



HAL
open science

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

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

► To cite this version:

Pierrine Didier, Pascal Pochet, Ayman Zoubir, Louafi Bouzouina, Thomas Leysens, et al.. Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes : Rapport final du projet Santé-Mobilité. [Rapport de recherche] LAET (Lyon, France). 2022, pp.202. halshs-03539863

HAL Id: halshs-03539863

<https://shs.hal.science/halshs-03539863>

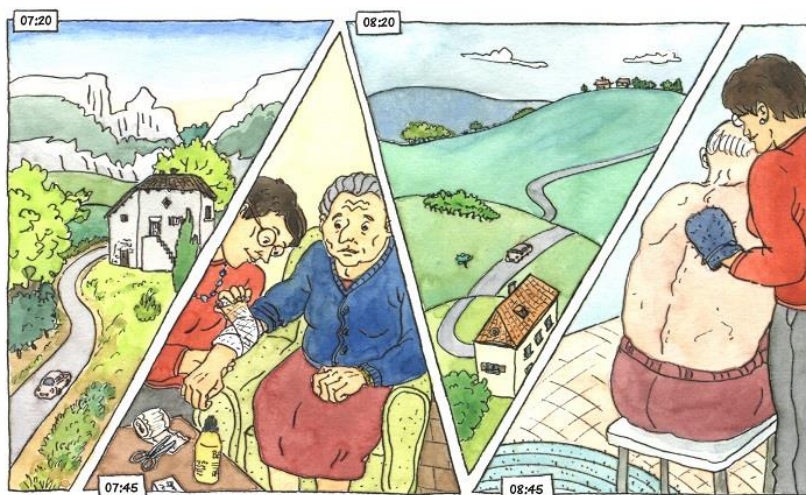
Submitted on 18 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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

Rapport final du projet Santé - Mobilité



Pierrine DIDIER, Pascal Pochet, Ayman Zoubir, Louafi Bouzouina,
Thomas Leysens, Jean-Baptiste Fassier,
avec la contribution d'Alexandra Lolivrel

Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes, Rapport final du projet Santé - Mobilité

Janvier 2022

Pierrine DIDIER, Pascal POCHE, Ayman ZOUBIR, Louafi BOUZOUINA, Thomas LEYSENS : LAET (ENTPE – Université Lyon 2 – CNRS)

Jean-Baptiste FASSIER : UMRESTTE (Université Lyon I – UGE)

Avec la contribution d'Alexandra LOLIVREL : Illustratrice indépendante.

Le projet Santé-Mobilité a été réalisé grâce au soutien financier :

- du LABEX IMU (ANR-10-LABX-0088) de l'Université de Lyon géré par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR).
- de la Caisse Centrale de la MSA (Mutualité Sociale Agricole).

Il a bénéficié du soutien de l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail).

Ce rapport est issu de la collaboration des sept auteurs. Il a été rédigé par Pierrine DIDIER et Pascal POCHE.

Illustration de couverture : Alexandra LOLIVREL

**

Nous adressons nos sincères remerciements aux représentants des Unions régionales des professionnels de santé pour leurs conseils et 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-soignant-e-s à domicile, en région Auvergne-Rhône-Alpes, aux soignant-e-s qui ont accepté de consacrer de leur temps lors des entretiens et temps d'observation, et à toutes celles et ceux qui ont répondu à l'enquête en ligne.

Enfin nous remercions vivement pour leur soutien et conseils tout au long du projet, Samantha DUCROQUET, Patrick ISSARTELLA à l'ANACT, et Delphine BURGUET à la CCMSA.

Les analyses et interprétations présentées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs.

Résumé court

Ce rapport présente la méthodologie et les principaux résultats des projets *Santé-Mobilité* et *Santé-Mobilité en zones rurales*, qui visent à mettre en lumière les pratiques de mobilité et la place qu'elles occupent dans l'organisation du travail chez les soignants qui pratiquent la visite à domicile (VAD). Maillon essentiel de l'accès aux soins de personnes qui en ont fortement besoin (personnes âgées, personnes dépendantes, qui ont des difficultés de déplacement ou peu de moyens de transport à disposition), la visite à domicile, et les multiples déplacements induits a, par hypothèse, des implications fortes sur les journées de travail des soignants concernés. Cinq professions exerçant à leur propre compte (infirmier-e-s, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, sages-femmes) ou au sein de structures privées ou associatives (aides-soignant-e-s) sont ainsi étudiées, dans différents territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'approche, exploratoire et pluridisciplinaire, ambitionne de tirer parti d'apports et de méthodes développées en anthropologie, en aménagement, géographie et économie. Une méthodologie mixte a été suivie pour le travail de terrain. 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 ont été complétés, pour ces mêmes enquêtés, par des temps d'observation des soignants pendant les « tournées » qu'ils ont à faire pour prodiguer des soins au domicile des patients (suivant la méthode *go-along* ; Kusenbach, 2003). Deux terrains ont ainsi été menés à bien et analysés, le premier dans l'aire urbaine de Lyon, le second en zone rurale, dans le Diois (Drôme) et les Monts du Forez (Loire, en limite du Puy de Dôme). Cette collecte qualitative cherche ainsi à aborder, dans une démarche compréhensive, les pratiques, les représentations, les ressentis et les « difficultés du métier », au plus près des conditions réelles d'exercice des soignants. La réalisation d'une enquête quantitative, par questionnaire web auprès des quatre professions exerçant en libéral dans la région Auvergne-Rhône-Alpes vient également nourrir l'analyse. 1524 questionnaires ont ainsi été complétés au total, permettant d'analyser les modes d'organisation, les pratiques professionnelles et les déplacements induits par la VAD, de chaque profession en fonction des caractéristiques de leur lieu d'exercice. Enfin, le projet a offert la possibilité de collecter des traces mobiles à l'aide d'une application dédiée, développée au LAET (MobAccess). Différents constats peuvent être tirés, des analyses développées, notamment quant à la mise en évidence des effets du territoire sur les conditions de mobilité et les conditions de travail des différentes professions. Ces résultats permettent ainsi de documenter une question particulièrement importante dans des contextes d'inégalités croissantes d'accès aux soins et de vieillissement démographique, celle de l'investissement humain nécessaire pour apporter le soin au plus près des besoins des patients. Des pistes de réflexion pour l'action publique, pour surmonter les problèmes mis en évidence, peuvent ainsi être ébauchées à l'issue du rapport.

Résumé long

Ce rapport présente la méthodologie et les principaux résultats des projets *Santé-Mobilité* (sur financement du Labex Intelligences des Mondes Urbains de l'Université de Lyon) et *Santé-Mobilité en zones rurales* (financé par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole), qui visent à mettre en lumière les pratiques de mobilité et la place qu'elles occupent dans l'organisation du travail chez les soignants qui pratiquent la visite à domicile (VAD). Les visites à domicile constituent un maillon essentiel de l'accès aux soins pour des personnes qui en ont fortement besoin (personnes âgées, à la santé fragile, dépendantes ou affaiblies, personnes qui ont des difficultés de déplacement ou peu de moyens de transport à disposition) et ce encore plus dans les zones peu denses et/ou sous-dotées en soignants et en établissements de soins. Mais les VAD, et les multiples déplacements qu'elle induit pour les soignants, ont également des implications fortes sur les journées de travail des professions concernées. Cinq professions, impliquées à des degrés divers dans la VAD, qui exercent soit leur propre compte (infirmier-e-s, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, sages-femmes), soit en tant qu'employées de structures privées ou associatives (aides-soignant-e-s) sont ainsi étudiées, dans différents territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'approche, à caractère exploratoire et pluridisciplinaire, s'appuie sur des apports et de méthodes développées en anthropologie, aménagement, géographie et économie. Du fait de la faible connaissance préalable des conditions de travail et de mobilité des soignants effectuant des VAD, un travail de terrain conséquent a été mené dans une approche descriptive et compréhensive d'éléments très factuels (nombre de patients, kilomètres parcourus, temps passés quotidiennement pour différentes activités et sur différents type de lieux, etc.), comme des pratiques, des contraintes et marges de manœuvre, des relations avec la patientèle, comme avec les autres professions et avec l'administration, des ressentis, des difficultés rencontrées, des 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 dédiée.

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 des pratiques professionnelles des soignants pendant les « tournées » qu'ils ont à faire, quotidiennement ou régulièrement, pour prodiguer des soins au domicile des patients. Des enquêtes de terrains ont ainsi été menées à bien en deux vagues, la première dans l'aire urbaine de Lyon, la seconde en zone rurale, dans le Diois (Drôme) et les Monts du Forez (Loire, en limite du Puy-de-Dôme), aboutissant à un corpus de 45 entretiens et 38 observations en situation. Cette collecte qualitative cherche ainsi à aborder, dans une démarche compréhensive, les pratiques, les représentations, les ressentis et les « difficultés du métier », au plus près des conditions réelles d'exercice des soignants, en tirant parti des apports de la méthode dite *go-along*, « aller avec » (Kusenbach, 2003).

La réalisation d'une enquête quantitative, par questionnaire web auprès des quatre professions exerçant en libéral nourrit également l'analyse. 1524 questionnaires ont ainsi été complétés au total (449 par des infirmier-e-s, 614 par des masseurs-kinésithérapeutes, 307 par des médecins, et 154 par des sages-femmes) permettant d'analyser les modes d'organisation, les pratiques professionnelles et les déplacements induits par la VAD, de chaque profession en fonction des caractéristiques de leur lieu d'exercice. 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 trajets, lorsqu'elles sont enrichies des modes et motifs de déplacement.

A partir des terrains qualitatifs et quantitatifs, différents constats peuvent être tirés, des analyses développées, notamment quant à la mise en évidence des effets du territoire sur les conditions de mobilité et les conditions de travail des différentes professions. En particulier, les situations et les contraintes apparaissent clairement selon les professions. Les infirmier·e·s et les aides-soignant·e·s (ciblés dans le projet) sont les plus concernés 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 les médecins consacrent, à des degrés divers, plus de temps aux soins en cabinet qu'au domicile.

Dans des contextes où les amplitudes journalières de travail sont importantes et où la pression temporelle apparaît très élevée, et fortement ressentie, la mobilité nécessitée par la VAD contribue à augmenter les amplitudes de travail. Pourtant, s'ils peuvent générer de la fatigue du stress (notamment parce qu'on est très souvent dépendant de sa voiture et de son bon fonctionnement), ces déplacements apparaissent comme intégrés aux programmes d'activité quotidiens et intériorisés par les soignants. 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 parfois appréciés, servant de « sas », de temps de récupération entre deux visites. 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, les difficultés de la route en période hivernale, qui reviennent le plus souvent.

Dans l'enquête par questionnaire, les questions ouvertes, comme les difficultés rencontrées dans l'exercice de la VAD, les ressources qu'ils et elles peuvent mobiliser, comme les raisons du choix de changement de profession, mettent en évidence la multiplicité des problèmes rencontrés, et 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.

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 importante, un sentiment de lassitude, voire d'épuisement, et l'envie de changer de métier, de secteur d'activité. Différents indices ou indicateurs attestent le caractère exigeant de la pratique professionnelle :

- aux fortes amplitudes journalières de travail, la pression temporelle jugée élevée, et qui va en s'accroissant d'année en année ;
- à la rareté ou l'absence de pauses pendant le travail, les horaires décalées ou fragmentés, et pour certaines professions, le travail le week-end ;
- aux 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 ;

- au travail administratif, qui se rajoute aux tâches du soignant, et nécessite d'être réalisé parfois en dehors des jours de travail, faute de temps ;
- à 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 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 la forme d'une insatisfaction quant à la rémunération des actes. On pense en premier lieu aux bas salaires des aides-soignant·e-s, d'une part, et au faible taux de rémunération des actes (et à sa non-revalorisation) des soins infirmiers, mais pour les trois autres professions également, la question de 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 du soignant 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 où il est forfaitaire, ou en zone rurale, où le calcul des indemnités kilométriques, qui permet de compléter des revenus d'activité moins élevés, est fréquemment requestionné dans un sens moins favorable par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Ces résultats permettent ainsi de documenter des questions particulièrement importantes dans des contextes d'inégalités croissantes d'accès aux soins et de vieillissement démographique, celles de l'investissement professionnel et personnel mis en œuvre, des pratiques et formes d'organisation développées par les soignants pour apporter le soin au plus près des besoins des patients et des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans leur activité professionnelle. 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.

Table des matières

Résumé court	4
Résumé long	5
Table des matières	8
Liste des figures	13
Liste des sigles et abréviations	17
Introduction	18
I. Méthodologie	21
A. Approches qualitatives	21
a.1 Les phases d'enquêtes qualitatives	21
a.2 Les entretiens semi-directifs	23
a.3 Les observations des tournées de VAD	23
a.4 Les entretiens par téléphone en période de Covid-19	25
a.5 Les difficultés rencontrées	25
- Le recrutement	25
- La crise sanitaire	26
- La période estivale	26
- Le temps d'accès aux terrains	27
B. Approches quantitatives	27
b.1 Une enquête web auprès des soignants libéraux en collaboration avec les URPS	27
b.2 Contenu du questionnaire web	28
b.3 Test et diffusion	29
b.4 Bilan de la diffusion du questionnaire	30
b.5 Limites du dispositif pour atteindre les aides-soignantes	33
b.6 Représentativité des échantillons et redressement par profession	34
b.7 Caractérisation spatiale des territoires des soignants	37
C. Le recueil de traces GPS	43
D. Complément des méthodes observationnelles	44
II. Tâches réalisées	46
III. Résultats et discussion	48
Partie 1 - Trajectoires, installation en libéral et pratique de la VAD	48
1.1. Les choix de l'installation en libéral	48
1.1.1 Raisons de l'installation en libéral et aspects appréciés de l'activité	49
1.1.2 Pour fuir les conditions de travail de l'institution hospitalière	51
1.1.3 Pour une meilleure prise en charge de la patientèle	56
1.1.4 Pour le choix de ses horaires et de ses conditions financières	57
1.1.5 Les raisons d'une installation en zone rurale	59

1.2 Des horaires extensibles, une pression temporelle croissante	62
1.2.1 Amplitude horaire et pression temporelle	62
1.2.2. Facteurs de pénibilité morale et physique au travail	69
1.2.3 Arrêts maladie et possibilités de remplacement	74
Partie 2 - Caractéristiques de la pratique de visites à domicile (VAD)	76
2.1 Organisation du travail et pratique de la VAD	76
2.1.1 Une place différente des VAD selon les professions	76
2.1.2 Le choix de faire ou non des VAD	83
2.1.3 La VAD, une part variable dans l'activité des professions	85
2.2 La pratique des VAD selon les soignants et les territoires	89
2.2.1 Nombre de VAD et territoire d'exercice	89
2.2.2 Durée moyenne des visites et des déplacements : des différences urbain – rural ?	91
2.2.3 Distances parcourues quotidiennement pour se rendre aux domiciles des patients	93
2.2.4 Remboursement des déplacements	94
2.3 Des activités multiples sur le temps de la VAD	95
2.3.1 Répartition des catégories d'actions observées lors de la VAD	95
2.3.2 La charge du travail administratif en déplacement	98
2.3.3 Le temps de déplacement perçu comme un moment de « pause » entre les domiciles	101
Partie 3 - la problématique des déplacements lors des VAD	102
3.1 Des moyens de transport individuels, la voiture outil de travail	102
3.2 Problématiques de déplacement en zones urbaines	104
3.2.1 Des transports en commun peu adaptés au rythme des tournées	104
3.2.2 Intérêt du vélo en forte densité urbaine et dans un périmètre restreint	106
3.2.3 Les problèmes de stationnement en ville	108
3.2.4 Résumé des problématiques de déplacements en zones urbaines	114
3.3 Problématiques de déplacement en zones rurales	114
3.3.1 L'omniprésence de la voiture en zone rurales	114
3.3.2 Alternatives en cas de panne en zones rurales et urbaines	116
3.3.3 Problèmes spécifiques des zones rurales	118
3.3.4 Résumé des problématiques des déplacements en zones rurales	120
3.4. De forts enjeux de sécurité liés aux déplacements pour la VAD	121
3.4.1. Un risque routier assez largement perçu...	121
3.4.2. ... Et un risque d'agressions ou de vols encore un peu plus partagé	122
3.4.3. Des risques qui touchent les soignants quel que soit le territoire d'exercice	122
3.5. Les possibilités d'adaptation dans la pratique des VAD	124

3.5.1. Limitation du périmètre des tournées	124
3.5.2. Une réduction du périmètre d'intervention avec le temps et l'expérience	125
3.5.3 Une organisation des circuits en fonction du nombre de patients visités et du territoire	127
3.5.4 Une répétition des tournées sur la semaine	130
3.5.5 Récapitulatif des optimisations possibles des VAD selon les soignants et les territoires	132
Partie 4 - Conditions de travail et difficultés ressenties	134
4.1 Raisons qui motiveraient un changement d'activité	134
4.1.1 La rémunération comme problématique pour la majorité des professions	135
4.1.2 La fatigue, le stress, l'usure présents dans toutes les professions	137
4.1.3 Les raisons spécifiques aux infirmières	138
4.1.4 Les raisons spécifiques aux médecins généralistes	138
4.1.5 Les raisons spécifiques aux sages-femmes	139
4.1.6 Nouvelle activité en cas de changement	140
4.2 Difficultés rencontrées dans la pratique des VAD	141
4.3 Ressources pour faire face à ces difficultés	145
4.3.1 Le sentiment de ne pouvoir compter que sur soi-même	145
4.3.2 Sensation d'isolement, coopération et mutualisation entre professionnels de santé	147
4.3.3 Mettre en place du collectif dans le libéral	148
4.3.4 Les Maisons de santé pluriprofessionnelles	150
4.4 Crise Covid et conditions de travail	153
4.4.1 Impact sur les conditions de travail	153
4.4.2 Réorganisation des tournées pour éviter les contaminations et prioriser les soins	157
4.4.3 Débrouillardise, solidarité et bricolage pour l'approvisionnement en matériel de protection en début de crise	161
Conclusion générale et pistes de réflexions concernant la visite à domicile, notamment dans les territoires ruraux	163
Références bibliographiques	166
Annexes	169
Annexe 1 – Valorisation scientifique (en cours)	169
Annexe 2 – Description des profils des soignants enquêtés lors des entretiens semi-directifs qualitatifs	170
Annexe 3 – Questionnaire web	174
Annexe 4 – Planches illustrées pour la profession d'Aide-soignante	185
Annexe 6 – Planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute. Réalisation : Alexandra Lolivrel	192
Annexe 7 – Planches illustrées pour la profession de médecin généraliste	195
Annexe 8 – Planches illustrées pour la profession de sage-femme	199

Liste des tableaux

Tableau 1. Phases de collecte de données du projet Santé-Mobilité (2019-2021)	21
Tableau 2. Détail des phases composant la récolte des données qualitatives et effectifs par profession... 22	
Tableau 3. Effectifs enquêtés par profession	30
Tableau 4. Effectifs des populations des quatre professions enquêtées exerçant en région AURA	30
Tableau 5. Tailles d'échantillons et temps de réponse médian au questionnaire, par profession.....	31
Tableau 6. Effectifs ayant répondu aux questions ouvertes du questionnaire.....	32
Tableau 7 . Part des enquêtés ayant répondu aux questions ouvertes, selon la profession (%)......	32
Tableau 8. Répartition selon le département d'exercice, par profession, dans l'échantillon (Enq.) et la population (Pop.) (%)	36
Tableau 9. Moyenne d'âge des soignants de chaque profession dans l'enquête web, selon le territoire d'exercice (années)	38
Tableau 10. Proportion de femmes dans chaque profession dans l'enquête web, selon le territoire d'exercice (%)	39
Tableau 11. Aspects caractéristiques des horaires de travail, selon la profession (% de réponses affirmatives à la question « Dans votre activité libérale, avez-vous régulièrement... »).....	63
Tableau 12. Modalités d'adaptation des horaires face à la charge de travail, selon la profession (% de réponses « souvent ou toujours » à la question « En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il ? »)....	66
Tableau 13. Part des soignants de chaque profession déclarant effectuer souvent des montées d'escaliers fatigantes, selon le territoire d'exercice (%)	73
Tableau 14. Proportion des soignants de chaque profession ayant eu à s'arrêter pour raison médicale au cours des 12 derniers mois, selon le territoire d'exercice (%)	74
Tableau 15. Situation des soignants qui n'ont pas été arrêtés lors des 12 derniers mois (plusieurs réponses possibles, % des citations)*	74
Tableau 16. Fréquence de la pratique de la VAD des différentes professions, selon le lieu d'exercice (nombre de jours par mois).....	85
Tableau 17. Part des jours avec VAD dans l'ensemble des jours travaillés, des différentes professions, selon le lieu d'exercice libérales (%)......	86
Tableau 18. Durée moyenne des visites les plus fréquentes, selon le territoire d'exercice (mn)	91
Tableau 19. Temps domicile cabinet (aller simple), selon le lieu d'exercice (mn).....	91
Tableau 20. Montant des indemnités kilométriques des déplacements nécessités par les visites à domicile en zones rurales (lorsque les soignants sont éligibles) (euros / km)	94
Tableau 21. Réponses à la question « Les remboursements de vos frais de déplacements sont-ils suffisants pour couvrir vos frais ? », pour les différentes professions (%).....	94
Tableau 22. Proportion de réponses affirmatives et négatives à la question « Les remboursements de vos frais de déplacements sont-ils suffisants pour couvrir vos frais ? », selon le lieu d'exercice (%).....	95
Tableau 23. Mode habituellement utilisé par les infirmières pour les visites à domicile, selon le territoire d'exercice (%)	102

Tableau 24. Mode habituellement utilisé par les kinésithérapeutes pour les visites à domicile (%)	102
Tableau 25. Mode habituellement utilisé par les médecins pour les visites à domicile (%).....	103
Tableau 26. Mode habituellement utilisé par les sages-femmes pour les visites à domicile (%).....	103
Tableau 27. Proportion de soignants de chaque profession payant le stationnement lors des VAD, en zones urbaines denses ou de densité intermédiaire (%)	108
Tableau 28. Effectif et part (%) des enquêtés de chaque profession ayant répondu à la question ouverte sur les raisons motivant un changement d'activité, dans l'enquête web.....	134
Tableau 29. Effectifs et part (%) d'enquêtés de chaque profession ayant répondu à la question ouverte sur les difficultés rencontrées dans l'exercice de la VAD, dans l'enquête web.....	141
Tableau 30. Effectifs et part (%) d'enquêtés de chaque profession ayant répondu à la question ouverte sur les ressources existant pour faire face aux difficultés dans l'exercice de la VAD, dans l'enquête web	145

Liste des figures

Figure 1. Données récoltées lors de l'observation des VAD : mesure et relevé des temps, par activité.....	24
Figure 2. Données récoltées lors de l'observation des VAD : photographies et traces GPS.....	24
Figure 3. Texte de présentation de l'enquête en ligne	28
Figure 4. Catégories créées pour la catégorisation des questions ouvertes du questionnaire	33
Figure 5. Répartition hommes – femmes par profession, dans l'échantillon et dans la population (%)	35
Figure 6. Répartition en classes d'âge par profession, dans l'échantillon et dans la population (%)	36
Figure 7. Distribution des poids attribués aux individus de l'échantillon de l'enquête en ligne	37
Figure 8. Découpage de la région AURA selon le découpage en Aires d'attraction des villes de l'INSEE, et localisation professionnelle des soignants ayant répondu à l'enquête web et zones d'enquêtes qualitatives Urbaine (cercle violet) et Rurales (cercles noirs)	39
Figure 9. Découpage de la région AURA en zones de montagne et zones de plaine (zonage ICHN 2020 regroupé).....	40
Figure 10. Dotation du territoire en infirmières libérales et localisation professionnelle des infirmières ayant répondu à l'enquête web	41
Figure 11. Dotation du territoire en masseurs-kinésithérapeutes libéraux et localisation professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu à l'enquête web	42
Figure 12. Dotation du territoire en médecins généralistes et localisation professionnelle des médecins ayant répondu à l'enquête web	42
Figure 13. Dotation du territoire en sages-femmes libérales et localisation professionnelle des sages-femmes ayant répondu à l'enquête web	43
Figure 14. Réalisation d'un croquis par A. Lolivrel, lors de l'enquête de terrain (Drôme).....	44
Figure 15. Croquis d'une soignante, réalisé sur le vif, lors de la tournée journalière (Drôme)	45
Figure 16. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme	48
Figure 17. Ancienneté de l'activité en libéral, selon la profession.....	49
Figure 18. Raisons du choix de travailler en libéral (question à choix multiples, % des citations)	50
Figure 19. Aspects appréciés dans l'activité en libéral (question à choix multiples, % des citations)	50
Figure 20. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante	54
Figure 21. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante	55
Figure 22. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante	56
Figure 23. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale.....	63
Figure 24. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	64
Figure 25. Opinions vis-à-vis de l'affirmation « J'arrive à concilier vie professionnelle et vie hors-travail », selon la profession.....	64
Figure 26. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme	65
Figure 27. Part des soignants déclarant rouler ou se déplacer trop vite « souvent ou toujours », selon le territoire d'exercice (% de l'ensemble de la profession).....	67
Figure 28. Part des soignants de chaque profession estimant que les difficultés liées à la pression temporelle vont en s'accroissant ces dernières années, selon le territoire d'exercice (%).....	68
Figure 29. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale	69

Figure 30. Fréquence des problèmes rencontrés avec les patients : relations difficiles avec certains patients, paroles ou actes violents de certains patients, pour les différentes professions.....	69
Figure 31. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante.....	70
Figure 32. Fréquences des postures ou mouvements contraignants, et des stations debout prolongées, pour les différentes professions.....	71
Figure 33. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante.....	72
Figure 34. Fréquences des ports de charges lourdes, et des montées d'escaliers fatigantes, pour les différentes professions.....	73
Figure 35. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante.....	73
Figure 36. Part des soignants de chaque profession ayant souscrit une mutuelle, une prévoyance accident ou une assurance avec indemnité pour incapacité de travail (%)	75
Figure 37. Proportion de soignants de chaque profession citant la modalité « pas de possibilité de remplacement », parmi ceux qui n'ont pas été arrêtés lors des 12 derniers mois, selon le territoire d'exercice (%)	75
Figure 38. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	80
Figure 39. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	80
Figure 40. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme.....	82
Figure 41. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme.....	83
Figure 42. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	85
Figure 43. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et au cabinet, chez les infirmières, en moyenne lors des journées avec VAD (heures).....	87
Figure 44. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et au cabinet, chez les kinésithérapeutes, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)	87
Figure 45. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et au cabinet, chez les médecins, en moyenne lors des journées avec VAD (heures).....	88
Figure 46. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et au cabinet, chez les sages-femmes, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)	88
Figure 47. Distribution des infirmières selon le nombre quotidien de visites à domicile, selon le territoire d'exercice	89
Figure 48. Distribution des kinésithérapeutes selon le nombre quotidien de visites à domicile (jours avec VAD), selon le territoire d'exercice	90
Figure 49. Distribution des médecins selon le nombre quotidien de visites à domicile (jours avec VAD), selon le territoire d'exercice	90
Figure 50. Distribution des sages-femmes selon le nombre quotidien de visites à domicile (jours avec VAD), selon le territoire d'exercice	90
Figure 51. Durée moyenne de déplacement par patient visité, infirmières et kinésithérapeutes, selon le territoire d'exercice (min)	92
Figure 52. Durée moyenne de déplacement par patient visité, médecins et sages-femmes, selon le territoire d'exercice (min)	92
Figure 53. Kilomètres parcourus par les infirmières pour se rendre au domicile des patients lors des journées avec VAD, selon le territoire d'exercice (en km).....	93

Figure 54. Kilomètres parcourus 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)	93
Figure 55. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale	96
Figure 56. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	96
Figure 57. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste	97
Figure 58. Répartition des activités observées lors des tournées de VAD de l'enquête qualitative (calcul effectué à partir d'observations de 31 tournées de soignants)	97
Figure 59. Annotations des rendez-vous dans l'agenda pendant les déplacements en voiture (IDE) et à pied (SF).....	98
Figure 60. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme	99
Figure 61. Illustration de la charge mentale décrite par une aide-soignante en tournée de VAD	100
Figure 62. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste	101
Figure 63. Mode habituel utilisé pour les VAD dans l'aire urbaine lyonnaise	104
Figure 64. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme	106
Figure 65. Matériel transporté par Aude, IDE, 35 ans, URB, lors de chacune de ses tournées	107
Figure 66. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les infirmières, selon le territoire d'exercice.....	109
Figure 67. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les kinésithérapeutes, selon le territoire d'exercice	109
Figure 68. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les médecins, selon le territoire d'exercice.....	110
Figure 69. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les sages-femmes selon le territoire d'exercice	110
Figure 70. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme	112
Figure 71. Stationnements gênants de véhicules de soignants observés, en zone urbaine	113
Figure 72. Matériel transporté par Clara, MG, lors de chacune de ses tournées	115
Figure 73. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste	116
Figure 74. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale	117
Figure 75. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste	119
Figure 76. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale	120
Figure 77. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale	121
Figure 78. 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) »	122
Figure 79. 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) »	122
Figure 80. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale	124
Figure 81. Carte de déplacement de la tournée d'un kinésithérapeute en zone urbaine avec une visite excentrée.....	126
Figure 82. Carte de déplacement de la tournée d'une aide-soignante en zone rurale	127
Figure 83. Carte de déplacement de la tournée d'une infirmière en zone rurale	127
Figure 84. Carte de déplacement d'une tournée de médecin en zone rurale	128

Figure 85. Carte de déplacement de la tournée d'un kinésithérapeute (n°1) en zone rurale	128
Figure 86. Carte de déplacement de la tournée d'un kinésithérapeute (n°2) en zone rurale	129
Figure 87. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	129
Figure 88. Carte de déplacement de la tournée d'une infirmière en zone urbaine	130
Figure 89. Capture d'écran de l'outil de visualisation des traces mobiles. Ensemble des traces collectées sur une semaine par un soignant à l'aide de l'appli MobAccess.....	131
Figure 90. Enveloppes convexes journalières des lieux de VAD obtenue à partir de l'ensemble des traces collectées sur une semaine	132
Figure 91. Leviers potentiels de changement pour accommoder les VAD, et degré de faisabilité, selon la profession et le caractère urbain ou rural du territoire d'exercice	133
Figure 92. Raisons motivant un changement d'activité envisagé : les 8 thématiques les plus fréquentes en part de répondants (en %)	134
Figure 93. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes).....	136
Figure 94. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les infirmières	142
Figure 95. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale.....	142
Figure 96. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les kinésithérapeutes.....	143
Figure 97. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les médecins	143
Figure 98. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les sages-femmes.....	144
Figure 99. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme.....	144
Figure 100. Ressources pour faire face aux difficultés : les 9 thématiques les plus fréquentes en part de répondants les citant, après recodage (en %).....	145
Figure 101. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante.....	146
Figure 102. Opinions des soignants quant au caractère suffisant de l'entraide et de la coopération avec ses collègues.....	147
Figure 103. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	153
Figure 104. Réponses indiquant un changement, à la série de questions « Actuellement, par rapport à avant le confinement, est-ce que votre activité est impactée sur les aspects suivants ? »	155

Liste des sigles et abréviations

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

APF : association des paralysés de France.

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignante

AURA : Auvergne-Rhône-Alpes

CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : hospitalisation à domicile

HPST : hôpital patients santé et territoires

IDE : infirmière diplômée d'état

MG : médecin généraliste

MK : masseur-kinésithérapeute

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SF : sage-femme

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

URPS : union régionale des professionnels de santé libéraux

VAD : visite à domicile

Introduction

Le projet Santé-Mobilité explore les liens entre les mobilités quotidiennes et les conditions de travail des professionnels de santé assurant des soins à domicile et les contraintes auxquelles ils sont confrontés. Cinq professions sont étudiées : aides-soignant·e-s, infirmier·e-s, kinésithérapeutes, médecins et sages-femmes¹. 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 et le développement de nouvelles technologies transforment la nature même de l'offre de soins et du travail des soignants. Ils reconfigurent les coopérations entre acteurs médicaux et non médicaux ainsi qu'entre soignants et soignés.

Notre étude entend apporter des éléments de connaissance et de compréhension, à partir de données empiriques sur les conditions de travail de ces professions de santé, notamment les professions libérales, souvent moins étudiées et donc moins connues que les professions de santé hospitalières. Elle s'appuie sur les apports de travaux de recherche sur les professionnels de santé libéraux, notamment sur les conditions de travail et le rôle dans la santé de proximité des professions de santé libérales (Douguet et al., 2016) ; la place des médecins généralistes dans des maisons de santé (Schweyer, 2016) et l'hétérogénéité de leur groupe professionnel et de leurs pratiques (Bloy et Schweyer, 2010) ; le métier des infirmières libérales (Douguet et Vilbrod, 2018) ; et celui des sages-femmes libérales (Douguet et Vilbrod, 2017). L'importante recherche d'Arborio (2012) sur les aides-soignant·e-s met en lumière un groupe social non homogène et qualifié d'invisible. Les difficultés que nous avons eu à contacter et enquêter les aides-soignant·e-s travaillant à domicile (voir Méthodologie, b.5), illustre ce constat.

Ces professionnels de santé se situent au cœur de l'offre de « soins de proximité » (Lucas-Gabrielli et al., 2001). Le projet de loi relatif à la santé du 14 octobre 2014² annonce « *faciliter au quotidien le parcours de santé des Français* », en « *instaurant notamment un service territorial de santé au public et en facilitant l'accès aux soins de premier recours* » (Fillaut, Douguet, 2016 : 13). Cet accès aux soins doit concerner les « *soins ambulatoires directement accessibles aux patients avec une dimension généraliste et un accent mis sur l'éducation pour la santé* », en veillant à la « *proximité et l'accessibilité géographique, financière et culturelle* » (*ibid* : 13-14). « *Le défi est d'autant plus important que le premier recours se veut à la fois une porte d'entrée dans le système de santé (diagnostic, orientation, traitement) et un relais des politiques de santé (prévention, dépistage, éducation pour la santé) tout en assurant le suivi des patients et la coordination de leurs parcours.* » (*ibid* : 14).

L'accès aux soins des populations passe par la façon dont ces professionnels pratiquent les soins et notamment se déplacent au domicile de leurs patients, permettant ainsi, et entre autres, leur maintien à domicile. La mobilité des soignants réalisant des visites à domicile renvoie ainsi à des enjeux sociaux de taille quant à l'accès des populations aux soins de premier recours. Selon les caractéristiques démographiques, économiques et géographiques des territoires d'exercice, ces questions sont particulièrement vives.

La recherche sur les mobilités spatiales recouvre un grand nombre de problématiques et de champs d'investigation. Si cette notion est questionnée et largement discutée par les chercheurs, dans le domaine de la santé, notamment chez les sociologues, économistes et anthropologues, elle se concentre surtout sur les parcours de soins des patients. Les pratiques professionnelles des soignants et la mobilité induite par

¹ Compte tenu de la proportion très majoritaire de femmes chez les aides-soignant·e-s et infirmier·e-s, nous parlerons généralement par la suite d'aides-soignantes et d'infirmières.

² <https://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2302-ei.asp>

les soins à l'échelle d'un territoire demeurent peu explorées. Les études portent sur les mobilités professionnelles et sociales d'un point de vue de la carrière (mobilité interne à la structure médicale ou mobilité géographique en vue d'une promotion professionnelle) ou sur les mobilités pendulaires (domicile – travail).

Les mobilités croissantes, la pluralité des acteurs de soins et la circulation des compétences médicales amènent à questionner la complexité des parcours de soins et les multiples flux et circulations associés (Musso, 2009 ; Fassin, 2011 ; Cohen et Rossi 2011 ; Sakoyan, Musso et Mulot, 2011).

Dès lors, le projet souhaite apporter un regard particulier du point de vue de l'objet d'étude et du point d'entrée : il propose de regarder selon différents prismes et en mobilisant différents outils techniques, les pratiques professionnelles des soins à domicile, à une échelle locale. Il permet d'interroger les paradoxes entre la « facilité croissante de la mobilité dans un temps de plus en plus réduit », l'accélération sociale, l'accélération des temps professionnels (Rosa, 2010), et les difficultés et contraintes rencontrées par les acteurs des soins dans leurs pratiques de soins à domicile. Etudier les configurations de mobilité au niveau de territoires contrastés (urbains, périurbains, ruraux) dans le domaine de la santé permet de saisir les possibilités mais aussi les fragilités des territoires en la matière, et de pointer les risques sanitaires liés.

Le projet s'articule autour de plusieurs disciplines (anthropologie, aménagement, géographie, informatique, santé publique), allie des méthodologies complémentaires et rapproche des acteurs de la recherche académique (LAET – Laboratoire Aménagement Économie Transports, UMRESTTE, LIRIS) et des praticiens (URPS – Unions Régionales des Professionnels de Santé infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, médecins et sages-femmes ; ANACT – Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail).

La région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) constitue notre aire géographique d'étude, avec, pour son volet qualitatif, une focalisation dans un premier temps sur le territoire de l'aire urbaine de Lyon, qui comprend des zones urbaines très centrales et denses, des territoires de banlieue également très peuplés et d'autres espaces, plus périphériques et moins denses. En complément, un second volet de l'enquête qualitative élargit le terrain d'étude aux zones rurales de la région AURA. Des entretiens et observations seront ainsi menés dans deux territoires : une zone de plaine située dans la Drôme, du sud-est de Valence, jusqu'à Dieulefit et Die, et une zone montagneuse située dans la Loire (monts de la Madeleine, Haut-Forez) en proximité du Puy-de-Dôme. Les zones rurales choisies présentent des problématiques particulières : forte proportion de personnes très âgées, temps d'accès élevés au cabinet des soignants libéraux, utilité sociale des visites à domicile – et difficultés concrètes de réalisation – encore renforcées.

Le projet Santé-Mobilité a débuté en 2019 et s'est achevé en novembre 2021. Il est financé par le LabEx IMU (Intelligences des Mondes Urbains) de l'Université de Lyon, en particulier pour le terrain sur l'aire urbaine de Lyon, pour l'enquête quantitative en ligne auprès des soignants libéraux de la région AURA, et les développements méthodologiques autour de l'application MobAccess et l'analyse des traces mobiles. Le projet a bénéficié d'un financement de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), pour l'extension du terrain qualitatif et l'analyse des informations collectées aux territoires ruraux de la région AURA.

L'objectif du projet Santé-Mobilité est de saisir les conditions de travail des soignants dans leurs pratiques quotidiennes des soins à domicile des patients. L'hypothèse à la base de cette recherche peut être résumée ainsi : selon des modalités, et à des degrés divers d'une profession à l'autre, la mobilité induite par les visites auprès des patients constitue un élément structurant de l'organisation de l'activité et les temps de travail

de ces soignants. Si elle est un élément essentiel du « virage ambulatoire »³ et de l'accès aux soins des personnes qui en ont besoin, la pratique de visite à domicile repose très fortement sur quelques professions qui doivent prodiguer ces soins, quelle que soit leur localisation sur le territoire. Sa réalisation se heurte aux limites temporelles, spatiales, parfois réglementaires, auxquelles sont confrontés les soignants. Les visites au domicile des patients entraînent potentiellement des contraintes particulières et contribuent à la charge de travail des soignants concernés. Le projet vise alors à repérer les spécificités de mobilité (modales, temporelles, quant aux contraintes induites et aux ressources mobilisées) des différentes professions de soignants, selon les caractéristiques du territoire d'exercice de leur activité. Pour ce faire, le projet cherche à décrire, qualifier, cartographier, les pratiques de mobilité et les analyser en les mettant en perspective avec les conditions d'exercice de ces cinq professions de santé en fonction des contraintes structurelles, professionnelles, réglementaires, financières, territoriales auxquelles elles sont soumises.

³ Virage ambulatoire souhaité par l'Etat dans sa volonté de réforme du système de santé, afin de décloisonner les différents secteurs de santé, et à mieux associer les multiples acteurs (établissements de soins, multiples praticiens libéraux) pour mieux répondre aux besoins des patients aux différentes étapes de leur parcours de soins. Voir <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

I. Méthodologie

Portant sur des pratiques spatiales et des pratiques de mobilité peu étudiées, le projet s'appuie sur un travail de collecte d'informations, relevant des méthodes mixtes (Guével et Pommier, 2012 ; Anadón, 2019) : un terrain qualitatif constitué d'entretiens et de temps d'observations pendant les tournées, et une enquête quantitative par questionnaire en ligne, complétés par la collecte, par des soignants volontaires, de traces de téléphonie mobile à l'aide d'une application développée par le LAET, appelée MobAccess (Tableau 1). Notre méthodologie (Didier et al., 2021) se rapproche du « devis séquentiel exploratoire », dans lequel une collecte quantitative est mise en place après une enquête qualitative, profitant, dans la conception du questionnaire, des connaissances acquises par le terrain qualitatif et permettant également de répondre à des questionnements générés par cette recherche qualitative (Tariq et Woodman, 2010). Toutefois, la séquence se poursuit et prend la forme d'un aller-retour, puisque la réalisation, après les enquêtes quantitatives, d'une seconde vague d'enquêtes qualitatives a bénéficié des apports des phases d'investigation précédentes. Ce second terrain qualitatif, de même méthodologie que le premier, permet d'approfondir notre compréhension des spécificités liées au fait d'exercer, et de rendre visite aux patients, dans les territoires peu denses et éloignés des aires urbaines.

