univ. Lyon – ANR) et de la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole), Lyon, Laboratoire Aménagement Economie Transports (ENTPE – Univ. Lyon 2 – CNRS), Univ. Lyon 1, 202 p. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03539863v1>.

² Compte tenu de la part très élevée de femmes au sein de ces deux professions, nous utiliserons le féminin (infirmières et aides-soignantes) pour les nommer.

Méthodologie

Notre méthodologie est à caractère exploratoire et pluridisciplinaire – anthropologie, aménagement, géographie numérique, économie, santé publique. Elle s’appuie sur des apports et des méthodes d’investigation issus de ces disciplines. Du fait de la faible connaissance préalable des conditions de travail et de mobilité des soignants effectuant des VAD, nous avons mené un travail d’investigation large et approfondi. Nous avons mobilisé une approche descriptive et compréhensive d’éléments très factuels (nombre de patients, kilomètres parcourus, temps passés quotidiennement pour différentes activités et sur différents types de lieux, etc.). Elle a également porté sur différentes thématiques comme : les pratiques quotidiennes et professionnelles ; les contraintes et marges de manœuvre dans la réalisation des VAD ; les relations avec la patientèle, les autres professions et l’administration ; les ressentis, les difficultés rencontrées et les ressources mobilisées le cas échéant. Une méthodologie mixte a été suivie pour ce travail de terrain, associant entretiens qualitatifs et observations en situation, enquête quantitative par questionnaire en ligne, et dispositif exploratoire de collecte par quelques soignants volontaires de traces GPS par téléphonie mobiles sur une période de plusieurs jours, à l’aide d’une application mobile développée au LAET (MobAccess).

Une part importante du travail empirique est consacrée à la collecte de données qualitatives, par le biais d’entretiens semi-directifs auprès de soignants des cinq professions. Ces entretiens sont complétés, pour ces mêmes enquêtés, par des temps d’observation pendant les « tournées » pour prodiguer des soins au domicile des patients. Des enquêtes de terrain ont ainsi été menées à bien en deux vagues, la première, avant la crise sanitaire, à l’hiver 2019-2020, dans l’aire urbaine de Lyon, la seconde à l’été et automne 2021, en zone rurale, dans le Diois (Drôme) et les Monts du Forez (Loire, en limite du Puy-de-Dôme). Ces enquêtes, entièrement retranscrites verbatim, aboutissent à un corpus de 47 entretiens (d’une 1h15 en moyenne) et 30 observations en situation, pendant les tournées de VAD des soignants. Les contextes territoriaux sont très divers : urbains très denses, de périphérie, périurbains peu denses (terrain de l’aire urbaine lyonnaise), ruraux hors aire d’influence urbaine (terrains drômois et ligérien), appelés également « territoires ruraux autonomes », selon le nouveau découpage territorial de l’INSEE³. Enfin, pour prendre en compte les fortes modifications d’activité intervenues pendant le confinement strict de mars à mai 2020, neuf entretiens téléphoniques ont été réalisés auprès de soignants qui avaient participé aux enquêtes qualitatives menées dans l’aire urbaine lyonnaise.

Les observations ont été menées pendant les déplacements des soignants et se sont arrêtées à la porte des patients. Selon les cas de figure et les situations de VAD, ces observations se sont déroulées sur des périodes de deux heures à une journée complète. Elles ont offert la possibilité de mesurer les divers temps d’activité pendant les tournées (déplacement, soins, travail administratif ou de gestion, pauses imposées ou libres), d’enregistrer les traces GPS des déplacements, et de prendre des photographies d’éléments utiles pour la compréhension (stationnement, état du trafic routier ou de la route, activités réalisées pendant le déplacement comme la prise de rendez-vous ou le suivi téléphonique des patients).

Cette collecte qualitative tire parti des apports de la méthode *go-along*, « aller avec » (Kusenbach, 2003), qui permet de recueillir des discours en situations et de mettre en relation discours et pratiques. La mise en perspective des entretiens a pour objectif, dans une démarche compréhensive, de décrire finement le quotidien des pratiques de VAD, de faire émerger les ressentis et les « difficultés du métier », au plus près des conditions réelles d’exercice comme de déplacement des soignants

³ <https://www.insee.fr/fr/information/4803954>.

Lors de la deuxième période d'enquête en zones rurales, nous avons fait le choix de travailler avec une illustratrice indépendante (Alexandra Lolivrel). Cette méthode complémentaire de représentation visuelle a permis de rendre compte des résultats scientifiques par un autre média que le seul rapport écrit. Pour le projet Santé-Mobilité, Alexandra Lolivrel a participé à certaines enquêtes de terrain pour saisir au plus près à la fois la démarche de recherche et les réalités professionnelles des soignants effectuant des tournées de visites à domicile (Figures 1 et 2). Son travail a permis la réalisation d'illustrations et de planches dessinées mettant en scène des situations particulièrement évocatrices.

Figure 1. Réalisation d'un croquis par A. Lolivrel, lors de l'enquête de terrain (Drôme)



Crédit photo : Perrine Didier, août 2021

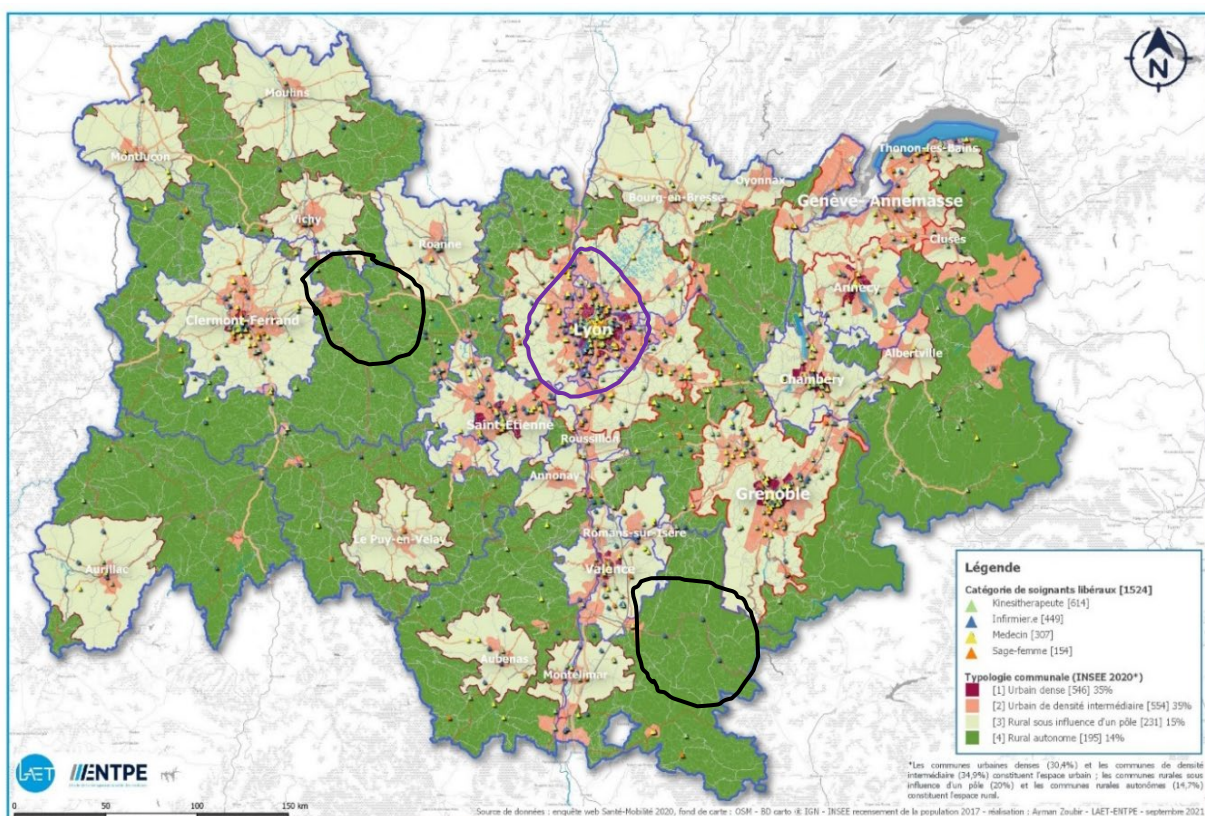
Figure 2. Croquis d'une soignante, réalisé sur le vif, lors de la tournée journalière (Drôme)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, août 2021

Une enquête web par questionnaire a été diffusée grâce à la collaboration des URPS AURA⁴, auprès des quatre professions exerçant en libéral dans les 13 départements de la région AURA (Figure 3). Elle complète la collecte qualitative en abordant de façon quantifiée la plupart des thématiques abordées lors des entretiens : raisons d’installation en libéral, horaires de travail, des VAD, des déplacements induits et des modes de transport utilisés, conditions de travail et facteurs de pénibilité au travail. Un questionnaire adapté aux aides-soignantes a été envoyé auprès d’un grand nombre de structures employant des aides-soignantes effectuant des soins à domicile dans la région AURA. Ces structures ont été contactées individuellement par mail ou téléphone. Cette démarche n’a cependant donné lieu à aucun questionnaire complété. « *Personnel invisible* » (Arborio, 2012), les aides-soignantes ne sont pas un groupe homogène et ne possèdent pas de « *représentation unitaire formée sur le modèle d’un groupe en voie de professionnalisation comme celui des infirmières* » (Arborio, 2012: 81). Nous avons ainsi constaté les difficultés de communication à grande échelle avec ces professionnelles.

Figure 3. Périmètres des enquêtes quantitatives et qualitatives -en noir pour les zones rurales et en violet pour la zone urbaine) et découpage utilisé



1524 questionnaires ont été complétés au total (449 infirmières, 614 masseurs-kinésithérapeutes, 307 médecins, 154 sages-femmes exerçant en région AURA) permettant d’analyser les modes d’organisation, les pratiques professionnelles et les déplacements induits par la VAD selon les caractéristiques de leur lieu d’exercice (Figure 3). La période de référence pour les différentes questions est la période avant crise sanitaire. Des questions complémentaires ont permis d’aborder en fin de questionnaire les évolutions de conditions de travail depuis le 1^{er} confinement. Un

⁴ Nous remercions, pour leur précieuse collaboration, Georges Chambon et Nathalie Chalard pour l’URPS Infirmiers Libéraux AURA, Bruno Dugast, Carole Charles et Gilles Chalot pour l’URPS Masseurs-Kinésithérapeutes AURA, Marie-Pierre Royer pour l’URPS Sages-femmes AURA et Pascal Dureau pour l’URPS Médecins Libéraux AURA.

redressement des échantillons de chaque profession, selon l'âge, le sexe et le département d'exercice, a été effectué pour limiter les biais de représentativité.

Enfin, le projet a offert la possibilité de collecter des traces mobiles à l'aide d'une application dédiée, développée au LAET (MobAccess). Si le nombre de soignants participants et de trajets ainsi décrits s'est avéré assez restreint, les méthodes d'analyse et de géo-visualisation des traces mobiles collectées avec l'application MobAccess ont mis en lumière le potentiel de cette méthode de collecte de données très fines spatialement et temporellement, sur les déplacements, qui plus est lorsqu'elles sont enrichies des modes et motifs de chaque déplacement.

Différents constats peuvent être tirés de l'analyse croisée des terrains qualitatifs et quantitatifs, notamment :

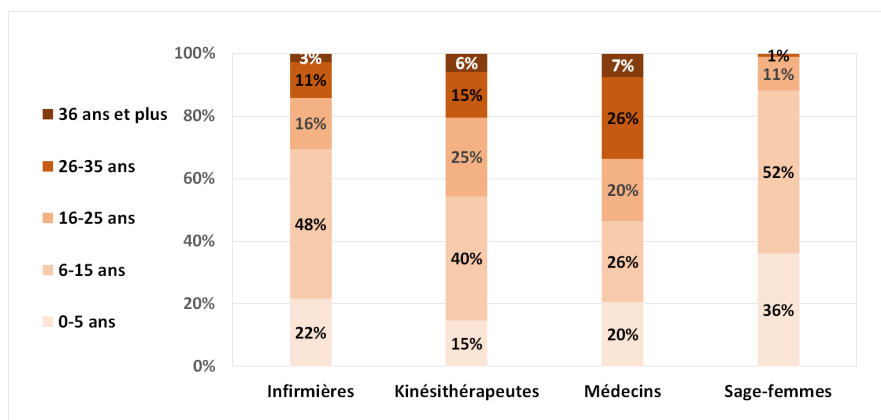
- les spécificités de chaque profession, et les éléments communs à différentes professions,
- les effets du territoire sur les conditions de mobilité et les conditions de travail des différentes professions.

Seuls les résultats principaux sont présentés, par grandes thématiques : les raisons du choix du métier et le métier tel qu'il est vécu ; la pratique de la VAD ; les caractéristiques des déplacements nécessités par les VAD ; les raisons des difficultés ressenties.

Choix du métier, raisons d'installation (en libéral), et vécus du métier

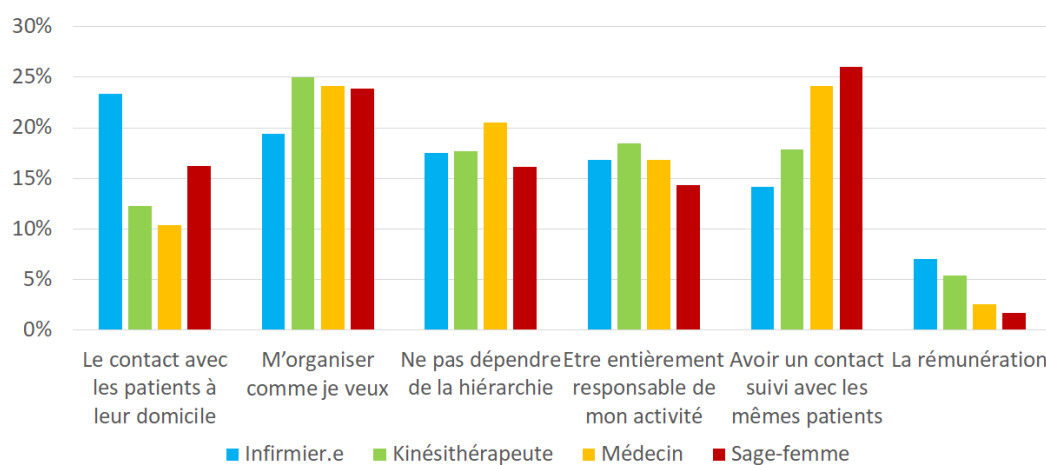
Après redressement, on compte 85 % de femmes chez les infirmières, 97 % chez les sages-femmes, tandis la répartition hommes – femmes est équilibrée chez les masseurs-kinésithérapeutes (49 % de femmes) et les médecins (50 %). Toujours selon l'enquête par questionnaire auprès des professions libérales, le nombre d'année d'exercice en libéral est supérieur à 15 ans pour environ huit infirmières, kinésithérapeutes et médecins sur dix, mais pour un peu moins de deux sages-femmes sur trois (Figure 4). Même si une partie des soignants (infirmières, sages-femmes en particulier) exerçant en libéral ont débuté par un travail salarié (Douguet et Vilbrod, 2018 ; Midy et al., 2005), cette durée d'ancienneté est liée à la moyenne d'âge des différentes professions, très élevée chez les médecins, plus basse chez les sages-femmes par exemple. Toutefois, chez les masseurs-kinésithérapeutes, l'ancienneté généralement élevée en libéral, pour une moyenne d'âge relativement basse, suggère que le métier de libéral est plus souvent choisi en sortie d'études.

Figure 4. Ancienneté de l'exercice de la profession en libéral (%)



Quelle que soit la profession, le souhait d'être plus libre, et l'intérêt du travail effectué sont les deux raisons les plus citées parmi le choix de l'installation en libéral. Pour préciser ces motivations, nous demandions également dans le questionnaire les aspects appréciés dans l'activité en libéral (Figure 5). Ils se distribuent autour de deux pôles, tandis que la rémunération apparaît nettement moins souvent citée, le fait de pouvoir « changer de lieu » lors de l'exercice des soins (non représenté sur le graphique) l'étant encore plus rarement. Le premier pôle regroupe les réponses reflétant des aspirations à la liberté déjà mises en évidence, à savoir une pratique professionnelle où l'on peut décider de ses propres façons de s'organiser, où l'on ne dépend pas de la hiérarchie, et l'on se sent personnellement impliqué et responsable. Le second pôle d'aspirations renvoie à la relation avec le patient, son caractère régulier et suivi au fil du temps (médecins, sages-femmes tout particulièrement) et le fait que le contact avec le patient puisse avoir lieu à son domicile (infirmières, sages-femmes notamment).

Figure 5. Aspects appréciés dans l'activité en libéral
(question à choix multiples, % des citations)



L'aspiration à la liberté, comme le souhait d'un suivi au long cours des patients sont d'autant plus forts que, avant de s'installer en libéral, une partie des soignants a travaillé, comme salarié (permanent ou intérimaire), ou comme stagiaire, en institution hospitalière, ou encore a effectué des périodes de remplacement dans des cabinets de confrères (Figure 6). Les soignants témoignent lors des entretiens de cette volonté très largement partagée de pouvoir choisir leurs conditions de travail, d'organiser eux-mêmes leur pratique, d'être moins dépendants d'une hiérarchie, et de ne plus subir la forte pression ressentie en milieu hospitalier :

« Le gros problème de l'hôpital c'est qu'on est mal payées et mal considérées parce qu'on est les dernières de la chaîne [...]. C'est l'usine, c'est pas du tout pareil ». (Julie, aide-soignante, 32 ans, URB⁵, travaille à domicile depuis 7 ans).

« Je suis partie au bout de 3 mois [du nouvel complexe hospitalier], on n'avait plus le temps, c'était l'usine. Ça n'avait plus bien de sens pour moi. [Maintenant, les points positifs] c'est la liberté. C'est l'autonomie, le relationnel avec les patients, que je n'avais pas en institution, parce qu'on n'a pas le temps » (Catherine, infirmière, 50 ans, RUR, installée depuis 2 ans).

« Je ne pourrais pas [travailler en clinique ou à l'hôpital]. J'ai pas envie de rendre des comptes, juste à mes patients, pas à un grand chef et encore moins à un directeur

⁵ Les prénoms ont été modifiés. Dans tous les extraits d'entretiens, URB signifie milieu urbain (très dense ou de densité intermédiaire), et RUR, milieu rural (autonome d'un pôle urbain le plus souvent ; sous influence d'un pôle parfois).

d'hôpital. Moi ça me conviendrait pas. Je serais vite hors cadre ». (Marc, masseur-kinésithérapeute, 56 ans, URB, installé depuis 25 ans).

« Je me nourris pas mal du relationnel avec les patients, [...] ça a du sens, on peut faire plein de choses. On peut aller très loin dans les prises en charge » (Clara, médecin, 37 ans, RUR, installée depuis 5 ans).

« J'étais prête à travailler beaucoup plus mais je voulais maîtriser mes heures, mes horaires, mes congés, enfin moins dépendre d'une équipe » (Christelle, sage-femme, 45 ans, RUR, installée depuis 9 ans).

Figure 6. Autonomie d'une aide-soignante à domicile, extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Les meilleures rémunérations en libéral sont également mentionnées parmi les critères de choix. Mais exercer en libéral est aussi, selon les réponses des soignants, synonyme de charge mentale et médico-sociale, de plus de responsabilité (dans la gestion et la dimension économique du cabinet), et de plus de travail administratif, même si ces aspects n'étaient pas tous anticipés au moment de l'installation.

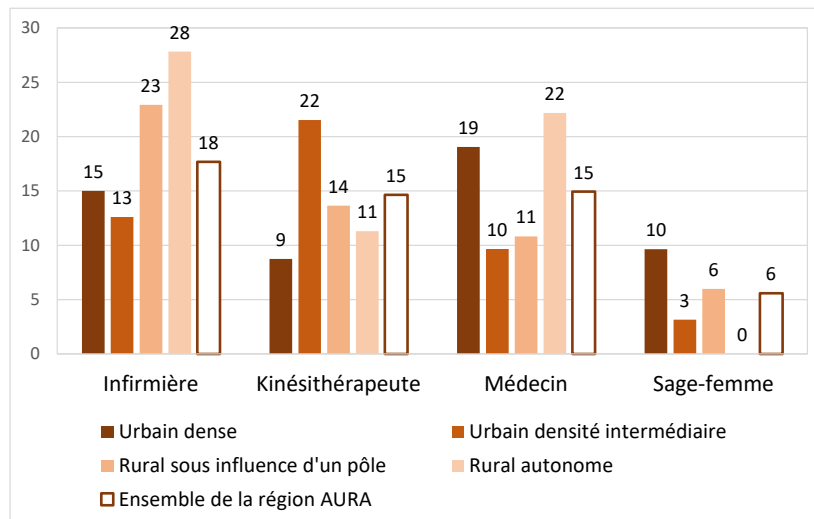
Les soignants exerçant en zones rurales ont généralement choisi ce lieu, soit par connaissance préalable, ou du fait d'origines familiales, soit car ils et elles considéraient que ce lieu permettait une meilleure qualité de vie qu'un environnement urbain (coût du logement plus limité et, côté professionnel, meilleure relation avec les patients et moindre concurrence entre soignants, problèmes de stationnement évités, etc.) ou encore, pour répondre aux besoins de soins d'un territoire identifié comme peu doté. Toutefois, ces atouts du milieu ont leurs revers : plus grande difficulté à être remplacé en cas de maladie (Figure 7) ou de congés, plus de route (voir infra), moins d'accès à la culture, aux services. Donner du sens à son activité, être utile à des populations sur un territoire dans une relation de proximité, permettre aux habitants d'accéder aux soins dans les « déserts médicaux » sont également mentionnés à plusieurs reprises, à l'image de ces extraits :

« Je n'aime pas la médecine de ville, la manière dont elle se pratiquait. Je trouvais que la médecine devenait une sorte de service à consommer, en tout cas, c'est comme ça que je l'ai perçu en ville [...] Je préférais la médecine de campagne avec tout ce que ça comporte de positif, comme de négatif, évidemment. J'ai cherché un endroit et je suis arrivé ici ». (Louis, médecin généraliste, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

« Il n'y a jamais eu de sage-femme ici [...] Je me suis dit je vais m'installer là où il n'y a personne pour permettre un accès aux soins plus proche et pas m'installer où ça serait le plus facile. Je n'ai pas droit aux aides officielles pour les zones sous-dotées, parce qu'on

est ici en zone intermédiaire, sachant que la zone est très très grande [...] le zonage ne reflète pas vraiment la réalité de ce qui se passe notamment ici [...] Par contre j'ai fait la démarche de demander des aides aux localités et aux municipalités pour une nouvelle installation. » (Lena, sage-femme, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région).