Tableau 1. Phases de collecte de données du projet Santé-Mobilité (2019-2021)

Phase	1	2	3	4
Type de récolte	Qualitative	Quantitative	Collecte de traces mobiles	Qualitative
Moyens pour la récolte	Entretiens et observations	Questionnaire web	Traces GPS par l'utilisation de l'application MobAccess	Entretiens et observations
Localité	Aire urbaine de Lyon	Région Auvergne-Rhône-Alpes	Région Auvergne-Rhône-Alpes	2 zones rurales en Région AURA
Nombre de personnes enquêtées ou participantes	28	1524	35	19

A. Approches qualitatives

a.1 Les phases d'enquêtes qualitatives

Les enquêtes qualitatives se sont déroulées sur deux périodes⁴ :

1/ La première période a consisté en la réalisation d'enquêtes sur l'aire urbaine de Lyon (Tableau 2).

- Sur une durée de 7 mois, d'août 2019 à mars 2020 avec la réalisation d'entretiens semi-directifs avec 28 soignants de cinq professions dans l'aire urbaine de Lyon ;

⁴ Les enquêtes qualitatives ont été réalisées par Pierrine Didier, anthropologue.

- Ces entretiens ont été couplés avec la réalisation d'une journée ou d'une demi-journée d'observations de la tournée des VAD avec 19 de ces soignants préalablement rencontrés et effectuant au moins deux VAD d'affilée. Ces observations ont permis de compléter l'entretien préalablement réalisé, de situer les discours et de se rendre compte *in situ* des conditions de travail, des horaires et des parcours effectués ;
- En avril 2020, lors du premier confinement (17 mars - 10 mai), nous avons réalisé des entretiens par téléphone, avec 9 soignants préalablement rencontrés, sur leurs conditions de travail pendant cette période de crise sanitaire. Non prévue dans le protocole initial, cette phase d'enquête s'est imposée aux yeux des chercheurs, afin de comprendre les modifications entraînées par la période inédite que nous étions en train de vivre et qui est venue impacter fortement, et souvent durablement, le travail des soignants.

2/ La deuxième période a permis la réalisation d'enquêtes sur deux zones rurales de la région Auvergne-Rhône-Alpes, sélectionnées sur des critères de démographie (proportion de personnes âgées) et de temps d'accès aux professionnels de santé (supérieur à 30 minutes), grâce au financement de la CCMSA.

- Le terrain s'est déroulé sur une période de quatre mois, de juin à septembre 2021, avec la réalisation de 19 entretiens semi-directifs ;
- Ces entretiens ont été couplés à des observations de déplacements lors des visites à domiciles auprès de 11 soignants dans ces zones rurales.

Tableau 2. Détail des phases composant la récolte des données qualitatives et effectifs par profession

Type d'enquête	Période 1			Période 2
	Entretiens semi-directifs	Observations Tournées de visites à domicile	Entretiens par téléphone (Confinement)	Entretiens semi-directifs (et observations)
Période	Août 2019 - mars 2020	Août 2019 - mars 2020	Avril 2020	Juin - septembre 2021
Type de données	Discours	Discours, commentaires en situation, photographies, temps chronométrés, recueils de traces GPS	Discours	Discours, commentaires en situation, photos, temps chronométrés, recueils de traces GPS
Aides-soignantes	6	5	1	6
Infirmières	5	3	3	3
Masseurs-kinésithérapeutes	5	5	2	3
Médecins	6	2	1	3
Sages-femmes	6	4	2	4
Total	28	19	9	19 (11)

a.2 Les entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs réalisés ont été systématiquement enregistrés par dictaphone après le recueil du consentement éclairé du soignant. Ils ont porté sur cinq grandes thématiques résumées dans une trame de guide d'entretien :

- L'organisation du travail : parcours professionnel, organisation du travail et des tournées, rapport aux associés ou collaborateurs du cabinet, pratiques de soins, les rémunérations ;
- Les rapports aux autres professionnels de santé, à l'hôpital et à l'assurance maladie : mutualisation du travail, solidarités, concurrence ;
- Les relations à la patientèle : type de patientèle, rapport à la patientèle, difficultés relationnelles ;
- Les pratiques de mobilités et problématiques afférentes : déplacements pour VAD, kilométrage effectué et le temps consacré quotidiennement, modes de déplacement, stationnement, indemnités de déplacement ;
- Le ressenti du travail : difficultés, aspects positifs du métier.

Les entretiens se sont déroulés au cabinet ou au domicile du soignant ou encore dans des endroits publics tels que des parcs et des cafés.

Les entretiens ont duré de 36 minutes à 1h45 avec une moyenne de 1h-1h10. Tous les entretiens ont été entièrement retranscrits *verbatim*.

a.3 Les observations des tournées de VAD

Les entretiens qualitatifs ont été couplés à une période d'observation de la « tournée » de chacun des soignants (une demi-journée ou une journée selon les cas). Le même mode de transport que celui du soignant était utilisé pour suivre la tournée (comme passagère dans la voiture du soignant, par le biais d'un prêt de vélo à assistance électrique ou de trottinette (non électrique), parfois à pied). Les dates des observations ont été choisies selon la volonté du soignant (lorsque la présence du chercheur ne le dérangeait pas) et sur une journée représentative de ses déplacements.

Au cours de cette phase d'observation, des entretiens ont été menés selon la méthode « *go-along* » (Kusenbach, 2003 ; Carpiano, 2009). Cette méthode permet à l'ethnographe « *d'observer les pratiques spatiales de leurs informateurs in situ tout en accédant à leurs expériences et interprétations en même temps* » (Kusenbach, 2003 : 463). Elle permet de mieux saisir par l'observation et l'expérimentation du déplacement les problématiques et les difficultés de leur mobilité et de documenter des pratiques socio-spatiales en action (Marcoux-Gendron, 2017).

Lors des observations, plusieurs collectes d'information ont également été réalisées :

le chronométrage de la répartition du temps consacré à différentes tâches (soins, déplacements, tâches administratives et temps de pause) lors de la réalisation des visites à domiciles (VAD) (Figure 1) ;

- les photographies des stationnements et des problématiques de circulation,
- le recueil de traces de déplacement à l'aide d'une application de téléphonie mobile (Figure 2).

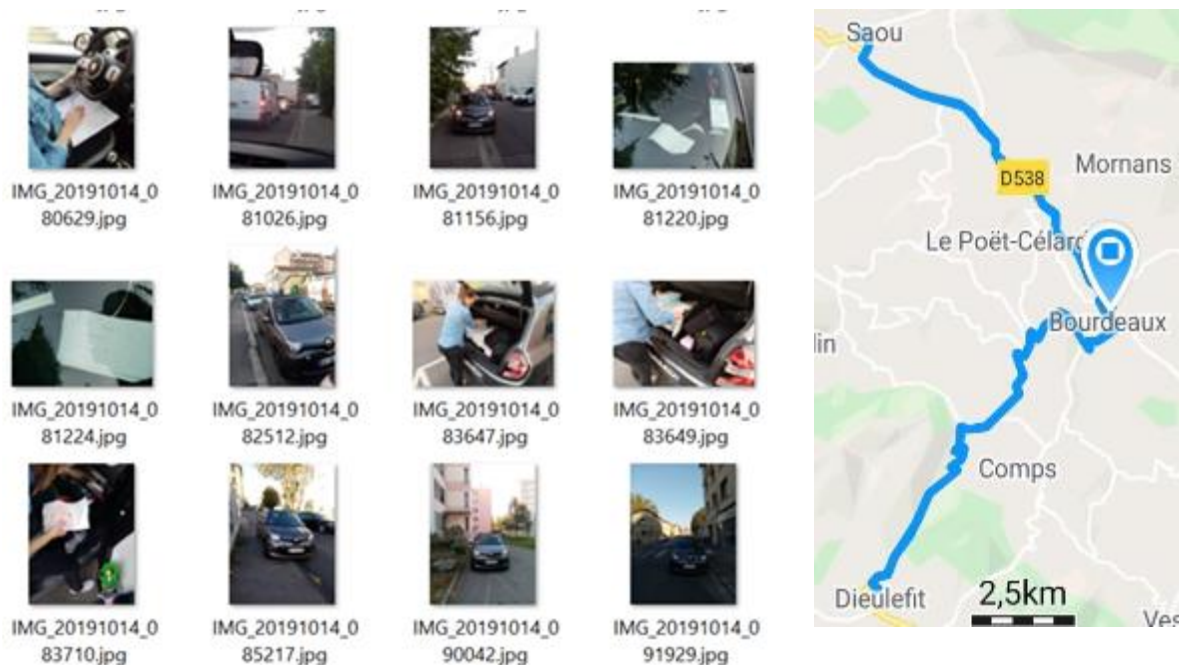
Les chronométrages des temps ont permis, par exemple, de calculer puis de comparer, profession par profession, le temps consacré aux différentes activités lors de la réalisation des tournées de VAD.

Cette collecte précise a été bien acceptée par les soignants qui se sont tous prêtés au jeu de l'observation. Nombre d'entre eux nous ont fait part de leur satisfaction de pouvoir faire connaître des éléments très concrets et quotidiens de leur travail.

Figure 1. Données récoltées lors de l'observation des VAD : mesure et relevé des temps, par activité

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	AS1-LG33							
2	18/11/2019							
3								
4	HEURE DEBUT	HEURE FIN	DUREE	MOTIF	DEPLACEMENT	SOINS	PAUSE	ADMIN
5	7h15	7h50	35	Trajet de chez elle à chez la première patiente	35			
6	7h50	8h	10	Attente dans la voiture			10	
7	8h	9h	60	Patiente 1		60		
8	9h	9h20	20	Trajet voiture jusqu'à l'autre patient	20			
9	9h20	9h45	25	Patient 2		25		
10	9h45	9h55	10	Déplacement pour aller chercher les clés	10			
11	9h55	10h06	11	Déplacement pour aller chez le prochain patient	11			
12	10h06	10h54	48	Patient 3		48		
13	10h54	11h	6	Pause cigarette				6
14	11h	11h10	10	Déplacement pour aller chez la dernière patiente	10			
15	11h10	11h56	46	Patiente 4		46		
16	11h56	12h10	14	Déplacement pour aller redéposer les clés	14			
17	12h10	12h15	5	Coup de téléphone au bureau sur le parking				5
18	12h15	12h50	35	Déplacement pour retourner au bureau	35			
19	12h50	13h10	20	Passage au bureau				20
20	13h10	13h30	20	Déplacement pour retour au domicile personnel	20			
21								
22	début	Fin	durée	total en min	155	179	16	25
23	7h15	13h30	6h15	en heures	2h35	2h59	0h16	0h25
24			375					

Figure 2. Données récoltées lors de l'observation des VAD : photographies et traces GPS



Dans certains cas, pour des médecins notamment, l'entretien n'a pas été suivi de l'observation lors d'une tournée. Cela correspond aux soignants qui effectuent des VAD de façon tout à fait ponctuelle, par exemple, sur leur pause de midi. Nous n'avons conduit ces observations que lorsque le soignant réalisait au moins deux visites à domicile d'affilée.

Tout comme la réalisation des entretiens semi-directifs, des observations étaient prévues avec des soignants dans le courant du mois de mars 2020. Elles ont dû être annulées en raison de la pandémie et de l'instauration d'un confinement strict. La dernière observation a ainsi été réalisée le vendredi 13 mars avec une femme médecin généraliste effectuant des visites dans les EHPAD. Nous pouvions sentir, à la veille du premier confinement, l'état de tension de certains soignants. Nous avons dû nous munir de masques pour entrer dans les établissements visités. Les enquêtes sur le terrain de l'aire urbaine lyonnaise ont donc été stoppées par le contexte pandémique global et les mesures de distanciation physique stricte mises en place.

Les temps d'observations ont duré de 2 h, pour les plus courts, à 9 h, pour les plus longs (sur une amplitude horaire de travail de 13 h cette journée-là), les plus longs ayant été réalisés avec des infirmières. Les enregistrements réalisés lors de ces enquêtes par l'observation ont duré en moyenne 1h10. Ils ont tous été retranscrits verbatim. L'analyse des données textuelles s'est faite à l'aide du logiciel MaxQDA.

a.4 Les entretiens par téléphone en période de Covid-19

Afin de nous adapter au plus près de la situation sanitaire due à la propagation de Covid-19, lors du premier confinement en France, de mars à mai 2020, nous avons réalisé aux mois de mars et avril 2020 des entretiens par téléphone avec neuf soignants ayant déjà participé à l'enquête qualitative (1 aide-soignante, 3 infirmières, 2 kinésithérapeutes, 1 médecin et 2 sages-femmes). Ces entretiens téléphoniques ont permis de faire le point avec eux pour connaître et comprendre l'impact de la crise sanitaire sur les activités de chacune des professions, ainsi que les difficultés rencontrées et leur ressenti (manque de moyen humain et matériel, impossibilité d'exercer lors du confinement pour les kinésithérapeutes notamment, difficultés financières, manque de considération des institutions de santé et des pouvoirs publics, stratégies mises en place pour maintenir les tournées, développement des téléconsultations, etc.).

Plus courts (47 minutes en moyenne), ces entretiens téléphoniques ont été enregistrés avec l'accord des soignants, et retranscrits *verbatim*.

a.5 Les difficultés rencontrées

L'étude a globalement reçu un bon accueil de la part des soignants contactés. Nombre d'entre eux ont communiqué un intérêt partagé pour l'étude mais regrettaient un « manque de temps » généralisé pour y participer.

- **Le recrutement**

La démarche qualitative de terrain implique un temps non négligeable de recrutement des participants, qui sont volontaires et motivés à consacrer du temps (de travail ou du temps libre) pour répondre aux questions. Sur les zones rurales, environ 70 personnes correspondant aux critères de profession, d'activité (effectuant des VAD) et des localités (sur les zones géographiques ciblées) ont été contactées. Les contacts ont souvent été multiples pour un même soignant, à raison de deux ou trois échanges par soignant (mails ou appels téléphoniques, messages laissés sur le répondeur, rappels pour confirmation ou changements de l'horaire du rendez-vous, etc.). Au final, sur les zones rurales, 19 soignants ont pu être interrogés.

Les aides-soignantes n'ont pu être contactées qu'après accord de la hiérarchie des structures employeuses. Lors des enquêtes en zones rurales et grâce à la première expérience de recrutement en zones urbaines, le contact s'est fait directement par les structures pour optimiser le temps de recrutement. Toutes les structures contactées ont très favorablement accueilli l'étude et permis un accès à leurs aides-soignantes afin que celles qui étaient intéressées puissent participer.

En zones urbaines comme rurales, l'accès aux médecins généralistes a été plus compliqué que pour les autres professions. La pression temporelle était systématiquement mise en avant. Nous avons constaté un refus de participation à l'étude quasi systématique chez les plus de 45 ans. Nous avons cependant reçu un très bon accueil de la part de médecins généralistes récemment installés.

En zones rurales, le faible effectif de soignants (infirmières, sages-femmes, médecins généralistes) sur les zones choisies a compliqué le recrutement, notamment en cas de refus ou de non-disponibilité.

En zones urbaines, les refus de participation à l'étude qualitative ont été plus fréquemment justifiés par la non-pratique de VAD par les soignants, qu'en zones rurales.

- **La crise sanitaire**

Lors de la première période d'enquête dans l'aire urbaine de Lyon, l'objectif initial de 5 soignants enquêtés par profession a quasiment été atteint, au cours des 7 mois qu'a duré la période d'enquête. Les deux derniers entretiens avec des infirmières étaient prévus courant mars 2020. Ils ont finalement été annulés en raison de la période de confinement due à la pandémie de Covid-19 et de la surcharge de travail à laquelle étaient confrontés ces soignants. Néanmoins, 9 entretiens sur les conditions de travail en période Covid ont pu être réalisés avec des soignants déjà rencontrés, ce qui témoigne également de leur volonté de témoigner sur les conditions et la situation qu'ils étaient en train de vivre à ce moment-là.

- **La période estivale**

Lors de la deuxième période d'enquête, la réalisation des entretiens en zones rurales a présenté de nouvelles difficultés : les contacts ont été établis avec les soignants correspondant aux critères géographiques (dans les deux périmètres d'enquête choisis, identifiés par des cercles noirs sur la Figure 8 (voir p. 39), et aux critères du projet (à savoir faire des VAD) lors de l'été 2021. Les soignants qui n'étaient pas en congés et que nous avons réussi à contacter nous ont indiqué que l'été était une période particulièrement surchargée et qu'il leur était impossible de dégager du temps pour répondre à une étude, sachant qu'ils devaient remplacer leurs collègues en congés et que leur patientèle augmentait avec la présence des touristes. La période post-Covid a été également citée comme venant rajouter une charge à des emplois du temps très chargés.

Six soignants avec qui un rendez-vous avait été pris ont annulé suite à des conditions de travail difficiles ou une impossibilité pour eux d'honorer le rendez-vous. Voici des extraits des correspondances :

« On est en sous-effectifs, c'est très difficile de faire les tournées, on n'arrive pas à recruter des aides-soignantes depuis le Covid » (infirmière coordinatrice qui gère une association d'aide à domicile).

« Nous sommes débordés, on a les touristes qui viennent passer leurs vacances dans leur maison secondaire plus tous les tests antigéniques qu'on est en capacité de faire maintenant » (infirmière libérale).

« [...] je commence à prendre le rush de la rentrée j'aurai donc du mal à dégager du temps » (masseur-kinésithérapeute).

« Je ne répondrai pas à votre sollicitation, par faute de temps principalement (les temps sont durs...). » (médecin généraliste).

« [...] faire une enquête juillet août dans une ville touristique, avec les touristes et les histoires de Covid franchement ce n'est vraiment pas le moment, on est débordé » (médecin généraliste).

« Vu la situation actuelle de notre monde sanitaire je suis complètement incapable de vous accueillir dans mon travail qui va, de toute façon, s'arrêter très prochainement » (sage-femme).

- **Le temps d'accès aux terrains**

Les enquêtes en zones rurales ont également nécessité une logistique et un temps de déplacement beaucoup plus importants que les enquêtes réalisées lors de la première période en zone urbaine (entre deux et quatre heures de route pour se rendre au lieu de rendez-vous).

Le regroupement des entretiens au sein d'une même mission sur le terrain n'a pas toujours été possible, car cela était conditionné aux disponibilités, souvent limitées, des soignants. Aussi de nombreux allers-retours ont été effectués.

B. Approches quantitatives

b.1 Une enquête web auprès des soignants libéraux en collaboration avec les URPS

Les approches quantitatives ont pris la forme d'un questionnaire web destiné aux professionnels de santé libéraux de toute la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le questionnaire a été soumis aux représentants des URPS des quatre professions concernées (infirmières, kinésithérapeutes, médecins et sages-femmes) et de l'ANACT lors d'une réunion du Copil du projet. Nous avons limité sa diffusion aux soignants qui nous intéressaient le plus dans le cadre du projet, à savoir ceux effectuant, au moins de temps en temps, des VAD, les soignants n'effectuant jamais de visite à domicile ne sont donc pas enquêtés. Hormis pour les infirmières, ce choix a, comme corollaire, une limite à cette enquête, le fait que nous ne pouvons étudier directement les raisons de non-pratique de la VAD, ou d'abandon de cette pratique. Toutefois, dans le questionnaire, certains soignants ont mentionné, dans les questions ouvertes, le fait d'avoir réduit la part des VAD dans leur activité.

La 1^{ère} réunion du Copil du projet (regroupant les correspondants des URPS des quatre professions libérales, des membres de l'ANACT, de la CNAM, de Santé Publique France, de la MSA) qui s'était tenue en octobre 2018 nous a apporté beaucoup d'éléments utiles sur les problématiques que rencontrent les professionnels de soins libéraux effectuant de la VAD, mais aussi sur la diversité des situations et des cas de figure à prendre en compte dans le questionnaire. C'est pourquoi l'enquête web par questionnaire a été menée après que les entretiens qualitatifs et observations menés sur l'aire urbaine de Lyon aient été achevés, afin de tirer parti, pour la rédaction du questionnaire, des connaissances acquises par les entretiens et les observations sur des situations professionnelles complexes et très diverses.

Les premiers enseignements des entretiens et observations qualitatives nous ont ainsi été utiles, à la fois pour prendre en compte cette diversité des situations observées entre professions, et les aspects importants à considérer pour bien décrire les pratiques de visites au domicile des soignants des différentes professions. Ce souci a guidé la formulation des questions posées, et les modalités de réponse proposées, le questionnaire devant avoir du sens pour les membres des différentes professions enquêtées. Cela a été

réalisé, avec quelques questions supprimées pour les aides-soignantes. L'enquête n'a pu être menée pour les aides-soignantes, car nous n'avons pu mobiliser de canaux de diffusion adaptés pour cette enquête, en l'absence d'organisme professionnel interne permettant de contacter les membres de cette profession (voir plus bas). Aussi nous ne présentons que le questionnaire destiné aux quatre professions de soignants libéraux étudiées dans le projet.

b.2 Contenu du questionnaire web

Avant le début du questionnaire proprement dit, un texte de présentation, qui a été adapté en fonction de la période d'enquête (ci-dessous dans sa version la plus récente, suite à l'annonce du 2nd confinement), précise les objectifs d'enquête, le traitement anonyme des réponses, et la durée de l'enquête (Figure 3).

Figure 3. Texte de présentation de l'enquête en ligne

Enquête auprès des soignants libéraux effectuant des visites à domicile en région Auvergne - Rhône-Alpes

Les chercheurs du Laboratoire Aménagement Economie Transports (CNRS, ENTPE, Université de Lyon) vous invitent à répondre à ce questionnaire consacré à votre activité professionnelle. Cette enquête est réalisée dans le cadre du projet de recherche [Santé Mobilité](#), en collaboration avec l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) et avec la participation de votre URPS. Elle vise à mieux comprendre les conditions de travail et de déplacement des soignants intervenant au domicile des patients, ainsi que les difficultés rencontrées dans l'exercice de l'activité professionnelle.

Si vous êtes infirmier-e, kinésithérapeute, médecin ou sage-femme, et pratiquez des soins au domicile des patients, que ce soit tous les jours, souvent ou exceptionnellement, votre contribution est importante. Nous vous remercions pour le temps que vous consacrez à répondre à ce questionnaire (compter 15 minutes pour compléter le questionnaire). Il est nécessaire de compléter le questionnaire pour que vos réponses puissent être prises en compte.

Les questions posées portent sur votre activité professionnelle, vos conditions de travail et de déplacement, et les difficultés que vous pouvez rencontrer, dans un contexte habituel, donc **AVANT la crise sanitaire** (avant le 17 mars 2020). Toutefois, les dernières questions du questionnaire abordent vos conditions de travail actuelles, et les conséquences de la crise sanitaire et du nouveau confinement sur votre activité.

Vos réponses sont confidentielles et ne feront l'objet que d'analyses statistiques. Les données sont conservées de façon sécurisée et utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique. Les résultats pourront faire l'objet de publications scientifiques, dans le respect de l'anonymat des participant-e-s. Pour toute question ou information, vous pouvez contacter Pascal Pochet et Pierrine Didier à cette adresse : santemobilite@entpe.fr.



LABORATOIRE
AMÉNAGEMENT
ÉCONOMIE
TRANSPORTS

TRANSPORT
URBAN PLANNING
ECONOMICS
LABORATORY



Le questionnaire est structuré en différents thématiques (voir questionnaire en Annexe 3) :

- Les caractéristiques de la profession, ancienneté dans l'activité, raisons du choix d'exercer cette profession en libéral, le statut au sein du cabinet ou de l'organisme, la réalisation en parallèle d'autres formes d'activité (au sein d'établissements notamment), et la part prise par l'activité libérale dans l'ensemble des activités ;
- La mobilité quotidienne liée à l'activité professionnelle, le ou les modes de transport habituellement utilisés pour se rendre au cabinet (lorsque le cabinet n'est pas situé au domicile), le ou les modes de transport pour se rendre chez les patients, le temps de déplacement cumulé, et le nombre de kilomètres parcourus en cumulé sur la journée (lorsque le soignant peut l'estimer) pour effectuer la VAD, ainsi que les façons de faire, pour les soignants utilisant la voiture (stratégie de stationnement, utilisation du GPS, solutions possibles en cas d'indisponibilité du véhicule...) ;

- L'organisation du travail et des VAD, incluant nombre de jours de travail, le nombre de jours d'exercice de la VAD, et pour les jours où la VAD est effectuée : le nombre de visites au domicile, la durée de ces visites (les plus courtes, les plus longues, les plus fréquentes), le temps passé au cabinet, le temps passé au domicile des patients sur la journée ;
- Les conditions de travail et les aspects de santé au travail : risques psycho-sociaux, pression temporelle, relations avec les patients, la fréquence d'horaires fragmentés, irréguliers, décalés, de travail le week-end, avec pause déjeuner réduite ou absente, la fréquence d'actions fatigantes ou pénibles, la perception de la pression temporelle et de son évolution⁵, arrêts maladie dans l'année écoulée, souscription d'une prévoyance accident et maladie ;
- Les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession, en lien avec la VAD en particulier, et les ressources disponibles pour surmonter ces difficultés (deux questions ouvertes), les souhaits ou non de changer d'activité, et l'activité de reconversion envisagée le cas échéant. Ces différentes questions étaient entendues en situation « hors Covid ». Deux séries de questions ont été ajoutées en fin de questionnaire pour savoir comment leur activité avait évolué depuis la crise sanitaire, et le sens, positif ou négatif de ces évolutions, et enfin ;
- Le profil du soignant (âge, genre, situation matrimoniale, statut d'activité du conjoint, présence d'enfants au domicile et niveau scolaire du ou des enfants) et son lieu de résidence (commune, avec précision éventuelle).

Le questionnaire comporte 90 questions dont 4 questions ouvertes sur les désirs de changement d'activité (et en cas de réponse positive, l'activité envisagée), les difficultés rencontrées dans l'exercice du métier, notamment lors des visites à domicile et les ressources mobilisables pour faire face à ces difficultés.

b.3 Test et diffusion

Le questionnaire ainsi élaboré a été soumis aux professionnels de santé concernés (les URPS infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes étaient présents) et aux membres de l'ANACT présents lors du 2^e CoPil du projet (octobre 2019). Nos partenaires ont contribué par leurs commentaires et propositions, à améliorer la pertinence. Testé en juin, en période de déconfinement et de reprise d'une activité plus 'normale', mis en ligne via la plateforme d'enquête de Sphinx (www.lesphinx-developpement.fr), le questionnaire auto-administré a ensuite été diffusé auprès des soignants exerçant dans la région AURA, en juillet, puis en septembre-octobre 2020.

Le questionnaire a été diffusé par emailing auprès des quatre professions libérales grâce au concours de des URPS respectives de la région AURA : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, médecins et sages-femmes⁶. Une première diffusion, puis une relance (deux dans le cas des sages-femmes) ont permis d'obtenir un échantillon de 1524 soignants de la région AURA (Tableau 3).

⁵ Concernant les questions portant sur la fréquence d'horaires fragmentés, irréguliers, décalés, de travail le week-end, avec pause déjeuner réduite ou absente, la fréquence d'actions fatigantes ou pénibles, la perception de la pression temporelle et de son évolution, nous avons largement repris (parfois en les adaptant à la marge) des questions présentes dans le questionnaire EVREST (EVREST, 2019).

⁶ Nous remercions Georges Chambon et Nathalie Chalard pour l'UPRS Infirmiers Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes, Bruno Dugast, Carole Charles et Gilles Chalot pour l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes Auvergne-Rhône-Alpes, Marie-Pierre Royer pour l'URPS Sages-femmes Auvergne-Rhône-Alpes et Pascal Dureau pour l'URPS Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes.

Tableau 3. Effectifs enquêtés par profession

	Effectifs	%
Infirmière	449	29,5
Kinésithérapeute	614	40,3
Médecin	307	20,1
Sage-femme	154	10,1
<i>Total</i>	<i>1524</i>	<i>100</i>

b.4 Bilan de la diffusion du questionnaire

Après élimination des questionnaires hors champ géographique (13 soignants exerçant en dehors de la région AURA), des soignants qui ne pratiquent pas (ou plus) la VAD (22), et des doublons (67) l'enquête en ligne compte 1524 questionnaires. L'enquête a été complétée sur ordinateur ou smartphone (51 % et 47 %, respectivement), les réponses sur tablette numérique étant beaucoup plus rares (2 %). Les effectifs les plus importants sont, logiquement, ceux des professions les plus nombreuses, masseurs-kinésithérapeutes (40 % de l'échantillon) et infirmières (30 %), même si le taux de sondage est plus bas pour les infirmières. Les médecins (près de deux soignants enquêtés sur dix) et enfin les sages-femmes (une sur dix), sont moins nombreux (Tableau 3), en dépit, pour les sages-femmes, d'un taux de sondage plus élevé que pour les autres professions. Comparés aux effectifs des populations soignantes de chaque profession (Tableau 4), les échantillons sont de taille très restreinte, mais néanmoins suffisante pour permettre, pour les différentes professions, de mesurer, d'estimer un certain nombre d'indicateurs, proportions ou moyennes, et de mettre en évidence certains facteurs explicatifs des différences observées sur ces indicateurs.

Tableau 4. Effectifs des populations des quatre professions enquêtées exerçant en région AURA

	Effectifs
Infirmières	17 684
Masseurs-kinésithérapeutes	9 273
Médecins	9 427
Sages-femmes	1 170

Effectifs au 1er janvier 2020. Source : RRPS 2020 <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>

Du fait des différentes thématiques abordées dans le questionnaire, et de la présence de trois questions ouvertes pour lesquelles il était possible de développer assez librement les points jugés importants, un quart d'heure était nécessaire, en moyenne, pour le compléter. Un soignant sur deux a mis plus de 16 min pour répondre, toutefois une petite proportion des enquêtes ont été très longues, ce qui suggère dans ces cas que le questionnaire a été terminé après une ou plusieurs interruptions, étirant cette durée de réponse. Ces durées longues sont plus fréquentes lorsque la personne a répondu sur ordinateur, que sur téléphone ou tablette. La durée de réponse calculée sans prendre en compte ces questionnaires interrompus fournit sans doute une estimation plus fiable du temps médian (15'13), proche du temps annoncé dans le courriel d'accompagnement (« compter 15 min pour remplir le questionnaire »). Ce temps d'administration médian corrigé est le plus élevé pour les infirmières, la moitié ayant mis près de 16 min 30 pour compléter le

questionnaire, contre 15 min pour les kinésithérapeutes, un peu moins de 15 min pour les sages-femmes et 14 min 30 pour les médecins (Tableau 5). Elle est légèrement plus importante lorsque les répondants ont répondu sur smartphone (15'30) que sur ordinateur (14'50), et bien plus élevée sur tablette (19'30).

Tableau 5. Tailles d'échantillons et temps de réponse médian au questionnaire, par profession

	Effectifs		Temps d'administration médian (min)	Temps d'administration médian, hors questionnaires longs*
Infirmières	449	29,5	17'23	16'25
Masseurs-kinésithérapeutes	614	40,3	16'37	15'05
Médecins	307	20,1	15'04	14'30
Sages-femmes	154	10,1	15'38	14'43
<i>Ensemble</i>	<i>1 524</i>	<i>100,0</i>	<i>16'18</i>	<i>15'13</i>

* questionnaires longs : qui ont été complétés en plus de 32'40 (soit le double du temps d'administration médian).

Le temps relativement important nécessité pour répondre du questionnaire est dû aux différentes dimensions abordées, concernant les conditions d'activité et la mobilité des soignants, à l'aide de questions factuelles pour caractériser la journée de travail et la visite à domicile, comme de questions portant plus sur le ressenti, dont des questions ouvertes. Sont ainsi abordés différents thèmes d'intérêt :

- La *profession*, la durée dans l'activité, et les raisons du choix de cette activité professionnelle, le statut au sein du cabinet et l'exercice ou non d'autres activités en parallèle ;
- Le *temps de travail*, le nombre de jours travaillés et le nombre de journées avec visites à domicile, la durée des visites notamment, le temps total passé au domicile des patients, le temps passé au cabinet ;
- La *mobilité quotidienne liée à l'activité professionnelle*, pour se rendre au cabinet (le cas échéant), et chez les patients (modes de transport utilisés, temps de déplacement cumulé pour les visites, kilomètres parcourus en cumulé sur la journée pour effectuer la VAD, les façons de faire, pour les soignants qui utilisent la voiture (pratiques de stationnement, utilisation du GPS...), les remboursements de frais de déplacements ;
- Les *conditions de travail et les aspects de qualité de vie au travail* : pression temporelle et évolution de la pression temporelle, relations avec les patients, réalisation de tâches fatigante, arrêt maladie éventuel dans l'année écoulée, souscription d'une prévoyance accident et maladie ;
- Les *difficultés et ressources* pour surmonter ces difficultés,
- Si nous demandons aux enquêtés de répondre pour les différentes questions en situation « hors Covid », deux séries de questions ont été ajoutées en fin de questionnaire pour savoir *comment leur activité avait évolué depuis la crise sanitaire*, et le sens, positif ou négatif de ces évolutions sur différents aspects comme les relations avec les patients, la rémunération, etc., et enfin ;
- Le *profil du soignant*, son âge, son sexe, les caractéristiques de son ménage, son lieu de résidence et la localisation du cabinet, si elle est différente du domicile.

La mesure des indicateurs de ces différents thèmes (et leur croisement), d'une part, et la consolidation des résultats avec les entretiens et observations qualitatifs, comme avec les collectes de traces mobiles d'autre part, visent à améliorer notre compréhension des liens entre conditions de mobilité et conditions d'exercice des soignants effectuant de la VAD.

Le taux de non-réponse aux différentes questions (ou taux de « non-réponse partielle ») est faible, inférieur à 2 % pour la majorité des questions.

Tableau 6. Effectifs ayant répondu aux questions ouvertes du questionnaire

	Effectif	%
(1) Pour quelles raisons [souhaiteriez-vous changer d'activité à plus ou moins long terme] ?	484	32
(2) Pour travailler dans quel domaine ?	457	30
<i>Au moins (1) ou (2) renseignée</i>	486	32
(3) Souhaitez-vous ajouter des commentaires, concernant les difficultés rencontrées dans votre activité professionnelle notamment dans les soins à domicile ?	654	43
(4) Sur quelles ressources pouvez-vous compter pour surmonter ces difficultés ?	586	38
<i>Au moins (1) (2) (3) ou (4) renseignée</i>	934	61
Total	1524	100

Tableau 7 . Part des enquêtés ayant répondu aux questions ouvertes, selon la profession (%)

	% des enquêtés ayant répondu aux questions ouvertes sur les...			Total
	...difficultés rencontrées*	...ressources pour faire face à ces difficultés**	...raisons d'un changement souhaité d'activité ***	
Infirmières	40	42	44	100
Kinésithérapeutes	46	39	29	100
Médecins	48	41	24	100
Sages-femmes	32	25	22	100
<i>Ensemble</i>	43	39	32	100

* « Souhaitez-vous ajouter des commentaires, concernant les difficultés rencontrées dans votre activité professionnelle notamment dans les soins à domicile ? ».

** « Sur quelles ressources pouvez-vous compter pour surmonter ces difficultés ? ».

*** question conditionnée à la réponse positive à la question « Souhaiteriez-vous changer d'activité à plus ou moins long terme ? ».

Les réponses librement rédigées aux questions ouvertes ont été traitées dans le logiciel MaxQDA. L'utilisation de ce logiciel d'analyse de données qualitatives a permis de classer les diverses réponses dans des thématiques qui se sont précisées au fur et à mesure du classement. Celles-ci recoupent les catégories abordées et définies lors de l'enquête qualitative. Certaines réponses abordant plusieurs thématiques ont donc été classées dans plusieurs catégories. La Figure 4 présente les différentes catégories classant les réponses, des plus fréquemment aux moins fréquemment citées.

Ces réponses complètent l'appréhension des difficultés mesurées à travers les questions fermées. Elles permettent également de faire des liens supplémentaires entre les entretiens et observations qualitatives, d'une part, et le questionnaire, d'autre part. De même, une question ouverte sur les raisons des souhaits

de changement d'activités (le cas échéant) est proposée, dès lors qu'un changement d'activité est exprimé (soit pour un soignant sur trois). Parmi les enquêtés qui ont exprimé ce souhait de changement d'activité, 95 en ont précisé les raisons dans la question ouverte qui suivait.

Figure 4. Catégories créées pour la catégorisation des questions ouvertes du questionnaire

Difficultés rencontrées	Ressources pour faire face à ces difficultés	Raisons d'un changement souhaité d'activité
- Rémunération des actes	- Soi-même / résilience / ténacité / acceptation	- Rémunération
- Indemnisation déplacements	- Aucune ressource	- Fatigue / stress / usure
- Relation à la patientèle	- Collègues	- Problèmes physiques / douleurs / charges à porter
- Zonages (zones sous-dotées, avec trop de demandes pour des VAD)	- Famille et entourage	- Manque de reconnaissance / peur du contrôle
- Stationnement	- Epargne et trésorerie personnelle	- Horaires / incidence sur la vie privée
- Situation Covid	- Intérêt pour le travail	- Patients
- Communication avec les autres professions soignantes	- Patients et leur famille	- Contraintes administratives
- Equipement et matériel	- Savoir dire non et limiter les VAD	- Charges mentales et médico-légales
- Déplacements (circulation, météo)	- Soutien financier du ou de la conjoint-e	- Pression des autres professions avec lesquelles les soignants collaborent
- Relation avec l'hôpital	- Matériel / équipement	- Difficultés pour prendre des congés, trouver des remplacements
- Fatigue / stress / charge mentale	- Arrêt prochain de l'activité	- Solitude / besoin de travailler en équipe
- Manque de reconnaissance professionnelle	- Autre travail / formations	- Non évolution / routine du métier
- Perte, manque de temps pour faire des VAD	- Soutien du syndicat, de l'ordre	- Déplacements
- Lourdeurs des charges administratives	- Aides financières	- Concurrence
- Congés / remplacements	- Organisation de travail	
- Vol / agression / insécurité	- Travailler plus	
- Horaires décalées / incidence sur la vie privée	- Faire du sport	
- Isolement / solitude	- Entamer un suivi psychologique ou prises d'antidépresseurs	
- Manque de formation / évolution	- La foi	
- Zonage (zone sur-dotée, avec trop de concurrence)		

b.5 Limites du dispositif pour atteindre les aides-soignantes

Un questionnaire a été réalisé sur la même plateforme à l'intention des aides-soignantes. Se basant sur la même trame de questions que pour les autres professions (hormis les questions sur le caractère libérale de l'activité), ce questionnaire comportait des questions adaptées aux spécificités du métier d'aides-soignantes, seule profession dans notre échantillon à concerner des personnes employées par des structures effectuant du soin à domicile et ne travaillant donc pas en libéral.

Contrairement aux soignants libéraux des quatre autres professions, il n'existe pas d'ordre ni d'organisation rassemblant les aides-soignantes. Le questionnaire n'a donc pas pu être diffusé par mailing général auprès de cette profession. Nous avons cependant contacté individuellement par mail et par téléphone un grand nombre de structures employant des aides-soignantes effectuant des soins à domicile dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et leur avons demandé de diffuser le lien du questionnaire auprès de leurs

employées (SSIAD⁷, SAMSAH⁸, APF⁹, etc.). Cette démarche n'a donné lieu à aucun questionnaire complété. Nous avons dans un deuxième temps diffusé le questionnaire dans le collectif Santé en Danger (créé en juillet 2020 suite au Ségur de la santé et actif sur le réseau social Facebook). Cette diffusion a permis de récolter 9 questionnaires complétés. Ces réponses étant en trop faible nombre, nous avons choisi de ne pas les conserver pour l'analyse.