Figure 7. Proportion mentionnant l'absence de possibilités de remplacement comme facteur empêchant de s'arrêter (parmi les soignants qui n'ont pas été arrêtés dans les 12 derniers mois) (%)



* parmi les soignants qui ne se sont pas arrêtés pour raisons médicales au cours des 12 derniers mois.

Toutefois, la réalité du métier met en évidence l'existence d'une forte pression du fait de l'enchaînement des visites, de la gestion des imprévus, les adaptations constantes du planning. Le travail le week-end concerne la quasi-totalité des infirmières, il est également très répandu chez les médecins et les sages-femmes (du fait pour ces dernières, du « Prado précoce », aménagement du dispositif de sortie précoce de la maternité pour les jeunes mamans qui implique une visite à domicile par la sage-femme le lendemain de la sortie).

« En réalité, c'est la charge mentale que représente le cabinet : est-ce que j'ai rappelé untel, est-ce que j'ai géré les examens d'untel, tiens est-ce qu'elle a accouché, est-ce que tout va bien est-ce que... de répondre au téléphone alors qu'on est en consultation, enfin voilà, c'est l'ensemble, c'est toute la gestion d'un cabinet en plus de la gestion administrative aussi ». (Manon, sage-femme, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

Horaires décalés ou irréguliers sont le lot commun des infirmières, et également majoritaires chez les médecins, les sages-femmes et les kinésithérapeutes. Les modalités d'adaptation face à ces contraintes temporelles peuvent ainsi différer quelque peu d'une profession à l'autre. La quasi-totalité des infirmières commence souvent plus tôt et/ou finit plus tard ses journées que prévu, c'est le cas de plus de trois sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes sur quatre, de sept médecins sur huit. Les sages-femmes sont les plus nombreuses à déclarer ne pas prendre de pause du tout, ou de sauter régulièrement le repas de midi (plus d'une sur deux) ces taux étant également importants pour les autres professions. Parmi les soignants utilisant la voiture pour les VAD, plus d'une infirmière sur deux, quatre médecins sur dix, trois kinésithérapeutes et sages-femmes sur dix, reconnaissent rouler trop vite (Figure 10). Nettement moins nombreux sont les soignants déclarant effectuer un soin trop vite du fait de la charge de travail, soit un kiné et une sage-femme sur dix, deux infirmières et deux

médecins sur dix : le soin apparaît relativement préservé, même si l'absence de repas, ou de pause, pourrait, dans certains cas, contribuer indirectement à une moindre qualité des soins.

Figure 8. Un kiné et son remplaçant en VAD, extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute

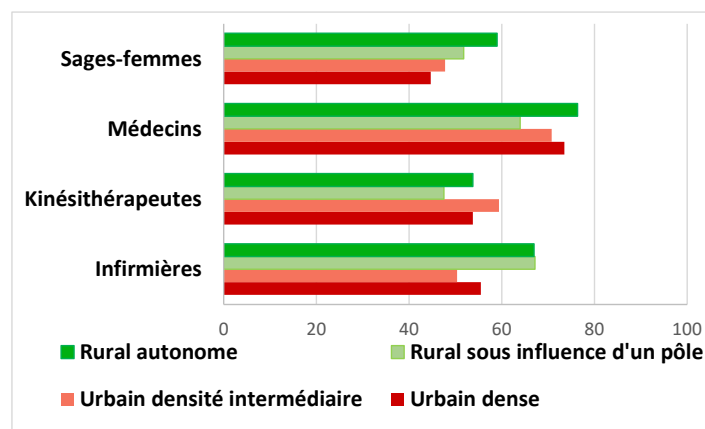


Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Tous ces éléments sont autant d'indices d'une pression temporelle difficile à gérer au quotidien. Il était demandé aux soignants, dans l'enquête par questionnaire, d'estimer sur une échelle de 0 à 10 leur ressenti quant aux difficultés liées à cette pression temporelle⁶. Les notes moyennes attribuées – 7,5 chez les infirmières, 7,7 chez les kinésithérapeutes, 6,7 chez les sages-femmes, avec une valeur particulièrement élevée chez les médecins (8,1) – mettent en évidence le niveau important de difficultés qu'il y a à gérer la pression temporelle, ces valeurs étant nettement supérieures à un niveau moyen, qui pourrait encore être considéré comme acceptable.

Pour la majorité des soignants, les difficultés liées à la pression temporelle vont en s'accroissant ces dernières années (Figure 9), tandis que très peu (moins de 10 %), à l'inverse, considèrent qu'elles vont en diminuant au fil du temps. Chez les infirmières, les médecins généralistes, les sages-femmes, ces proportions sont un peu plus élevées encore dans les espaces ruraux autonomes que dans les autres territoires de la région AURA.

Figure 9. Proportion de soignants considérant que les difficultés liées à la pression temporelle s'accroissent d'année en année, selon le territoire d'exercice (%)

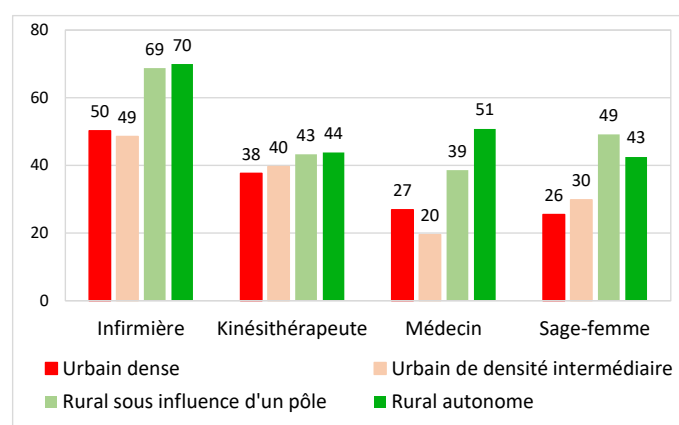


⁶ La question était formulée ainsi : « Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous les difficultés liées à la pression temporelle (faire vite, enchaîner les activités...) ».

Les différentes adaptations imposées ne sont pas différentes selon le territoire d'exercice, à l'exception du fait de rouler ou de se déplacer trop vite de façon habituelle, nettement plus fréquent chez les soignants exerçant en milieu rural (infirmières tout particulièrement, mais également médecins et sages-femmes). Les taux, relativement élevés, des masseurs-kinésithérapeutes, varient peu quant à eux selon le territoire d'exercice (Figure 10).

« Je conduis globalement vite, trop vite. C'est bête, mais des journées où j'ai beaucoup de visites je peux gagner 10 minutes, un quart d'heure de temps de trajet par la route en fonction de la vitesse à laquelle je roule. Et du coup, ça peut me permettre de faire une visite de plus si j'ai besoin, ou d'avoir un peu plus de temps pour manger, sachant que jeudi moi, je fais que les visites le matin, donc après je rentre chez moi. Du coup, j'ai un peu un intérêt personnel à terminer vite ». (Louis, médecin, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi).

Figure 10. Part des soignants déclarant rouler ou se déplacer trop vite « souvent ou toujours », selon le territoire d'exercice (% de l'ensemble de la profession)



Les pratiques de VAD

Les soignants des quatre professions libérales étudiées dans le cadre du projet partagent souvent leur temps de travail entre les soins au cabinet et les soins à domicile. La part de temps de travail dédié aux soins au domicile ou sur le lieu de vie des patients (EHPAD notamment) varie fortement d'une profession à l'autre, selon la nature même du métier.

Aides-soignantes

Les aides-soignantes que nous avons enquêtées travaillent dans des structures d'aides à domicile et consacrent donc la quasi-totalité de leur temps de soins au domicile des patients. Dans certaines structures, une partie des soins peut se faire dans l'institution hébergeant la structure des aides-soignantes, comme un EHPAD, une maison médicale, un foyer accueillant les bénéficiaires, etc. Les aides-soignantes effectuent les VAD selon un planning prédéfini par l'organisme qui les emploie. Si nous n'avons malheureusement pas de données « quantitatives » pour apprécier l'activité de VAD des aides-soignantes, à travers les entretiens, nombreux sont les témoignages semblables à cet extrait mettant en évidence la dimension physique de l'activité :

« J'ai eu des douleurs au dos, je me suis fait une entorse au poignet qui a duré 4 mois d'arrêt, avec accident de travail. [...] Le dos travaille beaucoup dans notre métier. [...] Porter, soulever, tirer, pousser. C'est physique » (Clarisse, AS, 33 ans, Péri-URB, salariée depuis 11 ans).

Infirmières

Les soins à domicile constituent l'essentiel, sinon la totalité, de l'activité des infirmières diplômées d'Etat exerçant en libéral. Ils génèrent quotidiennement un grand nombre de visites. Ces soins sont prescrits par un médecin. Les infirmières ont l'obligation d'avoir un cabinet (un endroit pour recevoir les patients avec un point d'eau) mais certaines s'en servent surtout pour stocker du matériel et faire le travail administratif. Généralement, les temps de soins au cabinet se font avant la tournée (très tôt le matin) ou entre la tournée du matin et celle de l'après-midi.

« On a une permanence au cabinet tous les jours à midi [...], on donne nos rendez-vous à midi pile et les gens attendent parce que les soins sont jamais très longs. Tant qu'il y a du monde, on est là et puis quand il n'y a plus personne on peut rentrer chez nous » (Nathalie, IDE, 56 ans, URB, installée depuis 18 ans).

Kinésithérapeutes

L'activité des masseurs-kinésithérapeutes se partage entre le temps de soins au cabinet et celui à domicile. Les patients suivis à domicile présentent une dépendance et donc une incapacité à se déplacer jusqu'au cabinet. Les soins pratiqués à domicile sont prescrits par un médecin et concernent souvent la rééducation à la marche, la traumatologie, la rhumatologie, ou des soins pour aider à la mobilisation de patients atteints de maladies neurologiques. Les répondants à l'enquête en ligne ou interviewés pratiquent volontiers la VAD et y consacrent un temps important de leur journée, bien que certains n'aient plus envie de le faire compte tenu des contraintes qu'elles induisent, et préfèrent se consacrer à l'activité en cabinet.

« La différence entre le domicile et la kiné moderne c'est que vous prenez qu'une personne à la fois. Au niveau rentabilité c'est juste. Là c'est un peu loin mais si je prends qu'une personne avec l'aller-retour c'est pas rentable. Sur V. j'ai souvent 2 personnes [...] Deux domiciles [dans le même village] vous amortissez, mais c'est vrai que 3 c'est encore mieux. La sécu pour le moment accepte qu'on déclare un domicile à chaque fois même si on ne revient pas au cabinet. On facture le retour au cabinet ». (Michel, masseur-kinésithérapeute, 62 ans, RUR, installé depuis 30 ans)

Médecins généralistes

L'essentiel des consultations des médecins généralistes se fait au cabinet. Certains d'entre eux peuvent également se rendre chez les patients pour une consultation à domicile. Il s'agit souvent des patients suivis de longue date qui deviennent dépendants, une problématique particulièrement forte en milieu rural, à l'instar des autres professions.