Ce média d'enquête semble inadapté à cette profession. Il est très difficile de les contacter de façon collective. Les aides-soignantes ne travaillent pas en libéral et ne sont donc pas organisées de la même façon que les autres professions enquêtées. Anne-Marie Arborio parle des aides-soignantes travaillant à l'hôpital comme d'un « *personnel invisible* » (Arborio, 2012). Les aides-soignantes semblent l'être encore plus hors de l'hôpital, lorsqu'elles sont recrutées dans des structures parmi d'autres professions médico-sociales. Arborio (2012) souligne les très rares « *tentatives de promotion collective du groupe des aides-soignantes, jusqu'ici peu abouties, peut-être faute de représentation unitaire formée sur le modèle d'un groupe en voie de professionnalisation comme celui des infirmières* » (Arborio, 2012 : 81). Les difficultés de « construction du groupe social des aides-soignantes » et le caractère d'un groupe « pas tout à fait homogène » peuvent expliquer les difficultés que nous avons eu lors de l'enquête quantitative à contacter les membres de cette profession. Il serait judicieux, pour de futures enquêtes par questionnaire auprès de cette profession, d'utiliser d'autres méthodes d'enquêtes et de diffusion auprès de cette profession en répertoriant les structures (de formations, syndicales, ou professionnelles) les employant.

b.6 Représentativité des échantillons et redressement par profession

La représentativité des échantillons par profession est liée à l'exhaustivité plus ou moins grande de la base d'adresses des adhérents de chaque profession (information dont nous ne disposons pas) et aux taux de réponse au sein de chaque profession, qui peut varier selon les caractéristiques des soignants. L'évaluation de la représentativité est effectuée selon trois caractéristiques, le sexe, la catégorie d'âge et le département d'exercice de la région AURA, dont la distribution est connue dans la population de référence de chaque profession libérale, selon les données publiques. Plus précisément, les données administratives publiées¹⁰ concernent les effectifs de l'ensemble des quatre professions libérales étudiées, y compris des soignants n'effectuant jamais de VAD. Ne connaissant pas les caractéristiques socio-démographiques et géographiques (domiciliation professionnelle) des soignants effectuant des VAD en Auvergne-Rhône-Alpes, nous faisons l'hypothèse qu'elles n'impactent pas, ou marginalement, la composition en âge, sexe et département d'exercice.

Cette comparaison montre que les enquêtes ont permis de collecter une grande diversité de situations, pour chacune des professions, avec toutefois, selon les professions, des écarts notables selon les critères pris en compte.

⁷ Service de soins infirmiers à domicile.

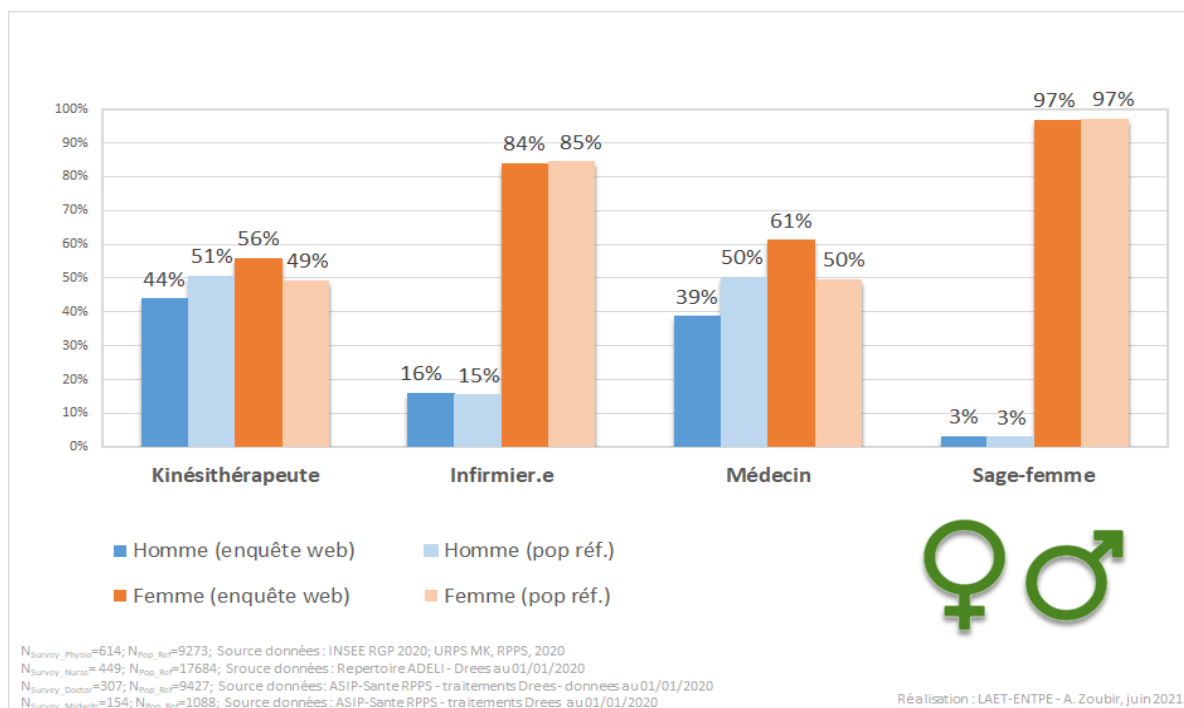
⁸ Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

⁹ Association des Paralysés de France.

¹⁰ Les données sont issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Le RPPS constitue le fichier de référence des professionnels de santé, commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance Maladie et diffusé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les tableaux statistiques de données sont ventilés selon les variables suivantes : spécialité, sexe, tranches d'âge quinquennales, mode d'exercice (libéraux exclusifs / mixtes / salariés hospitaliers / autres salariés), secteur d'activité (hôpital public / cabinet individuel / etc.), tranche d'unité urbaine, région / département. Voir <https://dagta.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>

Composition hommes – femmes. Chez les kinésithérapeutes et les médecins, l'échantillon compte plus de femmes que dans leurs populations respectives, ce qui les rend nettement majoritaires dans l'échantillon, avec des écarts respectifs de 7 et 11 points (Figure 5). En revanche, la représentativité selon le sexe est bonne pour les infirmières (un point d'écart) et les sages-femmes (mêmes proportions que dans la population).

Figure 5. Répartition hommes – femmes par profession, dans l'échantillon et dans la population (%)



Structure d'âge. La structure d'âge des différentes professions met en évidence une nette sous-représentation des moins de 40 ans chez les infirmières et les sages-femmes (-18 et -15 points respectivement), également notable chez les kinésithérapeutes (-8 points), au profit des 40-54 ans, plus que des plus âgés. A l'inverse, les jeunes médecins sont un peu plus nombreux dans l'échantillon que dans la population de référence (Figure 6).

Département d'exercice. Là encore, la diversité géographique des différentes professions est bien présente dans l'échantillon. Toutefois, on observe, de façon assez inévitable, quelques écarts entre les échantillons et les populations qu'ils visent à représenter. De façon générale, le Rhône et l'Isère sont des départements un peu plus représentés dans l'enquête que dans la population, et les départements les plus ruraux, comme le Cantal, l'Allier, la Haute-Loire, sont en revanche un peu sous-représentés dans les échantillons, tout comme la Haute-Savoie (Tableau 8). Ces sous-représentations étant parfois concentrées sur certaines professions, parfois plus générales, nécessitent elles-aussi un redressement selon le département d'exercice.

Figure 6. Répartition en classes d'âge par profession, dans l'échantillon et dans la population (%)

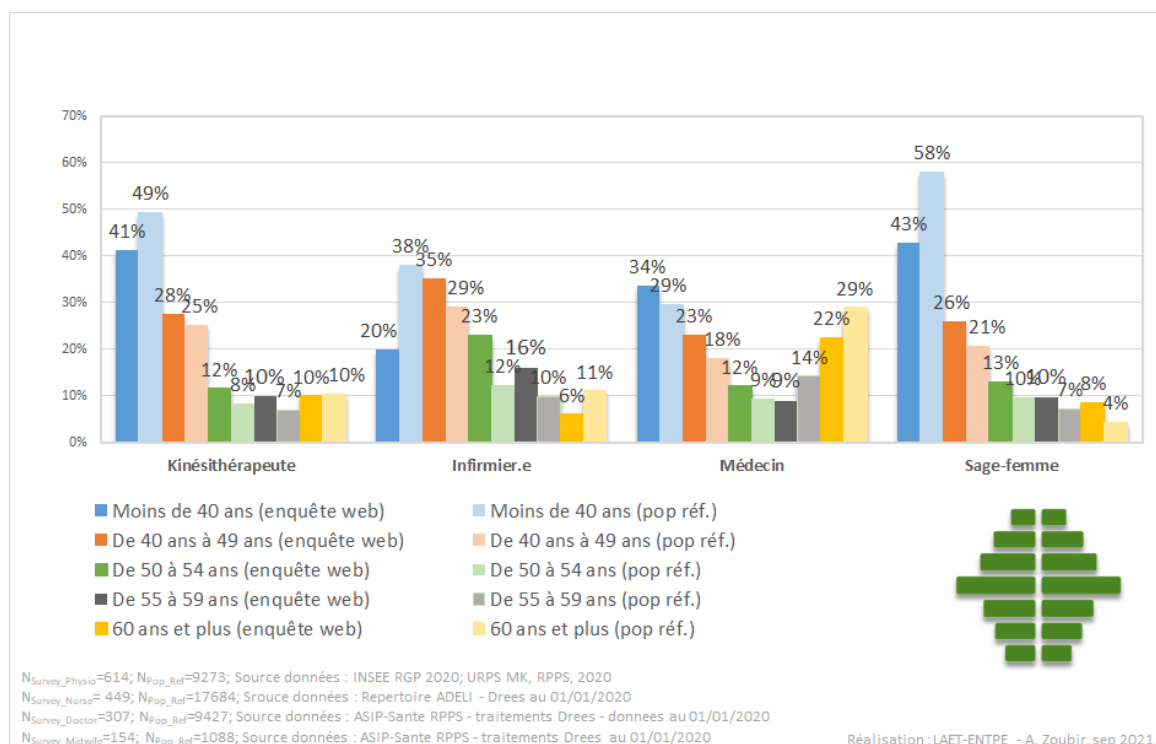


Tableau 8. Répartition selon le département d'exercice, par profession, dans l'échantillon (Enq.) et la population (Pop.) (%)

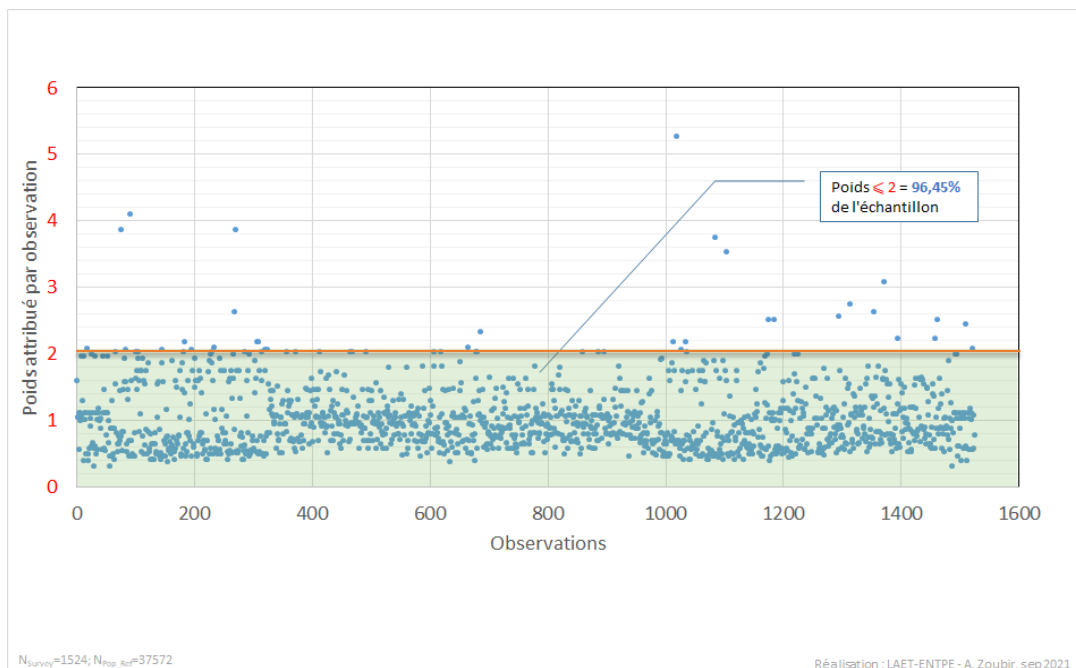
	Kinésithérapeute		Infirmière		Médecin		Sage-femme	
	Enq.	Pop.	Enq.	Pop.	Enq.	Pop.	Enq.	Pop.
Ain	4,9	4,7	3,8	6,4	6,5	5,2	7,1	6,4
Allier	2,1	3,3	4,7	4,3	2,6	3,4	1,9	2,7
Ardèche	4,1	3,3	3,3	5,8	2,3	3,4	3,2	4,4
Cantal	1,1	1,3	2,0	2,1	0,7	1,5	0	1,0
Drôme	5,0	6,1	10,2	8,5	4,9	5,9	13	6,8
Isère	20,8	18,2	15,8	15,3	20,2	16,6	15,6	18,6
Loire	7,8	8,0	14,3	11,3	8,5	9,3	5,2	8,3
Haute-Loire	2,9	2,1	1,8	3,7	2,0	2,5	1,9	2,4
Puy-de-Dôme	7,0	7,8	8,7	8,7	9,4	8,6	9,1	6,8
Rhône	26,4	25,7	24,7	22,4	24,4	27,3	35,1	25,6
Savoie	9,0	7,4	4,5	4,6	8,8	6,4	0	6,0
Haute-Savoie	8,8	12,1	6,2	6,8	9,8	9,9	7,8	10,9

De façon générale, les enquêtes en ligne entraînent fréquemment des taux de réponse différents selon les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, statut, localisation géographique). Elles induisent alors potentiellement des biais de sélection liés à la sur- et à la sous-représentation de certaines catégories (Bonnell et Bayart, 2010). La procédure de redressement a ainsi permis de corriger ces biais de composition au plan sociodémographique et géographique. En revanche, elle ne permet pas de prendre en compte le

fait que les taux de réponse peuvent être, au sein de chaque profession, liés à l'activité elle-même et au temps que l'on peut ou non consacrer à l'enquête. Ce biais peut également avoir un impact sur les résultats, sans que l'on dispose d'éléments pour le corriger.

La pondération a donc été menée profession par profession, selon trois variables dont la répartition dans la population des quatre professions en AURA est connue par les données administratives : le sexe, la catégorie d'âge et le département d'exercice. Compte tenu d'une composition initiale assez bien répartie, les poids qui ont été attribués aux différents individus enquêtés se situent dans des valeurs raisonnables, entre 0,5 et 2 (96 % des poids se situent en dessous de 2), un poids de 1 étant par définition neutre sur les résultats (Figure 7). Cette fourchette de poids réduite limite le risque d'attribuer trop d'importance, dans les résultats, en pondérant fortement des enquêtés qui seraient très atypiques.

Figure 7. Distribution des poids attribués aux individus de l'échantillon de l'enquête en ligne



b.7 Caractérisation spatiale des territoires des soignants

La prise en compte des caractéristiques des territoires est indispensable à la compréhension des questions de mobilité, en particulier pour des professions étant quotidiennement ou très fréquemment amenées à se rendre chez leurs patients. Ces caractéristiques concernent le caractère plus ou moins urbain ou rural de la commune d'exercice, de sa topographie (et l'identification de son caractère montagnoux), et de l'équilibre entre offre et demande de soins sur le territoire de santé auquel appartient la commune de localisation du cabinet. Issues de données administratives publiques (INSEE, ARS, DREES), ces variables de caractérisation sont intégrées au fichier des réponses à l'enquête web, et permettent également de représenter cartographiquement les données issues de l'enquête en les situant avec les données administratives.

1. *Urbanité / ruralité de la zone.* La répartition géographique des soignants est présentée par la carte page suivante (Figure 8), sur laquelle figure la catégorisation des communes en catégories plus ou moins urbaines ou rurales. Cette catégorisation est calée sur le nouveau zonage (2020) de l'INSEE des Aires d'Attraction des

Villes (AAV)¹¹, qui permet d'établir quatre catégories pertinentes en lien avec notre objectif de prendre en compte les caractéristiques territoriales du cabinet du soignant :

- Les zones très denses, généralement des communes centres d'agglomération, et pour les plus grandes comme Lyon, certaines communes jouxtant la commune-centre ;
- Les zones de densité intermédiaire, communes périphériques appartenant aux aires d'attraction des villes moyennes ou grandes, ou parfois des communes centre de petites aires urbaines (<50 000 habitants) ;
- Les zones rurales sous influence d'un pôle qui sont des communes périurbaines, assez peu denses mais en lien, plus ou moins fort, avec un pôle urbain, par les migrations alternantes de leurs résidents actifs ;
- Les communes rurales autonomes, sont les communes situées en dehors des aires d'attraction urbaines, ainsi que celles faisant partie d'une petite aire d'attraction urbaine (moins de 50 000 habitants au total)¹².

Cette variable territoriale sera utilisée tout au long de ce rapport pour mettre en évidence les éventuelles spécificités de pratiques entre territoires plus ou moins urbains, ou plus ou moins ruraux. Les caractéristiques sociodémographiques des soignants des quatre professions répondantes, selon cette localisation, mettent en évidence certains traits notables, comme la moyenne d'âge plus élevée des médecins généralistes et des kinésithérapeutes en milieu rural autonome (Tableau 9), et la proportion plus importante de femmes dans les territoires périurbains (Tableau 10).

Tableau 9. Moyenne d'âge des soignants de chaque profession dans l'enquête web, selon le territoire d'exercice (années)

	Urbain dense	Urbain de densité intermédiaire	Rural sous influence d'un pôle	Rural autonome	Ensemble du périmètre
Infirmière	44,2	45,0	46,5	43,9	44,8
Kinésithérapeute	40,8	42,1	40,2	43,4	41,5
Médecin	49,5	46,9	46,5	51,0	48,3
Sage-femme	39,4	41,2	35,8	36,0	39,3

¹¹ Les AAV remplacent les Aires Urbaines du précédent zonage. <https://www.insee.fr/fr/information/4803954>.

¹² Voir <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>.

Figure 8. Découpage de la région AURA selon le découpage en Aires d'attraction des villes de l'INSEE, localisation professionnelle des soignants ayant répondu à l'enquête web et zones d'enquêtes qualitatives Urbaine (cercle violet) et Rurales (cercles noirs)

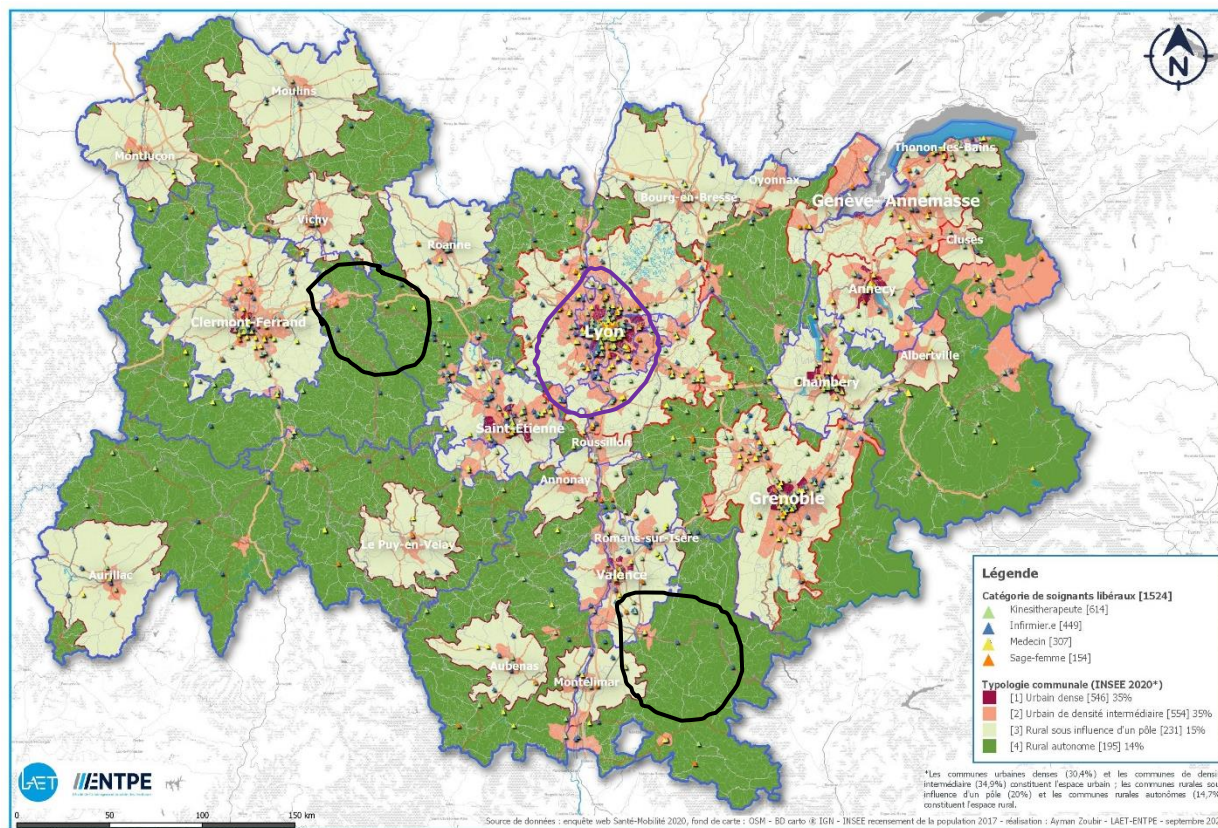


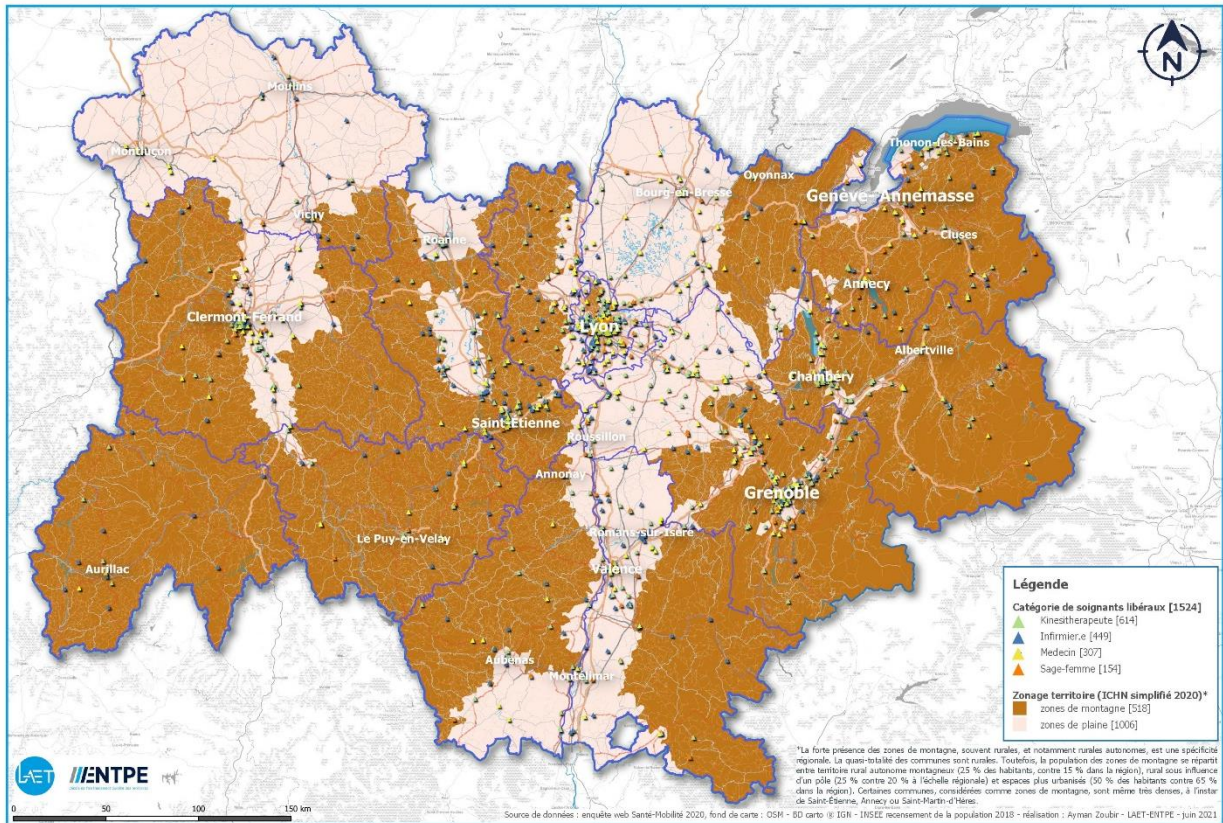
Tableau 10. Proportion de femmes dans chaque profession dans l'enquête web, selon le territoire d'exercice (%)

	Urbain dense	Urbain de densité intermédiaire	Rural sous influence d'un pôle	Rural autonome	Ensemble du périmètre
Infirmière	79,0	85,2	89,7	88,8	84,5
Kinésithérapeute	49,2	47,6	54,2	49,4	49,4
Médecin	46,2	49,6	55,0	38,7	48,6
Sage-femme	93,7	98,2	100,0	89,3	96,3

2. *Caractère montagnoux du territoire.* L'intégration, pour chaque soignant enquêté, du caractère montagnoux ou non de la commune¹³ où est situé son cabinet, contribue également à l'enrichissement de la base de données. La Figure 9 met en évidence la prégnance des zones montagnoux dans la région AURA. Ces zones montagnoux concernent pour moitié des habitants de zones rurales (ou rurales sous influence urbaine) qui sont en forte proportion dans cette catégorie. L'autre moitié est constituée d'espaces plus urbanisés (même si ceux-ci sont situés plus souvent en zone de plaine qu'en zone montagnoux), dont quelques communes denses, comme Saint-Etienne, Annecy, Saint-Martin-d'Hères.

¹³ Voir <https://www.dataragouv.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/9014ddf1-e1b9-4a6f-b446-2855511c0e30> et https://carto.dataragouv.fr/1/carto_n_defavorisee_zinf_s_r84_2020.map

Figure 9. Découpage de la région AURA en zones de montagne et zones de plaine (zonage ICHN 2020 regroupé)



3. *Adéquation de l'offre aux besoins.* Une troisième caractérisation territoriale concerne l'adéquation de l'offre de soins à la démographie et aux besoins locaux des habitants. Pour cela, la catégorisation selon divers degrés de sous-dotations (les territoires où les soignants ne sont pas assez nombreux, compte tenu des besoins et des demandes de soins de la population) ou sur-dotation, a également été intégrée à l'enquête, à partir des zonages conventionnels des différentes professions de 2020. Sont ainsi distinguées, pour chaque profession, les zones très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaires, très dotées, sur-dotées¹⁴. Cette analyse a été menée au niveau du Territoire de Vie-Santé (TVS), structuration du territoire autour de pôles d'attractivité, réalisée en prenant en considération le point de vue de ses habitants au quotidien et de leurs besoins en matière de santé. La méthodologie nationale (complétée par une adaptation locale) a ainsi retenu les TVS comme l'unité géographique de référence, soit :

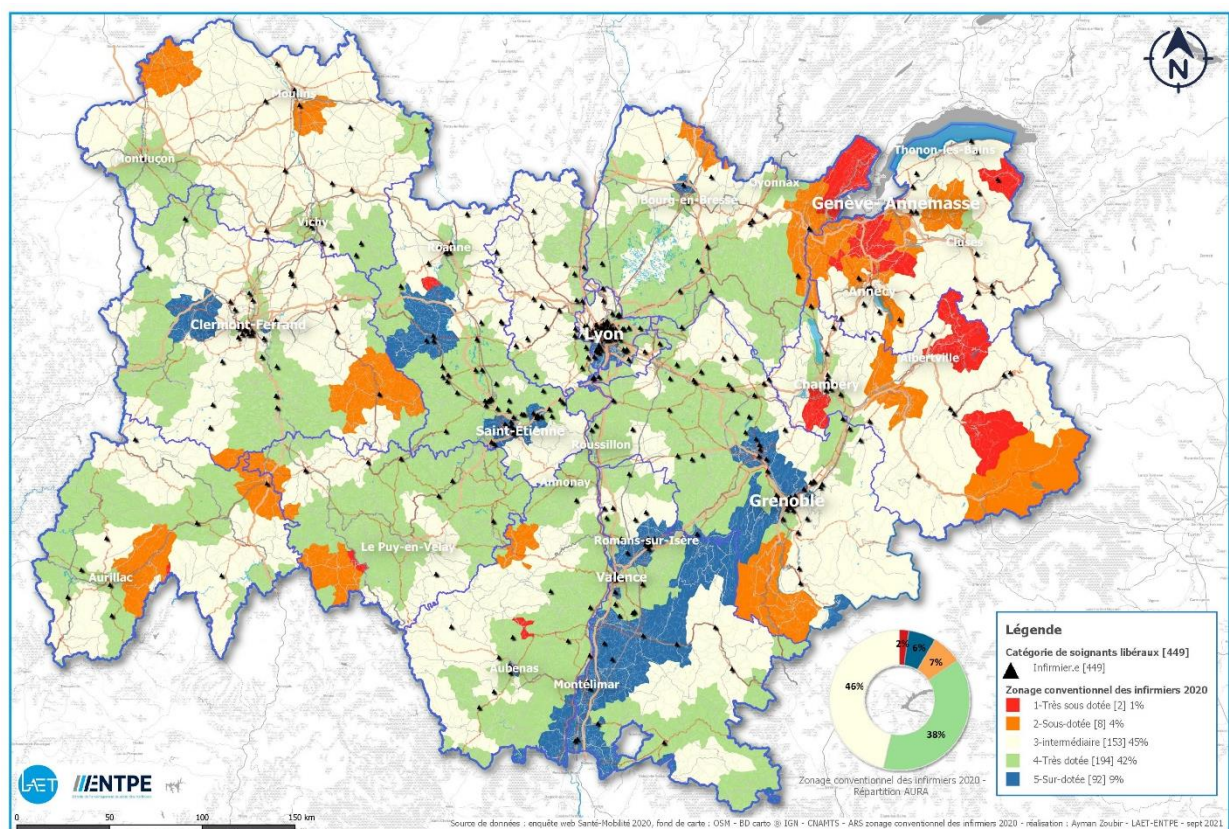
- le bassin de vie, défini par l'INSEE comme étant le plus petit territoire au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus fréquents ;
- le territoire de vie pour les agglomérations de plus de 50 000 habitants.

¹⁴ Pour les médecins, la catégorisation distingue différentes zones sous dotées, les ZIP étant les plus sous dotées : ZIP - Zone d'intervention prioritaire ; ZAC - Zone d'action complémentaire ; QPV en ZIP - Quartier prioritaire en ZIP ; QPV en ZAC - Quartier prioritaire en ZAC ; ZV - Zone de vigilance ; et enfin HZ - Hors zonage.

<https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-2016> et https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_gene&view=map12

La classification des territoires en termes de dotation s'appuie sur un indicateur d'accessibilité nationale développé par la DREES, l'Accessibilité potentielle localisée (APL). L'APL prend en compte l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou de visites, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, et le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins spécifiques¹⁵. L'adéquation de l'offre de soins aux besoins peut ainsi être intégrée à la base de données de l'enquête. Pour chaque profession, cette caractéristique est une variable de contrôle importante pour expliquer les différences de pratiques de la VAD, dans la limite toutefois des tailles d'échantillon, et des liens avec d'autres variables de contextualisation spatiale. A travers les données redressées de localisation des soignants répondants à l'enquête web, les zones urbaines sont généralement bien dotées en soignants, tandis que les territoires sous dotés se situent fréquemment dans les zones périurbaines ou rurales, et dans les parties plus montagneuses (Figures 10 à 13).

Figure 10. Dotation du territoire en infirmières libérales et localisation professionnelle des infirmières ayant répondu à l'enquête web



¹⁵ <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/acces-aux-soins-le-classement-des-territoires-ou-zonage>

Figure 11. Dotation du territoire en masseurs-kinésithérapeutes libéraux et localisation professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu à l'enquête web

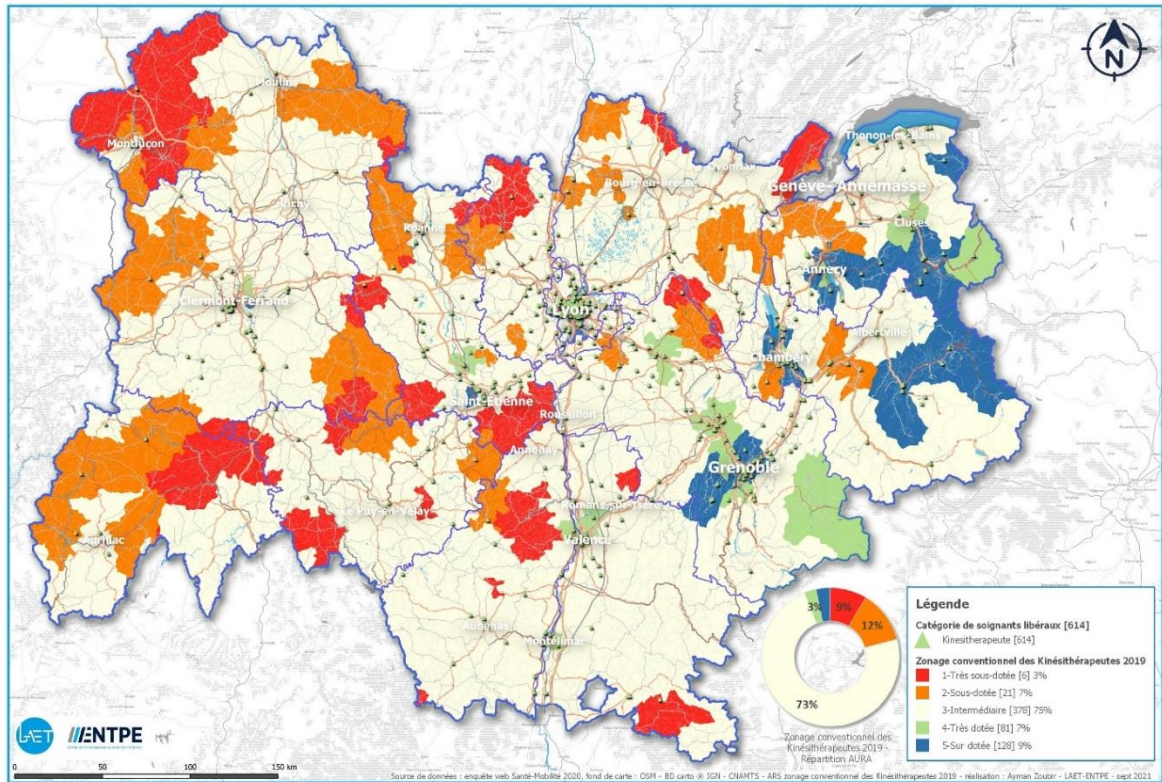


Figure 12. Dotation du territoire en médecins généralistes et localisation professionnelle des médecins ayant répondu à l'enquête web

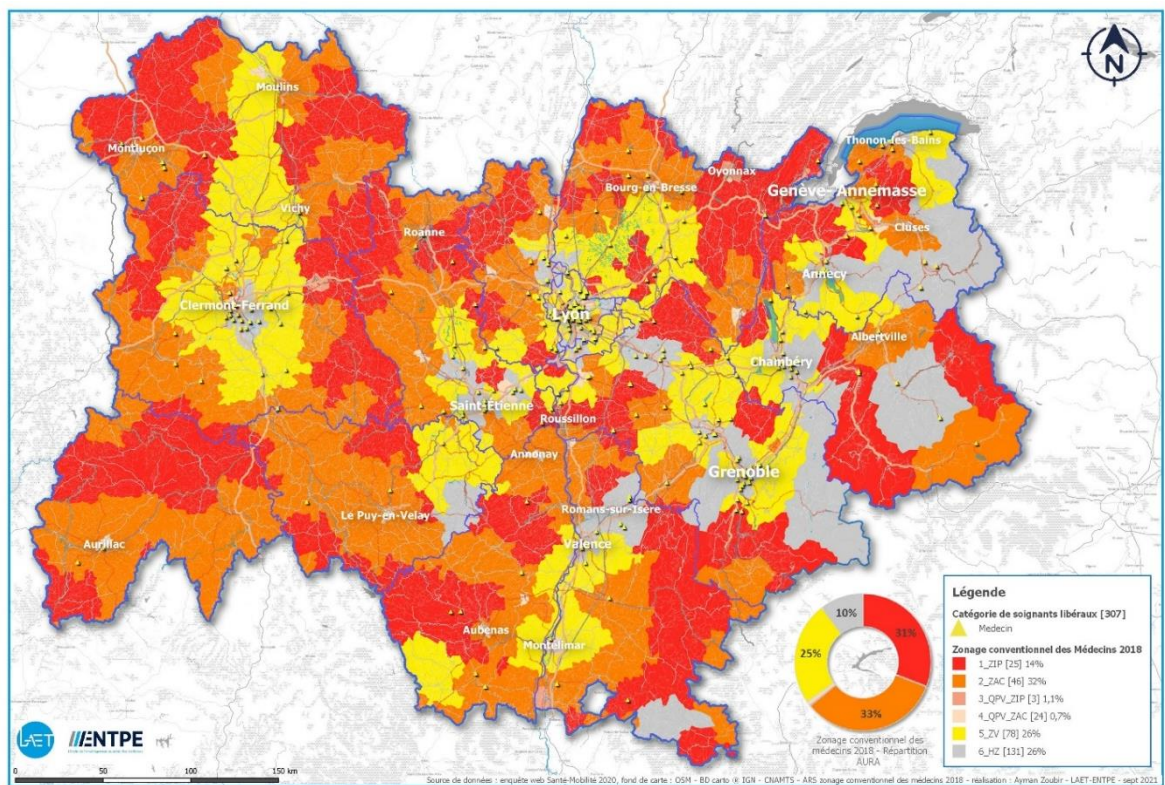
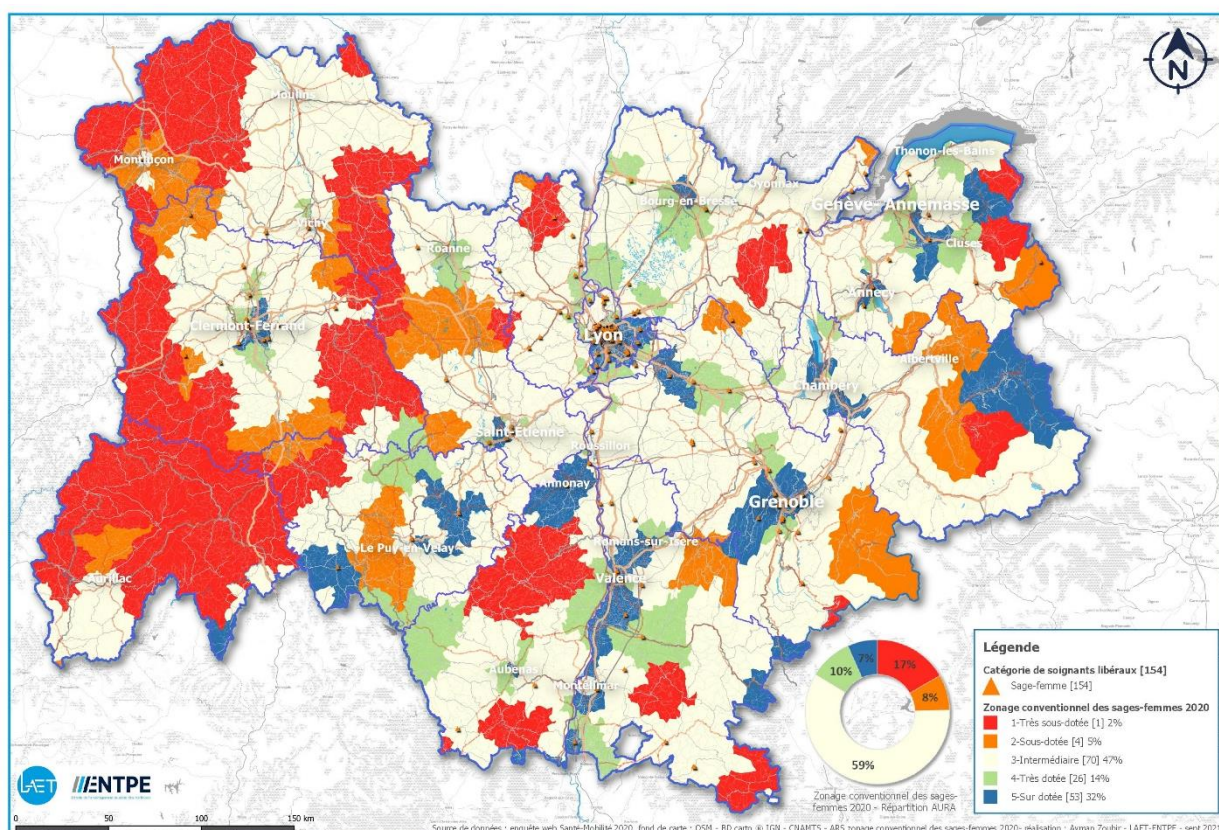


Figure 13. Dotation du territoire en sages-femmes libérales et localisation professionnelle des sages-femmes ayant répondu à l'enquête web



C. Le recueil de traces GPS

Un essai de prise en compte des parcours spatiaux a en effet été réalisé, à titre exploratoire, via l'application MobAccess pour les participants volontaires à son téléchargement et à son utilisation. Développée par les chercheurs du LAET, cette application permet de recueillir les traces GPS sur une longue période et d'identifier les variations des pratiques de mobilité. Chaque déplacement fait l'objet, sur l'application, d'une qualification du mode de transport et du motif de déplacement (information entrée par l'utilisateur). Les données recueillies sont cartographiées pour étudier les pratiques actuelles de mobilité pour chaque catégorie de soignants et par territoire.

A la fin de chaque entretien qualitatif, une information était donnée concernant l'application MobAccess et une invitation était lancée (indication d'une adresse url) pour que le soignant la télécharge.

A la fin du questionnaire web, une même mention était donnée pour inviter les répondants à télécharger l'application et à renseigner leurs traces. 183 ont mentionné être d'accord pour télécharger l'application mais seules les traces GPS de 35 soignants ont pu être récoltées.

Le ratio entre les personnes intéressées et les récoltes effectives de traces est malheureusement faible. Nous pouvons en partie l'expliquer par le mode de « recrutement » volontairement peu intrusif. Le lien vers l'application s'affichait seulement si le soignant avait renseigné qu'il était d'accord pour participer. Nous n'avons pas souhaité demander de numéro de téléphone ou d'adresse mail par souci de respect de

l'anonymat des réponses au questionnaire. De plus, le manque de temps, mentionné par nombre de soignants a contribué à limiter fortement le nombre de soignants ayant finalement installé et utilisé l'application MobAccess.

Cette difficulté nous a amenés à perfectionner le mode de recrutement pour la récolte de traces GPS avec notamment un bref échange avec la personne intéressée, pour la guider lors du téléchargement et lui montrer le fonctionnement de l'application (avec le renseignement des modes et des motifs après la récolte d'une trace). Un guide a été réalisé à cet effet. Toutefois, là encore cette méthode n'a pas permis l'adhésion d'un grand nombre de participant à l'utilisation de l'application.

D. Complément des méthodes observationnelles

Lors de la deuxième période d'enquête en zones rurales, une collaboration a été engagée avec une illustratrice, Alexandra Lolivrel. Dessinatrice, autrice BD, graphiste et professeure de dessin en Maison des Jeunes et de la Culture, Alexandra a travaillé sur plusieurs projets impliquant divers publics (notamment sur l'hôpital du Vinatier). Pour le projet Santé-Mobilité, elle 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 (problématiques de déplacements, horaires de travail, etc.). Son travail pour notre projet de recherche se décline en plusieurs formats : des croquis sur le vif lors des enquêtes (Figure 14 et Figure 15), des dessins de situations précises rencontrées par les soignants et que nous souhaitons souligner (Figure 61) et enfin la restitution de certains résultats de la recherche par des planches illustrées spécifiques à chaque profession dont des extraits sont présentés tout au long du texte.

Figure 14. Réalisation d'un croquis par A. Lolivrel, lors de l'enquête de terrain (Drôme)



Crédit photo : Pierrine Didier, août 2021

Nous avons souhaité utiliser des méthodes visuelles dans notre recherche afin de rendre compte des résultats scientifiques, par un autre média qu'un seul rapport écrit. Le média visuel et notamment la bande dessinée se combinent de plus en plus fréquemment ces dernières années avec la recherche scientifique afin de diffuser à un public plus large certaines thématiques de recherche, devenant également un objet de recherche scientifique (Nocerino, 2016 ; Tondeur, 2018 ; Berthaut et al., 2021 ; Roussel et Guitard, 2021). Plusieurs contributions entre chercheurs et dessinateurs/illustrateurs ont vu naître des ouvrages de bandes

dessinées et des romans graphiques, publiés en ligne ou sur papier. Ces ouvrages qui mettent en image des résultats de recherches scientifiques diverses et variées permettent une diffusion à large échelle¹⁶.

L'utilisation de l'illustration est pertinente dans la recherche pour la mise en valeur de certaines données qui resteraient « invisibles » lors d'un reportage vidéo par exemple. La mise en illustration peut se faire avec les témoignages des personnes enquêtées, des situations qu'elles rencontreraient fréquemment dans leur travail et qui ne seraient pas forcément « observables » par l'enquêteur ou le cinéaste extérieur, mais qui éclairent particulièrement bien un élément important pour la compréhension. La question de l'anonymisation visuelle se pose également différemment sur un dessin, qui est plus facilement retouchable qu'une vidéo où il s'agirait de flouter les visages pour garantir l'anonymat des personnes rencontrées.

Le travail de l'illustratrice a permis de mettre en valeur le travail de terrain grâce à la production de planches illustrées traduisant les problématiques des soignants à domicile en zones rurales de la région AURA (cf. Annexes 4 à 8). Ces planches sont valorisables pour la communication autour des résultats du projet de recherche.

Figure 15. Croquis d'une soignante, réalisé sur le vif, lors de la tournée journalière (Drôme)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, août 2021

¹⁶ Voir la collection Sociorama chez Casterman : <https://www.casterman.com/Bande-dessinee/Collections-series/sociorama> : Lisa Mandel, Yasmine Bouagga, *Les nouvelles de la jungle (de Calais)*, Paris, Casterman, 2017, 300 p. ; Emmanuelle Zolesio, Marion Mousse, *Sous la blouse*, Casterman, 2017, 170 p ; Frédéric Rasera, Hélène Georges, *L'Amour du maillot*, Casterman, 2020, 168 p. Voir aussi : Marion Montaigne, Michel Pinçon, Monique Pinçon-Charlot, *Riche. Pourquoi pas toi ?*, Dargaud, 2013, 133 p. ; Emmanuel Ravalet, Stéphanie Vincent-Geslin, Vincent Kaufmann, Jean Leveugle, *Tranches de vie mobile, Enquête sociologique et manifeste sur la grande mobilité liée au travail*, Loco / Forum Vies Mobiles, 2014, 84 p.

II. Tâches réalisées

La recherche de documents et études, réalisée dans le cadre du projet sur les soignants libéraux effectuant des VAD, a mis en évidence la rareté des données et études existantes sur le sujet de la mobilité et des conditions de travail des professions de soignants étudiées. Il était de ce fait d'autant plus essentiel de collecter des informations sur les pratiques et les ressentis des soignants. Ces informations ont été recueillies selon différents biais dans le cadre des deux projets Santé-Mobilité. Des enquêtes et collectes de données de nature différente ont ainsi été menées : enquêtes qualitatives par entretiens semi-directifs, accompagnées de temps d'observation en situation de VAD (en zones urbaines puis en zones rurales) ; enquêtes téléphoniques complémentaires pendant la période du premier confinement ; collecte exploratoire de traces mobiles, à l'aide d'une application dédiée, installée par quelques soignants ; enquête par questionnaire en ligne auprès des soignants effectuant des visites à domicile dans la région AURA. Ces différentes collectes et leur analyse ont nécessité la réalisation des tâches suivantes :

1. Concernant les approches qualitatives :

- Réalisation des terrains d'enquête (entretiens et observations) en territoire principalement urbain (dans l'aire urbaine de Lyon) et en territoires ruraux (dans les zones du Diois, Drôme, de la vallée et des monts du Forez, Loire en limite du Puy-de-Dôme) ;
- Retranscriptions des entretiens et des données collectées lors des temps d'observation ;
- Réalisation d'entretiens semi directifs complémentaires, par téléphone, pendant le confinement de mars - mai 2020 ;
- Retranscription des entretiens téléphoniques ;
- Analyse des résultats qualitatifs des différents matériaux qualitatifs ;
- Réalisation d'un travail complémentaire des méthodes observationnelles avec la production de planches illustratives.

2. Concernant les approches quantitatives :

- Conception du questionnaire web (utilisation du logiciel Sphinx). Participation des membres du Copil du projet (ANACT et URPS) du projet et diffusion par e-mailing avec le concours des URPS ;
- Pondération (redressement) des données, enrichissement de la base de données à partir de données administratives, analyse statistique des résultats de l'enquête, analyse des questions ouvertes de l'enquête quantitative, représentations cartographiques ;
- Collecte exploratoire des traces de téléphonie (à l'aide de l'application MobAccess développée au LAET par Louafi Bouzouina). Développement informatique, adaptation de l'interface de l'application aux spécificités du projet¹⁷ ;
- Réalisation d'une plaquette explicative et mise en place d'outils d'analyse (géographie numérique et informatique) des traces mobiles obtenues ;

¹⁷ Tâches essentiellement financées sur fonds propres LAET.

- Présentations orales des résultats aux Cotech et Copil du projet, auprès du LabEx IMU et de la CCMSA, et dans différents colloques, séminaires et journées d'études.

Les ressources humaines impliquées sont les suivantes :

- Deux contrats de chargés de recherche post-doctoraux, le premier en anthropologie (Pierrine Didier) et le second en géomatique (Thomas Leysens, puis Ayman Zoubir) ;
- Un stagiaire du master 2 Transports Réseaux Territoires de l'Université Lyon 2, sur les pratiques de mobilité des soignants libéraux (Victor Hernandez) ;
- Deux stagiaires de l'IUT d'Informatique de l'Université Claude Bernard Lyon I, sur le test de méthodes de reconnaissance automatique (intelligence artificielle et méthodes d'imputation classique) des traces mobiles (Alexis Aulagnier et Thibault Hervier, encadrement Thomas Leysens) ;
- Pour le travail complémentaire des méthodes observationnelles, une graphiste, consultante sur le projet, sur la mise en illustration de résultats phare des enquêtes (Alexandra Lolivrel).

III. Résultats et discussion

Partie 1 - Trajectoires, installation en libéral et pratique de la VAD

1.1. Les choix de l'installation en libéral

L'installation en libéral arrive pour certains soignants après une expérience en institution, qu'elle ait été faite dans le cadre de stages lors de la formation ou de première expérience professionnelle. Le travail en libéral présente des aspects différents de l'activité en institution pour certaines professions.

Pour les **infirmiers**, le libéral implique, entre autres, le suivi à domicile à plus ou moins long terme de patients chroniques et la prise en charge des soins qui suivent une hospitalisation. A l'hôpital, les infirmiers sont en contact avec les patients uniquement au moment de leur hospitalisation. La dimension des visites à domicile est totalement intrinsèque au travail en libéral. Les soins dispensés à domicile sont souvent moins techniques et spécialisés que ceux réalisés en institution.

Les **masseurs-kinésithérapeutes** n'ont pas nécessairement une pratique différente selon leurs modalités d'installation en libéral ou en installation, sachant que le libéral implique une gestion administrative et comptable du cabinet.

Les **médecins** s'insèrent également dans cette dichotomie des soins plus techniques dans les services spécialisés de l'hôpital et des prises en charge des patients sur du plus long terme lors d'une installation en libéral (Schweyer, 2010).

Les **sages-femmes**, quant à elles, exercent un métier différent, selon qu'elles sont en maternité à l'hôpital ou en libéral. Le travail en maternité consiste majoritairement à la prise en charge des femmes au moment de leur accouchement. Les conditions à l'hôpital incluent également un travail en équipe et des gardes 12 heures et du travail de nuit régulier. Les sages-femmes qui s'installent à leur compte peuvent faire du suivi des femmes de tout âge (de l'adolescence à la ménopause) et ont une prise en charge possiblement diversifiée : suivi gynécologique, prescription de contraception, IVG, suivi de grossesse, préparation à l'accouchement, rééducation du périnée, etc.

Figure 16. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)

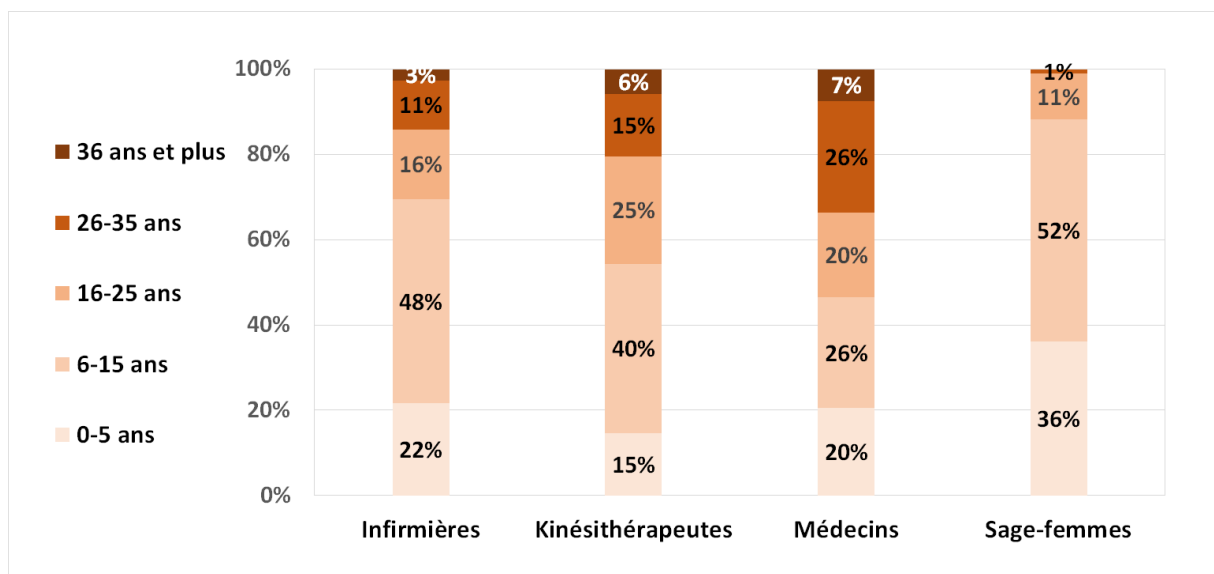


Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

1.1.1 Raisons de l'installation en libéral et aspects appréciés de l'activité

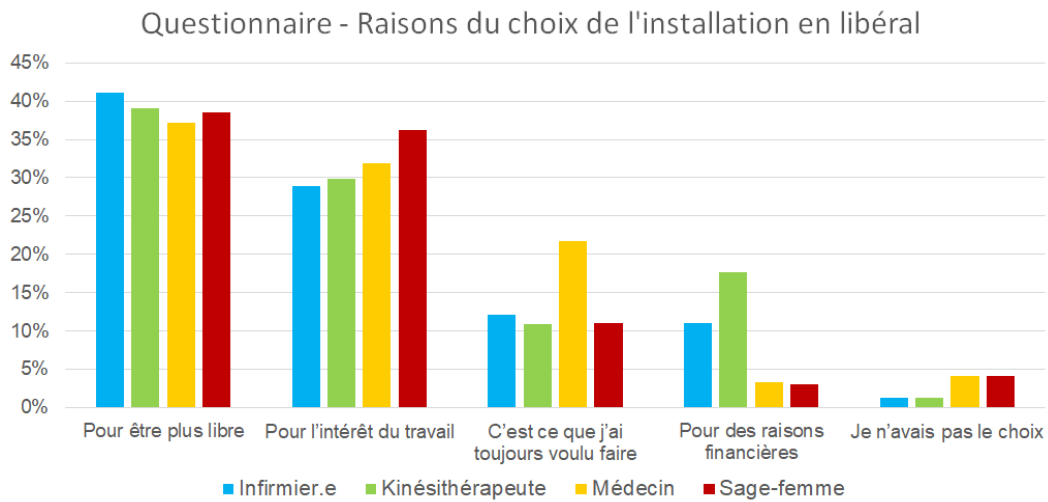
De l'enquête par questionnaire, il ressort que le nombre d'année d'exercice de l'activité en libéral est généralement assez élevé, supérieur à 15 ans pour environ huit infirmières, kinésithérapeutes et médecins sur dix, mais pour un peu moins de deux sages-femmes sur trois (Figure 17). Même si une partie 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, élevée chez les médecins, et relativement basse chez les sages-femmes. On notera toutefois l'ancienneté généralement élevée dans le métier de kinésithérapeute en libéral, pour une moyenne d'âge relativement basse, semblant indiquer que le métier de libéral est plus souvent choisi en sortie d'étude chez les soignants de cette profession.

Figure 17. Ancienneté de l'activité en libéral, selon la profession



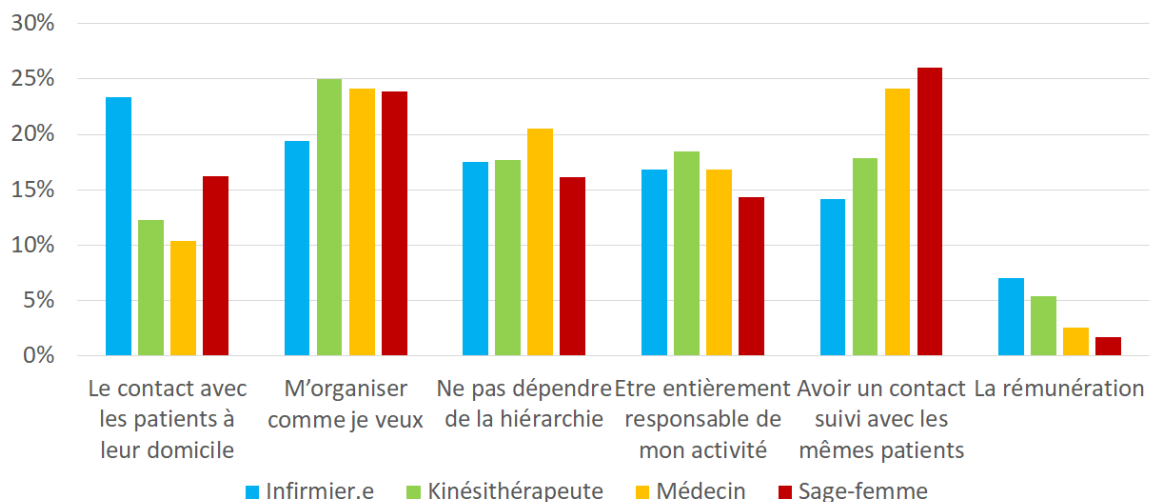
Le questionnaire quantitatif a permis de recueillir les raisons d'installation en libéral (Figure 18). Parmi les cinq raisons proposées (et une modalité « Autre, préciser »), jusqu'à trois pouvaient être choisies. Les résultats sont présentés ici en pourcentage des citations (et non des individus). Le fait d'être plus libre dans son activité revient en premier chez les quatre professions, devant l'intérêt du travail, l'écart entre les deux étant le plus élevé chez les infirmières, devant les kinésithérapeutes, tandis qu'il est moins marqué chez les médecins, et que les deux raisons d'installation en libéral apparaissent d'importance assez similaire chez les sages-femmes. La vocation apparaît nettement plus citée par les médecins (plus d'un sur cinq) que par les autres professions, et les raisons financières sont un peu plus souvent mentionnées par les kinésithérapeutes (voire les infirmières), tout en restant très minoritaires.

Figure 18. Raisons du choix de travailler en libéral (question à choix multiples, % des citations)



Une seconde question à choix multiples (4 choix possibles parmi 7 modalités proposées) permet de préciser ces aspirations, en pointant les aspects appréciés dans l'activité en libéral (Figure 19). La répartition des citations met en évidence deux pôles, tandis que la rémunération apparaît nettement moins souvent citée, le fait de pouvoir « changer de lieu » (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 au fil du temps (médecins, sages-femmes notamment) et le fait que le contact avec le patient puisse avoir lieu à son domicile (infirmières, sages-femmes notamment).

Figure 19. Aspects appréciés dans l'activité en libéral (question à choix multiples, % des citations)



1.1.2 Pour fuir les conditions de travail de l'institution hospitalière

Les entretiens qualitatifs confortent ces résultats et apportent des cas de figure détaillés sur les parcours de vie professionnels et personnels qui ont abouti à une installation en libéral.

Parmi les soignants rencontrés, l'installation en libéral s'est souvent faite après une expérience de salariat ou d'intérim à l'hôpital et des périodes de remplacement dans des cabinets de confrères. Les soignants témoignent de cette volonté de pouvoir choisir leurs conditions de travail, d'organiser leur pratique, d'être moins dépendants d'une hiérarchie, d'être leur propre chef et de ne plus subir les conditions de travail des institutions. Les témoignages sont nombreux en ce sens :

« J'ai quitté l'institution parce que d'abord je suis un mauvais élève [il rigole], très impertinent, très indépendant, qui ne supporte pas l'autorité. Je peux très bien, moi, m'imposer une autorité mais celle que j'ai choisie, pour laquelle il existe un certain sens. J'ai pété un câble aux Hospices Civils de Lyon parce qu'on adaptait la vie des enfants aux besoins de la structure ».

(Paul, IDE, 60 ans, URB, installé depuis plus de 30 ans)¹⁸

« Je ne pourrais pas [travailler en clinique ou à l'hôpital]. J'ai pas envie de subir cette hiérarchie, cette contrainte, il y a beaucoup plus d'administratif. Je suis vraiment fait pour être seul aux manettes. J'ai pas envie de rendre des comptes, juste à mes patients, pas à un grand chef et encore moins à un directeur d'hôpital. Moi ça me conviendrait pas. Je serais vite hors cadre ».

(Marc, MK, 56 ans, URB, installé depuis 25 ans)

Catherine, infirmière diplômée d'Etat de 50 ans, s'est installée en libéral, en zone rurale, il y a deux ans seulement, après 21 ans passés en établissement hospitalier :

« Je suis en libéral depuis peu, [...] avant j'étais infirmière de bloc opératoire pendant 21 ans, à Lyon. [...] on était une petite structure [...] les patients étaient cocoonés. Après ça a été une usine, je suis partie au bout de 3 mois [du nouveau complexe hospitalier], j'ai pas supporté le changement. C'était dommage [...] on n'avait plus le temps c'était l'usine. On passait d'une salle à l'autre, c'est à peine si on avait le temps de vérifier le matériel, s'il est bien rangé, bref. Ça n'avait plus bien de sens pour moi ».

(Catherine, IDE, 50 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Catherine souhaitait revenir « à la campagne », dans la région dans laquelle elle a grandi. Elle avait fait du libéral lors de ses études, « c'était resté dans un coin de ma tête ». Le changement de direction et ses nouvelles conditions de travail à l'hôpital ont motivé sa prise de décision. Elle est venue s'installer dans la région, a commencé par faire des remplacements sur trois cabinets pendant six mois et a récupéré la place de titulaire d'une collègue qui partait à la retraite. Pour elle, les points positifs d'être en libéral sont à la fois liés à la possibilité d'avoir le contrôle de sa pratique et d'être plus dans une approche qualitative avec les patients :

¹⁸ Règle de présentation : tout au long du rapport, les participants à l'enquête qualitative seront identifiés par leur pseudo (un prénom de remplacement), les initiales de leur profession, leur âge, zone d'exercice en urbain (URB), ou rural (RUR), ou parfois en zone périurbaine (péri-URB), et années d'ancienneté en libéral. Les zones rurales enquêtées (RUR) renvoient à la catégorisation « rural autonome » utilisées pour l'analyse de l'enquête par questionnaire, et les zones périurbaines (péri-URB) aux zones rurales sous influence d'un pôle. Un tableau en Annexe 2 résume et détaille les profils des répondants à l'enquête qualitative.

« C'est la liberté. C'est l'autonomie. Le relationnel avec les patients, que je n'avais pas en institution, parce qu'on a pas le temps parce que le bloc c'est pas le lieu où on peut avoir beaucoup de contacts. Néanmoins là où je travaillais les gens n'étaient pas endormis donc on pouvait en avoir. Mais tout est rythmé, il y a la chirurgie, il y a machin. Là si j'ai envie de m'arrêter 10 minutes parce que je veux regarder une coccinelle sur une fleur, je le fais et ça franchement je trouve que c'est génial. J'apprécie énormément. »

(Catherine, IDE, 50 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Audrey, sage-femme de 31 ans, travaille depuis 3 ans dans une Maison de santé pluridisciplinaire en zone rurale dans la Loire. Diplômée depuis 9 ans, elle a commencé sa carrière dans une maternité en tant que salariée pendant 7 mois. Ayant suivi son conjoint dans une autre ville, elle a ensuite expérimenté le travail en « intérim » dans une clinique dans le sud de la France :

« En fait je dis que c'est de l'intérim mais en fait c'était des CDD, c'était des CDD de quelques jours. J'ai un gros classeur plein de contrats avec cette clinique. [...] Du jour au lendemain il fallait que je me libère pour pouvoir travailler. Sur toutes les sages-femmes, on était je crois 3 à être dans le même cas que moi, genre on faisait les bouche-trous de quand ils n'arrivaient pas à trouver de personnes ».

(Audrey, SF, 31 ans, RUR, installée depuis 3 ans).

L'expérience que lui amenait ce travail en clinique était loin de celle qu'elle se représentait lors de ses études :

« Quand je voulais m'engager à être sage-femme, mon but c'était de pouvoir aider les femmes, aider les femmes lors de l'accouchement, et puis là [dans cette clinique] je me retrouvais à devoir gérer 4-5 accouchements en même temps [...] et en plus les collègues qui ne me soutenaient pas forcément, les gynécos j'en parle pas [...] et puis sur la fin, la cadre qui avait senti que moi ça le faisait pas trop en salle de naissance avec le stress d'avoir plusieurs personnes en même temps, de courir partout [...] elle me disait peut-être qu'on va ouvrir un poste pour quelqu'un qui fasse spécifiquement que les IVG et puis moi je voulais pas ».

(Audrey, SF, 31 ans, RUR, installée depuis 3 ans).

Après cette expérience, elle se dit complètement « *dégoutée du métier* ». Elle parle même de « *maltraitance institutionnelle* » :

« J'ai subi de la maltraitance dans la clinique où j'ai travaillé, au point d'avoir l'impression de devenir maltraitante pour des patientes. Et ça m'a complètement dégouté de mon travail de sage-femme en structure hospitalière. [...] Au moins en libéral, on peut prendre le temps qu'on veut pour l'acte, quitte à être moins bien payée parce qu'on a pris plus de temps que prévu. La salle d'accouchement ne me manque pas du tout. Mais c'est vrai que le risque ici avec les trajets trop longs pas assez payés est de devoir reproduire ce genre de schéma : soit ne pas pouvoir soigner ces femmes trop éloignées, soit le faire mal car ne pouvant pas prendre vraiment le temps, soit les obliger à venir au cabinet ».

(Audrey, SF, 31 ans, RUR, installée depuis 3 ans).

En dépit de la réalité du terrain, elle est contente d'avoir retrouvé goût au métier de sage-femme grâce à son installation en libéral et peut choisir sa façon de travailler :

« Comme j'étais suivie par une sage-femme libérale, elle me disait écoute essaie donc le libéral parce que c'est quand même assez différent de l'hôpital et puis j'ai commencé par faire des

remplacements de sages-femmes libérales et puis ça m'a vraiment plu. [...] La motivation principale du libéral c'était de pouvoir choisir moi-même quand est-ce que je voulais travailler, ce qui finalement n'est pas forcément le cas mais bon... et puis la deuxième motivation c'était que je puisse choisir ce que je voulais faire, c'est-à-dire par exemple si je ne veux pas faire d'IVG, je fais pas d'IVG. Si je ne veux pas faire de consultations gynécos je le fais pas ».
(Audrey, SF, 31 ans, RUR, installée depuis 3 ans).

Bien qu'étant une profession salariée, les aides-soignantes peuvent faire le choix de travailler dans des institutions qui pratiquent le soin à domicile. Cette dimension « domicile » présente des caractéristiques spécifiques impliquant une plus grande autonomie des salariées dans la prise en charge des bénéficiaires que s'ils étaient en institution. Julie, aide-soignante de 32 ans, s'est éloignée des institutions pour choisir de travailler, depuis maintenant 7 ans, dans une association qui fait de l'aide à domicile. Après son diplôme, elle a commencé par travailler à l'hôpital mais elle fait le constat que « *plus jamais j'y remettrai les pieds* » :

« 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. [...] on est un peu la femme de ménage, la sous-fifre de l'infirmière, on fait tout. [...] on fait les tensions, les températures, les entrées d'hospit', les ci, les ça, les toilettes [...] ensuite il faut désinfecter les chambres quand les gens partent, c'est l'usine c'est pas du tout pareil. [...] c'est très ingrat l'hôpital c'est très très ingrat ».
(Julie, AS, 32 ans, URB, travaille à domicile depuis 7 ans).

Après un an à travailler dans une structure hospitalière, Julie est partie en EHPAD pendant 3 ans :

« Quand j'ai été diplômée, je voulais travailler à l'hôpital et en fait ça m'a dégoutée du travail, donc j'ai arrêté je suis partie en EHPAD... Mais le système des EHPAD fait qu'on devient du personnel maltraitant... on devient maltraitant sans s'en rendre compte. A cause de la pression, à cause du manque de moyens des EHPAD, à cause du manque d'effectifs [...] une aide-soignante ne peut pas gérer 14 toilettes en 4 heures de temps. On peut pas [...] même je crois qu'on pourrait pas doucher 14 personnes valides, alors 14 personnes âgées c'est pas possible, c'est pas possible. Ça veut dire les presser, ça veut dire les bousculer, c'est pas gérable. [...] On faisait mal ou on faisait pas ».
(Julie, AS, 32 ans, URB, travaille à domicile depuis 7 ans).

Elle a eu du mal à sortir de cette structure. Elle constate :

« C'est violentissime, on est dans un engrenage où on le voit même pas en fait. Tout le monde travaille comme ça donc en fait on travaille comme ça. Quand on arrive, on se dit non mais c'est pas possible, on essaie, mais en fait on se rend bien vite compte qu'on peut pas, qu'on n'a pas le temps donc on fait comme on peut, et on peut toujours le moins que le plus donc c'était pas ça ».
(Julie, AS, 32 ans, URB, travaille à domicile depuis 7 ans).

Elle a ensuite enchaîné les missions d'intérim avant d'arriver dans la structure dans laquelle elle est actuellement :

« Ici les points positifs ça serait le temps, le temps qu'on nous laisse avec les usagers, la possibilité d'être impliqué aussi ici dans différentes missions et financièrement le salaire aussi ce qui est plutôt pas mal. [...] Ce qui est bien à domicile c'est qu'on s'organise comme on veut, on est autonome, on nous donne une certaine confiance aussi, on n'est pas que des techniciennes, on est les yeux et les oreilles de tout, on a le savoir de ce qui s'y passe et de comment vont les personnes ».
(Julie, AS, 32 ans, URB, travaille à domicile depuis 7 ans).

Le travail à domicile permet une plus grande responsabilisation des aides-soignantes :

« En institution, on est juste des techniciennes, on vient, on fait une toilette, on part, on fait une toilette, on part, on fait une toilette... Ici on a du temps, si une personne ne veut pas de soins d'hygiène ce jour-là, je ne fais pas de soins d'hygiène, on ne force pas. On est là pour rassurer, on boit le café, on discute, on essaie de comprendre pourquoi la personne ne veut pas de soins, pourquoi elle est pas bien aujourd'hui et après on transmet ici à la psy, aux infirmiers. Je trouve qu'on est plus considérés au domicile, on a plus de temps et notre travail est plus valorisé, c'est pas mal ».

(Julie, AS, 32 ans, URB, travaille à domicile depuis 7 ans).

Figure 20. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante (cf. Annexe 4 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Françoise, aide-soignante de 58 ans, a choisi depuis le début de sa carrière de travailler dans une association qui pratique l'aide à domicile :

« Les institutions c'est pas pour moi. J'en ai fait un petit peu, mes stages, j'ai fait des remplacements enfin mais je trouve qu'au niveau contact, au niveau relationnel, au niveau, le temps de travail, moi ça me convient très bien ici. Après travailler toute la journée avec une équipe de travail [...] c'est du 12 heures, c'est infernal [...] c'est fatiguant, et moi non toute la journée une équipe de travail à qui vous devez rendre des comptes, t'as fait quoi, t'étais où, machin et compagnie, non moi je peux pas ».

(Françoise, AS, 58 ans, RUR, travaille à domicile depuis 33 ans).

Dans l'association d'aide à domicile dans laquelle elle travaille, elle explique qu'elle se sent plus « libre » qu'en institution au niveau des horaires et du temps passé avec les patients :

« Ici ça marche pas du tout comme ça [...] on a 2 heures de réunion d'habitude [...] on a notre planning de semaine, on parle des patients et après on a nos tournées pour tous les jours, on passe au bureau chercher les clés, des médicaments, on prend les voitures, on va travailler. Parfois on se retrouve à 2 aides-soignantes parce qu'il y a des patients qui sont compliqués mais après voilà on est libres entre guillemets dans notre organisation de la journée dans nos soins, si on veut rester une heure chez quelqu'un on reste une heure. S'il faut rester 20 minutes, on reste 20 minutes. On s'organise comme on veut dans notre boulot. En institution c'est pas possible il y a toujours du boulot, il manque du personnel, enfin c'est compliqué, c'est compliqué ».

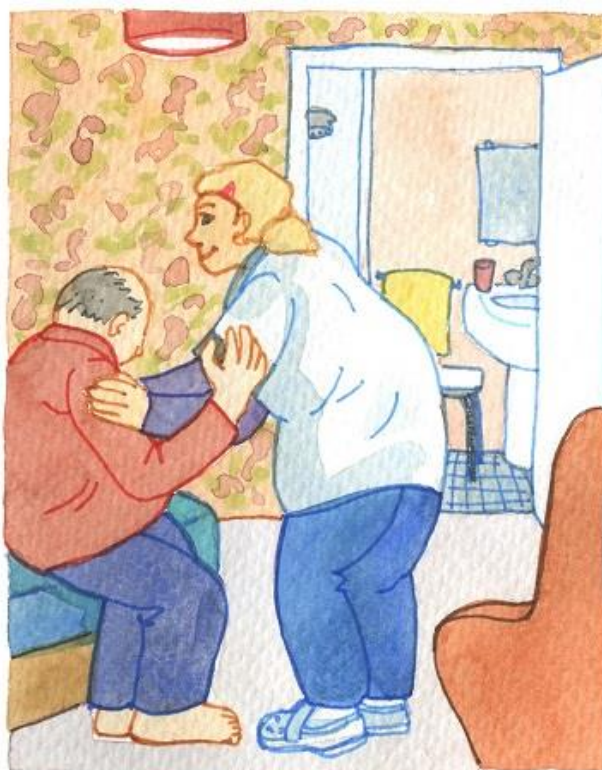
(Françoise, AS, 58 ans, RUR, travaille à domicile depuis 33 ans).

Imane, aide-soignante de 29 ans qui travaille dans une association en ville, fait le même constat, à savoir que le domicile apporte plus d'autonomie :

« Après moi le soin à domicile j'aime bien parce que je trouve qu'on a quand même un peu de liberté. On est un petit peu autonome, alors qu'à l'hôpital... On a une infirmière quand même au-dessus de nous, qui nous donne des consignes, mais on a l'impression d'être plus valorisé. Alors qu'à l'hôpital on est simplement des aides-soignantes pour faire du change et des toilettes ».

(Imane, AS, 29 ans, URB, travaille à domicile depuis 3 ans)

Figure 21. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante (cf. Annexe 4 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Depuis quelques années, la quasi-totalité des associations employant des aides-soignantes à domicile ont mis en place un système de tablette connectée (téléphone portable) qui permet d'avoir toutes les informations de la tournée et des soins à effectuer chez les patients. La tablette sert aussi pour toutes les transmissions d'informations. Elle mesure également le temps que les aides-soignantes restent au domicile des patients : elles doivent badger quand elles arrivent et quand elles repartent. Une aide-soignante rencontrée estimait que : *« Oui, on nous surveille »*. D'après une infirmière coordinatrice gérant un établissement de soins à domicile, la mise en place de ce système de badgeage sert pour l'attribution de subventions par l'ARS :

« Les ARS demandent un planning précis en fait pour justifier du temps qu'on passe avec les patients afin de pouvoir donner les subventions qui sont demandées par les structures ».

(Bérangère, IDE coordinatrice, 25 ans, RUR, en poste depuis 3 ans)

Figure 22. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante (cf. Annexe 4 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

1.1.3 Pour une meilleure prise en charge de la patientèle

Le libéral permet pour certains soignants de retrouver du sens dans leur travail, d'être en accord avec certaines de leurs valeurs professionnelles notamment par le temps passé auprès des patients et qui conditionne, selon certains, la qualité du travail réalisé.

Clara, médecin généraliste de 37 ans, a fait le choix de s'installer depuis cinq ans en libéral en zone rurale :

« Ça a toujours été un choix le libéral, j'aime bien l'indépendance et la liberté que ça donne, j'aime bien le fait qu'on puisse vraiment s'adapter au relationnel qu'on souhaite avec les patients, ça donne beaucoup de liberté en fait et de souplesse ».

(Clara, MG, 37 ans, RUR, installée depuis 5 ans)

Claire, sage-femme de 35 ans, installée depuis neuf ans dans la banlieue de Lyon, constate que la prise en charge des patients est différente de celle qui caractérise les institutions :

« Travailler avec ses propres valeurs, je pense que c'est la chose la plus importante. Après clairement aussi de pouvoir adapter son planning [...]. Mais clairement c'est surtout [...] d'avoir un lien beaucoup plus proche, un accompagnement vraiment, donc ça c'est chouette ».

(Claire, SF, 35 ans, URB, installée depuis 7 ans)

Christelle, autre sage-femme, âgée de 45 ans installée en zone rurale, résume les deux choix qui ont motivé son installation en libéral : la possibilité de contrôler ses horaires et le suivi de ses patientes sur du plus long terme qu'en structure hospitalière :

« Je me suis installée en libéral pour plusieurs raisons, la première c'était par rapport à l'organisation familiale, c'était difficile à l'hôpital de continuer les nuits les week-ends. Ensuite je suis plutôt indépendante et je voulais maîtriser, j'étais prête à travailler beaucoup plus mais je voulais maîtriser mes heures, mes horaires, mes congés, enfin moins dépendre d'une équipe. Et l'autre raison qui m'a fait m'installer, c'est que j'avais vraiment envie de suivre la femme dans son intégralité donc de l'adolescente jusqu'à la femme âgée et de la suivre dans tout le quotidien. Je

n'ai fait quasiment que de la salle d'accouchement quand j'étais hospitalière c'était très excitant, c'était très intéressant mais c'était une partie toute petite et du coup j'avais envie d'une globalité ».
(Christelle, SF, 45 ans, RUR, installée depuis 9 ans)

1.1.4 Pour le choix de ses horaires et de ses conditions financières

Le travail en libéral présente l'avantage pour les soignants de pouvoir choisir, dans une certaine mesure, les conditions de travail, comme les horaires, ce qui n'est pas toujours possible en institution ; cette possibilité de choix concerne aussi la possibilité ouverte par l'exercice libéral de gagner plus d'argent si les besoins s'en ressentent :

« P : quelle a été ta motivation pour passer en libéral ?

Aude : [rises] L'argent ! oui il y a eu une petite période où j'avais besoin d'argent. Donc, en parallèle de l'hôpital, même si je n'avais pas trop le droit de le faire, j'ai commencé à mettre un petit pied dans le libéral, à faire deux, trois remplacements parce que je connaissais un mec de ma promo qui avait un cabinet et qui cherchait des remplaçants pour voir si ça me plaisait surtout. Et puis, là j'avais envie de voir autre chose. A l'hôpital, les conditions de travail, revenir sur des repos pas payés, des collègues absentes pas remplacées, ça devenait difficile ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Julien, infirmier de 36 ans ayant exercé dans différentes structures, fait le constat d'une meilleure rémunération en libéral, ce qui a aussi motivé son choix :

« Pour la qualité financière de vie. [...] pour un temps plein à des horaires de bureau dans mon ancien travail en institution, je gagnais 2000 euros et là pour 15 jours de travail mais aussi avec une plus grande amplitude horaire, je suis à 3000 euros ».