« On a énormément de patients de plus de 90 ans qui sont à domicile, qui sont vraiment dans des situations où ils pourraient complètement être dans un EHPAD. Mais il y a très peu de possibilités à proximité. Et puis, on est sur une population rurale qui n'a quand même pas des moyens extraordinaires. La plupart, ce sont des agriculteurs avec des retraites qui sont vraiment très faibles et les moyens financiers ne permettent pas

forcément de rentrer aussi en EHPAD. Ce sont des situations à domicile qui sont parfois un peu complexes ». (Louis, médecin généraliste, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

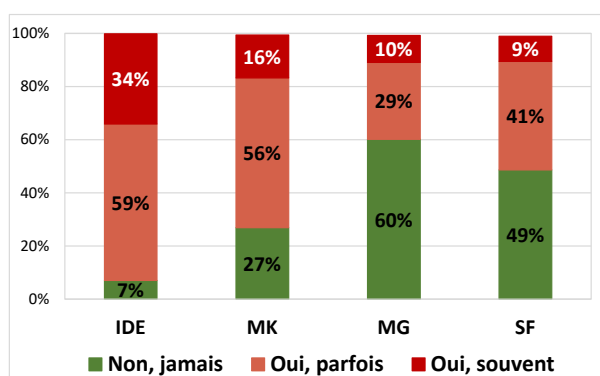
Sages-femmes

Pour les sages-femmes, les visites à domicile se font selon les besoins de la patientèle et sur prescription médicale, pour une surveillance dans le cas d'une grossesse pathologique, ou pour le suivi de la mère et de l'enfant après l'accouchement. Il s'agit de visites généralement longues (près d'une heure en moyenne, parfois 1h30). Le suivi à domicile est également essentiel pour les femmes en difficulté sociale :

« ... les femmes qui ne peuvent plus se déplacer ou qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons sociales, par exemple, qui ont des grandes familles, et qui ne peuvent pas prendre le bus, qui n'ont pas de moyen de locomotion, qui sont très pauvres, voilà, qui n'ont pas les moyens de se payer un déplacement » (Jacqueline, sage-femme, 58 ans, URB, installée depuis 25 ans).

Les différents soignants libéraux mentionnent les difficultés physiques liés au métier et à la VAD, comme le montre la Figure 11 sur le port de charges lourdes, fréquemment mentionné (infirmières et masseurs-kinésithérapeutes notamment).

Figure 11. Part des différentes professions libérales mentionnent le port de charges lourdes (%)



La part des jours avec VAD dans le total des jours travaillés (Tableau 1), met en évidence le caractère structurant de la visite au domicile dans les journées des soignants et la répétition de schémas de déplacements souvent longs et parfois compliqués, pour effectuer la tournée des domiciles de leurs patientèle. Chez les infirmières, la VAD est présente dans la quasi-totalité des journées de travail, elle l'est plus de deux jours sur trois chez les masseurs-kinésithérapeutes, trois jours sur cinq chez les sages-femmes, et une bonne moitié des journées chez les médecins généralistes qui pratiquent la VAD au moins occasionnellement (mais elle est présente dans 72 % des journées de travail lorsqu'ils exercent en zone rurale autonome). A l'inverse, chez les sages-femmes, le nombre de journées de travail avec VAD est moins un peu moins élevé en rural qu'en urbain.

Les durées moyennes, comme le nombre de visites, sont également très différents selon les besoins de soins des patients, et selon les professions. Les visites sont plus courtes mais plus fréquentes chez les infirmières que chez les autres professions. Ainsi, 80 % des infirmières visitent plus de 20 patients quotidiennement (et 57 %, 30 patients ou plus, parfois jusqu'à 50). Lors des journées de travail avec VAD, 41 % des kinésithérapeutes font de 1 à 6 visites, et 47 %, de 7 à 15 visites ; 54 % des médecins font de 1 à 2 visites, et 36 %, de 4 à 7 visites ; enfin 41 % des sages-femmes effectuent une à deux visites, et 47 %, de 4 à 7 visites. Chez les infirmières et les sages-femmes, le nombre de VAD a tendance

à être un peu moins élevé en zones rurales qu'en milieu urbain, ce qui peut s'expliquer par la moindre densité de ces territoires, et les distances à parcourir pour se rendre aux différents domiciles (voir plus bas). Les médecins en revanche en effectuent un peu plus en milieux ruraux (qu'ils soient périurbains ou autonomes), tandis que c'est pour les kinésithérapeutes que le nombre de visites est le plus homogène d'un territoire d'activité à l'autre.

Tableau 1. Part des jours avec VAD dans l'ensemble des jours travaillés, des différentes professions, selon le lieu d'exercice (%)

	Urbain dense	Urbain de densité intermédiaire	Rural sous influence d'un pôle	Rural autonome	Total
Infirmière	97	96	97	95	96
Kinésithérapeute	70	70	71	70	70
Médecin	53	53	59	72	56
Sage-femme	64	60	53	55	60

Les déplacements pour les VAD

Distances parcourues lors des VAD

Chez les infirmières, profession la plus mobile, les distances moyennes sont de l'ordre de 60 km en centre urbain dense, 80 km en zone urbaine intermédiaire, 90 km en espace urbain sous influence d'un pôle, et culminent à 135 km en espace urbain autonome (Figures 12 et 13). Chez les sages-femmes, la progression s'étage de 22 à 47 km selon le gradient urbain-rural, avec un pic à 58 km en espaces urbains sous influence urbaine, du fait d'un nombre de visites plus important que dans les espaces urbains autonomes. Les kinésithérapeutes et les médecins généralistes effectuent également un kilométrage journalier croissant, des espaces les plus urbains aux plus ruraux (de 18 à 51 km et de 17 à 35 km, respectivement).

Figure 12. Kilomètres parcourus par les infirmières pour se rendre au domicile des patients lors des journées avec VAD, selon le territoire d'exercice (en km)

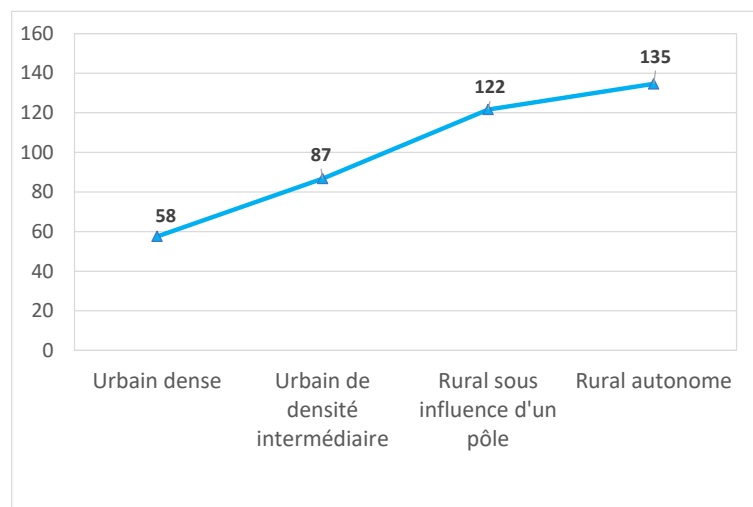
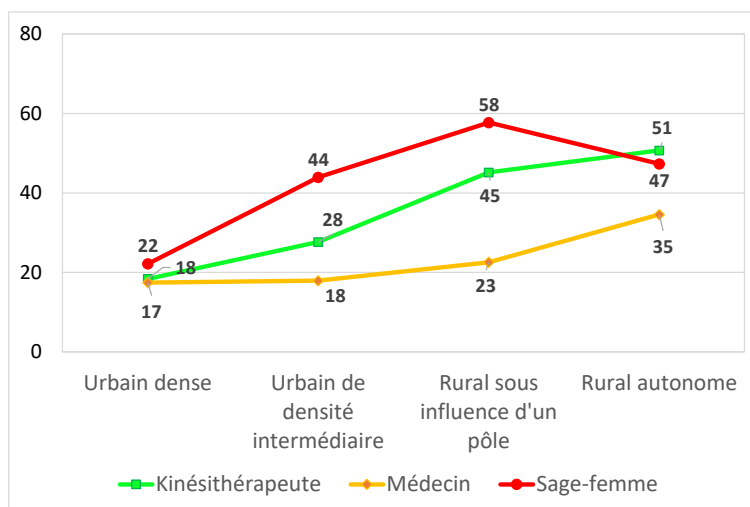


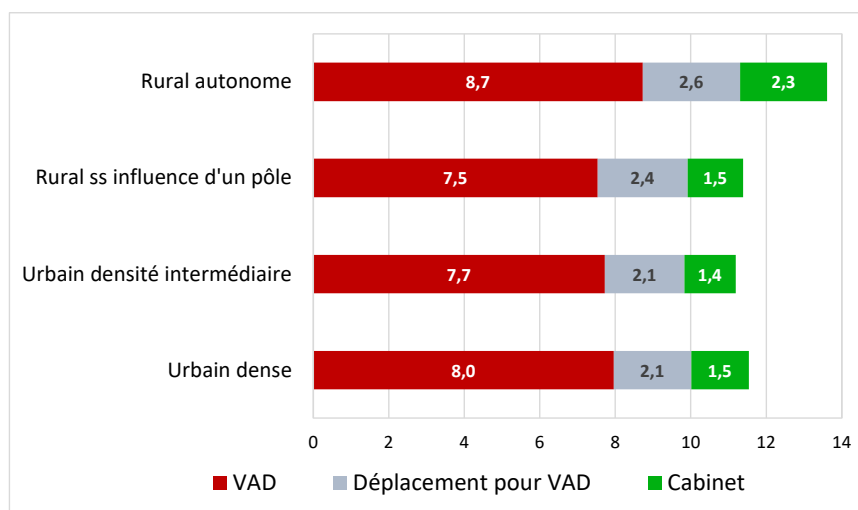
Figure 13. Distances journalières moyennes parcourues par les kinésithérapeutes, les médecins et les sages-femmes pour se rendre au domicile des patients lors des journées avec VAD, selon le territoire d'exercice (en km)



Temps consacrés aux déplacements et aux soins à domicile et en cabinet

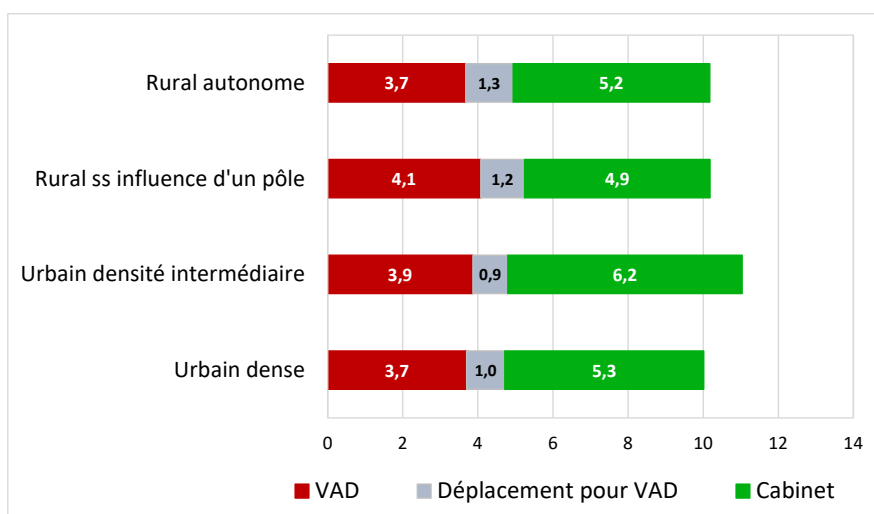
Les infirmières réalisent l'essentiel de leurs soins sur le lieu de domiciliation des patients, y consacrant de l'ordre de huit heures en moyenne par jour, auxquels il faut ajouter plus de deux heures de déplacements pour s'y rendre et de l'ordre d'une heure et demi au cabinet. L'amplitude de travail journalière encore plus élevée dans les communes rurales autonomes, provient de temps plus élevés, la fois chez les patients, en déplacement, comme en cabinet (Figure 14).

Figure 14. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et temps en cabinet, chez les infirmières, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)



Chez les kinésithérapeutes, lors des journées avec VAD, la durée cumulée des temps de VAD se situe autour de 4 heures par jour, nécessitant un peu plus d'une heure de déplacement. Si le temps en cabinet est légèrement plus important en moyenne que le temps passé au domicile des patients, les kinésithérapeutes sont les soignants qui ont les temps les plus équilibrés entre consultations au cabinet et visites au domicile des patients, les jours où ils pratiquent la VAD. L'amplitude totale un peu plus élevée dans les communes urbaines périphériques ou de densité intermédiaire provient d'un temps plus élevé en cabinet (Figure 15).

Figure 15. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et temps en cabinet, chez les kinésithérapeutes, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)



Chez les médecins et les sages-femmes, les consultations au cabinet occupent une place nettement plus importante que la visite à domicile. Chez les médecins, lors des journées avec VAD, les temps consacrés au soin à domicile sont de près de 2 heures par jour, nécessitant un peu moins d'une heure de déplacement.

Les sages-femmes consacrent en moyenne 3 heures par jour au soin chez les patientes, lors des journées avec VAD, pour 1h20 de déplacement environ. Chez les sages-femmes et les médecins, les temps de déplacement pour la VAD sont, en proportion du temps passé chez le patient, relativement importants ; rejoindre les domiciles des patients nécessite ici de parcourir de plus longues distances, ce qui peut contribuer à limiter le nombre de patient-e-s visitables au quotidien.

A l'image des infirmières, chez les sages-femmes comme chez les médecins, les journées de travail sont plus longues dans les territoires les plus ruraux (Figures 16 et 17). Mais pour ces deux professions, le temps passé au domicile des patients n'est pas plus important : cette amplitude supérieure provient d'un temps de déplacement pour les visites (légèrement) et d'un temps en cabinet (nettement) plus élevés que dans les autres territoires.

Figure 16. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et temps en cabinet, chez les médecins, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)

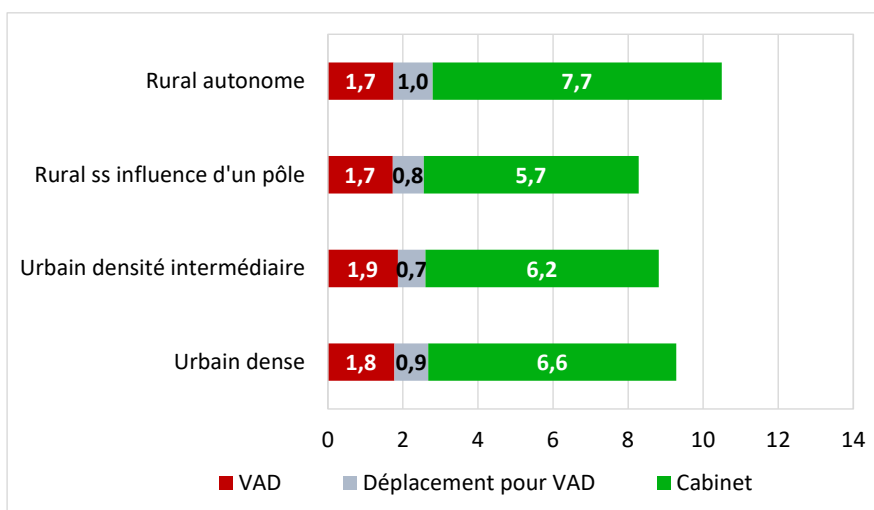
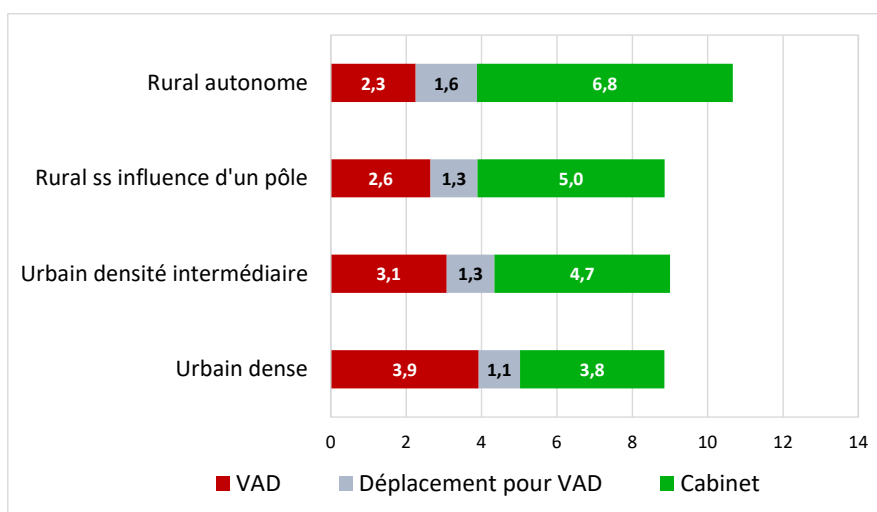


Figure 17. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et temps en cabinet, chez les sages-femmes, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)



Ainsi, pour trois des quatre professions, infirmières, médecins et sages-femmes, ces durées de travail journalières apparaissent *plus élevées dans les territoires les plus ruraux*. Ces écarts mettent en évidence les difficultés particulières d'exercice de ces professions dans les parties les moins peuplées de la région AURA.

Moyens de transport pour les VAD

De façon générale, les visites au domicile des patients sont effectuées dans la quasi-totalité des cas à l'aide de véhicules (qu'il s'agisse de la voiture personnelle, ou d'un autre véhicule), et ce quelle que soit la profession (Figure 18).

L'usage des transports en commun apparaît plus que marginal, pour de multiples raisons, aisément compréhensibles, développées par les soignants lors des entretiens : desserte absente ou pas assez fine des lieux fréquentés, manque de rapidité, de souplesse, temps d'attente importants (voir infra).

La voiture est très majoritairement, voire exclusivement, utilisée en zones rurales, du fait des distances à parcourir, de l'autonomie qu'elle procure et de l'absence d'alternatives modales sur ces territoires. En zones rurales autonomes, la totalité des déplacements des infirmières, des sages-femmes, des médecins est ainsi effectuée en voiture.

En centre urbain dense, la voiture demeure le mode habituel de plus de huit infirmières sur dix, les alternatives à ce mode de transport, étant alors le vélo (généralement à assistance électrique, comme pour les autres professions), voire la moto ou la trottinette électrique (ou parfois la trottinette mécanique). Des quatre professions, les kinésithérapeutes sont celle pour laquelle la place de la voiture est la moins dominante, puisqu'elle représente le mode habituel de trois kinésithérapeutes sur quatre. En espaces urbains denses, le vélo et la marche sont employés par un kiné sur trois. Les modes habituellement utilisés par les médecins suivent un schéma très proche, avec une place plus importante des autres modes en zone urbaine dense.

Figure 18. Mode habituel utilisé pour les VAD dans l'aire urbaine lyonnaise

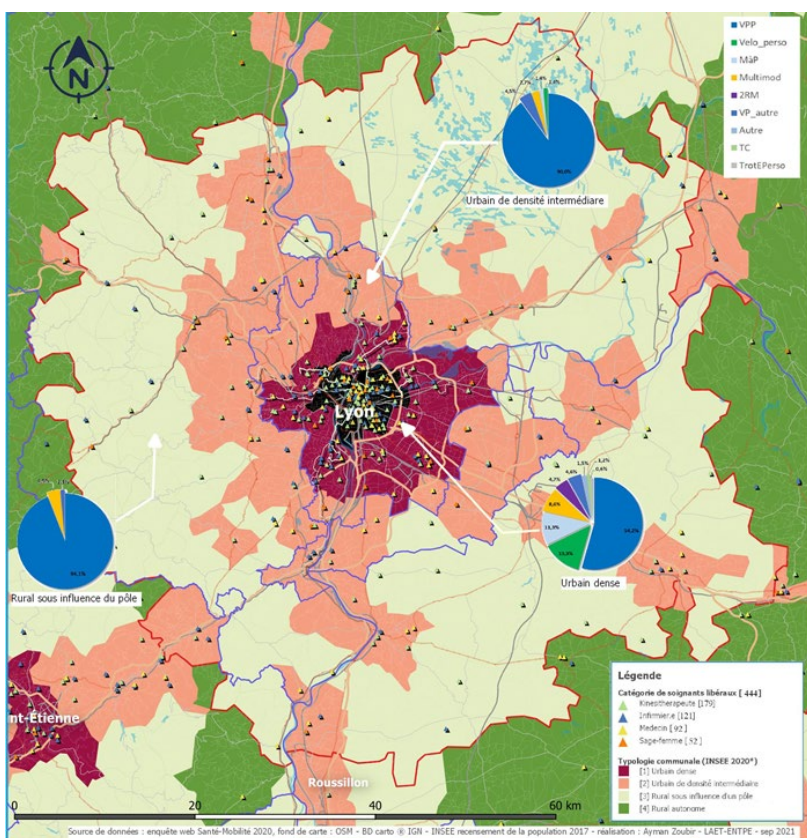


Figure 19. Panne de voiture pour une infirmière en tournée, extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

« Optimiser » les tournées de VAD ?

Compte tenu du temps pris par les VAD, les soignants cherchent à optimiser leur tournée, en fonction des contraintes qui s'imposent à eux. Les « stratégies » adoptées sont diverses : regrouper les soins de

plusieurs patients habitant le même village, le même quartier ou le même immeuble, les uns après les autres, ou encore essayer de réaliser une boucle depuis le lieu de départ, prendre la tournée dans une direction plutôt que l'autre pour limiter le temps perdu dans les ralentissements, commencer par les patients les plus éloignés pour finir par les plus proches du cabinet afin de mieux gérer la fatigue liée à la route (Figure 20), etc. Toutefois, l'ordre des visites ne dépend pas que de la localisation des patients, il dépend également des types de soins réalisés et des horaires afférents, des demandes ou des impossibilités de certains patients. De plus, dans les espaces peu denses, la réalisation de boucles n'est souvent pas réalisable du fait de la topographie et des localisations respectives des patients et du cabinet (ou du domicile).

Figure 20. Optimisation d'une tournée par un kiné, extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

La collecte des traces GPS pendant des temps d'observation des tournées permet de visualiser des types de parcours très différents selon les contextes (Figures 21 à 23). La 1^{ère} carte représente une tournée en milieu urbain dense (29 patients visités en 26 lieux, 32 km parcourus dans une tournée totale de 8h20). La 2^{ème} est celle d'une aide-soignante qui a adapté les instructions de sa structure afin de réaliser une boucle, en zone rurale montagneuse (5 patients visités, 18 km parcourus dans une tournée de 2h40). Toutefois les configurations spatiales ne sont pas toutes aussi favorables, comme le montre la carte d'un médecin, en zone rurale avec des patients situés loin les uns des autres (3 lieux et 5 patients visités, 50 km parcourus pour une tournée de 3h) (Figure 23).