(Julien, IDE, 36 ans, URB, collaborateur ou remplaçant depuis 6 ans)

En revanche, Aurélie, sage-femme de 27 ans, considère que la rémunération n'est pas le critère le plus important, et que cette meilleure rémunération en libéral vient en quelque sorte en bonus de conditions et d'une charge de travail qu'elle a, elle aussi, choisies :

« Je pourrais travailler moins si j'avais envie ou besoin de travailler moins. Au final ce n'est pas forcément une question d'argent, ça fait plaisir de gagner beaucoup d'argent et de se dire qu'on ne travaille pas pour rien du tout [rises], mais à côté de ça moi c'était aussi mes volontés d'avoir des horaires plutôt larges pour satisfaire les patients ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

Même si l'installation en libéral reste un choix conscient et valorisé par les soignants, nombre d'entre eux constatent également les difficultés qui en découlent, comme la part de gestion administrative et financière de leur activité. Michel, kinésithérapeute de 62 ans installé depuis 30 ans en territoire rural n'aurait pas voulu travailler à l'hôpital ou en clinique :

« Les avantages du libéral c'est plus de liberté, enfin entre guillemets. Et ça va avec les soins à domicile, c'est sympa je trouve. Ici on fait pas les consultations à la chaîne, entre 2 patients vous avez 5-10 minutes où vous pouvez écouter quelque chose à la radio, une chanson... À l'hôpital, il y a les contraintes, les réunions... tout le bazar. Il reste qu'en libéral le problème c'est tout ce qui est administratif ».

(Michel, MK, 62 ans, RUR, installé depuis 30 ans)

Cependant, il constate aussi les difficultés auxquelles il doit faire face :

« Si l'ordinateur a un problème, je vais téléphoner à la boîte informatique [...] et puis la compta, j'ai toujours fait tout seul, je vais pas prendre un comptable pour la dernière année, mais ça devient de plus en plus compliqué, ils demandent de plus en plus de choses, des nouvelles règles, des trucs qu'ils nous sortent ».

(Michel, MK, 62 ans, RUR, installé depuis 30 ans)

Manon, sage-femme de 35 ans installée depuis sept ans dans la banlieue de Lyon, témoigne des différentes tâches concomitantes à l'installation en libéral et qui sont :

« L'avantage que j'ai en libéral que j'ai pas à l'hôpital c'est que je ne travaille pas en garde de 12 heures, pas forcément les week-ends, pas forcément de nuit, j'ai un rythme de vie différent. L'inconvénient par contre c'est qu'il faut que je gère un cabinet je suis entrepreneuse maintenant, donc j'ai toute la comptabilité à faire, toutes ces gestions-là ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

La gestion d'un cabinet va de pair avec la responsabilité médico-légale de sa patientèle. La charge mentale qui découle de l'ensemble des choses à penser, à faire, en permanence apparaît clairement dans la description qu'elle fait de son activité au quotidien :

« Un autre "souci" entre guillemets du libéral c'est la charge mentale que ça représente. Ça je pense que je m'en rends tout juste compte, c'est-à-dire que quand je prends une semaine de vacances où je pose tout, je me fais remplacer, où je laisse le téléphone, je me rends compte que de nouveau je suis capable de réfléchir, de nouveau je suis capable de lire un bouquin, de retenir des numéros de téléphone alors que finalement dans mon quotidien, j'arrive plus à faire tout ça. Cette capacité de concentration, de mémorisation... En réalité, c'est la charge mentale que représente le cabinet, de 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... voilà, 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, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

Antoine, médecin généraliste de 34 ans, est installé depuis trois ans dans une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) à Lyon. Il explique que le fait de travailler en MSP lui a permis une communication plus directe et rapide avec ses collègues et donc de se décharger mentalement :

« Je suis partisan de la décharge mentale. Au lieu de sortir le soir en se disant mince j'ai un doute sur ce patient, qu'est-ce que j'aurai dû faire, eh bien je vais voir directement mon collègue et on en discute tous les deux. Tout de suite on décharge, c'est extrêmement important. [...] Ça peut être une sage-femme, le collègue médecin dans le bureau d'à côté, la kiné. En moyenne, on se consulte deux fois par jour. En plus de ça, on a des réunions pluridisciplinaires, au moins une fois par mois, où on aborde des sujets de patients compliqués, de façon officielle, on a un ordre du jour avec tel patient, et à l'avance on nous demande d'en parler avec tel type de praticien ».

(Antoine, MG, 34 ans, URB, installé depuis 3 ans)

1.1.5 Les raisons d'une installation en zone rurale

En zone rurale, les raisons d'installation en libéral sont assez diverses selon les soignants. Elles peuvent être le fait d'un lieu de vie initial, d'une volonté de revenir vers des origines familiales ou pour d'autres raisons d'ordre familial ou liées au ou à la conjoint-e. Elles peuvent être également liées à un territoire d'exercice expérimenté en tant que remplaçant ou encore au souhait d'exercer dans un lieu qui ait du sens pour le soignant, notamment vis-à-vis des relations avec les patients, et qui soit utile, dans la perspective d'apporter l'accès aux soins dans des zones peu dotées. Elles se font également grâce à des facilités d'installation, qu'elles soient financières ou logistiques. Dans certaines zones rurales, les soignants partant à la retraite ne trouvent pas de repreneurs et lèguent gratuitement le cabinet et leur patientèle. C'est le cas de Louise, infirmière diplômée d'Etat de 45 ans originaire du Nord de la France qui est venue s'installer en pleine zone rurale de la Drôme avec sa famille, après avoir travaillé dans son cabinet actuel lors de remplacements :

« Quand je me suis retrouvée sans travail, j'ai commencé à faire des remplacements sur le national, avec une boîte d'intérim. [...] Je partais 3 semaines n'importe où, je rentrais, je passais 15 jours à la maison et je repartais 3 semaines à l'autre bout de la France. [...] Donc je suis venue une fois, 2 fois, 3 fois, plusieurs fois et un jour [l'infirmier titulaire] m'a appelé en me disant que moins d'un an plus tard il prendrait sa retraite. J'ai dit ok c'est bien de me prévenir à l'avance comme ça, ça me laisse du temps pour chercher ailleurs, il me dit mais non, prends mon cabinet. Mais moi j'habitais à N. avec les enfants, mon mari, enfin je prends pas la décision comme ça. Je lui ai demandé combien il vendait son cabinet pour que déjà ça me donne une idée, si je peux le racheter ou pas, il m'a dit je te le donne. [...] C'est comme ça qu'on est venu s'installer ici ».

(Louise, IDE, 45 ans, RUR, installée depuis 6 ans)

Certaines zones rurales sont également classées en ZRR, zones de revitalisation rurale¹⁹ et offrent aux soignants qui s'y installent des avantages fiscaux. Lena est une sage-femme de 38 ans qui s'est installée très récemment dans une ZRR, après avoir exercé plusieurs années à l'étranger. Elle a fait ce choix pour des raisons personnelles de cadre de vie mais aussi pour une volonté de faciliter l'accès aux soins des femmes dans cette zone rurale. Elle est la première sage-femme à s'installer dans les 15 km à la ronde :

« Il y a jamais eu de sage-femme ici donc c'est une installation qui est plutôt osée mais moi c'était vraiment pour lutter contre cette désertification médicale. Je me suis dit je vais m'installer là où il y a personne pour permettre un accès aux soins plus proche et pas m'installer où ça serait le plus facile ».

(Lena, SF, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région)

Elle bénéficie du paiement d'impôts progressif sur six ans ainsi que d'autres aides qu'elle a expressément demandées :

« 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. [...] On a un accès aux soins qui est très très compliqué et on est vraiment dans un désert médical. [...] Par contre j'ai fait la démarche de demander des aides aux localités et aux municipalités pour une nouvelle installation ».

(Lena, SF, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région)

¹⁹ <https://www.data.gouv.fr/en/datasets/zones-de-revitalisation-rurale-zrr/>

La mairie de son village a pour projet d'ouvrir une maison de santé et souhaite attirer des professionnels de santé :

« La municipalité m'a aidé pour que je puisse ouvrir le cabinet. Ils m'ont aidée à trouver des locaux mais le loyer était à ma charge. J'ai demandé surtout une aide pour l'achat de tout un tas de choses dont j'avais besoin pour m'installer donc une aide au total qui s'élève à un peu plus de 7 000 €. Ce qui n'est rien à côté des aides qu'il y a quand on s'installe en zone sous-dotée parce que là ça va jusque 30 000 €. Mais ici on est en zone intermédiaire alors ça ne marchait pas ».

(Lena, SF, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région)

Levasseur et Schweyer montrent que les étudiants en médecine *« d'origine rurale sont les seuls à déclarer spontanément vouloir s'installer en milieu rural »* (Levasseur et Schweyer, 2004, cités dans Bloy G. et Schweyer F.-X., 2010 : 390). Les trois médecins rencontrés lors de l'enquête qualitative et qui exerçaient en zones rurales avaient tous fait le choix de s'installer en rural, choix basé sur différents critères. Clara, 37 ans, après être partie en ville pour ses études de médecine, est revenue s'installer dans sa région rurale d'origine, par choix pour le type de travail effectué en médecine générale en milieu rural mais également pour des raisons familiales, son mari possédant une exploitation agricole dans la région :

« Je me nourris pas mal du relationnel avec les patients, j'ai l'impression qu'en tant que médecin généraliste on est aussi vachement sur l'organisation des soins au mieux autour des gens et du coup ça a du sens, on peut faire plein de choses. On peut aller très loin dans les prises en charge ici, c'est nous qui donnons nos limites [...]. Des fois j'ai envie de prendre en charge ce côté psychothérapie de gens qui sont en dépression, on peut faire des petits gestes de soins, sutures ou autres, on peut faire de l'urgence [...]. Et puis moi j'aime la campagne, je trouve que finalement c'est un métier assez facile à exercer ici contrairement en ville, où j'ai souvent fait des remplacements ».

(Clara, MG, 37 ans, RUR, installée depuis 5 ans)

Pour Louis et Ariane, médecins généralistes fraîchement installés, qui ne sont pas originaires de la région rurale dans laquelle ils travaillent, leur choix a été mûrement réfléchi. Il s'est construit sur des critères environnementaux, de qualité de vie personnelle et professionnelle, notamment pour le relationnel avec les patients et le type de soins pratiqués. Ariane a fait ses études à Paris puis un stage à l'hôpital dans la région rurale qu'elle avait ciblée :

« Souvent j'avais des patients qui venaient de par ici. Et j'avais au téléphone des médecins qui étaient là et qui étaient toujours hyper sympas. C'est un public que j'aimais bien, c'est vraiment un milieu rural qui est différent même d'un peu plus haut dans la région ».

(Ariane, MG, 32 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Elle souligne également la pluralité des prises en charges qu'elle peut rencontrer dans son métier :

« Ici c'est un pays d'agriculteurs et d'agricultrices donc ils ne viennent pas chez le médecin pour un oui pour un non parce qu'ils ont mal au petit doigt de pied ou je sais pas. [...] Et le truc à la campagne c'est que tu vois d'autres choses, c'est différent. La personne qui s'est ouvert le bras, on la suture au cabinet, on fait de petits traumatos, de petites choses comme ça alors que quand tu es en ville, les gens vont aux urgences. Donc ici tu vois plus de choses. On fait du suivi gynécologique parce qu'il n'y a pas de gynéco, enfin bref, c'est complet ».

(Ariane, MG, 32 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Elle a fait le choix du rural pour se sentir *« utile »*, mais reconnaît également une pression ressentie lors de ses études de médecine quant au choix qu'elle devait faire pour son installation :

« Quand on était encore internes on avait un peu une pression en fait de s'installer à la campagne, tout le monde est là à te dire les déserts médicaux..., dès que tu te balades quelque part et quand tu dis que tu es médecin c'est "ah il nous faut un médecin", c'est un peu oppressant d'ailleurs mais je me disais bon ben c'est là que je serai le plus utile au final ».

(Ariane, MG, 32 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Ariane explique cependant qu'elle ne voulait pas *« forcément [s']installer tout de suite »*, elle voulait continuer à faire des remplacements, prendre son temps et explorer la région, mais l'opportunité s'est présentée à la fois d'acquérir un bien immobilier dans la région et de reprendre le cabinet de deux médecins de plus de 65 ans, dans le village avoisinant, qui souhaitaient *« trop partir à la retraite »*. Le fait d'être dans un cabinet partagé présentait aussi un avantage pour elle :

« J'avais envie d'être à la campagne, mais pas d'être le seul médecin à 40 km à la ronde. Ici c'est un peu encaissé. C'est un bassin de 3000 habitants ».

(Ariane, MG, 32 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Ariane reconnaît aimer son métier mais dit ressentir trop de pression par rapport à la demande des patients et des activités de médecine générale et d'urgence qu'elle doit assurer. Quand nous l'avons rencontré, elle s'apprêtait à quitter le cabinet dans les trois prochains mois, après seulement deux ans d'exercice, pour faire une pause, voyager, voire pratiquer la médecine autrement.

Louis, un médecin généraliste tout juste thésé, a lui aussi fait le choix de s'installer en milieu rural. Il est originaire du chef-lieu de la région et souhaitait revenir dans son département pour exercer la médecine telle qu'il l'entendait :

« J'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. Du coup, ça ne m'a pas intéressé. 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, MG, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

Il a commencé par chercher une maison, avec sa compagne travaillant en ville, en ayant pour objectif de limiter ses déplacements domicile-travail :

« Avec ma compagne, on a réfléchi très simplement. On a cherché une maison. J'ai dit à partir de là où il y a la maison, je veux travailler dans un rayon de 30 minutes. Il y avait [la ville dans laquelle il est actuellement] dedans. Voilà comment ça s'est fait. Je n'avais pas d'attentes particulières sur un endroit. C'était d'abord ma vie personnelle, compatible avec le travail de ma compagne, accessoirement. Et ensuite, on choisit le cabinet en fonction de là où il y a besoin ».

(Louis, MG, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

L'opportunité s'est présentée de reprendre la place d'un médecin qui souhaitait également partir à la retraite. Il reconnaît que s'installer en milieu rural vient pallier le manque de médecins dans ces « déserts médicaux » mais fait aussi peser beaucoup de pression et de responsabilités sur les médecins qui acceptent d'y venir :

« Vous avez moins de médecins qui ont été formés, donc il y en a de moins en moins en campagne, vu qu'il y a de moins en moins de médecins en général, et le travail est de plus en plus pénible. Donc les jeunes qui vont s'installer se retrouvent dans des situations très complexes comme nous. C'est-à-dire que manque de médecins, surcharge de travail en commençant sa vie vite débordés, épuisement rapide et en fait fuite des médecins vers la structure hospitalière ou vers un autre type d'activité. Et du coup, les médecins se disent ben, en fait moi j'en ai plein le cul tout simplement et

je vais faire autre chose ou le faire autrement. Et du coup, il n'y a plus de médecins en campagne, en tout cas plus de médecine libérale. Et en fait, vous pouvez augmenter le numerus clausus, il faut un afflux énorme de médecins d'un coup et les médecins mettent du temps à être formés, donc ça ne pourra pas se résoudre comme ça ».

(Louis, MG, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

Les témoignages de ces jeunes médecins qui ont fait le choix de s'installer à la campagne montre la pression dans laquelle ils travaillent compte tenu de la demande de soins. Ils expliquent tous avoir été extrêmement bien accueillis, à la fois par les médecins qu'ils ont remplacés, et par la population du village qui mesure sa chance de ne « *pas devenir un désert médical* ».

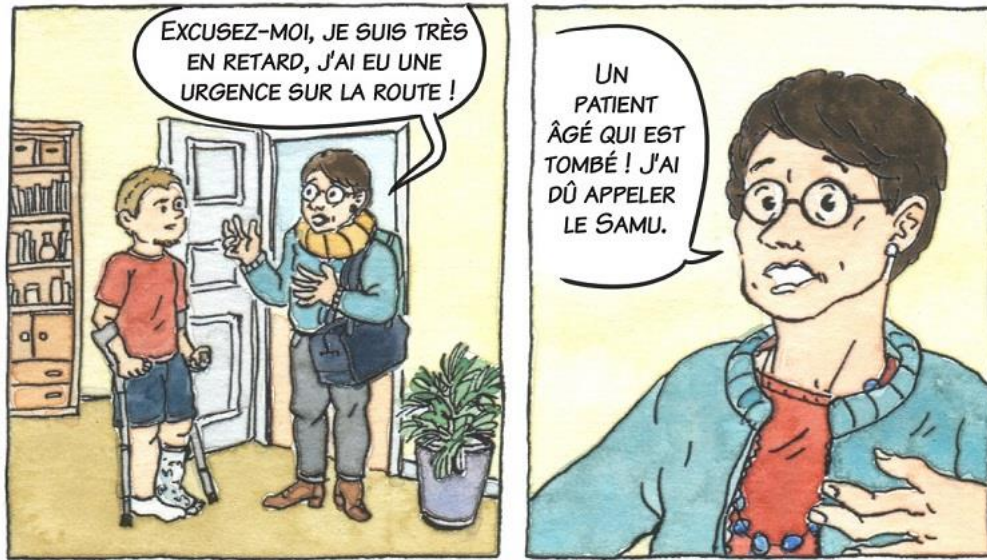
1.2 Des horaires extensibles, une pression temporelle croissante

1.2.1 Amplitude horaire et pression temporelle

A travers l'enquête par questionnaire, il était demandé aux soignants de préciser par une série de questions, différents aspects de leurs horaires de travail. Les questions débutaient par ce questionnement générique « *Dans votre activité libérale, avez-vous régulièrement* » : des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir), des horaires irréguliers ou alternés, des coupures de plus de deux heures, des journées de travail le week-end. L'acceptation de la fréquence, « *régulièrement* », n'était pas davantage précisée, et laissée à l'appréciation de l'enquêté, de même que ces différentes modalités caractérisant leurs horaires (Tableau 11).

Les rythmes de travail éclairent une des particularités du métier d'infirmière libérale. Les infirmières, qui suivent leurs patients au quotidien, sont amenées *de facto* à travailler le week-end. Les horaires décalés concernent également la quasi-totalité des infirmières, avec des tournées entamées très souvent avant 7 h le matin, et s'achevant après 20 h. Ces rythmes imposés par les visites à domicile s'accompagnent le plus souvent de coupures d'activité importantes dans la journée. Des horaires irréguliers ou alternés sont également le lot commun de la profession. L'amplitude horaire importante s'adapte en fonction du nombre de patients à voir le matin, de 6h-6h30 à 13 h, puis l'après-midi et en soirée, de 16h-16h30 à 20h-20h30. Ces plages horaires correspondent aux types de soins effectués : les mesures glycémiques des patients diabétiques doivent être effectués avant chaque prise de repas, idéalement tôt le matin, avant le repas du midi et avant celui du soir. Les infirmières procèdent également au lever et au coucher des patients dépendants et doivent donc adapter leur tournée pour faire ces soins à des heures adéquates, définies avec les patients et leur famille. Elles doivent également faire face à des imprévus dans la prise en charge des patients, ce qui peut avoir pour conséquence de décaler les horaires de leur tournée et d'allonger considérablement leur temps de travail.

Figure 23. Extrait des planches illustrées pour la profession d’infirmière libérale (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Chez les kinésithérapeutes, les médecins et les sages-femmes, les proportions, si elles sont moins spectaculaires que chez les infirmières, traduisent cependant des pratiques répandues. Près de sept kinésithérapeutes sur dix ont des horaires décalés, un sur deux travaille selon des horaires irréguliers ou alternés, et ces deux proportions sont à peine inférieures pour les médecins, qui sont également plus d’un sur deux à travailler le week-end. Les sages-femmes sont très concernées par les rythmes de travail non standard. Assurant le suivi ambulatoire des femmes en sortie de maternité, deux sages-femmes libérales sur trois travaillent le week-end. Une part toute aussi élevée des sages-femmes effectue régulièrement des journées débutant très tôt ou finissant tard le soir. Enfin, pour près d’une sage-femme sur deux, des horaires irréguliers ou alternés sont pratiqués de façon habituelle. Ces proportions n’apparaissent pas liées au territoire d’exercice.

Tableau 11. Aspects caractéristiques des horaires de travail, selon la profession (% de réponses affirmatives à la question « Dans votre activité libérale, avez-vous régulièrement... »)

	IDE	MK	MG	SF
Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir)	95	69	65	66
Des horaires irréguliers ou alternés	84	48	45	64
Des coupures de plus de 2 heures	90	8	29	26
Des journées de travail le week-end	98	16	53	66

Une seconde série de questions portait sur les adaptations opérées par les soignants dans la gestion de leur planning d’activités quotidien pour gérer la charge de travail, à partir de la question générique : « En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il ? » (jamais / parfois / souvent / toujours), sur les pratiques suivantes : de commencer plus tôt ou finir plus tard, sauter un repas, ne pas prendre de pause du tout, effectuer trop vite un soin qui demanderait plus de temps, rouler / se déplacer trop vite pour rattraper le temps.

Quasiment toutes les infirmières commencent plus tôt ou finissent leurs journées plus tard que prévu, du fait de modifications dans les tournées, ou tout simplement de difficultés à respecter l'enchaînement des activités programmées. Dans un contexte où l'activité de soin infirmier nécessite l'enchaînement de nombreux lieux sur des temps courts, le planning prévu est sans doute « structurellement » difficile à tenir, nécessitant cet allongement des amplitudes quotidiennes de travail, et plus d'une sur deux admet rouler de déplacer trop vite dans le cadre du travail, confirmant en cela les résultats des entretiens qualitatifs auprès des infirmières (chez celles qui utilisent habituellement la voiture pour leurs VAD).

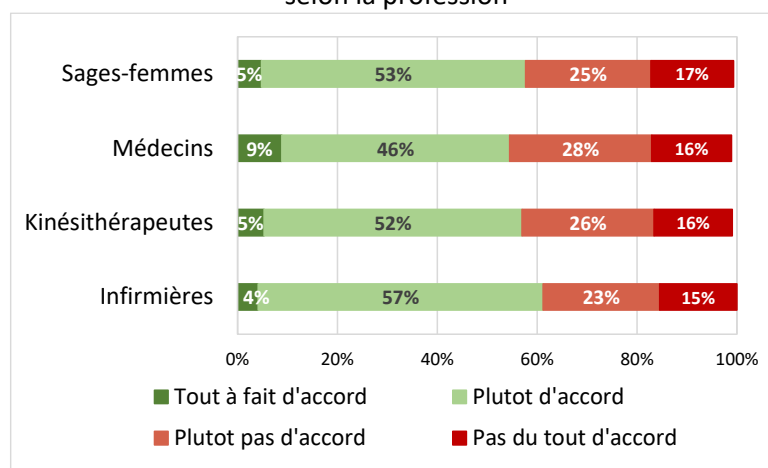
Sages-femmes, médecins et kinésithérapeutes sont très nombreux également - environ huit sur dix - à déclarer commencer plus tôt ou finir plus tard. Sauter un repas, comme ne pas prendre de pause du tout est quelque chose d'habituel pour plus d'une sage-femme sur deux, tandis que pour les trois autres professions, ces proportions se situent entre 35 % et 45 %.

Figure 24. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Figure 25. Opinions vis-à-vis de l'affirmation « J'arrive à concilier vie professionnelle et vie hors-travail », selon la profession



Compte tenu de ces amplitudes horaires, les journées qui commencent tôt, le fait que les heures de fin de journée de travail sont souvent retardées, la question de la conciliation des temps apparaît particulièrement importante. On observe qu'une majorité de soignants estime « plutôt » y parvenir, mais

également que pour une part, assez similaire entre professions, de quatre soignants sur dix, l'activité professionnelle empiète sur la vie personnelle (Figure 25). En particulier, quelle que soit la profession, près d'un soignant sur six indique qu'il n'arrive pas du tout à concilier vie professionnelle et vie hors-travail.

Figure 26. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Les horaires ne sont pas toujours réguliers et leur gestion est très liée à la demande de soins, et aux demandes des patients à qui il n'est pas toujours facile de dire non, ce qui contribue à cette irrégularité. Ainsi, Manon, sage-femme de 35 ans en zone périurbaine, explique qu'elle ne connaît jamais précisément ses horaires de travail en fonction des aléas des rendez-vous et des VAD :

« Je commence le matin à 8 heures. Après ça dépend des jours. Donc je fais 8 heures - 13 heures en gros le lundi, après je pars en domicile, et le domicile c'est hyper aléatoire. Soit je finis à 15 heures, soit je finis à 20 heures, ça dépend un petit peu du nombre de domiciles qu'il y a finalement ».
(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

Avec la collègue avec qui elle partage le cabinet, elles s'imposent depuis peu de prendre une pause déjeuner, pour éviter d'enchaîner une journée de travail sans s'arrêter, ce qui n'est pas forcément facile à faire compte tenu des demandes des patientes :

« Maintenant je me suis réimposée de faire des pauses déjeuner, avant j'en faisais pas. On mangeait entre deux patientes vite fait puis au bout d'un moment on s'est dit non mais en fait là, c'est pas viable mais en même temps, c'est difficile de dire non aussi à des patientes qui vous appellent en vous disant que c'est en urgence même si finalement ça n'a rien d'urgent. Mais ouais, il y a un gros travail quand on s'installe en libéral d'apprendre à dire non, de pouvoir mettre des barrières nécessaires pour se protéger, de prendre soin de soi aussi ça c'est quelque chose qui demande un grand nombre d'années je trouve ».
(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

Ces différentes manifestations des contraintes temporelles à l'œuvre chez les métiers du soin n'apparaissent pas particulièrement plus prégnantes chez l'un ou l'autre territoire d'exercice et les écarts n'apparaissent pas réguliers.

En revanche, nous l'avons vu, les modalités d'adaptation face à ces contraintes temporelles peuvent différer quelque peu d'une profession à l'autre (Tableau 12). La quasi-totalité des infirmières commence

souvent plus tôt et/ou finit plus tard que prévu ses journées, c'est le cas de plus de trois sages-femmes et masseurs-kinés sur quatre, de sept médecins sur huit.

Ce sont les sages-femmes qui 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.

Plus d'une infirmière sur deux, quatre médecins sur dix, trois kinésithérapeutes et sages-femmes sur dix reconnaissent rouler trop vite (chez les conducteurs). 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.

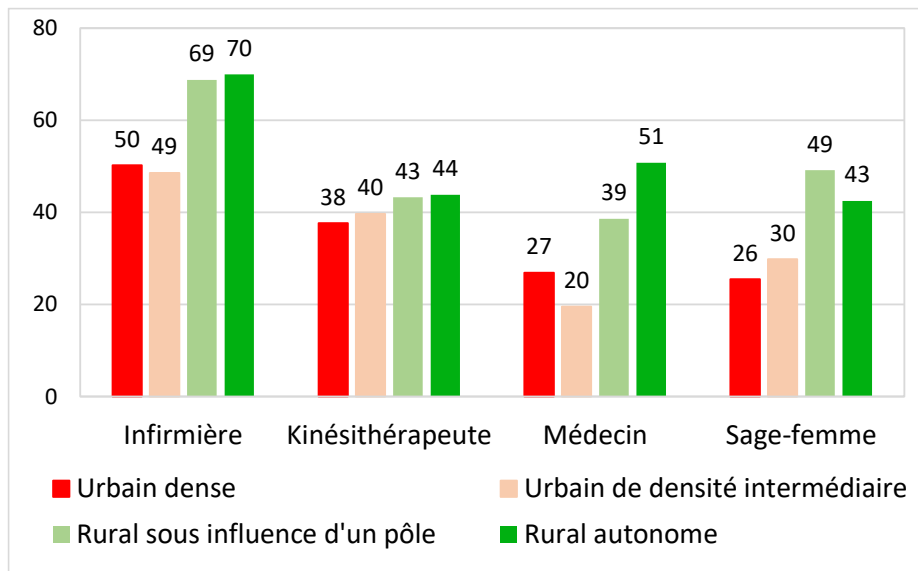
Tableau 12. Modalités d'adaptation des horaires face à la charge de travail, selon la profession (% de réponses « souvent ou toujours » à la question « En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il ? »)

	IDE	MK	MG	SF
De commencer plus tôt ou finir plus tard	96	78	84	76
De sauter un repas	38	35	34	53
De ne pas prendre de pause du tout	34	40	46	55
D'effectuer trop vite un soin qui demanderait plus de temps	19	12	22	11
De rouler / vous déplacer trop vite pour rattraper le temps	56	40	29	32

Les différentes adaptations imposées ne paraissent pas influencées par le territoire d'exercice, à l'exception du fait de rouler ou se déplacer trop vite de façon habituelle. Cette pratique est particulièrement répandue parmi les infirmières exerçant en zone rurale. Pour les quatre professions, cette proportion tend à s'accroître au fur et à mesure que le territoire d'exercice s'éloigne des centres urbains et devient plus rural avec, pour les infirmières, les médecins et les sages-femmes, des valeurs plus élevées de 15 à 20 points dans les territoires ruraux, qu'il s'agisse de rural sous influence d'un pôle urbain, ou de rural autonome (Figure 27).

Les écarts urbain / rural sont beaucoup moins nets chez les kinésithérapeutes, du fait de valeurs déjà relativement élevées en milieu urbain. De plus, ces écarts ne sont pas dus à un usage des modes de transports différents entre les centres urbains (où le vélo et la trottinette, à assistance électrique ou non, sont une alternative pertinente dans un certain nombre d'environnements) et les zones plus rurales (où la place de la voiture est hégémonique). La même analyse limitée aux soignants qui utilisent la voiture pour leur VAD met en évidence des écarts quasi-identiques.

Figure 27. Part des soignants déclarant rouler ou se déplacer trop vite « souvent ou toujours », selon le territoire d'exercice (% de l'ensemble de la profession)



Louis, médecin de 31 ans exerçant en zone rurale, explique conduire trop vite lorsqu'il fait ses tournées, pour gagner du temps, aussi bien dans un objectif professionnel de pouvoir faire plus de visites que d'avoir plus de temps personnel :

« 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, MG, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

Ces pratiques d'activités « en flux tendu », le chevauchement d'activités de différente nature sur les mêmes temps, les amplitudes de travail très importantes, et les temps fragmentés, le fait de sauter la pause-déjeuner par manque de temps, s'interprètent comme des formes d'adaptations qui s'imposent aux soignants face à la pression temporelle.

Il était demandé, dans l'enquête par questionnaire, d'estimer les difficultés liées à cette pression temporelle sur une échelle de 0 à 10²⁰. Les notes moyennes attribuées - 7,5 chez les infirmières, 7,7 chez les kinésithérapeutes, 8,1 chez les médecins et 6,7 chez les sages-femmes - mettent en évidence que les difficultés liées à la pression temporelle sont supérieures à un niveau moyen (que traduit la note de 5) pour une grande majorité des soignants, en particulier des médecins.

De plus, une majorité des soignants effectuant des VAD jugent que les difficultés liées à la pression temporelle vont en s'accroissant au fil du temps, notamment chez les médecins (71 %). Parmi les autres professions, ces chiffres sont également très élevés : 58 % chez les infirmières, 55 % chez les kinésithérapeutes, 48 % chez les sages-femmes. Quelle que soit la profession, seule une petite minorité

²⁰ 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...) ».

(moins de 10 %) juge, à l'inverse, que les difficultés liées à la pression sont moins fortes qu'auparavant, les autres soignants les considérant « aussi fortes qu'auparavant ».

Chez les infirmières libérales, les opinions selon lesquelles ces difficultés liées à la pression temporelle tendent à s'accroître, sont plus répandues encore dans les territoires de faible densité, qu'il s'agisse des espaces ruraux sous influence urbaine ou des espaces ruraux autonomes. Chez les sages-femmes également, cet accroissement des difficultés liées à la pression temporelle est un peu plus ressenti encore lorsque le lieu d'exercice se situe en territoire à faible densité. Le fait que les infirmières et sages-femmes en milieu rural consacrent des temps particulièrement importants à se rendre aux différents domiciles de leurs patients et leurs patientes (Figure 28) peut contribuer à cette perception d'une aggravation des difficultés temporelles. Chez les médecins, le sentiment d'une accentuation de la pression temporelle au fil du temps est plus dominant encore dans les zones rurales autonomes (il est partagé par 76 % d'entre eux) que dans les espaces urbains (71 à 73 %), mais un peu moins dans les espaces ruraux sous influence urbaine (64 %). Chez les kinésithérapeutes, en revanche, cette liaison ne se vérifie pas, et c'est dans les espaces urbains de densité intermédiaire que cette dégradation est la plus fortement ressentie (59 %).

Figure 28. Part des soignants de chaque profession estimant que les difficultés liées à la pression temporelle vont en s'accroissant ces dernières années, selon le territoire d'exercice (%)

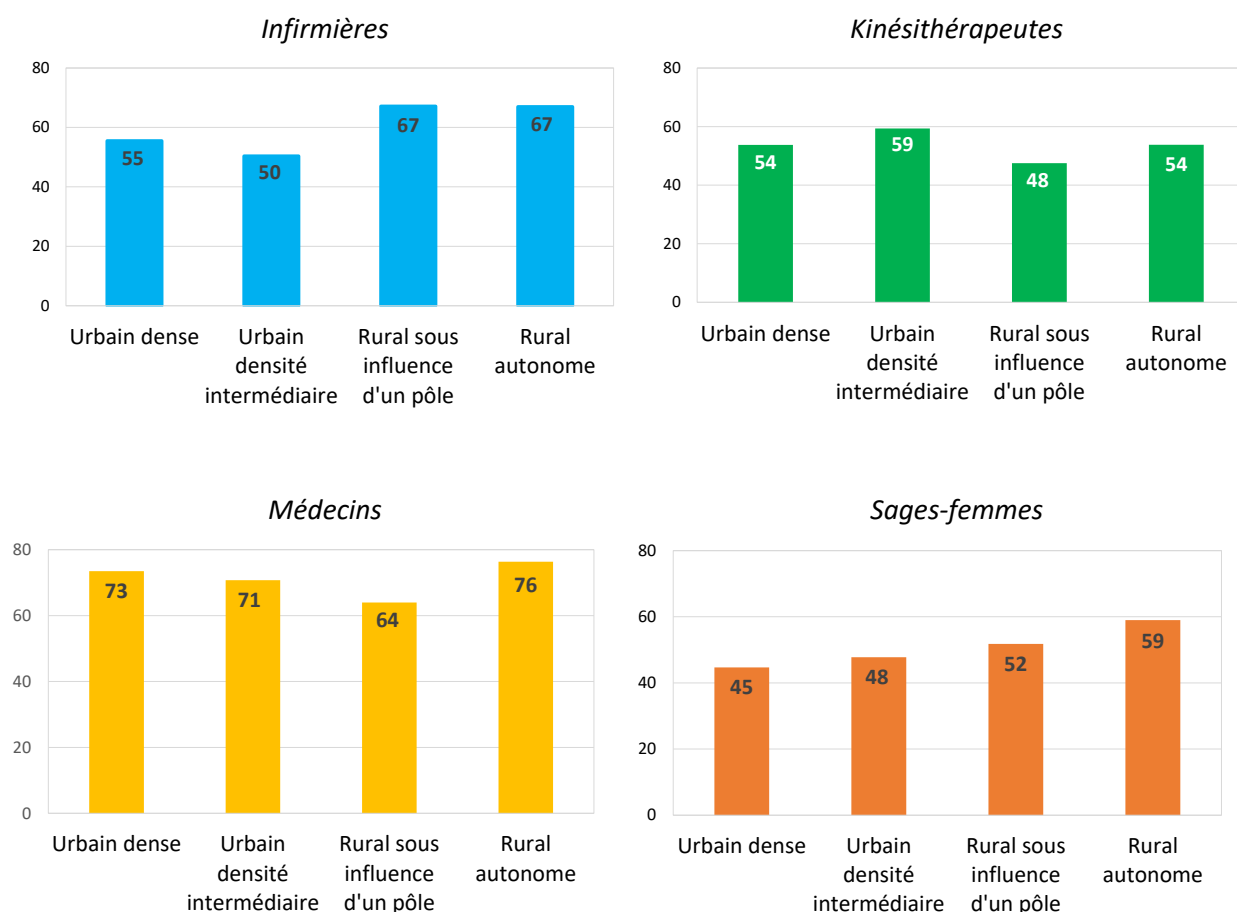


Figure 29. Extrait des planches illustrées pour la profession d’infirmière libérale (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



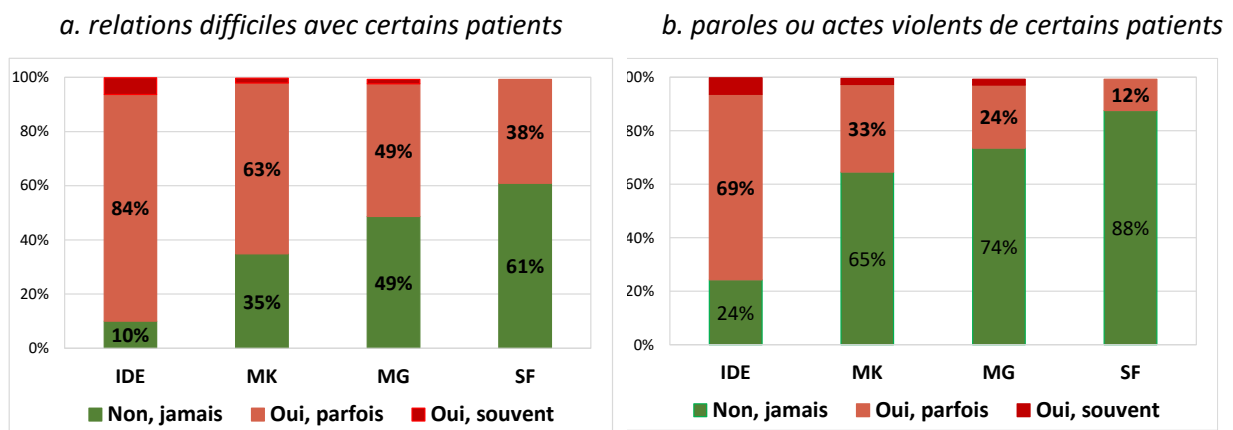
Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

1.2.2. Facteurs de pénibilité morale et physique au travail

Des pratiques de VAD compliquées par des relations parfois difficiles avec les patients

Les activités du soin peuvent être rendues moralement plus éprouvantes dès lors que les relations avec certains patients sont difficiles, comment le montrent les réponses aux questions sur la fréquence de ces cas (Figures 30a et 30b). La quasi-totalité des infirmières ont parfois des relations difficiles avec certains patients, ce problème est également fréquemment rencontré par les kinésithérapeutes (près de deux sur trois), comme par un médecin sur deux et par près de quatre sages-femmes sur dix.

Figure 30. Fréquence des problèmes rencontrés avec les patients : relations difficiles avec certains patients, paroles ou actes violents de certains patients, pour les différentes professions



La grande majorité, sinon la quasi-totalité, des soignants ont à gérer des situations de soins rendues plus compliquées du fait de difficultés de relations avec des patients. Ces relations difficiles peuvent aller parfois jusqu'à des paroles ou actes violents de la part de certains patients. Cette dernière situation n'est pas rare, puisqu'elle est mentionnée par près d'une sage-femme sur huit, par un médecin sur quatre, un kinésithérapeute sur trois, et surtout, par trois infirmières sur quatre (Figure 30b).

Figure 31. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante (cf. Annexe 4 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

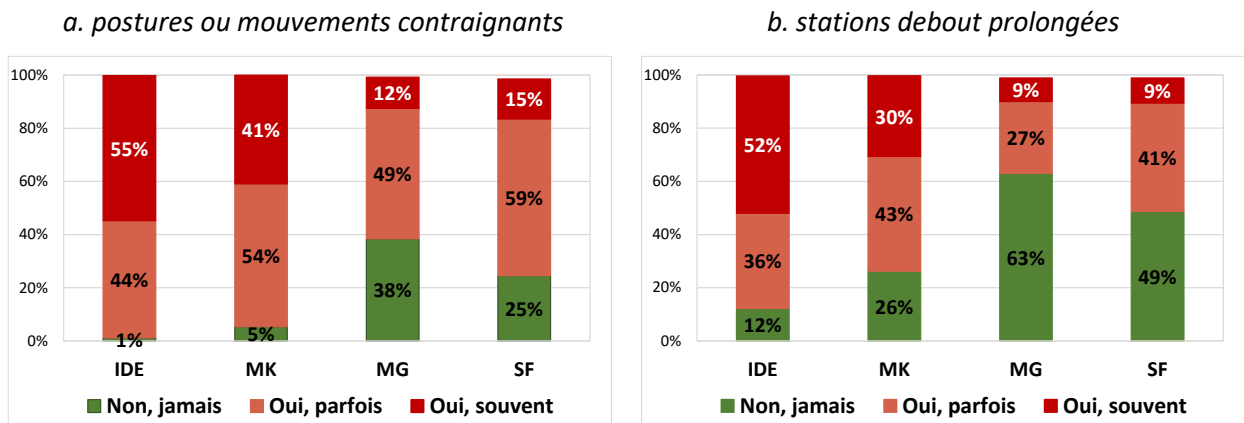
Diverses manifestations de la pénibilité physique

La charge mentale n'est pas le seul facteur qui peut gérer des situations d'activité difficiles à gérer au quotidien, fatigantes ou qui peuvent être considérées comme pénibles. L'activité peut demander selon les professions et les patients, de gestes, de mouvements, de changement de positions de personne malades, de stations debout prolongées qui, par leur caractère répété au fil de l'activité de soins à domicile, sont facteurs de pénibilité de fatigue ou de douleurs physiques. L'enquête par questionnaire interroge les soignants sur certains de ces facteurs de pénibilité (Figure 32a et b). Les caractéristiques des déplacements nécessités par la VAD (montées d'escaliers, mais aussi port de charges lourdes du fait du matériel nécessaire) peuvent renforcer ces facteurs de pénibilité, comme le montrent les Figure 34a et b.