Figure 21. Carte de déplacement de la tournée d'une infirmière en zone urbaine

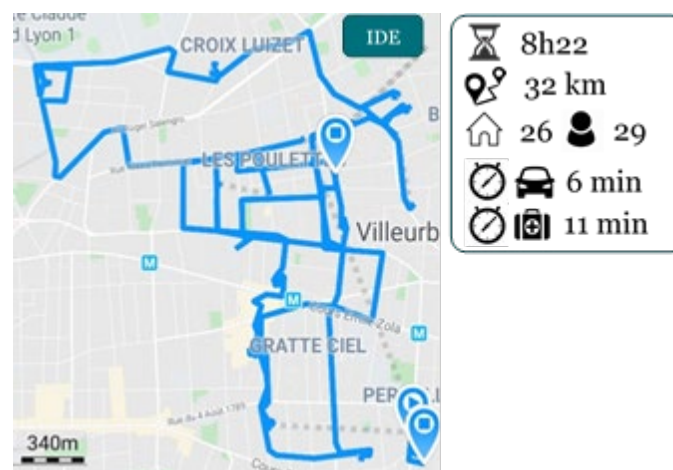


Figure 22. Carte de déplacement de la tournée d'une aide-soignante en zone rurale

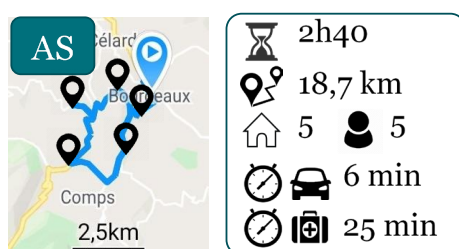


Figure 23. Carte de déplacement de la tournée d'un médecin généraliste en zone rurale



Les difficultés dans l'exercice des VAD

Remboursements des frais de déplacement pour VAD

Compte tenu de la place prise par la voiture, la question du montant des remboursements des dépenses nécessitées par les déplacements pour VAD est, assez logiquement, une question très sensible pour les soignants. Le montant de ces défraiements est jugé insuffisant par une proportion importante des répondants à l'enquête web. Ces remboursements sont également abordés comme un problème ou une difficulté par la quasi-totalité des soignants rencontrés lors de l'enquête qualitative, que ce soit envers les forfaits de déplacement (applicables aux soignants intervenant dans des agglomérations) que les indemnités kilométriques (hors agglomération).

L'enquête web montre que cette proportion, en comparaison de la part des soignants estimant ces remboursements suffisants, est plus forte chez les professions effectuant le plus de VAD, kinésithérapeutes, et plus encore, infirmières. Les médecins et les sages-femmes étant plus nombreux à déclarer ne pas savoir si ces remboursements sont suffisants ou non (Tableau 2).

Tableau 2. Réponses à la question « Les remboursements de vos frais de déplacements sont-ils suffisants pour couvrir vos frais ? », pour les différentes professions (%)

	Oui	Non	Je ne sais pas	Total
Infirmières	13	50	37	100
Kinésithérapeutes	16	51	33	100
Médecins	18	30	52	100
Sages-femmes	15	30	55	100

L'insuffisance des remboursements est la plus souvent mentionnée chez les infirmières exerçant dans les territoires les plus ruraux, où les kilométrages quotidiens sont souvent très importants. Ces défraiements insuffisants sont un peu plus fréquemment mentionnés par les sages-femmes exerçant dans les zones rurales autonomes, mais moins fortement qu'en centre urbain dense toutefois. En centre d'agglomération, dans les territoires urbains les plus denses, les sages-femmes sont relativement nombreuses à juger ces remboursements insuffisants (seule l'indemnité forfaitaire s'applique) et les sages-femmes déclarent fréquemment des problèmes de stationnement en ville, d'autre part (Figure 24).

Figure 24. Forfait déplacement pour une sage-femme en ville, extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme

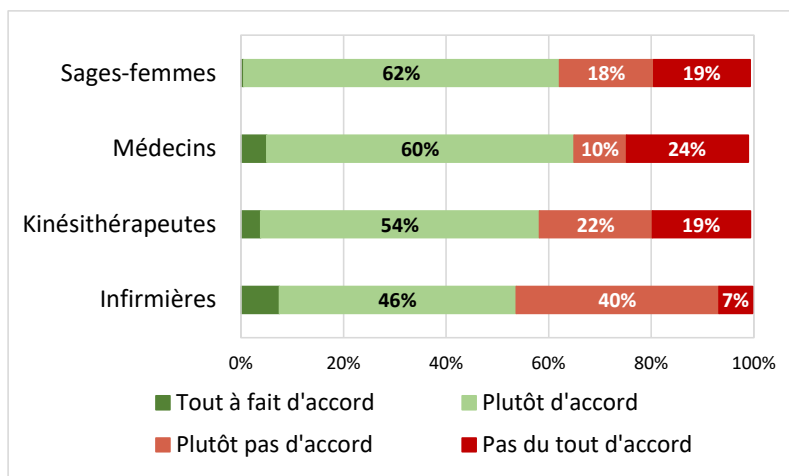


Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Enjeux de sécurité

A la dimension économique du métier, au temps consacré aux déplacements, à la fatigue engendrée par les déplacements, au risque de panne du véhicule, s'ajoutent des problématiques liées à la sécurité routière et à la sécurité personnelle. Même si de tels risques ne sont ressentis « que » par une petite moitié des soignants, ils sont loin d'être anodins. Le risque routier est d'autant plus ressenti que la VAD tient une place importante dans l'activité, et les infirmières sont à ce titre parmi les plus concernées (Figure 25). Le risque routier concerne chaque profession quel que soit le territoire d'exercice.

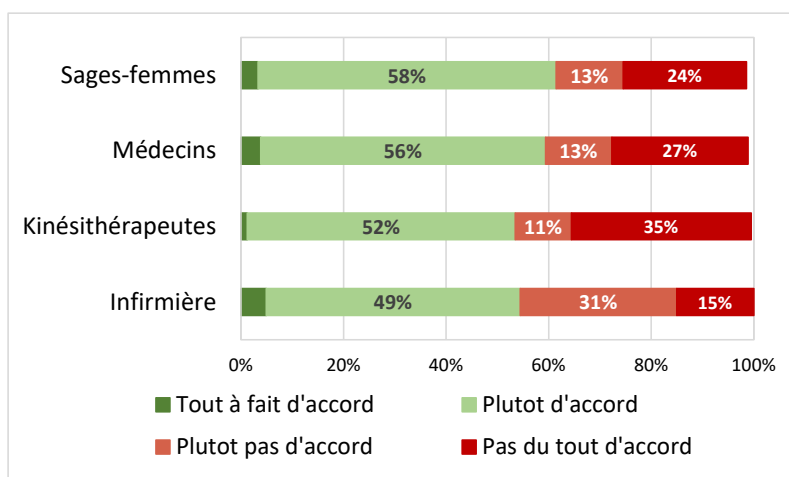
Figure 25. Opinions sur la proposition : « Dans le cadre de mon activité professionnelle, je me sens en sécurité lorsque je me déplace (vis-à-vis du risque d'accident routier) »



Le risque perçu de vol ou d'agression est également très présent (Figure 26). Ce risque est lui aussi partagé par une moitié des soignants des différentes professions, y compris en milieu rural, 46 % des infirmières, 46 % des masseurs-kinésithérapeutes, 40 % des médecins et 37 % des sages-femmes. Il est en particulier très fortement ressenti par 35 % des masseurs-kinésithérapeutes, 15 % des infirmières, 27 % des médecins et 24 % des sages-femmes. Autre élément notable, ce n'est pas dans les zones urbaines que le risque personnel est le plus fortement ressenti, mais plutôt dans les zones rurales, autonomes ou périurbaines.

Les enquêtes réalisées ne permettent pas d'estimer la sinistralité (accidents, vols, etc.) liée à l'activité de VAD, toutefois le fait que ces risques soient présents à l'esprit d'une part importante de soignants est un indice de la charge mentale supplémentaire qu'ils peuvent faire peser sur cette mobilité, indispensable à l'activité de soins à domicile.

Figure 26. Opinions sur la proposition : « Dans le cadre de mon activité professionnelle, je me sens en sécurité lorsque je me déplace (vis-à-vis du risque d'agression ou de vol) »



Difficultés de déplacement des soignants en urbain et en rural

Enfin, la mise en perspective, issue des observations et entretiens, des pratiques de VAD en milieu urbain et en milieu rural met en évidence des problèmes de déplacements spécifiques à chaque territoire :

En milieu urbain :

- la circulation : embouteillages, et ralentissements dus aux travaux, accidents de la circulation, événements bloquant partiellement la circulation (marchés, fêtes foraines, manifestations, etc.) ;
- la fatigue liée à la conduite en ville et à la vigilance qu'elle suppose,
- le stationnement (absence de places de parking, contrôles et tolérance moindre pour les soignants) ;
- les aléas matériels (crevaisin, voiture en panne),
- les dépenses liées à l'utilisation de la voiture (essence).

En milieu rural :

- la fatigue liée au nombre de kilomètre parcouru et à aux routes de montagne : « *La remplaçante quand elle est arrivée de sa tournée mercredi soir, vers 20h30, 21 h, elle est arrivée en disant "non mais vos routes c'est pas possible, je peux pas, je vais pas pouvoir rouler quatre jours comme ça, je repars".* » (Louise, IDE, 45 ans, RUR, installée depuis 6 ans). Rajoutant de la fatigue liée à l'activité professionnelle, elle peut aboutir à des risques d'endormissement sur la route.
- les aléas matériels (crevaisin, voiture en panne), les erreurs de GPS
- le coût de l'entretien et du fonctionnement de la voiture (essence, pneus, réparations, révisions) ;
- les aléas climatiques (neige, verglas, forte pluie, etc.) et liés à l'environnement (animaux sauvages),
- la densité du trafic estival (dans les zones touristiques).

Figure 27. 6h30, départ en tournée d'une infirmière, extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Principales difficultés dans l'exercice des VAD et ressources mobilisées

Enfin, pour clore cette présentation des principaux résultats, nous présentons les difficultés dans la pratique de la VAD qui sont spontanément remontées de l'enquête et des entretiens, les ressources mentionnées pour y faire face, puis les conséquences de la crise sanitaire sur les conditions de l'activité. Les enquêtes par questionnaire et par entretien et observation offrent, comme sur les précédentes dimensions, des résultats très cohérents sur ces deux thématiques.

Les nombreux commentaires libres rédigés dans l'enquête en ligne, par les soignants en réponse à une question sur les difficultés rencontrées permettent, après codage, de faire ressortir les aspects qui, spontanément, reviennent le plus souvent, parmi les soignants ayant répondu à cette question (Figure 28).

Les infirmières mentionnent en premier lieu les patients comme « difficulté rencontrée lors de l'exercice de la VAD ». La majorité des patients sont suivis de façon régulière et quotidienne (voire même plusieurs fois par jour) et pour des pathologies chroniques n'allant souvent pas vers des améliorations, ce qui peut expliquer les difficultés relationnelles et/ou de soins rencontrées par ces soignants. Les infirmières citent ensuite la rémunération, comme les autres professions enquêtées. Elles sont directement dépendantes des autres professions pour l'exercice de leur métier (renouvellement d'ordonnance, soins de suite lors du retour à domicile, HAD, etc.) ce qui peut générer des problèmes de communication avec d'autres professions (3^e difficulté citée).