Ces situations sont généralement expérimentées par la majorité des soignants de chaque profession, à l'exception, pour les médecins, du port de charges lourdes (auquel « seulement » 40 % sont confrontés au moins occasionnellement) et de stations debout prolongées (36 %). Les postures ou mouvements contraignants sont le lot, si ce n'est quotidien, tout du moins très fréquent, des infirmières, ainsi que des kinésithérapeutes, et également des sages-femmes. Les stations debout prolongées touchent près de neuf infirmières sur dix, trois kinésithérapeutes sur quatre, une sage-femme sur deux.

Le fait d'avoir à porter des charges lourdes est également relevé par nombre de soignants. C'est le cas de plus de neuf infirmières sur dix, de plus de deux kinésithérapeutes sur trois, d'une sage-femme sur deux, et de près de quatre médecins sur dix.

Figure 32. Fréquences des postures ou mouvements contraignants, et des stations debout prolongées, pour les différentes professions



Chez les infirmières, la mobilisation des patients pour les soins de nursing (toilette) explique le caractère physique de l'activité et donc sa pénibilité. Comme conséquence, sont régulièrement citées les « douleurs aux épaules, au dos, aux poignets, troubles musculosquelettiques » et le facteur de l'âge qui aggrave ces troubles et complique la façon dont les soignants peuvent les surmonter :

« Charges lourdes (patients lourds sans aides) » (IDE, en libéral depuis 1 an)

« Fatigabilité physique et morale croissante et avancement dans l'âge de retraite qui m'interroge sur mes capacités à exercer mon métier à long terme que ce soit en libérale ou hospitalier » (IDE, en libéral depuis 11 ans)

« Travail trop pénible avec l'âge » (IDE, en libéral depuis 15 ans)

« Age et douleurs physiques qui commencent à être invalidantes » (IDE, en libéral depuis 16 ans)

« Fatigue physique : intervention hernie discale il y a 6 ans. Douleurs lombaires dorsales » (IDE, en libéral depuis 30 ans)

Cette pénibilité physique est tout aussi vivement ressentie chez les aides-soignantes. Dans l'enquête qualitative, les aides-soignantes évoquent très fréquemment des problèmes de dos, des douleurs physiques, des accidents du travail entraînant des arrêts de travail plus ou moins importants. Clarisse, aide-soignante de 33 ans, fait la liste de tous les problèmes physiques qu'elle a rencontrés en 11 ans d'exercice :

« 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. J'étais chez une patiente, en mettant une personne sur le côté, pour aider, c'était son mari qui m'aidait et il était pas forcément très costaud... et du coup j'ai eu 4/6 mois d'arrêt. J'ai fait ce geste là et ça a craqué, donc infiltrations tout ça. Je me suis fait aussi une entorse à la cheville il y a 2 ans, un nid de poules devant chez un patient. Ça aurait pu arriver ailleurs mais la cheville a ripé. Le dos travaille beaucoup dans notre métier ».

(Clarisse, AS, 33 ans, Péri-URB, salariée depuis 11 ans)

Elle résume ainsi son métier : « Porter, soulever, tirer, pousser. C'est physique ».

Coralie, aide-soignante de 50 ans, constate qu'elle et ses collègues ne sont pas toujours aidées par le matériel servant à mobiliser les patients, et que la lourdeur des prises en charges de certaines pathologies ne leur facilite pas la tâche :

« Le dos, c'est le dos qui trinque parce que des fois on a du matériel qui n'est pas fonctionnel, on a des chaises douche qui sont très difficiles à manipuler, des lèves-malades aussi qui sont très difficiles à manipuler, ouais des fois c'est dur au niveau physique. [...] Des fois c'est à cause de la pathologie par exemple, la sclérose en plaques, ce sont des gens qui sont très raides et allez habiller quelqu'un qui est très raide ! Même si on est deux, physiquement vous sentez vos reins qui tirent, les épaules voilà, il faut avoir des muscles ».

(Coralie, AS, 50 ans, RUR, travaille à domicile depuis 11 ans)

Karim, 59 ans, est aide-soignant depuis seulement 4 ans, après avoir exercé plusieurs métiers. Il constate qu'il n'a pour le moment pas à déplorer d'accidents du travail, ni de douleurs chroniques, à l'inverse de ses collègues. Il estime qu'il a de la chance, et « *touche du bois* » pour que cela continue. Conscient de cette dimension physique et des douleurs qui peuvent accompagner le métier, il essaie de les prévenir :

« On nous a appris à l'école, en formation d'aide-soignant, avant de commencer le travail il faut s'étirer et tout et je l'ai toujours fait et ça donne des résultats. Tous les matins, je m'échauffe un peu, je fais des étirements ».

(Karim, AS, 59 ans, RUR, travaille à domicile depuis 4 ans).

Figure 33. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante (cf. Annexe 4 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

A travers l'enquête par questionnaire, les montées d'escalier fatigantes sont également relevées le plus souvent par les infirmières, de façon tout à fait logique là encore compte tenu du nombre très importants de visites qu'elles ont à réaliser quotidiennement (plus de neuf infirmières sur dix relèvent cette conséquence de leur activité). Les sages-femmes sont également très concernées (cinq sur six), tandis que ces proportions sont encore de plus d'un kinésithérapeute sur deux, et d'un médecin sur deux. A l'exception des médecins, ce dernier facteur est sensible au territoire d'exercice, avec des occurrences en milieu urbain, compte tenu de la prégnance de l'habitat collectif, les vieux immeubles, certaines résidences situées en périphérie, n'étant pas tous équipées d'ascenseur en état de marche (Tableau 13). Ainsi, en zone urbaine dense, 57 % des infirmières, 26 % des sages-femmes et 18 % des kinésithérapeutes sont concernés par des montées d'escaliers fatigantes.

Figure 34. Fréquences des ports de charges lourdes, et des montées d'escaliers fatigantes, pour les différentes professions

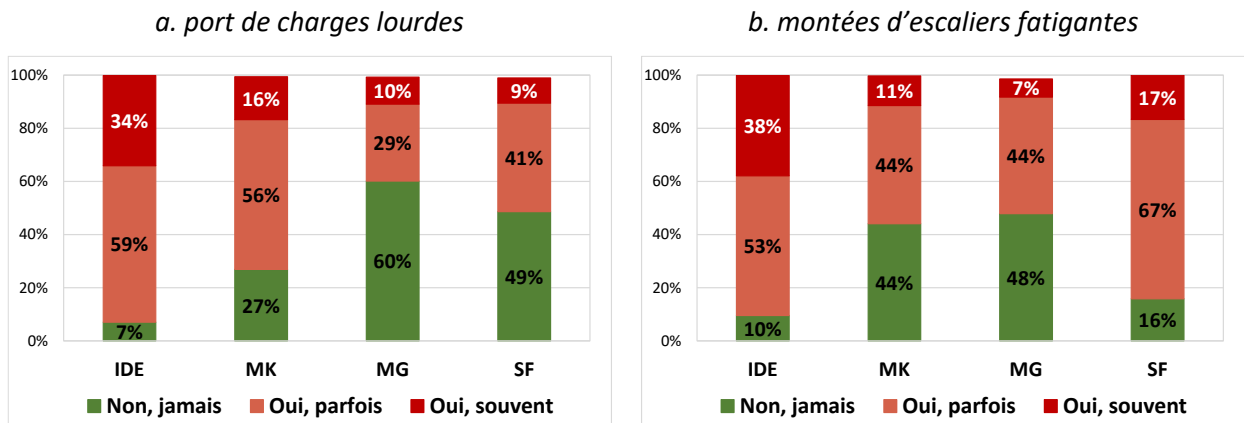


Tableau 13. Part des soignants de chaque profession déclarant effectuer souvent des montées d'escaliers fatigantes, selon le territoire d'exercice (%)

	Infirmières	Kinésithérapeutes	Médecins	Sages-femmes
Urbain dense	57	18	7	26
Urbain de densité intermédiaire	35	9	5	17
Rural sous influence d'un pôle	14	5	7	2
Rural autonome	26	4	12	3
Ensemble région AURA	38	11	7	17

Figure 35. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante (cf. Annexe 4 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

1.2.3 Arrêts maladie et possibilités de remplacement

Dans l'enquête par questionnaire, il était demandé aux soignants s'ils ont été amenés à s'arrêter pour raison médicale au cours des 12 derniers mois. Sur l'ensemble de la région AURA, la part des soignants qui ont eu à le faire se situe autour de 20 % pour les infirmières, les kinésithérapeutes et les médecins, et à un niveau un peu supérieur pour les sages-femmes (24 %), avec quelques différences selon les territoires d'exercice. Chez les infirmières et les kinésithérapeutes, cette proportion est un peu plus élevée en zone rurale autonome. Elle est relativement élevée également pour les sages-femmes dans les zones les plus rurales, mais ce n'est pas le cas pour les médecins (Tableau 14).

Tableau 14. Proportion des soignants de chaque profession ayant eu à s'arrêter pour raison médicale au cours des 12 derniers mois, selon le territoire d'exercice (%)

	Infirmière	Kinésithérapeute	Médecin	Sage-femme
Urbain dense	21	20	16	31
Urbain de densité intermédiaire	20	21	22	16
Rural sous influence d'un pôle	17	20	24	25
Rural autonome	23	24	17	30
<i>Ensemble région AURA</i>	<i>20</i>	<i>21</i>	<i>19</i>	<i>24</i>

Il était également demandé pour tous les soignants qui ne se sont pas arrêtés au cours des 12 derniers mois, de préciser cette situation. Parmi la liste de réponses possibles, la modalité « Aucune maladie ou problème nécessitant un arrêt » est, logiquement, la plus souvent choisie (Tableau 15). Toutefois, près d'une infirmière sur trois, d'un kinésithérapeute sur quatre, d'un médecin sur cinq et d'une sage-femme sur dix, ont mentionné des facteurs les empêchant de s'arrêter. Les réponses « Pas de possibilité de remplacement » et « Pression financière qui empêche de s'arrêter » reflètent les fortes difficultés engendrées par une interruption d'activité, en particulier la perte de revenus d'activité, qui est citée par une infirmière sur quatre et un kinésithérapeute sur cinq. Ce n'est pas dû à un manque de prévoyance de la part des soignants, puisqu'ils déclarent généralement (à plus de 95 %) avoir souscrit une mutuelle, une prévoyance ou une assurance avec indemnité pour incapacité de travail (Figure 36). Toutefois, activer cette prévoyance se révèle peu intéressant financièrement pour de courts arrêts de travail pour raisons de santé laissant dans ce cas le soignant face à une perte de revenus importante.

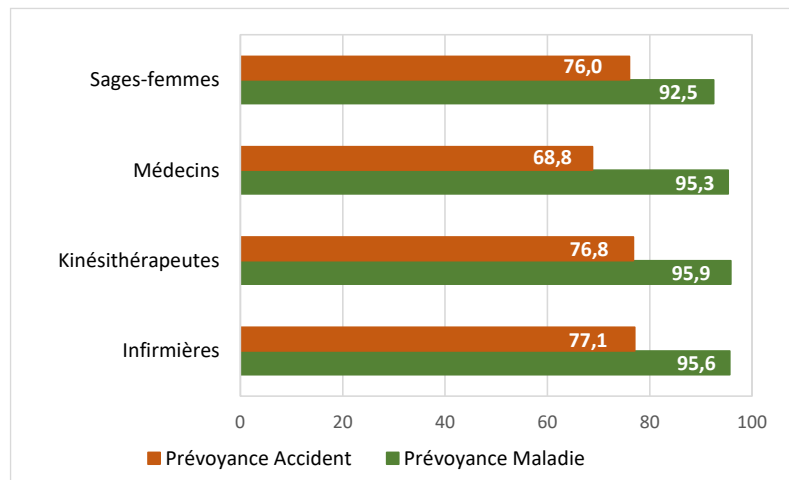
Tableau 15. Situation des soignants qui n'ont pas été arrêtés lors des 12 derniers mois (plusieurs réponses possibles, % des citations)*

	Infirmière	Kiné	Médecin	Sage-femme
(1) Aucune maladie ou problème nécessitant un arrêt	67	77	82	84
(2) Pas de possibilité de remplacement	18	15	15	6
(3) Pression financière qui empêche de s'arrêter	25	21	7	7
(4) Autre	2	1	4	1

* plusieurs raisons possibles parmi (2) (3) et (4).

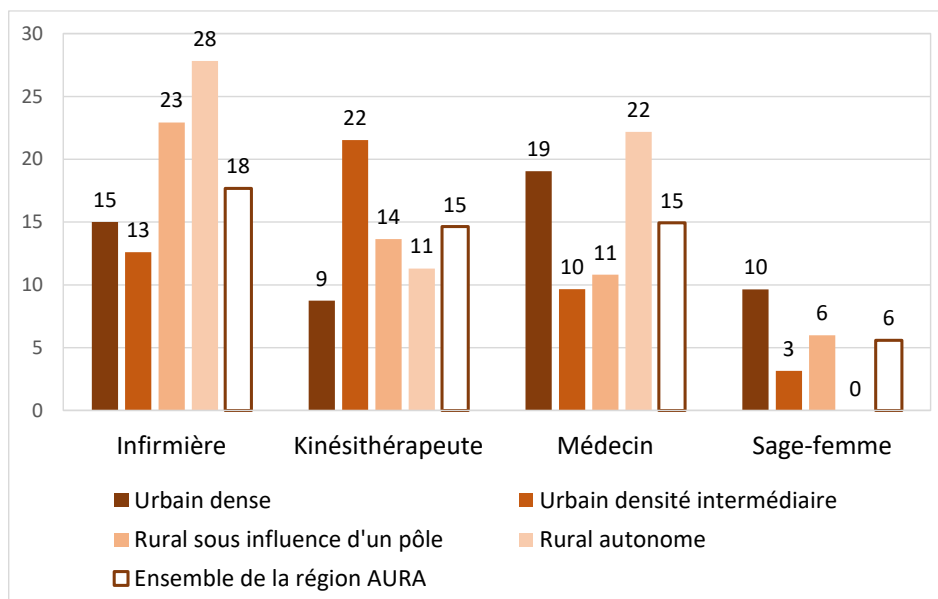
Citée par 18 % des infirmières, 15 % des kinésithérapeutes et des médecins, l'impossibilité de trouver un remplaçant est la deuxième raison invoquée pour ne pas s'arrêter en cas d'affection. Cette question des remplacements touche les quatre professions libérales étudiées, comme le confirment les entretiens qui montrent également qu'elle se pose à de multiples temps de l'activité : pour des congés, pour de la formation, lorsqu'il s'agit de prendre sa retraite (des médecins continuant faute de remplaçant, notamment en zones rurales, mais aussi parfois en urbain, voir Figure 91, p. 133).

Figure 36. Part des soignants de chaque profession ayant souscrit une mutuelle, une prévoyance accident ou une assurance avec indemnité pour incapacité de travail (%)



Au vu des réponses des soignants, le manque de possibilités de remplacement du fait d'un problème de santé n'est pas propre à un territoire particulier, les résultats ne montrant pas de tendance commune aux différentes professions (Figure 37). Certes, chez les infirmières, le problème est plus largement partagé dans les zones rurales (23 % en rural périurbain et même 28 % rural autonome), lié autant au manque de collègues qu'à la difficulté à trouver un remplaçant. Chez les médecins également, c'est dans les zones les plus rurales que la difficulté apparaît la plus vive (22 % la citent), mais elle l'est également en zone urbaine dense (19 %). La ruralité du territoire d'exercice n'apparaît pas induire un surcroît de difficultés à trouver un-e remplaçant-e chez les kinésithérapeutes ni chez les sages-femmes. Le problème est le plus ressenti dans les zones urbaines de densité intermédiaire (22 %) chez les premiers, en milieu urbain dense chez les secondes (10 %).

Figure 37. Proportion de soignants de chaque profession citant la modalité « pas de possibilité de remplacement », parmi ceux qui n'ont pas été arrêtés lors des 12 derniers mois, selon le territoire d'exercice (%)



Partie 2 - Caractéristiques de la pratique de visites à domicile (VAD)

2.1 Organisation du travail et pratique de la VAD

2.1.1 Une place différente des VAD selon les professions

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 à domicile varie d'une profession à l'autre selon la nature même du métier.

Les 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 déplacements sont de moindre portée dans ce cas (déplacement dans les étages, dans les chambres des patients) mais leur activité concerne toujours du soin « à domicile », au lieu de résidence du patient.

Le temps passé au « bureau », dans la structure, consiste à récupérer éventuellement les clés et les papiers de la voiture utilisés pour la tournée ainsi que les clés et les médicaments des patients. Il existe aussi des temps d'échange, de relèves entre les aides-soignantes et l'infirmière ou l'équipe coordinatrice, généralement une fois par semaine, où sont discutées les dernières nouvelles des patients, les nouveaux entrants, etc. Certaines aides-soignantes se retrouvent très tôt le matin pour prendre un café dans l'établissement ou à l'extérieur avant de partir chacune de leur côté pour leur tournée. Elles peuvent y repasser à midi, ou à la fin de leur tournée pour manger ensemble dans une salle collective, s'il y en a une à disposition, ce qui n'est pas toujours le cas.

Depuis la crise Covid, certaines structures en zones rurales permettent à leurs aides-soignantes de garder leur voiture de service le temps qu'elles travaillent (quand elles enchaînent par exemple plusieurs jours travaillés). Cela leur permet un gain de temps. Elles peuvent partir directement de leur domicile pour aller chez le premier patient, sans repasser par le bureau, qui n'est pas toujours sur leur itinéraire. Cette adaptation a permis d'éviter de devoir désinfecter toutes les voitures à chaque fin ou début de tournée.

Les infirmières

Les soins à domicile constituent le cœur du métier des infirmières diplômées d'Etat exerçant en libéral. Ils sont prescrits par un médecin. Les infirmières ont cependant 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. Avant on faisait des permanences d'une heure mais on s'apercevait que des fois on restait une heure pour rien, il y avait personne qui venait nous voir donc après on a réduit à une demi-heure et ensuite on s'est dit voilà 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)

Jonathan, infirmier de 37 ans, est associé depuis six ans avec un autre infirmier avec qui il partage le cabinet et la patientèle. Ils ont récemment déménagé leur cabinet à quelques numéros dans la même rue, pour payer moins un loyer moins cher :

« On en avait pour 600 euros de loyer, un truc tout neuf. Dans les décrets, on n'a pas d'obligation de recevoir les gens. En revanche, on a une obligation d'adresse et de cabinet avec un point d'eau et des toilettes, des standards... En ce moment je reçois un seul patient, qui a besoin de marcher et qui habite juste à côté. Sinon j'enlève des fils, une agrafe, 3 pansements sur l'année. Je crois que j'avais fait des stats, c'est genre 3 ou 4 % de mon chiffre d'affaires. Depuis le déménagement, on est à 105 euros par personne. Pour 8 mètres carrés, pour deux pansements et 3 compresses, c'est suffisant ».

(Jonathan, IDE, 37 ans, URB, installé depuis 6 ans)

Aude, quant à elle, est collaboratrice dans un cabinet de trois infirmières, depuis cinq ans. Le « cabinet » est domicilié à l'adresse personnelle de sa collègue titulaire. Elle ne s'y rend que pour récupérer les clés des patients déposées dans une boîte aux lettres. Ni elle ni ses collègues ne reçoivent de patients. Elle n'a donc jamais de temps de soins en dehors des domiciles. Même si elle estime bien s'entendre avec ses collègues, elle ne les voit jamais et les temps de relève entre les tournées se font par téléphone. Jonathan explique ce cas de figure :

« Certains infirmiers libéraux n'ont pas de cabinet. Ils sont dans l'illégalité. Ils ont juste une boîte postale. S'il y a un contrôle, au dernier moment ils mettent en scène un cabinet, ils attendent le gars de la sécu. Je cautionne pas mais je trouve ça un peu normal qu'il y ait des dérives parce qu'on nous oblige... On est libéraux, le mot « libéraux » il faudrait presque l'enlever, on est des infirmiers à domicile. On est libéraux juste dans les statuts... A domicile, on vient pallier un manque au domicile de la personne pour qu'elle y reste. On nous impose ce cabinet simplement pour qu'on paie un impôt, parce qu'on n'en a aucune utilité ».

(Jonathan, IDE, 37 ans, URB, installé depuis 6 ans)

Les médecins

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.

Thierry, 55 ans, est médecin généraliste depuis 30 ans. Il est installé en maison de santé depuis quelques années seulement. Il explique avoir réduit son volume horaire travaillé, de 60-65 heures par semaine à 40-50 heures, pour des raisons personnelles, par volonté de moins travailler et de préserver sa santé et sa vie personnelle et familiale. Sur sa semaine de travail, les VAD ne représentent que 0 à 3 visites par semaine, en moyenne. Il essaie de les « limiter » et refuse les nouveaux patients qui ne demanderaient que ce type de suivi à domicile :

« On limite par le secrétariat. Comme la secrétaire travaille depuis longtemps chez nous, elle commence à être formée sur ces problématiques, à connaître les gens aussi. On n'accepte que les déplacements pour l'urgence ou la pathologie aiguë qui empêche de se déplacer. Ou alors le

handicap avec l'âge. Actuellement, vu la baisse de la densité de médecins, on réduit les visites pour pouvoir voir plus de monde et on n'accepte pas de nouveaux patients qui ne demanderaient que des VAD ».

(Thierry, 55 ans, MG, URB, installé depuis 30 ans)

Il a dû adapter sa façon de travailler depuis quelques années déjà :

« Si je repense aux visites que je faisais avant qu'on commence à réguler... en pédiatrie [les VAD] étai[en]t rarement justifié[s]. Mon interprétation c'est que ça touche plus à une tradition et au fait que le médecin de famille faisait sa tournée, il allait chez les gens de toute façon. Il y a un côté culturel, traditionnel qui est très fort. Les gens me le rappellent de temps en temps ».

(Thierry, 55 ans, MG, URB, installé depuis 30 ans)

Il explique qu'aujourd'hui ce n'est plus possible à cause du « temps » :

« Pour répondre aux besoins de la population et vu la densité du nombre de médecins par rapport au nombre d'habitants dans une zone, on ne peut plus se permettre de faire ça ».

(Thierry, 55 ans, MG, URB, installé depuis 30 ans)

En **zones urbaines**, tous les médecins rencontrés lors de l'enquête qualitative limitaient voire évitaient de pratiquer des VAD. Antoine, 34 ans, installé en zone urbaine, ne suivait que trois patients à domicile. Suite au décès de deux d'entre eux et à l'entrée dans une institution du troisième, il ne fait plus de VAD et compte les limiter à l'avenir :

« Je ne prends plus de nouveaux patients, donc je ne prends plus de nouveaux patients âgés qui ont besoin de visites à domicile, donc j'ai moins de demandes de visites à domicile actuellement. Ça m'arrive encore de prendre des patients, mais c'est vrai que je suis plus sélectif sur ce qui m'arrange, c'est-à-dire le quartier. Là j'ai eu deux demandes de patients à suivre à domicile mais qui étaient dans le quartier d'à côté, donc j'ai dit non, c'est pas du tout mon quartier ».

(Antoine, MG, 34 ans, URB, installé depuis 5 ans)

En **zones rurales**, au contraire, les jeunes médecins rencontrés (entre un an et demi et cinq ans d'installation) pratiquaient toutes et tous des VAD. Louis, un médecin généraliste de 31 ans, consacre deux demi-journées par semaine aux VAD. Il pense que la VAD fait intrinsèquement partie du travail des médecins généralistes dans certains territoires :

« A la campagne [...] on ne peut pas travailler sans faire de visites à domicile ici. Enfin à mon sens. Mais je trouve ça sympa. Ça fait des moments où tu fais un peu autre chose ».

(Louis, MG, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

Selon lui, en campagne, les soins à domicile sont prolongés « jusqu'à très longtemps » pour le maintien des patients à domicile :

« 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, MG, 31 ans, RUR, installé depuis un an et demi)

Il constate cependant que ce n'est pas rentable financièrement :

« Si on prend le prisme financier, ça n'a absolument aucun intérêt. Parce que tu vois, ce matin, je vais voir 4 patients, si on fait un calcul très simple, il ne faut pas avoir peur de parler d'argent et ça va faire gagner 200 euros sur ces 200 euros, il y en a déjà 100 qui sont directement pour les charges donc il va rester 100 euros, sans compter les frais pour la voiture et tout. Les frais kilométriques ça fait pas gagner grand-chose, je les comprends dans les 200 euros. En gros une visite à domicile c'est 35 euros, plus les frais kilométriques. Quand on va à D., je vais voir 2 patients. Donc les frais kilométriques, je ne les compte qu'une seule fois ».

(Louis, MG, 31 ans, RUR, installée depuis un an et demi)

La plupart des médecins rencontrés ont évoqué le caractère non rentable des VAD, qu'ils en fassent ou non :

« Les VAD ce n'est pas rentable, si je le fais c'est par devoir. Une visite c'est globalement une heure. Et quand vous êtes à votre cabinet, vous imposez votre rythme. Moi j'ai trois patients par heure, avec des consultations d'un quart d'heure. J'ai un trou, en fait c'est pour rattraper mon retard, parce que je ne fais pas un quart d'heure ».

(Antoine, MG, 34 ans, URB, installé depuis 5 ans)

Magalie, médecin de 33 ans installée dans une grande ville, souligne le caractère chronophage de ce pan de son activité :

« Il faut se déplacer chez les gens donc c'est un peu bête, mais il faut prendre son véhicule ou son moyen de transport, l'hiver mettre son manteau, sonner, avoir le code, aller chez les gens, qu'ils viennent nous ouvrir, ensuite il faut trouver un endroit dans la maison où s'installer, c'est souvent dans la cuisine. Ce n'est pas facile d'examiner la personne parce qu'il y a un lit mais pas pratique ou pas fait ou le canapé enfin bref voilà ! Il y a le chat, les enfants, l'assistante de vie qui fait le repas du midi, il y a des trucs autour. Mais c'est bien de voir les patients dépendants dans leur environnement car c'est là qu'ils passent le plus clair de leur temps. [...] Mais au cabinet, on a vu 4 patients pendant ce temps ».

(Magalie, MG, 33 ans, URB, installée depuis 6 ans)

Beaucoup de médecins généralistes ne veulent plus faire de VAD, parce que, d'après Magalie, *« ce n'est pas rentable, [...] c'est le bazar pour s'organiser, je ne sais pas pourquoi, je pense que c'est un confort, c'est plus facile de rester sur son fauteuil dans son bureau. »*. Elle pratique des VAD un peu moins d'une fois par semaine :

« Je pense que personnellement on a un devoir par rapport aux patients du secteur où on s'installe. Je ne dis pas que je remplis mon devoir à 100 %, je ne suis pas Mère Thérèse, mais je vais quand même faire un peu d'EHPAD, de personnes dépendantes ».

(Magalie, MG, 33 ans, URB, installée depuis 6 ans)

Les masseurs-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, mais également la mobilisation pour les patients atteints de maladie neurologiques (Parkinson, maladie de Charcot, etc.).

Figure 38. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Un kiné évoque les soins à domicile comme « *moins diversifiés, moins excitants que les soins de kiné au cabinet, mais bon ça c'est le propre des domiciles* » (Yves, MK, 44 ans, RUR, installé depuis 15 ans). Pour Nadège, kiné de 33 ans qui fait du libéral depuis 9 ans en zones rurales, les soins à domicile sont un aspect de son travail qu'elle apprécie, surtout pour le côté relationnel avec les patients :

« *Ce n'est vraiment pas une contrainte pour moi d'aller à domicile, c'est quelque chose que j'aime, même faire de la voiture. C'est une autre façon de travailler, le travail en soi dans la maison des patients, c'est sûr que c'est beaucoup de personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer, c'est pas de la grande rééducation mais il y a beaucoup de choses très intéressantes. Il y a le côté relationnel aussi qui est intéressant, les gens ont leur petit rayon de soleil de la journée alors on sait qu'ils sont contents quand on arrive et, ils voient pas grand monde, c'est vrai que c'est une zone très rurale où on voit des gens qui sont très isolés et moi ce côté-là ça me plaît et il y a d'autres personnes qui n'aiment pas et je peux comprendre aussi. Moi je ne le fais pas par contrainte* ».

(Nadège, MK, 33 ans, RUR, installée depuis 9 ans)

Figure 39. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Certains kinés remplaçants ou au statut de collaborateur décident quelquefois d'axer leur activité sur le domicile, pour des raisons logistiques et financières. Sylvain, masseur-kiné de 37 ans, a travaillé en tant que collaborateur dans quelques cabinets en France et en Martinique :

« Ça s'est fait pas mal sur du long terme, où j'ai fini par faire que du domicile. En fait, ça m'a évité d'investir dans un cabinet tout seul, bien que je travaillais déjà comme assistant dans un cabinet à côté, et puis j'avais ma petite tournée de domicile que je faisais tous les matins jusqu'à 15 heures. Ça me laissait du temps libre pour avoir un statut de remplaçant pour des collègues qui étaient en cabinet, et qui voulaient prendre des vacances, je les dépannais sur des après-midis en cabinet et un peu de leurs domiciles aussi. C'était bien, j'aimais bien, à domicile c'est différent, on est chez les personnes, on s'adapte un peu, alors qu'en cabinet on est chez nous, le contact est différent ».
(Sylvain, MK, 37 ans, URB, collaborateur depuis 17 ans)

Damien, kiné de 27 ans, collaborateur dans un cabinet de six kinés dans une grande ville, explique qu'il privilégie les patients dont les soins sont prescrits à domicile, car il paie *« moins de loyer au titulaire du cabinet pour les domiciles »*. Son statut de collaborateur implique qu'il cède une rétrocession aux titulaires du cabinet, ce qui correspond à l'utilisation des locaux et du matériel présent. Dans son cabinet, la rétrocession est de 30 % pour les séances qu'il fait au cabinet, et seulement de 20 % pour les séances à domicile. Avec son forfait déplacement à 4 euros, et les courts trajets qu'il effectue à pied ou à trottinette dans un rayon très limité autour du cabinet, il estime donc être mieux rémunéré pour ses visites à domicile que s'il recevait ses patients au cabinet. Nadège, une kiné de 33 ans, remarque, elle aussi, l'avantage de faire du domicile, en zone rurale montagnaise ici :

« Dans mon ancien cabinet, on était 5 en tout et tout le monde en faisait des domiciles parce qu'il y avait vraiment de la demande et il faut reconnaître aussi que c'est une zone montagne et que les kilomètres montagne sont mieux rémunérés que les kilomètres en plaine et donc c'était quand même intéressant dans la mesure où on avait les tournées, qu'on faisait pas juste un aller-retour vers une maison ».
(Nadège, MK, 33 ans, RUR, installée depuis 9 ans)

Les 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. Le suivi à domicile peut aussi concerner :

« 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, SF, 58 ans, URB, installée depuis 25 ans).

Christelle, sage-femme de 45 ans, a décidé d'organiser sa pratique selon des critères bien définis :

« Après j'ai un concept qui est peut-être particulier mais pour moi ce n'est pas à la Sécurité Sociale de payer les déplacements des professionnels de santé quand les patients sont mobiles. Du coup, même si j'ai une prescription médicale par un médecin d'un monito à domicile, si c'est pas une situation qui oblige la patiente à être alitée, c'est elle qui vient ici et mon cabinet est équipé pour qu'elle fasse un monito dans de très bonnes conditions, une pièce indépendante, au calme avec de

la musique et elle prenne un moment de pause ici, voilà. Donc du coup je fais des visites à domicile quand mes patientes demandent, elles n'ont pas besoin de justifier lourdement mon déplacement [...] je me déplace chaque semaine et je vais loin s'il y a besoin d'aller loin, je vais à côté si c'est à côté mais vraiment et je leur explique dès le départ que je n'irai à domicile que si elles-mêmes ne peuvent pas se déplacer ».

(Christelle, SF, 45 ans, RUR, installée depuis 9 ans)

Elle consacre un temps d'échange au début et à la fin de la séance de monitoring qui dure une heure afin de répondre à leurs questions. Elle se déplace également lorsque ses patientes n'ont pas de véhicule ou ont trop de difficultés financières pour venir consulter.

Figure 40. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Chaque sage-femme a sa propre organisation des créneaux pour la VAD (avant ou après les consultations au cabinet, ou sur la pause de midi). Jacqueline, sage-femme installée depuis 25 ans, préfère organiser ses visites en début ou en fin de matinée afin d'avoir accès à d'autres services de soins au cours de la journée, en cas de détection d'une pathologie à traiter rapidement :

« Je fais à peu près deux visites par jour en fait. Le matin, je fais plutôt en général en début de matinée ou en fin de matinée parce que ça me permet d'avoir des avis spécialisés très facilement dans la journée. Je ne les fais jamais le soir, où il n'y a personne d'accessible. En fait, je ne veux pas déranger les services des urgences. Je veux avoir des contacts directs avec les gens de l'hôpital. Ça c'est moi mon organisation. Après, tout le monde est différent ».

(Jacqueline, SF, 58 ans, URB, installée depuis 25 ans).

Pour les sages-femmes, une partie des visites à domicile concernent le suivi de la mère et de l'enfant dans le cadre du service de retour à domicile après l'accouchement, appelé Prado. Le « Prado précoce » permet aux mères de quitter la maternité dans les 24 à 72 heures après un accouchement par voie basse ou dans les 96 heures après une césarienne. Elles ont alors une obligation de suivi à domicile par une sage-femme libérale de leur choix ou proposé par les services sociaux de la maternité.

« Avant, on avait le Prado, on était un peu moins pressées par le temps, on pouvait voir les mères le surlendemain de leur sortie de maternité, donc ça allait à peu près. Là avec le Prado précoce c'est forcément le lendemain de leur sortie de maternité puisque du coup elles restent moins de 72 heures en mater, donc ça pour nous, c'est un peu un problème d'organisation et puis on a fait le choix de plus travailler les week-ends. Mais si la femme rentre chez elle le samedi, je vais devoir y aller le dimanche ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

A l'inverse des autres professions de soignants, les visites à domicile pour des retours de maternité ne sont pas forcément planifiables à l'avance. Comme l'explique Lena, sage-femme de 38 ans, installée en zone rurale :

« Il y a aussi les femmes qui vont m'appeler une fois que le bébé est là donc je les connais forcément avant et donc du coup je peux pas vraiment prévoir les visites à domicile donc j'essaye de garder plusieurs créneaux dans la semaine de libres et c'est fluctuant selon la semaine ».

(Lena, SF, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région)

Elle s'est installée en libéral pour ne plus avoir à travailler les week-ends, mais se rend compte que ce n'est pas toujours possible :

« J'essaye de ne pas travailler les week-ends, évidemment si c'est nécessaire j'y vais. Donc j'ai pas de moments vraiment prévus pour les VAD parce que ça dépend en fait des besoins des femmes parce que je peux pas vraiment prévoir quand est-ce qu'elles vont accoucher et quand est-ce qu'elles rentrent ».

(Lena, SF, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région)

Sabrina, sage-femme de 44 ans en zone rurale, fait des VAD pour les femmes ayant choisi d'accoucher seule à domicile, pratique qu'elle estime être bien présente dans cette région rurale. Bien qu'elle ne fasse pas leur suivi de grossesse ni d'accouchement à domicile, elle peut être amenée à aller faire le suivi post-accouchement.

Figure 41. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

2.1.2 Le choix de faire ou non des VAD

Certaines professions comme les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes, ainsi qu'éventuellement les sages-femmes, peuvent choisir de ne pas pratiquer de VAD ou les limiter. Les raisons peuvent être financières (pas assez rentables) ou logistique (chronophages, trop de kilomètres à parcourir,

pas de disponibilités dans l'emploi du temps). Toutefois, bien que présentant une charge dans l'exercice de leur métier, un grand nombre de soignants a souligné le caractère moral de la pratique de VAD. Pour Jade, 30 ans, médecin généraliste installée depuis six mois en ville, c'est une forme d'obligation :

« Pour moi on est un peu obligés, en fait, il faut. Moi c'est ma conscience professionnelle qui me dit que je peux pas juste laisser des gens âgés qui sont grabataires sans médecin. »
(Jade, MG, 30 ans, URB, installée depuis 6 mois)

Cette « obligation » est d'autant plus ressentie en zones rurales :

« Moi je trouve ça pas juste en fait de dire non, enfin vraiment les gens ils peuvent pas se déplacer donc à un moment c'est soit ils n'ont pas de soins, soit ils nous ont nous et je trouve pas ça très correct ». (Nadège, MK, 33 ans, RUR, installée depuis 9 ans)

Dans le cas où les soignants refusent de faire des VAD ou de prendre de nouveaux patients qui demandent un suivi à domicile, cette charge se reporte sur les cabinets alentour ou sur d'autres structures, comme les urgences ou SOS médecin :

« Les personnes âgées dépendantes, quand leur médecin s'en va, elles ont du mal à retrouver des gens. J'ai vu des gens qui n'ont pas de médecins traitants et pour leur renouvellement d'ordonnance, ils appelaient SOS médecin. Donc c'est absolument pas le principe, mais ils avaient pas le choix ». (Damien, MK, 27 ans, URB, collaborateur ou remplaçant depuis 7 ans)

« La plupart des visites qu'on fait, c'est les personnes âgées, il y a des dames de 97 ans, elles ne sortent pas de leur maison depuis 10 ans, je pourrais pas dire non je fais pas de visites. Ça et les personnes en soins palliatifs, les personnes atteintes de cancers etc., enfin qui les suit si je n'y vais pas ? Le médecin qui dit je fais pas de VAD, c'est parce qu'il y a l'HAD qui existe, parce qu'il y a l'équipe mobile de soins palliatifs qui est juste à côté donc ils peuvent se mobiliser mais nous, il y a pas de médecin à 15 km à la ronde ». (Ariane, MG, 32 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Cette « possibilité » de ne pas faire de VAD, ou d'en faire peu, est d'une certaine façon rendue possible par les offres de soins présentes sur les territoires :

« Ma collègue travaillait avant sur M. [une petite ville] et là-bas c'est vrai qu'il y en a plein qui se permettent ça parce qu'il y a d'autres kinés qui font du domicile et finalement ils se débrouillent un peu toujours à trouver. Mais non, moi je ne suis pas trop en accord avec cette façon de faire. Enfin dans la mesure où les gens n'ont pas trop le choix... ». (Nadège, MK, 33 ans, RUR, installée depuis 9 ans)

Le système de remboursement des frais kilométriques présente aussi des limites face à la pratique de la VAD telle qu'elle est réalisée actuellement. Sylvain, masseur-kiné de 37 ans, qui a exercé en zones urbaines et en zones rurales, l'explique clairement :

« Trop peu de kinés font du domicile ce qui surcharge les quelques kinés qui en font. Les demandes viennent de plus en plus loin, de communes où il y a des kinés mais comme ils ne souhaitent pas se déplacer les patients doivent trouver d'autres professionnels. Or avec le système actuel, si le kiné d'une autre commune accepte d'intervenir il le fera à perte (non facturation des indemnités kilométriques supplémentaires) car il n'est pas dans le cabinet le plus proche du domicile du patient en question. Alors faut-il laisser tomber ces personnes ? Ou faire une partie de "bénévolat" ? ». (Sylvain, MK, 37 ans, URB, collaborateur depuis 17 ans)

Figure 42. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

2.1.3 La VAD, une part variable dans l'activité des professions

Rappelons que l'enquête par questionnaire s'adresse aux soignants libéraux qui effectuent « au moins de temps en temps » des visites à domicile. Elle ne permet donc pas d'analyser le fait de faire ou non de la VAD, ni les profils des soignants qui ne font pas de visite à domicile. Parmi les soignants qui en font, l'ampleur de cette pratique peut être assez variable, que ce soit dans le nombre de jours où la VAD est pratiquée, dans le nombre de visites effectuées, et dans le temps qui est dévolu aux soins à domicile et aux déplacements nécessités par les soins sur le lieu de vie des patients.

Le nombre mensuel de jours de travail durant lesquels la visite à domicile est pratiquée (Tableau 16), et la part des jours avec VAD dans le total des jours travaillés (Tableau 17), montrent le caractère structurant de la visite au domicile dans les journées des soignants, et rend concrète, notamment, 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, dans plus des deux tiers chez les masseurs-kinésithérapeutes, dans six sur dix chez les sages-femmes, et dans une bonne moitié des jours de travail des médecins généralistes qui pratiquent la VAD.

Tableau 16. Fréquence de la pratique de la VAD des différentes professions, selon le lieu d'exercice (nombre de jours de VAD par mois)

	Urbain dense	Urbain de densité intermédiaire	Rural sous influence d'un pôle	Rural autonome	Total
Infirmière	14,6	14,1	16,1	17,4	15,1
Kinésithérapeute	13,7	14,0	13,6	12,4	13,7
Médecin	10,5	9,6	10,9	14,4	10,7
Sage-femme	11,5	11,6	10,0	9,9	11,2

Tableau 17. 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

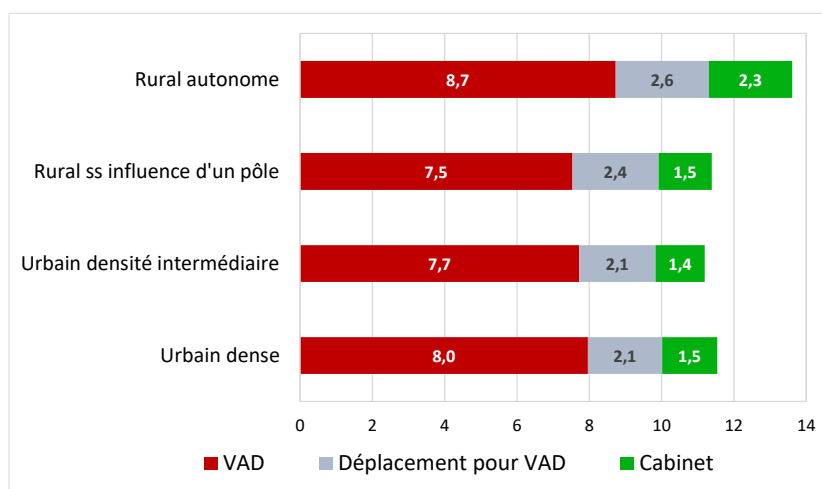
Les graphiques suivants (Figures 43 à 46) présentent, pour chaque profession, les durées passées, lors des journées de travail avec VAD, à effectuer des soins (ou parfois des tâches administratives) au domicile des patients, à se déplacer pour se rendre d'un domicile à l'autre, à effectuer des soins ou d'autres tâches au cabinet. Ces durées sont des durées estimées, en moyenne, et sans doute arrondies, par le bas ou par le haut. Le premier enseignement provient de la somme de ces trois temps, qui met en évidence des amplitudes journalières de travail importantes. De plus, il est vraisemblable que dans un certain nombre de cas ces temps ne prennent pas en compte la totalité du temps travaillé, pour différentes raisons. Tout d'abord, certains soignants ont également d'autres modes d'exercice de leur activité²¹. Par ailleurs, le travail administratif se fait souvent lors des jours non travaillés, comme le montrent les entretiens qualitatifs (cela concernait la quasi-totalité des infirmières enquêtées, une partie des sages-femmes et des médecins, comme Clara, 37 ans, médecin généraliste en zone rurale, qui expliquait consacrer une partie de ses samedis matin à faire son travail administratif). Enfin, au vu des kilométrages importants de certains soignants (infirmières notamment), les budgets-temps de déplacement journaliers²² déclarés en regard semblent parfois faibles. On peut penser qu'ils sont dans un certain nombre de cas sous-estimés, peut-être parce qu'ils sont limités au temps de circulation, avec une sous-évaluation des petits temps terminaux (stationnement, déplacement à pied jusqu'au domicile, chargement et déchargement de matériel). Il est possible que ces temps terminaux soient classés plutôt comme du temps de visite à domicile, mais aussi que la durée totale de travail soit sous-estimée. Cette sous-estimation a également été observée par Holm et Angelsen (2014) en Norvège pour les infirmières.

Les infirmières libérales, dont la VAD constitue l'essentiel de l'activité, y consacrent la plus grande partie de leur temps, de l'ordre de 8 heures par jour. Il leur faut plus de deux heures de trajet au total pour se rendre chez leurs différents patients. A ces temps déjà importants vient s'ajouter le temps en cabinet (consultations, tâches administratives). Dans les territoires les plus ruraux, les temps passés chez le patient, en déplacement et au cabinet sont tous trois plus élevés qu'ailleurs, résultant en des amplitudes totales moyennes nettement plus élevées (plus de deux heures d'écart en moyenne par jour), alors que ces amplitudes journalières de travail sont déjà très importantes dans les autres territoires.

²¹ La fréquence de pratique de ces autres activités (activité salariée ou non salariée en institution, activité salariée hors institution), est estimée dans l'enquête à 7 % des infirmières, 8 % des kinésithérapeutes, 18 % des médecins et 17 % des sages-femmes. Les temps de travail impliqués par ces activités complémentaires ne sont pas estimés dans l'enquête.

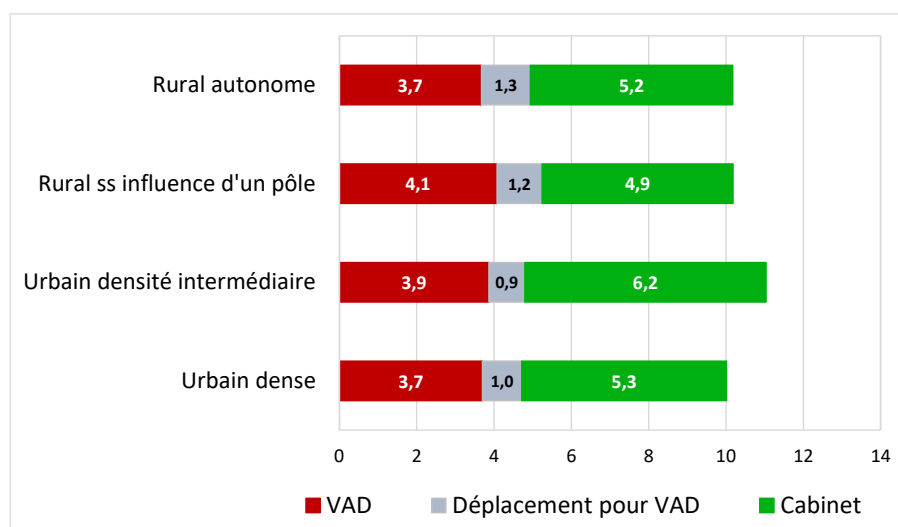
²² Temps de déplacement nécessaire aux VAD, sans prendre en compte donc les éventuels temps de déplacement domicile-cabinet.

Figure 43. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s’y rendre et au cabinet, chez les infirmières, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)



Chez les kinésithérapeutes, les 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 au 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 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 44. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s’y rendre et au 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 patientes 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. 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 45. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et au cabinet, chez les médecins, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)

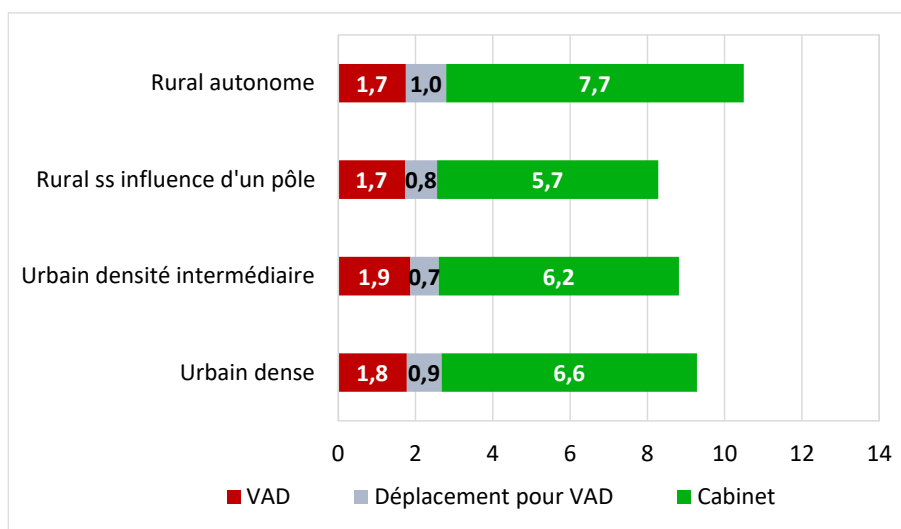
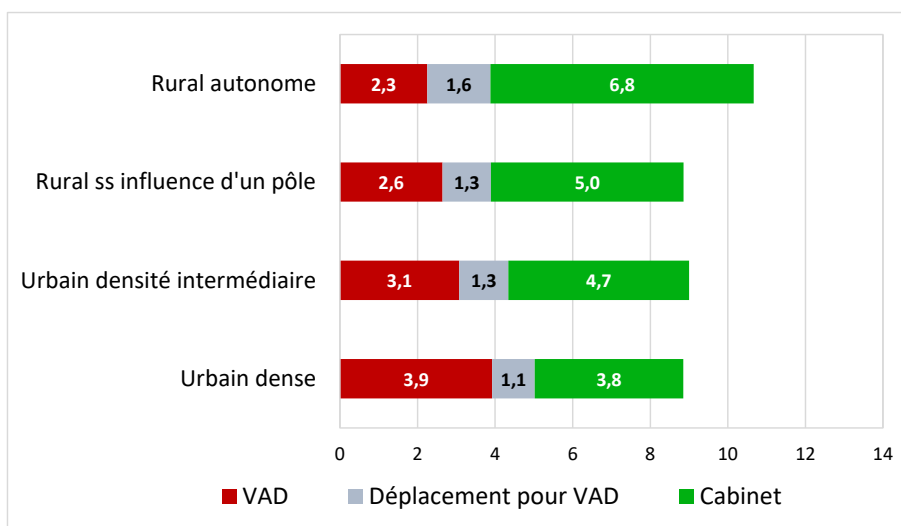


Figure 46. Temps consacré aux soins au domicile des patients, en déplacement pour s'y rendre et au cabinet, chez les sages-femmes, en moyenne lors des journées avec VAD (heures)



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.

2.2 La pratique des VAD selon les soignants et les territoires

2.2.1 Nombre de VAD et territoire d'exercice

Les infirmières exerçant en milieu urbain sont un peu plus nombreuses à effectuer 30 visites ou plus par jour qu'en espace peu denses, qu'il s'agisse des espaces ruraux sous influence urbaine ou des espaces ruraux autonomes (Figure 47). Et, dans les zones rurales hors influence urbaine, 4 infirmières sur 10 effectuent 20 visites ou moins, contre une sur dix dans les centres urbains. Dans les zones peu denses, cet effet le nombre de visites effectuées est limité du fait des plus grandes distances à parcourir et du temps plus élevé à consacrer aux déplacements. Cet effet de la distance aux patients est tout aussi visible pour les sages-femmes : 64 % ne font qu'une à deux visites par jour dans les deux catégories d'espaces ruraux, contre 26 % dans les centres urbains denses (Figure 50). De façon concomitante, aucune dans l'enquête, ne fait plus de 6 visites, contre 12 % dans les centres urbains denses. En moyenne, les sages-femmes effectuent 4,2 visites en moyenne en centre urbain, contre 2,3 en zones rurales autonomes. En revanche, chez les kinésithérapeutes, la répartition des soignants selon le nombre de visites à domicile effectué dans la journée apparaît très proche d'un territoire d'exercice à l'autre (Figure 48). Dans les zones les plus rurales, la proportion de kinésithérapeutes effectuant 16 visites ou plus se réduit, au profit de la catégorie effectuant 10 à 15 visites. La moyenne évolue et se situe autour de 8 visites (le maximum de 8,6 visites étant atteint en zones rurales sous influence urbaine).

Exercer en milieu urbain se traduit, pour les médecins, par une distribution plus contrastée qu'en milieu rural, et le long du gradient urbain – rural, la catégorie « de 3 à 6 visites » tend à prendre de l'importance (Figure 49). Il concerne ainsi jusqu'à un médecin sur deux, en rural autonome, au détriment de la catégorie des « 1 à 3 visites », pour un nombre moyen de visites relativement stable autour de 3 visites (avec un maximum de 3,6 visites en zones rurales sous influence urbaine).

Figure 47. Distribution des infirmières selon le nombre quotidien de visites à domicile, selon le territoire d'exercice

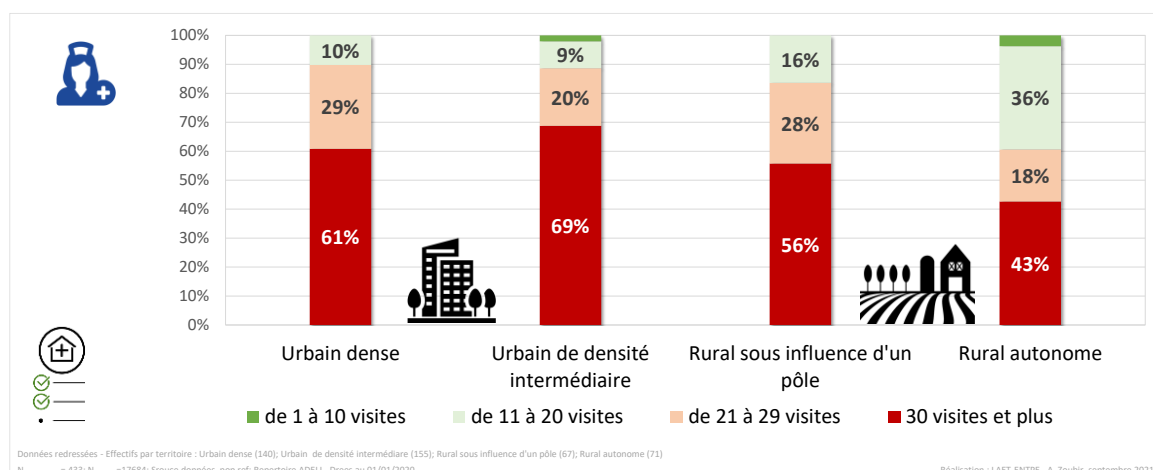


Figure 48. Distribution des kinésithérapeutes selon le nombre quotidien de visites à domicile (jours avec VAD), selon le territoire d'exercice

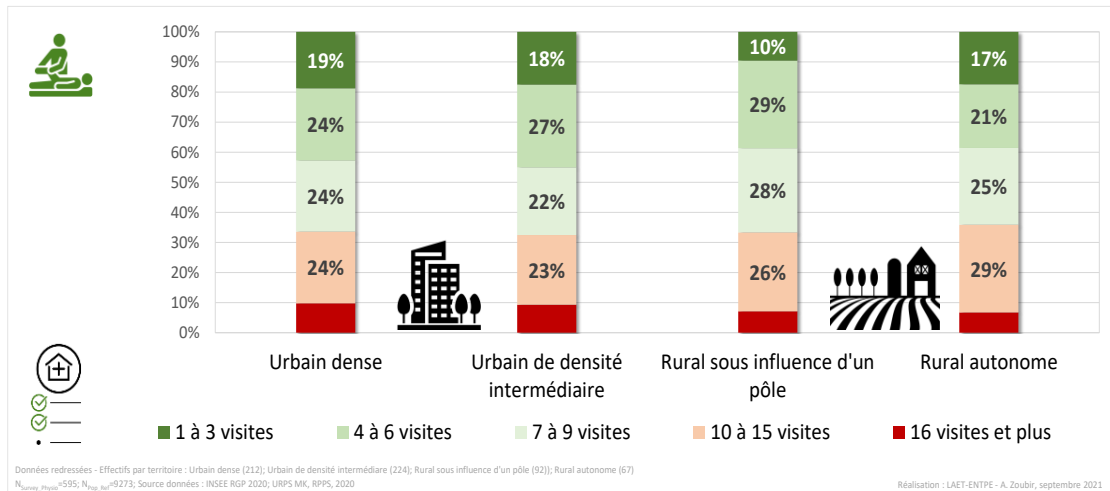
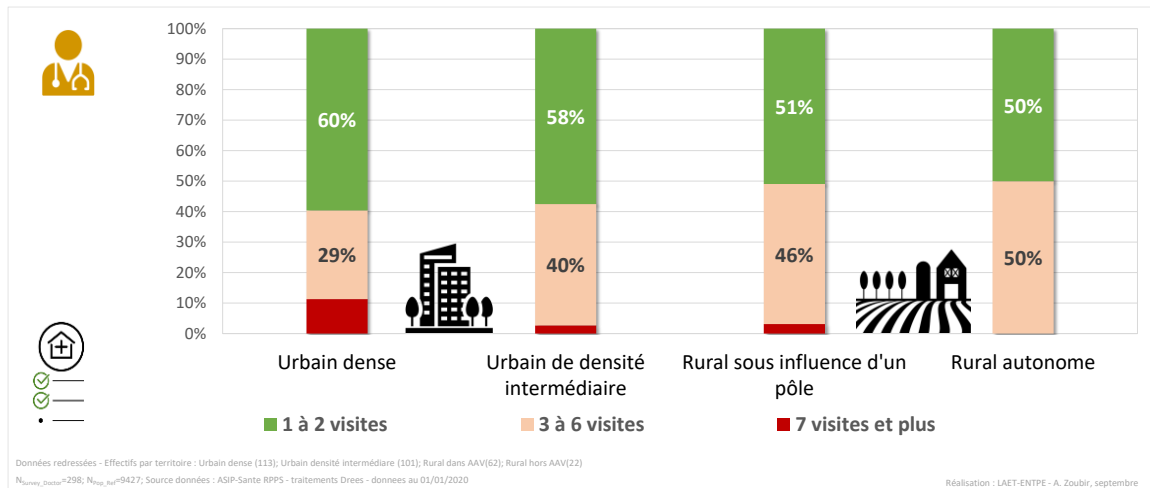
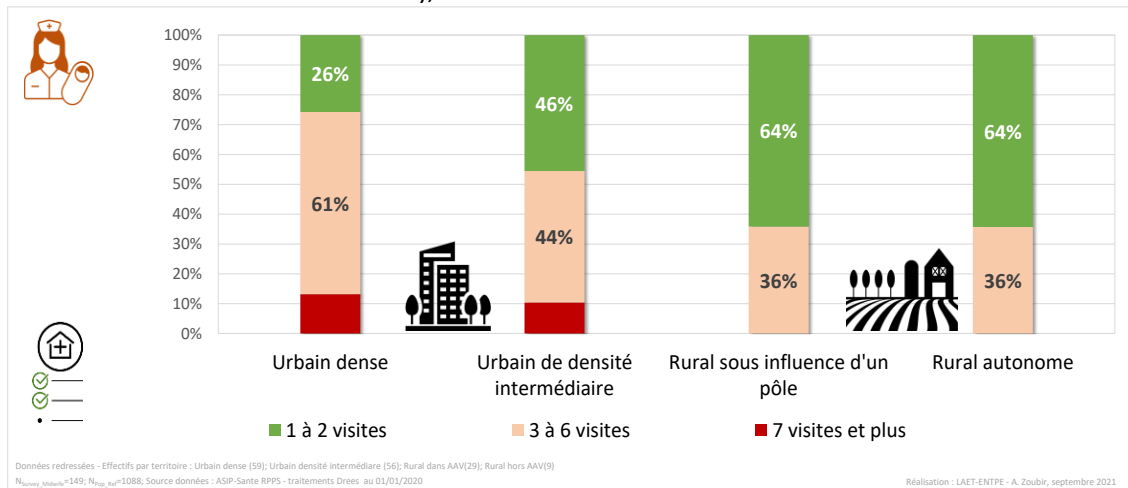


Figure 49. Distribution des médecins selon le nombre quotidien de visites à domicile (jours avec VAD), selon le territoire d'exercice



* pour les journées de travail avec visite à domicile

Figure 50. Distribution des sages-femmes selon le nombre quotidien de visites à domicile (jours avec VAD), selon le territoire d'exercice



2.2.2 Durée moyenne des visites et des déplacements : des différences urbain – rural ?

L'enquête par questionnaire met en évidence que, pour une profession donnée, la durée moyenne déclarée des visites est très proche selon le type de territoire, à l'exception des espaces ruraux autonomes (visites un peu plus longues pour les sages-femmes et les infirmières, et un peu plus courtes chez les kinésithérapeutes, Tableau 18).

Tableau 18. Durée moyenne des visites les plus fréquentes, selon le territoire d'exercice (mn)

	Urbain dense	Urbain de densité intermédiaire	Rural sous influence d'un pôle	Rural autonome	Tous territoires d'exercice
Infirmière	19	18	19	22	19
Kinésithérapeute	25	26	26	23	26
Médecin	30	29	29	29	30
Sage-femme	52	51	54	58	52

Par ailleurs, dans les territoires ruraux autonomes, les soignants effectuant des VAD ont un trajet domicile-cabinet plus court de quelques minutes qu'en centre urbain dense (Tableau 19).

Tableau 19. Temps domicile cabinet (aller simple), selon le lieu d'exercice (mn)

	Urbain dense	Urbain de densité intermédiaire	Rural sous influence d'un pôle	Rural autonome	Tous territoires d'exercice
Infirmière	16	12	10	11	13
Kinésithérapeute	17	15	14	13	15
Médecin	17	18	13	13	16
Sage-femme	21	14	15	17	17

Les temps unitaires de déplacements vers les domiciles des patients sont quant à eux stables, ou pour certaines professions, plus élevés en zones rurales, comme le montrent les moyennes par territoire issus des réponses à l'enquête web (Figure 51 et Figure 52). Ces écarts sont très nets chez les sages-femmes qui mettent 43 minutes en moyenne pour se rendre chez leurs patientes dans les territoires les plus ruraux (contre 18 à 27 min par déplacements dans les autres espaces). Ils sont également perceptibles au détriment des zones rurales chez les infirmières, sur des durées unitaires plus réduites. De même, chez les kinésithérapeutes, les durées moyennes sont les plus élevées en espaces ruraux autonomes mais avec des écarts limités (11 min, contre 10 min en espace urbain dense et 9 min dans les deux espaces intermédiaires). Enfin, chez les médecins, les durées unitaires moyennes de déplacement pour se rendre chez les patients sont stables (autour de 20 min) d'un territoire d'exercice à l'autre.

Les observations qualitatives, sur un nombre d'observations bien plus petit, mais avec une précision de relevé nettement plus fine, suggèrent une hausse plus forte, des territoires les plus urbains aux plus ruraux. Chez les infirmières les durées unitaires de déplacement relevées sont de 6 minutes en moyenne pour les déplacements entre les patients lors des tournées observées en zone urbaine, à 12 minutes en moyenne en zone rurale autonome. Pour les kinésithérapeutes, l'écart est identique (6,2 min à 12 min en moyenne),

soit un quasi-doublement pour ces deux professions. Chez les médecins généralistes, ces écarts sont de près de 3 minutes, de 8,3 min observées en zone urbaine à 11 min en zone rurale. Chez les sages-femmes, les relevés ne sont pas suffisants pour présenter une mesure.

Figure 51. Durée moyenne de déplacement par patient visité, infirmières et kinésithérapeutes, selon le territoire d'exercice (min)

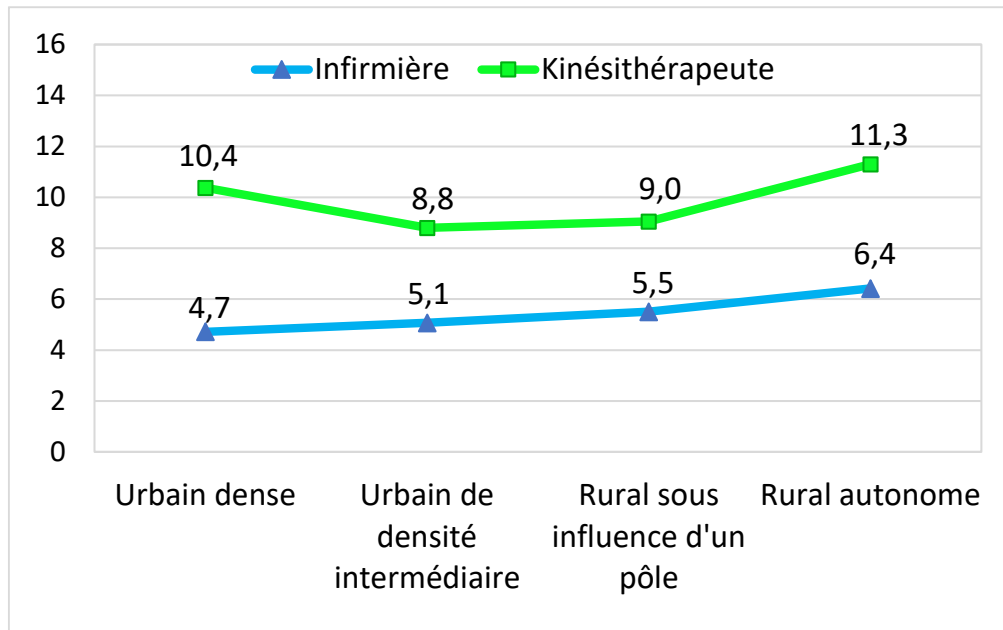
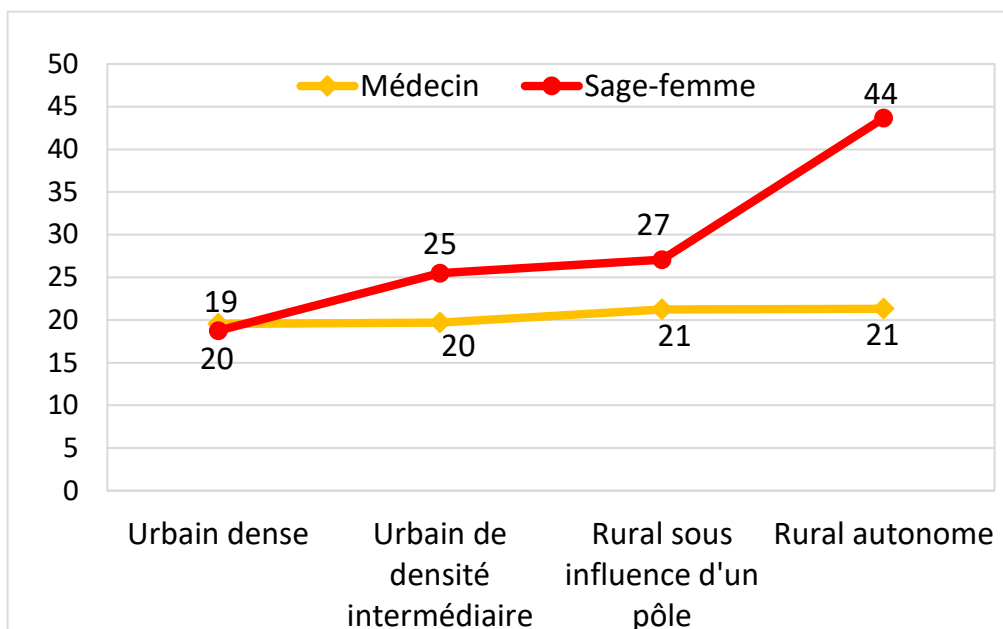


Figure 52. Durée moyenne de déplacement par patient visité, médecins et sages-femmes, selon le territoire d'exercice (min)



2.2.3 Distances parcourues quotidiennement pour se rendre aux domiciles des patients

Résultats de nombres de déplacements, de durées moyennes, et de vitesses assez contrastés, les distances parcourues sur l'ensemble d'une journée de VAD sont très différentes entre professions et, à profession donnée, selon les territoires d'exercice (Figure 53 et Figure 54).

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. 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 effectuent également un kilométrage journalier croissant des espaces les plus urbains aux plus ruraux (de 18 à 51 km), de même que les médecins (de 17 à 35 km).

Figure 53. Kilomètres parcourus par les infirmières pour se rendre au domicile des patients lors des journées avec VAD, selon le territoire d'exercice (en km)

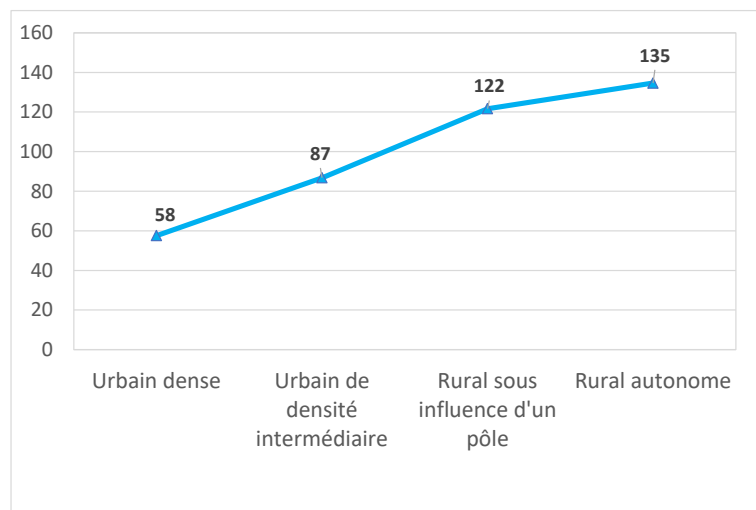
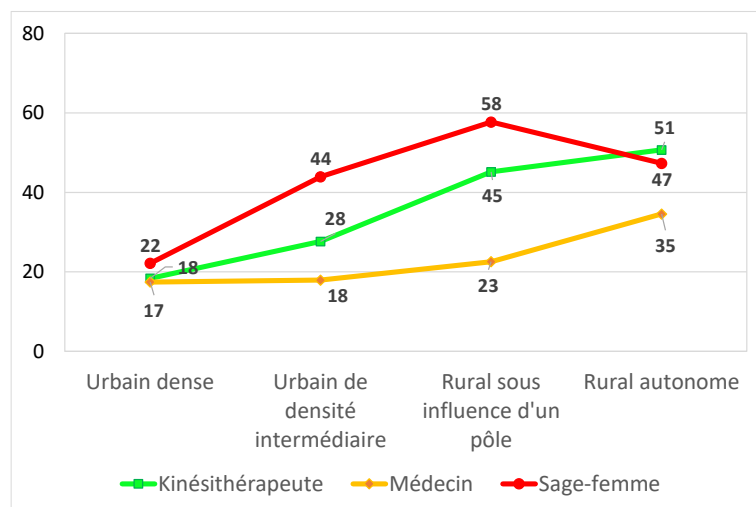


Figure 54. Kilomètres parcourus par les kinésithérapeutes, les médecins et les sages-femmes pour se rendre au domicile des patients lors des journées avec VAD, selon le territoire d'exercice (en km)



2.2.4 Remboursement des déplacements

Les déplacements font l'objet d'un défraiement (« indemnité forfaitaire de déplacement » dans les agglomérations, auquel s'ajoute, lorsque le cabinet est situé en dehors des agglomérations urbaines, un remboursement kilométrique).

En agglomération, l'« indemnité forfaitaire de déplacement » (IFD) varie selon les professions. En France Métropolitaine, les infirmières perçoivent 2,5 € d'IFD pour chaque VAD réalisée, les masseurs-kinésithérapeutes 2,5 € ou 4 € (selon l'acte effectué), les sages-femmes 4 € et les médecins généralistes 10 €. D'autres majorations peuvent intervenir lorsque ces actes à domicile sont réalisés la nuit ou pendant les jours fériés. Elles viennent donc s'ajouter aux indemnités forfaitaires de déplacement.

En dehors des agglomérations, le remboursement des indemnités kilométriques varie également selon les professions, et selon que le cabinet est situé en zone de plaine ou de montagne (Tableau 20). Les soignants déclarant leur kilométrage devront appliquer un abattement de 2 km par trajet (soit 4 km aller/retour) pour les médecins en plaine ou en montagne ; 2 km par trajet en plaine et 1 km par trajet en montagne pour chaque trajet effectué pour les infirmières, kinésithérapeutes et sages-femmes.

Tableau 20. Montant des indemnités kilométriques des déplacements nécessités par les visites à domicile en zones rurales (lorsque les soignants sont éligibles) (euros / km)

	Plaine	Montagne
Infirmières	0,35 €	0,50 €
Kinésithérapeutes	0,38 €	0,61 €
Médecins	0,61 €	0,91 €
Sages-femmes	0,45 €	0,73 €

Source : repris de Hernandez, 2021

Le montant de ces défraiements est jugé insuffisant par une proportion importante de soignants, répondants de l'enquête web. Cette proportion, en comparaison de la part estimant ces remboursements suffisants, est plus forte chez les professions effectuant le plus de VAD, kinésithérapeutes, et plus encore, infirmières, tandis que les médecins et les sages-femmes sont plus nombreux à déclarer ne pas savoir si ces remboursements sont suffisants ou non (Tableau 21). Cette insatisfaction est également fortement ressortie des entretiens avec les soignants ayant participé à l'enquête qualitative (voir section traitant des difficultés rencontrées dans l'exercice de la VAD).

Tableau 21. 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

Le croisement avec le lieu d'exercice montre que l'insuffisance des remboursements est la plus souvent mentionnée chez les infirmières exerçant dans les territoires les plus ruraux (Tableau 22). Les kilométrages quotidiens sont souvent très importants, et parfois dépassent même la limite de remboursement autorisée

de 400 km journalier. 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 (rappelons que seule l'indemnité forfaitaire s'applique d'une part, et que les sages-femmes déclarent fréquemment des problèmes de stationnement en ville, d'autre part). Cette insatisfaction vis-à-vis des remboursements revient également un peu plus fréquemment chez les kinésithérapeutes exerçant en zone urbaine que chez leurs confrères exerçant hors agglomérations urbaines, et chez les médecins exerçant en zone urbaine de densité intermédiaire. Toutefois, à l'exception des infirmières des zones les plus rurales, ces écarts sont relativement limités. De plus, ils ne vont pas toujours dans le même sens d'une profession à l'autre, ne mettant pas en évidence d'influence territoriale marquée quant à la façon dont sont appréciés les taux de remboursement des déplacements occasionnés par la VAD.

Dans tous les cas, au-delà-des frais engagés (carburant, usure du véhicule, stationnement, pour les nombreux utilisateurs de l'automobile), le défraiement demeure insuffisant pour couvrir le remboursement des frais de déplacement et les coûts d'opportunité (Hernandez, 2021), c'est-à-dire le fait que le temps passé en déplacement se fait au détriment d'une activité productive. En particulier, comme nous l'avons vu, en agglomération urbaine, seul un remboursement forfaitaire est appliqué, le remboursement de frais kilométriques étant réservé aux soignants exerçant hors agglomération. Ce coût d'opportunité vient renforcer le sentiment d'une activité de VAD moins rémunératrice, comme nous l'avons évoqué à l'aide des entretiens (voir section 2.1.2). Cette situation est potentiellement dissuasive. Lorsqu'une possibilité existe de moduler leur engagement dans les visites à domicile (possibilité généralement limitée), certains soignants, médecins, masseurs-kinésithérapeutes notamment, peuvent être amenés à en limiter leur pratique, comme le montrent les entretiens.

Tableau 22. Proportion de réponses affirmatives et négatives* à la question « Les remboursements de vos frais de déplacements sont-ils suffisants pour couvrir vos frais ? », selon le lieu d'exercice (%)

	Infirmière		Kinésithérapeute		Médecin		Sage-femme	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Urbain dense	45	19	50	21	35	21	38	15
Urbain de densité intermédiaire	49	7	60	12	24	14	29	16
Rural sous influence d'un pôle	44	18	39	12	36	16	8	22
Rural autonome	63	7	38	17	21	21	33	2

* Les réponses « Je ne sais pas », constituent les autres réponses, elles sont par ex. de 36 % chez les IDE en urbain dense.

2.3 Des activités multiples sur le temps de la VAD

2.3.1 Répartition des catégories d'actions observées lors de la VAD

Lors des enquêtes qualitatives, a pu être documentée précisément la tournée de 31 soignants de toutes les catégories professionnelles observées. Le travail d'observation permet de préciser la nature des activités réalisées pendant le temps de la VAD, en distinguant quatre grandes catégories d'actions (Figure 58) :

1. le temps des soins à domicile ou dans les structures (type EHPAD), auprès des patients ;
2. le temps consacré aux déplacements, du domicile au premier patient, entre les patients et du dernier patient au retour à domicile ;

3. le temps de « pause », qui regroupe toutes les actions qui ne s'apparentent pas à du travail, que ces pauses soient subies ou choisies. Cette catégorie regroupe :
- Des temps d'attente ou des temps perdus d'ajustement par rapport aux lieux de vie, comme :
 - le temps « perdu » devant la porte du patient qui n'ouvre pas ou qui n'est pas là,
 - la recherche d'une place de stationnement, d'une adresse, d'un nom sur un interphone, d'un digicode, d'un numéro de téléphone pour contacter le patient ;
 - l'attente dans la voiture (lorsque le soignant est arrivé trop tôt sur l'horaire prévu),
 - l'attente chez le patient ou à l'extérieur (lorsqu'un autre soignant est présent et fait un soin) ;
 - Et des activités qui s'apparentent réellement à un temps de pause :
 - les pauses (café, cigarette, « pause pipi²³ », repos bref, repas),
 - les courses personnelles, d'arrêt à la boulangerie, à la poste, au supermarché,
 - les appels téléphoniques personnels (aux enfants, au conjoint, aux amis, pour une livraison, pour une organisation ultérieure, etc.).

Figure 55. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Figure 56. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

²³ Cet aspect n'est pas anecdotique : les « pauses-pipi » ne sont pas toujours évidentes à prendre, pour des professions qui se déplacent beaucoup. Il n'est pas toujours possible pour les soignants de s'arrêter dans des toilettes publiques (absence ou dysfonctionnement) ou dans des cafés ou restaurants, par manque de temps. Certains soignants choisissent spécifiquement des patients avec lesquels ils sont en bons termes et chez qui ils estiment que le niveau d'hygiène est suffisant pour utiliser leurs toilettes. Les soignants rencontrés en enquête évitaient pour la quasi-totalité de boire avant et pendant la tournée, pour limiter tout besoin.

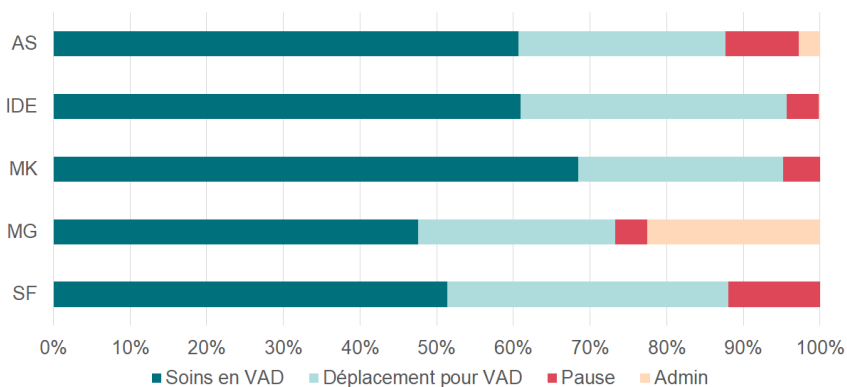
4. le temps de travail administratif, lorsqu'il a été observé sur le temps consacré à la tournée, soit les tâches suivantes :
- les appels téléphoniques à un service (hôpital, clinique, laboratoire d'analyses, confrères) pour obtenir des informations sur le dossier médical d'un patient ou prendre un rendez-vous pour un patient, ou pour faire remonter un problème aux infirmiers coordinateurs ou recevoir des consignes (ce dernier point concernant les aides-soignantes) ;
 - la consignation écrite des kilomètres de la tournée dans le livret présent dans la voiture de fonction (pour les aides-soignantes) ;
 - la relève informatique pour entrer les soins effectués dans un logiciel ainsi qu'éventuellement les observations nécessaires sur les patients visités (pour les aides-soignantes) ;
 - la saisie informatique dans le logiciel des EHPAD ou autre institution pour les renouvellements d'ordonnances (pour les médecins) ;
 - la prise de rendez-vous pour les nouveaux patients ou la modification des horaires de patients prévus ;
 - la facturation (avec la carte vitale des patients) des soins effectués,
 - la réponse à des mails, des appels téléphoniques professionnels,
 - la résolution de problèmes informatiques permettant de faire fonctionner les logiciels de cotation, de facturation, etc. ;
 - les commandes de matériel.

Figure 57. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste (cf. Annexe 7 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Figure 58. Répartition des activités observées lors des tournées de VAD de l'enquête qualitative (calcul effectué à partir d'observations de 31 tournées de soignants)



Les temps administratifs qui apparaissent sur la Figure 58 sont uniquement ceux qui ont été observés lors de la tournée. Pour les infirmières et les kinésithérapeutes, ce temps dévolu au travail administratif est pris en dehors du moment de la tournée, c'est-à-dire soit au retour au cabinet, soit dans la soirée ou le week-end à domicile.