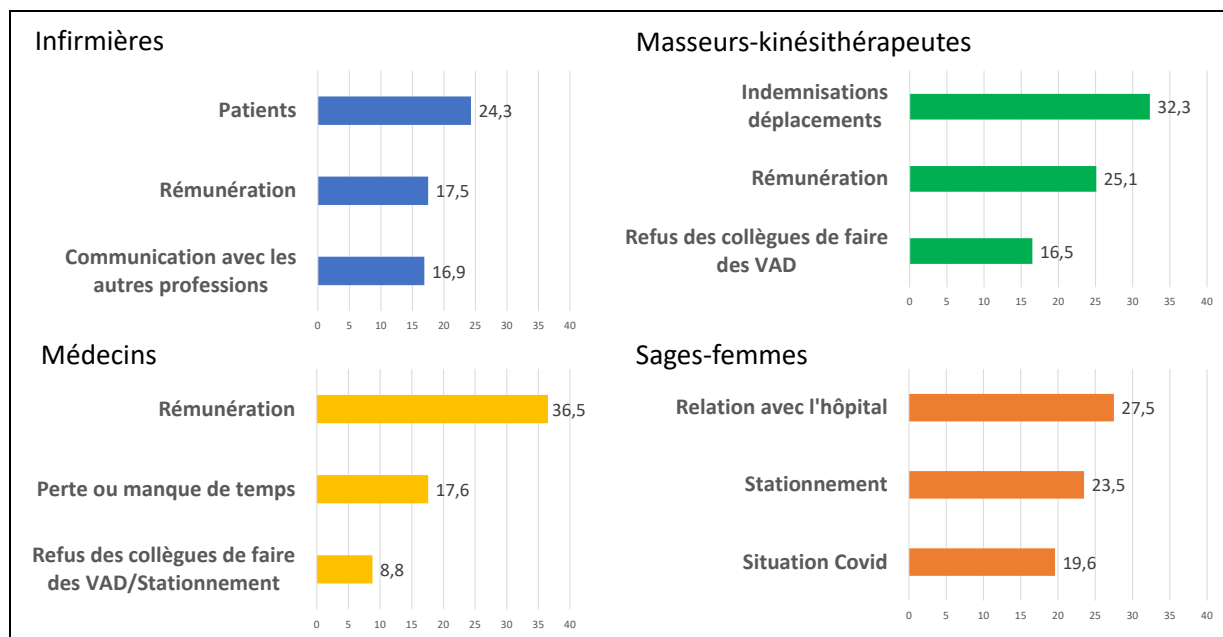
Figure 28. Relation difficile avec une patiente, extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Les masseurs-kinésithérapeutes mentionnent en premier lieu le problème des trop faibles indemnités de déplacement, et la rémunération des actes comme principales difficultés rencontrées lors des VAD. Ils sont aussi la profession qui mentionne le plus le manque de confrères effectuant des VAD, soit par manque de professionnels en zones sous-dotées, rurales notamment, soit par refus de faire des VAD, trop peu rentables et présentant beaucoup de contraintes, ce qui renforce la charge des VAD de celles et ceux qui acceptent de se déplacer.

Figure 29. Les trois difficultés citées le plus souvent par chaque profession dans l'exercice de la VAD



Les médecins généralistes mentionnent en premier lieu la perte d'argent due aux VAD. Ils sont quasiment les seuls à mentionner le manque de temps les empêchant de faire des VAD et le caractère chronophage de cette activité (2^e difficulté ressortant le plus). Ils évoquent également le refus de confrères de faire des VAD et le manque de confrères dans les zones sous dotées, à égalité avec les problèmes de stationnement.

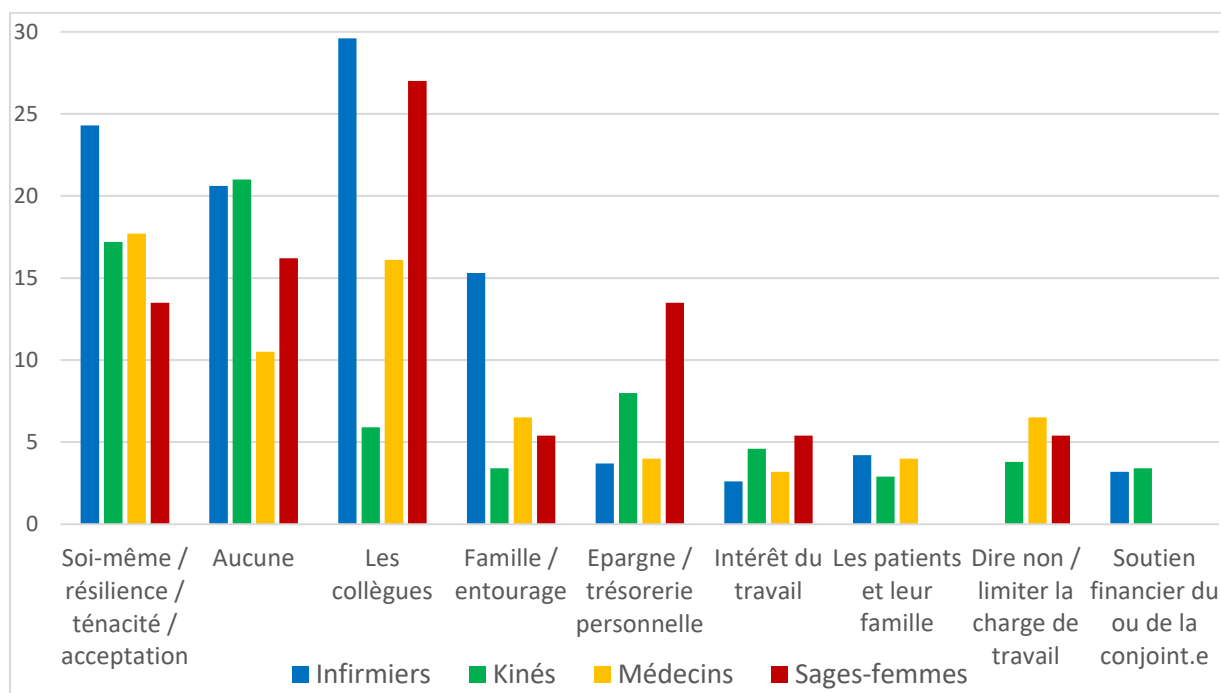
Les sages-femmes mentionnent en premier lieu la relation avec l'hôpital, dont elles sont directement dépendantes suite à l'augmentation des sorties précoces de maternité (impliquant la visite d'une sage-femme dans les 24 h suivant leur retour à domicile). Elles sont la profession qui mentionne le plus la problématique du stationnement, en milieu urbain principalement, à rapprocher de la durée importante de leurs visites, viennent ensuite les complications liées à l'exercice du métier en période Covid.

Cette question était couplée avec une interrogation sur les ressources mobilisées par les soignants ayant constaté des difficultés pour y faire face.

Les quatre catégories de professionnels de santé ont largement répondu qu'ils comptent sur eux-mêmes pour faire face aux difficultés (Figure 30). Quasiment le même nombre mentionnent qu'ils n'ont aucune ressource particulière pour faire face à ces difficultés. Il est notable que les deux thématiques les plus citées ne font pas apparaître de ressources extérieures au soignant lui-même.

Les infirmières et les sages-femmes sont les deux professions qui mentionnent le plus les collègues pour pallier les difficultés rencontrées. Les kinésithérapeutes sont ceux qui les mentionnent le moins, peut-être du fait des caractéristiques de travail de cette profession et aux caractéristiques des difficultés qu'ils rencontrent. En dehors des « collègues », les ressources ayant trait au travail en lui-même, telles que « l'intérêt pour le travail » et « les patients et leur famille » ne représentent au final que très peu de réponses.

Figure 30. Ressources pour faire face aux difficultés : les 9 thématiques les plus fréquentes en part de répondants les citant (en %)



Néanmoins, dans les enquêtes qualitatives, un grand nombre de soignants a mentionné les bonnes relations qu'ils entretenaient avec certains de leurs patients, qui peuvent dans certains cas donner lieu à des invitations à prendre le café, à des dons réguliers (préparation de nourriture, légumes du jardin, etc., Figure 31).

Figure 311. Relation aux patients pendant les VAD, extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante



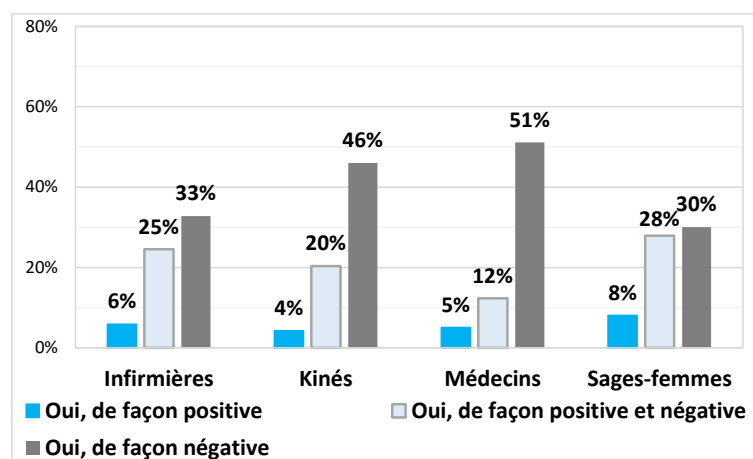
Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Exercer en période de Covid

Les impacts de la situation sanitaire en lien avec le Covid ont entraîné pour chaque profession une dégradation des conditions de travail. Les conséquences des contraintes sanitaires nouvelles (désinfection, mesures de précaution) sur l'activité sont très majoritairement négatives pour les soignants, les opinions les moins négatives (à hauteur de 50 %) étant le fait des infirmières, tandis que trois sur dix mentionnent que ces conséquences sont à la fois positives et négatives, et que 12 % les considèrent comme positives. Deux kinésithérapeutes sur trois considèrent que leurs revenus ont été réduits depuis la crise sanitaire, contre 37 % des sages-femmes, 33 % des infirmières et 29 % des médecins. Cette proportion très élevée s'explique notamment par le fait que leur activité a dû être interrompue pendant le premier mois du confinement au printemps 2020. Parmi les trois autres professions, l'impact est jugé plus souvent négatif que positif (écart de 33 points chez les sages-femmes, 29 points chez les infirmières et 25 points chez les médecins), mais une moitié d'entre eux considère que leurs revenus actuels sont les mêmes qu'avant la crise.

Les impacts en termes de temps et de charge de travail sont plus souvent négatifs que positifs, et la balance entre les seconds et les premiers est très déséquilibrée. Elle l'est plus encore chez les médecins et les kinésithérapeutes, que chez les infirmières et les sages-femmes (Figure 32).

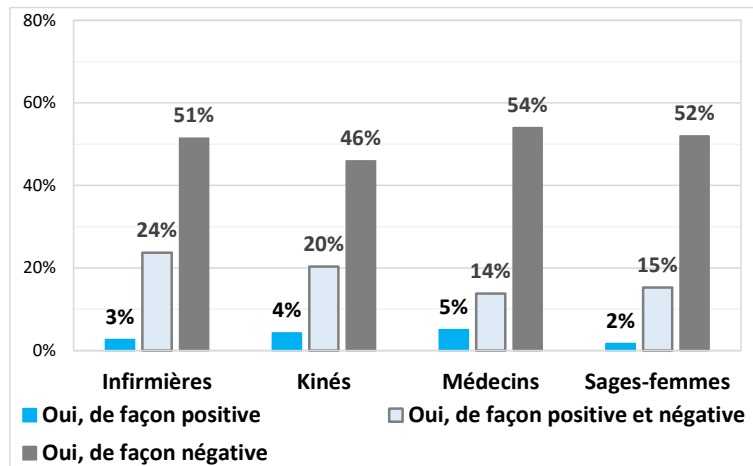
Figure 32. Depuis la crise sanitaire, est-ce que le temps et la charge de travail ont évolué...



Environ un soignant sur deux considère que ses conditions de travail se sont dégradées par rapport à avant le confinement, cette opinion varie assez peu selon les professions. Même si 24 % des infirmières et 20 % des kinésithérapeutes considèrent que les effets sont à la fois positifs et négatifs (14 % des médecins, 15 % des sages-femmes), la balance apparaît très clairement orientée vers une dégradation des conditions de travail (Figure 33).

La gestion des tournées et le nombre de VAD, les déplacements quotidiens et les relations avec les patients apparaissent moins bouleversés par la crise sanitaire, et ces changements se répartissent de façon moins déséquilibrée entre évolutions négatives et positives.

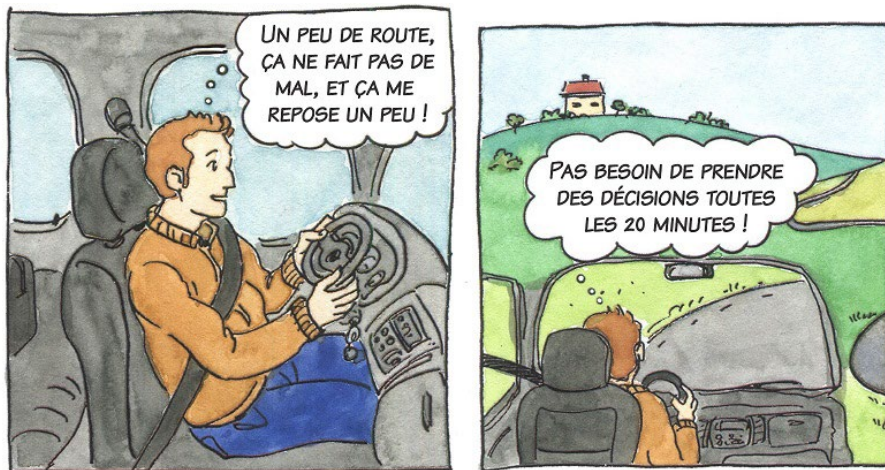
Figure 33. Depuis la crise sanitaire, est-ce que les conditions de travail ont évolué...



En résumé

La place occupée par la VAD dans les pratiques de soins apparaît bien différente d'une profession à l'autre. Les infirmières et les aides-soignantes sont les plus concernées par les VAD puisque la plus grande partie, sinon la quasi-totalité, de leurs soins sont réalisés au domicile des patients. Les kinésithérapeutes, les sages-femmes et *a fortiori* les médecins consacrent plus de temps aux soins en cabinet qu'au domicile, mais pour ces professions également, les visites à domicile contribuent fortement aux temps d'activité.

Figure 34. Un médecin en tournée, extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Dans des contextes où les amplitudes journalières de travail sont importantes et où la pression temporelle apparaît très fortement ressentie, la mobilité nécessitée par la VAD contribue à augmenter les amplitudes de travail. Pourtant, s'ils peuvent générer de la fatigue et du stress (notamment parce qu'on est très souvent dépendant de sa voiture et de son bon fonctionnement), ces déplacements sont intégrés aux programmes d'activité quotidiens. Ces trajets, effectués sur le mode de l'habitude, sont également le moment de répondre à un message vocal, de modifier son planning juste avant de repartir, et sont également appréciés par certains soignants, comme un « sas », un temps de

récupération entre deux visites. Mais les aspects négatifs sont nombreux également. Si, en zone urbaine, les pertes de temps liées aux difficultés de circulation et les risques d'amendes liées aux difficultés de stationnement sont fréquemment pointés par les soignants, dans les territoires ruraux ce sont plutôt l'éloignement des différents lieux de soins les uns des autres, l'enchaînement des kilomètres, et l'habitude de rouler trop vite, la fatigue liée à la route, les aléas et les difficultés de la route en période hivernale, qui reviennent le plus souvent.

Figure 35. Les difficultés climatiques, par une infirmière, extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Dans l'enquête par questionnaire, les questions ouvertes, comme les difficultés rencontrées dans l'exercice de la VAD, les ressources qui peuvent être mobilisées pour faire face à ces difficultés, les souhaits de changement de profession, mettent en évidence la multiplicité des problèmes rencontrés. Ils font apparaître notamment les enjeux de rémunération et d'indemnisation des déplacements, la perte ou le manque de temps (chez les médecins), les difficultés de stationnement en ville, notamment pour les sages-femmes.

Figure 36. Problème de stationnement pour une sage-femme en tournée, extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Au-delà de missions et de pratiques de visites à domicile très différentes selon les professions, des enjeux communs émergent des informations recueillies. Il ressort des multiples témoignages d'expériences de soignants, comme des résultats chiffrés issus des réponses au questionnaire, le caractère exigeant physiquement et moralement de l'activité de soins ambulatoire, qui par accumulation, entraîne une fatigue physique et psychologique importante, un sentiment de lassitude, voire d'épuisement, et peut amener à souhaiter changer de métier, de secteur d'activité, pour changer de vie. Différents éléments ou indicateurs mis en évidence lors des enquêtes attestent le caractère exigeant de la pratique professionnelle :

- les fortes amplitudes journalières de travail, induite notamment, mais pas exclusivement, par la pratique de la VAD
- la rareté ou l'absence de pauses pendant le travail, les horaires décalés ou fragmentés, et pour certaines professions, le travail le week-end ;
- la pression temporelle jugée élevée, et qui va en s'accroissant au fil du temps ;
- les kilomètres parcourus quotidiennement et aux temps nécessités pour ces déplacements, notamment pour les soignants exerçant dans les territoires ruraux, sous influence d'un pôle ou plus isolés, au nombre de patients visités ;
- les problèmes physiques rencontrés (du fait des charges lourdes, des déplacements),
- le soin en lui-même, en lien avec à la qualité, variable, de la relation avec le patient, qui joue un rôle à la fois moteur, et peut également, lorsqu'elle est dégradée, rendre l'activité plus difficile ;
- le travail administratif, qui se rajoute aux tâches du soignant, et nécessite d'être réalisé parfois en dehors des jours de travail, faute de temps ;
- la difficulté à se faire remplacer en cas de maladie, d'indisponibilité, de congés (notamment pour les soignants exerçant en zones rurales), dans un certain nombre de cas, en dépit de l'organisation, et de l'entraide existant entre collègues.

Les multiples exigences liées aux métiers du soins demandent beaucoup d'énergie, de souplesse, des adaptations multiples, des ajustements permanents, à la fois sur l'amplitude horaire réalisée, pour intégrer de nouveaux patients dans le planning, pour adapter le planning aux contraintes propres à la nature du soin, aux souhaits des patients, et répondre dans la mesure du possible à leur besoins, tout en veillant à la dimension économique de leur activité. La capacité d'adaptation des soignants est sollicitée également pour la gestion économique et administrative de leur activité, du fait des conditions souvent rendues plus compliquées par la crise sanitaire, ou encore pour assurer la nécessaire coordination entre différents soignants intervenant auprès du patient.

Le manque de reconnaissance de leur travail ressenti par les soignants est une constante qui remonte des enquêtes qualitatives comme quantitatives. Il prend notamment la forme d'un sentiment de contrôle constant de la part des autorités de santé (pour les infirmières) et d'une insatisfaction quant à la rémunération des actes pour toutes les professions. On pense en premier lieu aux bas salaires des aides-soignantes, d'une part, et au faible taux de rémunération des actes (et à sa non-revalorisation) des soins infirmiers et de kinésithérapie, mais pour les autres professions également, la « rentabilité » de la visite à domicile comparée aux soins en cabinet est systématiquement en défaveur des premières. Ce manque de reconnaissance est également à rapprocher du montant des indemnités de déplacement visant à compenser le coût induit par l'utilisation de véhicule pour se rendre aux différents domiciles des patients. Ce montant est jugé insuffisant par une partie importante des soignants libéraux, que ce soit en agglomération urbaine où il est forfaitaire, ou en zone rurale, où le calcul des indemnités kilométriques, qui permet de compenser en partie des revenus d'activité moins

élevés, est fréquemment requestionné dans un sens moins favorable par la Caisse nationale d'assurance maladie. Dans les deux cas, si l'on considère une approche strictement économique, ces indemnités ne permettent pas de prendre en compte le coût d'opportunité lié au déplacement (temps « improductif » pour le soignant, en comparaison de l'activité qui pourrait être réalisé dans le même temps).

Conclusion

Les résultats du projet Santé-Mobilité permettent de documenter des questions particulièrement importantes dans des contextes de vieillissement démographique et d'inégalités sociales et territoriales croissantes d'accès aux soins. A l'aide des données qualitatives et quantitatives collectées, l'investissement professionnel et personnel mis en œuvre, les pratiques et formes d'organisation développées par les soignants pour apporter le soin au plus près des besoins des patients et les difficultés qu'ils et elles rencontrent au quotidien dans leur activité professionnelle apparaissent plus clairement.

Des pistes de réflexion pour l'action publique, pour tenter de surmonter les problèmes mis en évidence, peuvent ainsi être ébauchées à l'issue du rapport. Concernant plus précisément Les territoires ruraux, souvent sous-dotés et fragiles dans leur armature de soins, du fait de leur faible densité et de leur éloignement des établissements hospitaliers, différentes problématiques méritent une attention particulière. Différentes pistes de réflexion apparaissent pour renforcer l'attractivité des zones rurales sous-dotées (mais la question se pose également en des termes assez proches pour les quartiers de périphéries défavorisées des villes), pour renforcer les structures support pour les soignants et les aider dans leur tâche quotidienne. Au vu des enseignements du projet Santé-Mobilité, ces réflexions pourraient se structurer autour d'enjeux complémentaires :

- L'anticipation des besoins et des installations de soignants en milieu rural ;
- La facilitation des remplacements des soignants en cas de maladie, de congés ;
- L'importance d'une collaboration accrue au sein de chaque profession et entre professions ;
- En lien avec l'enjeu précédent, la nécessité d'un soutien accru aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, regroupant les soignants en un même lieu, et permettant de mutualiser certains coûts et certaines tâches et de faciliter la coopération, l'entraide et la qualité du suivi des patients ;
- La clarification des cotations des actes, le maintien de remboursements indemnitaires kilométriques des déplacements à un niveau suffisant pour ne pas pénaliser la pratique de la VAD, ainsi que la sécurisation des moyens de transport des soignants, avec la possibilité de véhicules de remplacement en cas d'indisponibilité du véhicule, véritable outil de travail ;
- Enfin, sans remettre en question l'importance de la VAD, l'enjeu de mobiliser les patients et de les aider à venir au cabinet, pour les cas où cela est possible et sans dégradation de leur qualité de vie, mérite également d'être étudié.

De telles interventions pourraient être expérimentées sur deux ou trois « territoires de santé pilote », de façon ensuite à permettre une évaluation des mesures proposées, et en fonction des résultats des dispositifs mis en place, à réfléchir à leur éventuelle extension à d'autres territoires ruraux, en région AURA ou dans d'autres parties du territoire.

Références citées dans le texte

- Arborio A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Economica, 334 p.
- Didier P., Pochet P., Zoubir A., Bouzouina L., Leysens T., Fassier J.-B. (2022), *Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes*, Rapport Final du projet Santé-Mobilité, pour le compte du Labex IMU (Univ. Lyon – ANR) et de la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole), Lyon, Laboratoire Aménagement Economie Transports (ENTPE – Univ. Lyon 2 – CNRS), Univ. Lyon I, 202 p. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03539863v1>
- Douguet F., Vilbrod A. (2018), *Les infirmières libérales : une profession face au défi des soins à domicile*, Paris, Ed. Seli Arslan, 243 p.
- Kusenbach M. (2003), « Street phenomenology: the go-along as ethnographic research tool », *Ethnography*, Vol. 4, n°3, pp. 455–485.
- Midy F., Condiguy S., Delamaire M.-L. (2005), « La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n°102, 4 p.
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes102.pdf>