2.3.2 La charge du travail administratif en déplacement

Certains soignants cumulent plusieurs activités sur le même temps, souvent celui des déplacements. Il peut s'agir de répondre au téléphone en conduisant, afin de prendre de nouveaux rendez-vous, de modifier des horaires de rendez-vous, d'appeler le laboratoire d'analyse ou de répondre à des questions précises sur les patients. Aude, infirmière de 35 ans, en zone urbaine explique le fonctionnement de son cabinet partagé :

« C'est celle qui fait la tournée qui répond au téléphone et qui accepte ou non de nouveaux patients ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Elle répond donc à son téléphone professionnel les jours où elle travaille, souvent lorsqu'elle est en voiture. Si elle est en soins avec un patient, elle le rappelle une fois sortie de chez lui, comme le montre cet extrait de la retranscription de l'observation de terrain réalisée avec cette infirmière :

[On repart à 16h15 du parking. En redémarrant elle pense qu'il faut qu'elle note une patiente pour demain. Elle prend son agenda et la note au feu rouge. Elle dit qu'effectivement elle aurait dû faire ça de chez elle, mais elle ne l'a pas fait. Sa voiture est son espace de travail.]

(Observation Aude, IDE, 35 ans, URB, tournée de l'après-midi).

Lors de la tournée de Chantal, sage-femme de 62 ans en zone urbaine, le même type d'activité a pu être constaté (Figure 59), comme le montre cet extrait des notes de terrain :

[16h08. Son téléphone sonne, elle répond. Elle reçoit un appel d'un mari d'une nouvelle patiente. Elle s'assoit sur les marches devant la porte. Elle demande si c'est pour le monito, quelle adresse, quel étage (rez-de-chaussée). Elle accepte et inscrit le futur rendez-vous sur son agenda, assise sur les marches de l'escalier devant la porte de la patiente.]

(Observation Chantal, SF, 62 ans, URB, tournée de l'après-midi).

Figure 59. Annotations des rendez-vous dans l'agenda pendant les déplacements en voiture (IDE) et à pied (SF)



Crédit photo : Pierrine Didier, octobre 2019

Chantal explique qu'elle ne peut pas attendre la fin de sa journée pour rappeler les personnes qui lui ont laissé des messages sur son répondeur, parce que la plupart d'entre elles auront, entre temps, appelé une autre sage-femme qui leur aura peut-être donné un rendez-vous. C'est également le cas de Martine, sage-femme de 61 ans, qui a changé depuis quelques années de méthode de prise de rendez-vous. Elle passe désormais par le logiciel payant Doctolib :

« Tout le monde est pressé [...] comme avant je répondais jamais pendant la journée en consultation, je regardais les appels en fin de journée, et si je commençais pas par rappeler celles qui m'avaient appelé au plus tôt, et ben quand je les avais elles me disaient « ah ben madame, j'ai trouvé ! » Et ben oui, parce que maintenant j'ai besoin d'une sage-femme comme d'un Perrier tranche, tout de suite ! Et comme ça on prend des rendez-vous et dans la demi-heure on les décommande si on en a trouvé un plus près et plus tôt ».

(Martine, SF, 61 ans, URB, installée depuis 18 ans)

Figure 60. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Dans les zones sur-dotées en soignant, la concurrence se fait ressentir. Il ne faut donc pas passer à côté d'un nouveau patient potentiel et donc répondre au téléphone pour ne pas rater les opportunités. C'est la même réalité pour Jonathan, infirmier de 37 ans en zone urbaine, qui répond également au téléphone sur son temps de tournée :

« Et quand je dois absorber un nouveau patient, je regarde à deux fois. Ça demande du temps, il faut demander l'adresse, le type de soins... Les gens ont une demande, ils veulent une offre, des fois ça demande du temps, on rappelle mais ils ont déjà appelé et trouvé quelqu'un d'autre ».

(Jonathan, IDE, 37 ans, URB, installé depuis 6 ans)

Figure 61. Illustration de la charge mentale décrite par une aide-soignante en tournée de VAD



2024

Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, octobre 2021

2.3.3 Le temps de déplacement perçu comme un moment de « pause » entre les domiciles

Pour les soignants dont les VAD ne représentent pas la majorité de leur activité, les déplacements entre deux domiciles peuvent être vus comme un temps de « repos » dans la dynamique de la journée, par opposition à l'activité en cabinet. C'est le cas de Clara, médecin de 37 ans en zone rurale, qui apprécie le rythme des VAD. Elle précise aussi qu'elle aime conduire sur les routes de campagne :

« Les après-midis de visites c'est des après-midis plutôt cools, je fatigue beaucoup moins quand j'ai un peu de trajet entre deux rendez-vous parce qu'il n'y a pas des prises de décision toutes les 20 minutes ».

(Clara, MG, 37 ans, RUR, installée depuis 5 ans)

Aurélie, sage-femme de 27 ans, en zone urbaine, explique que ce temps de déplacement lui permet de faire une pause salutaire :

« Moi j'aime beaucoup aller à domicile, parce que du coup, à la différence d'ici au cabinet où ça enchaîne et où je ne m'arrête pas, bah entre deux patientes je peux souffler et bouquiner ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

Aurélie en profite pour lire, activité qu'elle ne peut pas avoir entre deux patientes au cabinet :

« J'aime bien lire, je lis en marchant dans la rue entre mes domiciles. Ou j'écoute la radio. En fait, ça me fait une pause. [Elle rit] Alors qu'en trottinette je ne pouvais pas lire. [...] J'adore bouquiner et j'ai pas beaucoup de temps. Le soir, si je lis après avoir regardé un film, je m'endors, je suis trop fatiguée. Les seuls moments où je peux lire, c'est sur mes trajets le matin pour venir travailler et quand je suis à domicile ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

Figure 62. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste (cf. Annexe 7 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Partie 3 - la problématique des déplacements lors des VAD

3.1 Des moyens de transport individuels, la voiture outil de travail

De façon générale, et sans surprise, les visites au domicile des patients sont effectuées dans la quasi-totalité des cas à l'aide de véhicules, l'usage des transports en commun apparaissant plus que marginal, pour de multiples raisons, aisément compréhensibles, développées par les soignants lors des entretiens : desserte pas assez fine des lieux fréquentés, manque de rapidité, de souplesse, temps d'attente importants (voir infra).

Hormis dans les centres urbains denses, c'est la voiture (qu'il s'agisse de la voiture personnelle, ou d'un autre véhicule) qui assure la totalité des déplacements des infirmières pour assurer leurs VAD (Tableau 23). Et 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).

Tableau 23. Mode habituellement utilisé par les infirmières pour les visites à domicile, selon le territoire d'exercice (%)

	Voiture perso	Voiture autre	Multi-modal*	Moto	Vélo*	Trottinette*	Total
Urbain dense	72	10	6	4	8	1	100
Urbain densité intermédiaire	90	9	1	0	0	0	100
Rural sous influence urbaine	93	7	0	0	0	0	100
Rural autonome	90	9	2	0	0	0	100
Ensemble	84	9	3	1	3	0	100

* Multimodal : au moins deux modes habituels mentionnés (variables selon les jours). Généralement : voiture personnelle et un autre mode. Vélo : essentiellement Vélo à assistance électrique. Trottinette : trottinette électrique.

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 (Tableau 24). Toutefois en dehors des agglomérations, elle demeure quasiment le seul mode employé. En espaces urbains denses, le vélo et la marche sont employés par un kiné sur trois.

Tableau 24. Mode habituellement utilisé par les kinésithérapeutes pour les visites à domicile (%)

	Voiture perso	Voiture autre	Multi-modal	Moto	Vélo	Marche	Autre	Total
Urbain dense	50	1	11	3	19	13	4	50
Urbain densité intermédiaire	86	1	4	3	3	2	1	86
Rural sous influence d'un pôle	87	3	6	2	2	0	0	87
Rural autonome	91	5	4	0	0	0	0	91
Total	74	2	7	2	8	5	2	74

* Multimodal : au moins deux modes habituels mentionnés (variables selon les jours). Généralement : voiture personnelle et un autre mode. Vélo : essentiellement Vélo à assistance électrique. Autre : trottinette sans assistance électrique, Transports collectifs.

Les modes habituellement utilisés par les médecins suivent un schéma très proche : place hégémonique de la voiture dès que la zone d'intervention est située en dehors des agglomérations, place plus importante des autres modes en zone urbaine dense (Tableau 25). A nouveau le vélo et la marche apparaissent comme

des alternatives pertinentes à la voiture dans les zones plus denses. Ces deux modes (ainsi que la moto) sont également utilisés, mais bien plus rarement, dans les zones urbaines de densité intermédiaire.

Tableau 25. Mode habituellement utilisé par les médecins pour les visites à domicile (%)

	Voiture perso	Voiture autre	Multi-modal*	Moto	Vélo*	Marche à pied	TC*	Total
Urbain dense	59	1	9	1	15	12	2	100
Urbain de densité intermédiaire	86	3	3	3	2	3	0	100
Rural sous influence d'un pôle	89	3	7	0	0	0	0	100
Rural autonome	100	0	0	0	0	0	0	100
Total	78	2	6	2	7	6	1	100

* Multimodal : au moins deux modes habituels mentionnés (variables selon les jours). Généralement : voiture personnelle et un autre mode. Vélo : essentiellement Vélo à assistance électrique. TC : Transports Collectifs.

Les pratiques modales des sages-femmes sont proches de celles des infirmières, avec un recours exclusif à la voiture dès lors que le territoire d'intervention se situe en dehors des centres urbains denses (Tableau 26). Huit sages-femmes sur dix l'utilisent dans les zones urbaines denses, le seul mode faisant office d'alternative, pour une partie des sages-femmes étant le vélo.

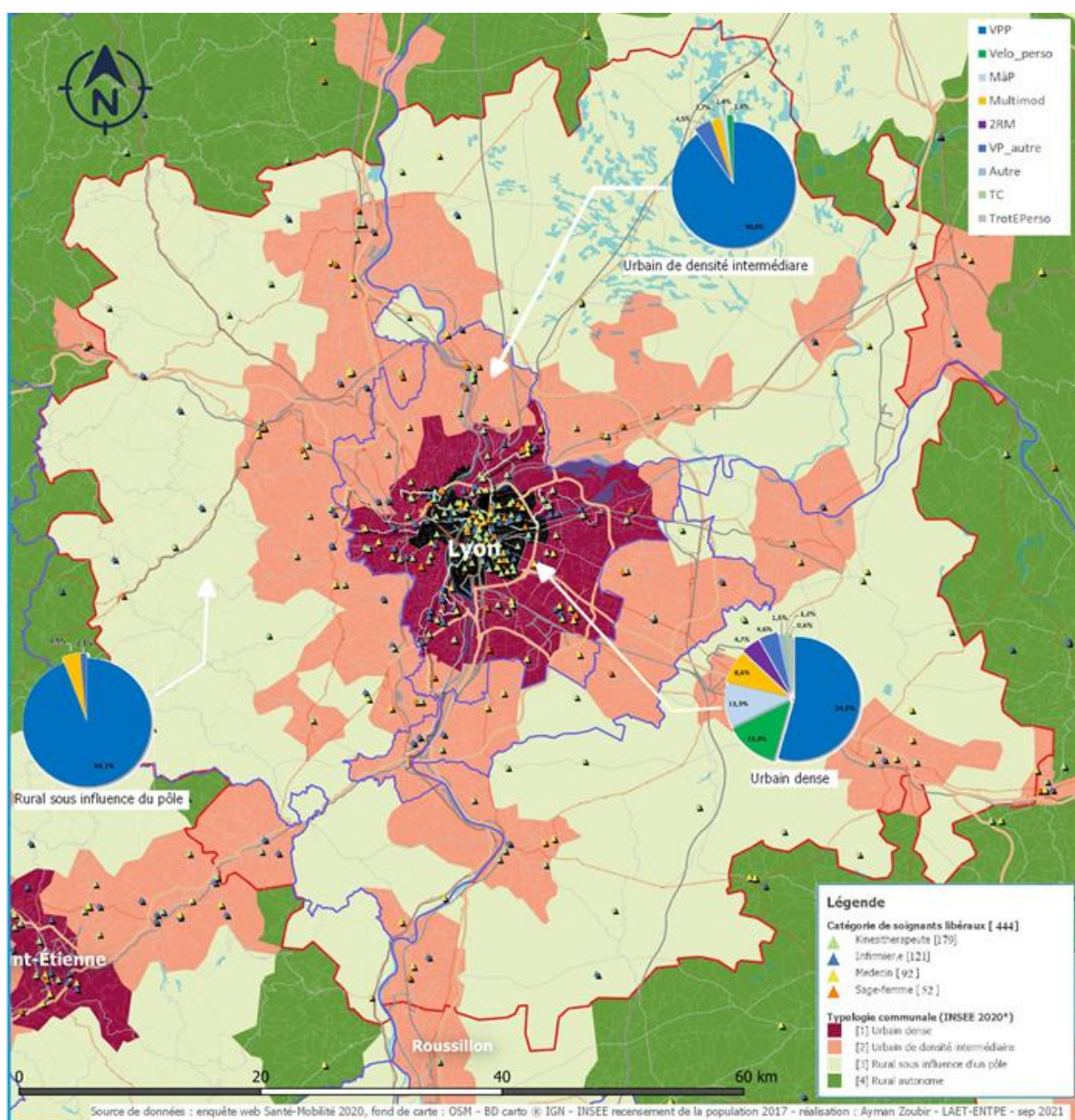
Tableau 26. Mode habituellement utilisé par les sages-femmes pour les visites à domicile (%)

	Voiture perso	Voiture autre	Multi-modal*	Moto	Vélo*	Marche à pied	Total
Urbain dense	81	0	0	3	15	2	100
Urbain de densité intermédiaire	97	2	1	0	0	0	100
Rural sous influence d'un pôle	100	0	0	0	0	0	100
Rural autonome	100	0	0	0	0	0	100
Total	92	1	0	1	6	1	100

* Multimodal : au moins deux modes habituels mentionnés (variables selon les jours). Généralement : voiture personnelle et un autre mode. Vélo : essentiellement Vélo à assistance électrique. TC : Transports Collectifs.

Dans l'exemple de l'aire urbaine lyonnaise, lieu du premier terrain qualitatif, les trois premières zones d'exercice (urbain central et dense, urbain de densité intermédiaire et rural sous influence d'un pôle) sont bien représentées. Les répartitions modales globales (tous soignants confondus) se révèlent assez différentes entre, d'une part, les soignants exerçant dans la partie la plus centrale (communes de Lyon et Villeurbanne) et, d'autre part, ceux exerçant soit dans les communes périphériques de la Métropole de Lyon, soit dans les communes rurales de l'aire urbaine lyonnaise (Figure 63). Dans le premier cas, la voiture est le mode habituel de six soignants sur dix (plus de neuf sur dix dans les deux autres zones). En espace urbain central d'une grande métropole, vélo, marche à pied, trottinettes électriques ou mécaniques, et parfois, transports collectifs, sont le mode habituellement utilisé par un soignant sur trois. Compte tenu du caractère contraint des emplois du temps des soignants, cela signifie que la voiture n'est pas toujours le mode le plus adapté pour effectuer de fréquents déplacements de soins et que les autres modes peuvent constituer une solution réellement pertinente (voir plus bas).

Figure 63. Mode habituel utilisé pour les VAD dans l'aire urbaine lyonnaise



3.2 Problématiques de déplacement en zones urbaines

3.2.1 Des transports en commun peu adaptés au rythme des tournées

Même en zones urbaines, les transports en commun sont très peu utilisés par les soignants lors de leurs tournées de VAD. Le temps d'attente trop long, pour des emplois du temps bien remplis, une desserte pas assez fine pour permettre l'enchaînement de visites à domicile, le manque de rapidité du mode collectif comparativement à la voiture individuelle, sont les raisons principales de ce manque de pertinence des transports en commun pour la mobilité des soignants dans le cadre professionnel, comme le montrent les commentaires d'interviewés ci-dessous. D'autres raisons sont également invoquées, comme la nécessité d'être tout le temps joignable sur son téléphone portable, ce qui n'était pas le cas dans le métro lyonnais

avant l'installation de la 4G en 2019. Julien, infirmier de 36 ans, explique que cette option n'était donc pas envisageable pour lui qui a besoin d'être toujours joignable, d'avoir de la batterie sur son téléphone, d'utiliser son GPS :

« Faire la tournée en transport en commun, je l'ai jamais fait et je ne serais pas rassuré... Prendre le métro et ne plus être joignable par téléphone, je ne passerai pas un bon trajet dans le métro. De ne plus être joignable... Je sais pas... ».

(Julien, IDE, 36 ans, URB, collaborateur ou remplaçant depuis 6 ans)

Aude, infirmière de 35 ans, en zone urbaine, se déplace seulement avec sa voiture. Elle n'a pas le temps d'attendre le bus ou le métro lorsqu'elle enchaîne les déplacements pour ses 25 patients de la matinée :

« Vu la configuration de ma tournée ça n'irait pas. Il faudrait que j'attende le bus, et nous on n'attend pas c'est tout à la chaîne ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Claire, sage-femme de 35 ans, habite en périphérie de Lyon dans un endroit qui n'est pas bien desservi par les transports en commun. Elle se déplace donc exclusivement en voiture :

« De toute façon le bus il y en a pas, [...] il doit y avoir 2 bus par jour donc c'est pas la peine. J'ai pas de métro, j'ai pas de tram, il y a pas de train, je suis à la campagne moi ! ».

(Claire, SF, 35 ans, URB, installée depuis 7 ans)

Julie, aide-soignante de 32 ans, vit en périphérie d'une grande ville et travaille en son centre. L'utilisation de sa voiture personnelle lui permet d'optimiser ses trajets, surtout lorsqu'elle commence sa tournée du matin à 6h30 :

« En voiture, il me faut 20 minutes pour venir, quand je viens à 6h du matin il m'en faut beaucoup moins, peut-être 10 minutes, en transport en commun il me faut plus d'une heure, il faudrait que je prenne un bus, puis le métro, puis le tramway jusqu'ici. Donc quand je commence à 6h30 ouais non j'ai pas trop envie de partir à 5h de chez moi ».

(Julie, AS, 32 ans, URB, travaille à domicile depuis 7 ans).

Les quelques soignants rencontrés qui utilisent les transports en commun le font lors de déplacements pour se rendre au cabinet : par exemple au trajet en métro est associé de la marche à pied ou à des trajets en trottinette pour se rendre chez les patients. C'est le cas d'Aurélie, sage-femme de 27 ans en zone urbaine. Elle se déplace majoritairement en métro dans sa vie de tous les jours et a donc un abonnement. Elle essaie de limiter son périmètre d'interventions à domicile pour y aller à pied :

« J'essaie d'avoir des visites à domicile le plus proche possible de mon cabinet pour une question de temps pour moi ou pour ma remplaçante. [...] Les domiciles, j'essaie au maximum de les faire à pied quand je peux me le permettre ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

Jade, médecin de 30 ans a tout de suite défini une zone assez limitée autour de son cabinet pour faire ses VAD afin de limiter ses déplacements et ne pas perdre trop de temps :

« Je fais tout à vélo dans ma vie. Je ne prends la voiture que quand je sors de la ville en général. Parce que, pour question de santé personnelle, si je me mets à venir en voiture ici tous les jours en disant que je dois avoir la voiture pour faire des visites tout ça, et bien j'ai mal au dos au bout de quelques jours, parce que je ne suis pas active du tout. C'est mon minimum d'activité physique par jour ».

(Jade, MG, 30 ans, URB, installée depuis 6 mois)

Enceinte de 4 mois, Jade privilégie, le temps de sa grossesse, la marche à pied et les transports en commun (métro) pour des raisons de sécurité :

« Il y a des coins dans lesquels je dois passer qui sont pas très sûres. C'est plus parce que les autres peuvent me renverser et je peux perdre le bébé là-dessus. Moi je suis hyper vigilante ».

(Jade, MG, 30 ans, URB, installée depuis 6 mois)

L'utilisation des transports en commun (limitée au métro pour les observations que nous avons effectuées dans l'aire urbaine lyonnaise) n'est jamais exclusive d'autres modes. Elle vient en complément, pour élargir un périmètre couvert généralement par la marche à pied ou en trottinette.

Figure 64. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

3.2.2 Intérêt du vélo en forte densité urbaine et dans un périmètre restreint

Le vélo est le transport privilégié par une petite partie des soignants exerçant dans les zones urbaines de forte densité comme la commune de Lyon, et la diffusion des vélos à assistance électrique renforce la pertinence de ce moyen de déplacement, en limitant la fatigue associée aux déplacements à bicyclette. C'est le cas de Nathalie, infirmière de 56 ans, qui a choisi depuis 12 ans le vélo à assistance électrique pour faire ses tournées en ville :

« Alors au début je prenais [mon vélo] quand il faisait beau, quand il faisait pas trop froid etc. Et je prenais la voiture de temps en temps, c'était mixte. Et puis un jour, il faisait très froid donc j'avais ma voiture et puis j'ai réalisé que j'allais faire du ski quand il faisait très froid, qu'il faisait beaucoup plus froid qu'ici en ville, je me suis dit ben non je vais m'habiller et puis voilà donc je me suis équipée, anorak, bottes, bonnet, gants ».

(Nathalie, IDE, 56 ans, URB, installée depuis 18 ans)

Elle explique à quel moment elle a opéré son changement modal :

« Et puis un jour, sur ma tournée du soir, il pleuvait des cordes donc là j'ai pris ma voiture et j'ai mis 3 heures pour faire ma tournée parce que les rues étaient encombrées, parce que j'arrivais pas à me garer en bas de chez mes patients, j'ai été obligée de marcher pour aller chez eux et du coup au final, j'étais aussi trempée qu'en vélo donc je me suis dit bon ben finalement, ce n'est que de l'eau donc qu'il pleuve, qu'il vente, qu'il gèle etc. : vélo et j'ai plus jamais repris ma voiture ».
(Nathalie, IDE, 56 ans, URB, installée depuis 18 ans)

Des soignants en zone urbaine rencontrés lors des enquêtes qualitatives aimeraient changer de mode de transport, laisser la voiture pour un mode plus actif (comme le vélo, ou la marche) ou moins individuel (comme le tram), mais n'arrivent pas toujours à franchir le pas. Malika, aide-soignante de 47 ans, n'utilise que sa voiture personnelle pour se déplacer en ville :

« Il faudrait un jour que j'arrête de prendre ma voiture pour 10 minutes même pas, pour 2 arrêts de tram... Quand je pars à 6h du matin, c'est trop facile, je sors de la maison, je descends au garage, je monte dans la voiture, j'arrive au boulot, je repars dans une autre voiture, voilà on voit plus rien, on marche plus. J'aimerais bien reprendre la marche, même le vélo d'ailleurs mais voilà c'est, c'est des projets ».
(Malika, AS, 47 ans, URB, travaille à domicile depuis 5 ans)

Elle remarque qu'elle n'arrive pas pour autant à changer ses habitudes :

« La voiture, c'est simple, tu sors du boulot, tu peux aller faire tes courses, tu peux rentrer direct à la maison. Tu n'as pas à galérer à attendre le tram... On a perdu l'habitude... ».
(Malika, AS, 47 ans, URB, travaille à domicile depuis 5 ans)

Aude, infirmière de 35 ans, pense parfois elle aussi à abandonner sa voiture, pour essayer le vélo et faire du sport, mais elle n'a encore jamais franchi le pas et surmonté son appréhension :

« J'ai un vélo mais je ne l'utilise pas parce que c'est vraiment de l'appréhension, de rouler avec en ville... Mais je pense que si je fais une fois la tournée avec, ça ira, et ça me ferait du bien de faire du sport en même temps ».
(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Elle constate cependant qu'il faudrait aussi qu'elle change ses habitudes concernant son transport de matériel, présent dans son coffre et qui ne tiendrait jamais dans un sac à dos (Figure 65).

Figure 65. Matériel transporté par Aude, IDE, 35 ans, URB, lors de chacune de ses tournées



Crédit photo : Perrine Didier, octobre 2019

Claire, sage-femme de 35 ans en zone péri-urbaine, constate que ses déplacements pour faire des VAD, (même si elle n'en a pas beaucoup dans la journée), représentent quand même des distances importantes pour les parcourir en vélo :

« A la limite si j'avais un porte bagages, je pense qu'il y a des filles qui font ça en ville et tout. Moi le problème c'est les kilomètres, c'est que c'est loin quoi. Donc quand [les patientes] sont au village là à 10 km je vais pas y aller à vélo ou alors il me faudrait la matinée ».
(Claire, SF, 35 ans, URB, installée depuis 7 ans)

3.2.3 Les problèmes de stationnement en ville

Les soignants, avec plusieurs années d'ancienneté, enquêtés en zone urbaine font le constat de difficultés croissantes de stationnement sur leur tournée. Ils ont de plus en plus de mal à se garer en ville. Différentes raisons sont mentionnées, la raréfaction des places de stationnement, le caractère payant de celles qui restent, l'augmentation des contrôles, et la diminution de la tolérance envers les voitures avec caducée depuis la mise en place de la réforme du stationnement.

Les réponses au questionnaire mettent en évidence que le caducée est très utilisé par les soignants. C'est le cas de 93 % des infirmières, 92 % des sages-femmes, 82 % des kinésithérapeutes et 76 % des médecins. Ces proportions sont encore légèrement supérieures dans les zones urbaines denses ainsi que dans les zones urbaines de densité intermédiaire. Pour autant, si la majorité des professionnels de santé enquêtés se garent sur voirie, sans payer, une partie d'entre eux (26 % des sages-femmes, 24 % des infirmières, 15 % des médecins, 13 % des kinésithérapeutes) payent leur stationnement en zone urbaine dense (Tableau 27).

Ce choix provient du constat que, dans plus d'un quart des cas (et même dans près d'un cas sur deux, pour les infirmières), en zones urbaines denses, les communes fréquentées lors des tournées appliquent un stationnement payant, sans réelle tolérance pour les professionnels de santé (Figure 66 à Figure 69). Dans les zones urbaines de densité intermédiaire, la proportion de soignants payant leur stationnement est plus faible, bien que, pour les soignants, dans un cas sur cinq, le stationnement n'est ni gratuit, ni toléré. Cette proportion plus limitée est peut-être due à un contrôle du paiement du stationnement moins fréquent dans les zones urbaines de densité intermédiaire, que dans les zones les plus denses.

Tableau 27. Proportion de soignants de chaque profession payant le stationnement lors des VAD, en zones urbaines denses ou de densité intermédiaire (%)

	Urbain dense	Urbain densité intermédiaire
Infirmières	24	5
Kinésithérapeutes	13	5
Médecins	15	7
Sages-femmes	26	8

Figure 66. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les infirmières, selon le territoire d'exercice

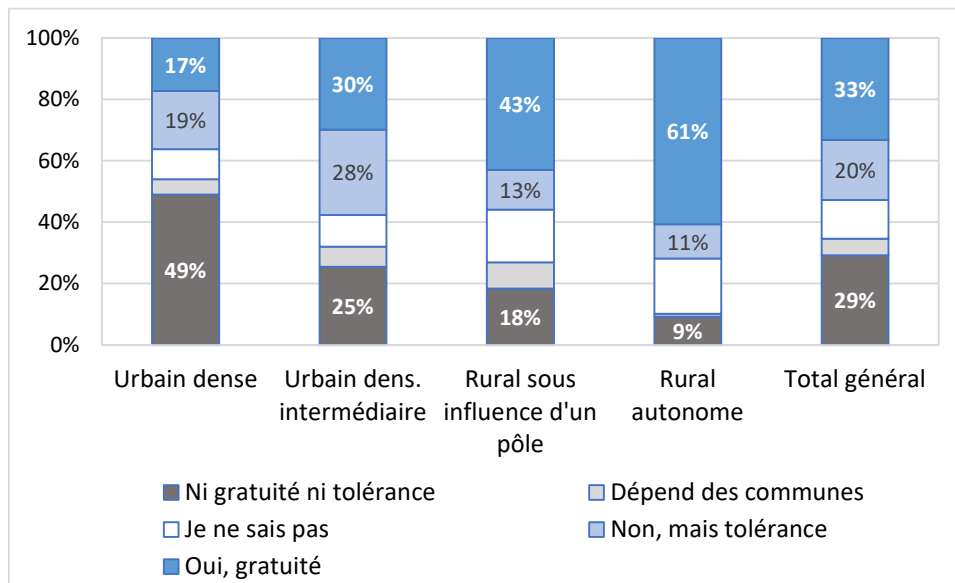


Figure 67. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les kinésithérapeutes, selon le territoire d'exercice

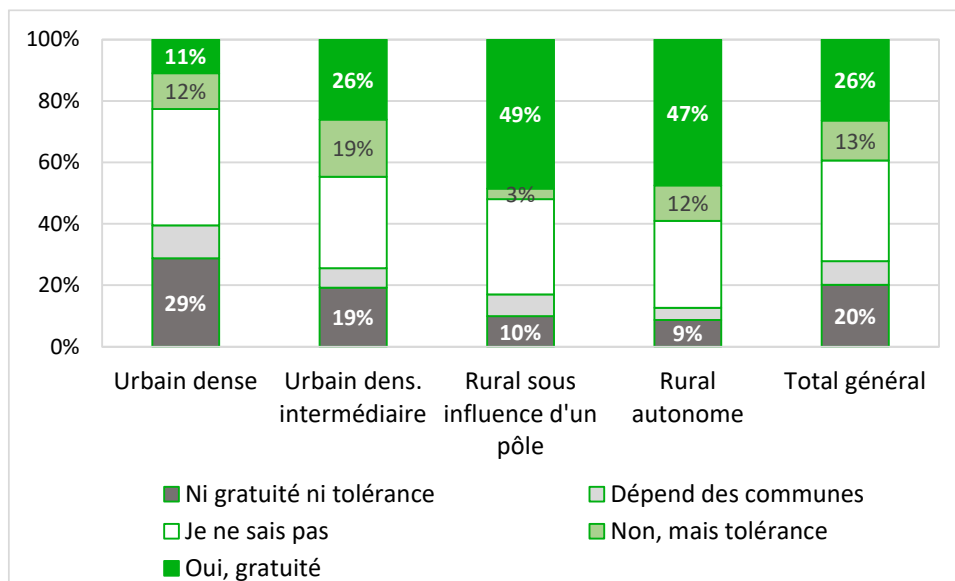


Figure 68. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les médecins, selon le territoire d'exercice

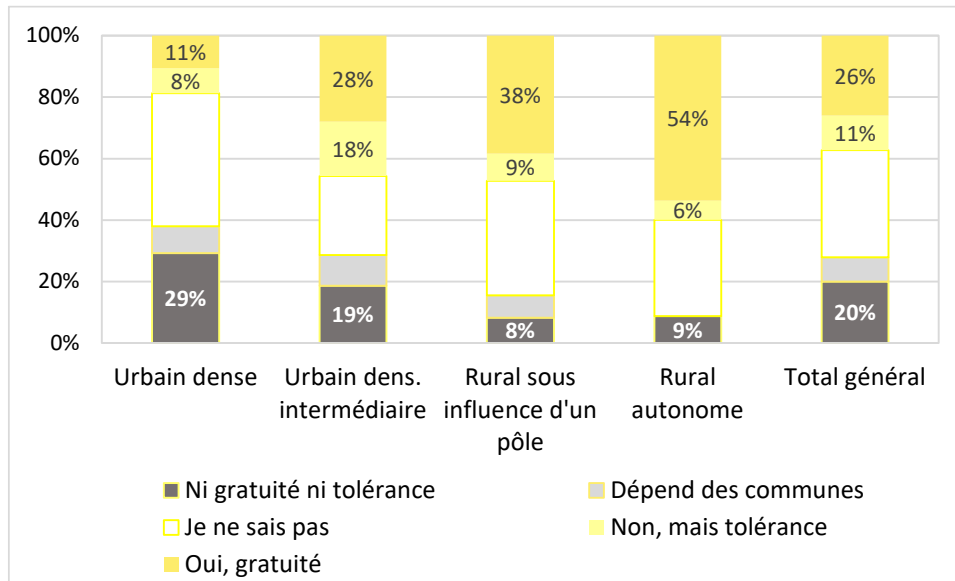
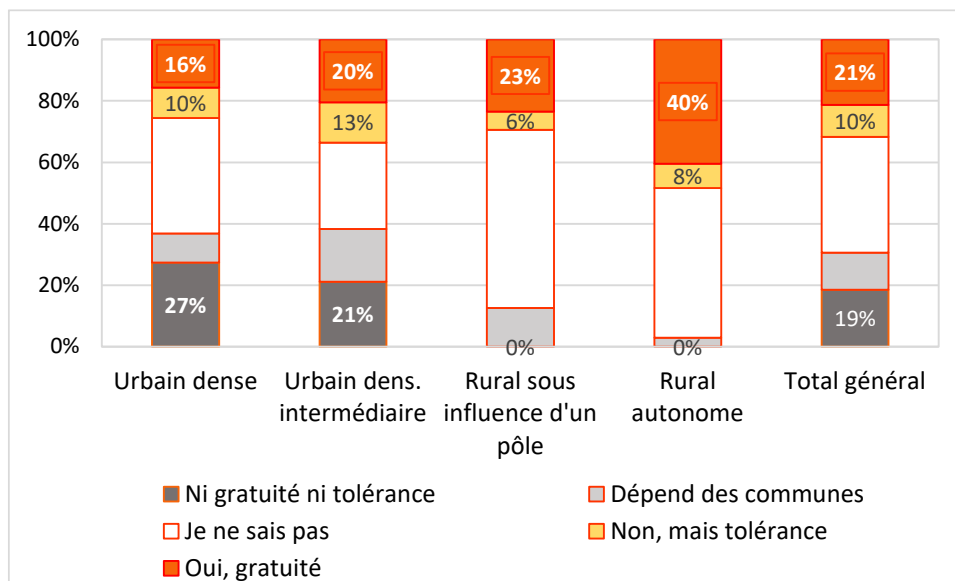


Figure 69. Politiques de stationnement des communes fréquentées lors des VAD, telles que perçues par les sages-femmes selon le territoire d'exercice



Dans les entretiens, les difficultés de stationnement rencontrées lors des visites à domicile sont très souvent évoquées comme élément venant compliquer la tâche, ajouter à la pression temporelle et contribuer à démotiver les soignants. C'est le cas de Marc, masseur-kinésithérapeute travaillant depuis 25 ans dans un quartier très urbanisé :

« Avant je faisais beaucoup en voiture, parce que c'était moins compliqué, sur les pentes on arrivait tout le temps à trouver de la place. Maintenant c'est impossible. Il y a moins de places de stationnement c'est sûr. Et puis je me rappelle une période où on se garait un peu sur le trottoir,

j'avais le caducée, voilà ça passait, les flics disaient pas grand-chose. Et quand vous sortez de domicile et que vous avez un PV vous vous dites ben voilà, j'ai juste travaillé pour payer mon PV, vous n'avez plus envie de sortir. Et puis on arrive en retard parce qu'on tourne pour se garer, on arrive en retard chez nos patients, qui le font bien remarquer, vous revenez en retard au cabinet, là ça crée vraiment du stress de courir après le temps ».

(Marc, MK, 56 ans, URB, installé depuis 25 ans)

La quasi-majorité des soignants utilisant leur voiture en ville confirment ce que l'enquête en ligne par questionnaire pointait également : le caducée, même placé bien en vue sur le pare-brise ne leur confère plus de « passe-droit » au stationnement et ce d'autant plus que les zones de stationnement non payant tendent à disparaître :

« Avant, il y avait plein de rues qui étaient non payantes. Après elles sont toutes devenues payantes mais il y avait une sorte de tolérance vis-à-vis de nos caducées et puis depuis 2, 3 ans maintenant, il y a plus de cette tolérance ».

(Marc, MK, 56 ans, URB, installé depuis 25 ans)

Marc raconte qu'il a fait partie du groupe de soignants libéraux qui est allé négocier avec la mairie de sa commune pour faciliter les déplacements et éventuellement ne pas faire payer les soignants qui se déplacent dans le cadre de leur travail. Le but des discussions était de faciliter les déplacements des soignants et d'éventuellement de retrouver la tolérance dont ils bénéficiaient pour ne pas payer leur stationnement. La discussion a résulté en la mise en place d'un forfait de 120 euros par an, payable par les soignants qui s'inscrivent dans leur mairie en justifiant d'une activité de soins à domicile. Marc précise :

« Ça nous donne le droit de stationner à côté de chez les patients qu'on voit à domicile mais en aucun cas devant le cabinet ! Ça veut dire qu'avec cette autorisation, ce sont nos plaques qui sont enregistrées, et aujourd'hui on flashe les plaques et on voit si vous êtes résident, personnel de santé ou autre et si on vous flashe devant votre cabinet, en théorie vous n'êtes pas à domicile, il faut payer le stationnement quand vous revenez au cabinet ».

(Marc, MK, 56 ans, URB, installé depuis 25 ans)

La démarche doit être renouvelée dans toutes les communes qui la mettent en place et dans lesquelles les soignants se rendent lors de leurs tournées. Jacqueline, sage-femme de 58 ans qui exerce en ville montre qu'une certaine tolérance peut encore exister :

« J'étais à L. ce matin en visite. J'ai croisé la police municipale, je me suis pas inscrite sur L. parce que j'y vais peu et je lui ai dit « Voilà, je suis sage-femme libérale, je vais faire une consultation chez madame Untel » et elle m'a dit « C'est bon, je vous ai vu ». Quand j'ai vu les agents je suis allée directement pour leur dire... ».

(Jacqueline, SF, 58 ans, URB, installée depuis 25 ans).

La plupart des soignants en zone urbaine qui ont été interrogés ne connaissait pas les démarches à effectuer pour régulariser leur stationnement dans le cadre de leur travail, ou n'avait pas encore pris le temps de le faire.

« J'en ai parlé avec ma collègue hier qui m'a parlé de « Pay by phone », je ne connaissais pas et c'est un truc pour les résidents de [notre commune] qui te permet de stationner. Je vais me renseigner pour le prendre ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Elodie, kinésithérapeute récemment installée dans une nouvelle commune ne s'est pas encore occupée de cet aspect :

« Je devais faire la démarche pour avoir le stationnement gratuit. J'ai toujours pas fait d'ailleurs. Mais je ne paie pas non plus. On m'avait dit qu'ils étaient cléments avec le macaron. Sur [cette commune] ça passe. Il faut que je fasse la démarche mais je n'ai pas changé l'adresse de ma carte grise. Ça me pose souci ce truc-là ».

(Elodie, MK, 30 ans, URB, titulaire depuis un mois et demi)

Les soignants n'étant pas inscrits dans leur commune et ne payant pas d'abonnement ont des stratégies pour faire face à cette réalité de terrain : certains font l'effort de payer le stationnement au coup par coup pour éviter les amendes, d'autres ne paient jamais et prennent le risque d'avoir une amende. Chantal, sage-femme de 62 ans, met régulièrement quelques euros pour montrer qu'elle a payé son stationnement, même si le temps qu'elle passe chez ses patientes est souvent plus important que la durée autorisée par le montant payé :

« Donc moi en règle générale, avec la carte bancaire. Je mets souvent 1,40 euros et je considère que c'est bon. Si par hasard, vous tombez sur quelqu'un qui va vous faire payer une contravention, ça vous bouffe tellement que je préfère donner le change... ».

(Chantal, SF, 62 ans, URB, exerce depuis 29 ans)

Julien, infirmier de 36 ans, ne paie quant à lui jamais son stationnement et préfère contester systématiquement les contraventions qu'il reçoit :

« Il y a 2 ans [...] je me suis souvent fait aligner malgré le caducée et le papier de soins à domicile, j'ai tout le temps contesté. Il faut l'envoyer en recommandé. En mettant la circulaire de 96, je crois que c'est Joxe qui avait fait ça, j'imprime le texte de loi et je surligne où il avait demandé au Ministère de l'Intérieur d'être tolérant avec les personnes qui faisaient les soins à domicile. Et c'est tout le temps passé. J'ai toujours été exonéré de la contravention. Ça m'arrivait une vingtaine de fois par an. Je devais quand même payer les frais de recommandé, 5 euros à chaque fois ».

(Julien, IDE, 36 ans, URB, collaborateur ou remplaçant depuis 6 ans)

Figure 70. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

La pression temporelle que ressentent les soignants en tournée peuvent les pousser à se garer trop rapidement. Ils essaient souvent de trouver une place de stationnement au plus près de chez leurs patients,

même si l'emplacement n'est pas autorisé ou que la voiture n'est pas bien stationnée, dans le but d'optimiser le temps « perdu » consacré au déplacement. C'est le cas d'Elodie, kinésithérapeute qui s'est installée à son compte un mois et demi auparavant. Elle a déjà adapté sa technique de stationnement pour optimiser justement son temps de tournée, tout en n'étant pas très satisfaite des conséquences gênantes de son choix pour les autres types d'usagers :

« Il y a un mois et demi, j'essayais de me garer consciencieusement, maintenant un petit peu moins. [Elle rit] parce que sinon on perd trop de temps. Des fois par exemple chez une patiente, je me gare sur le trottoir et du coup il y a une piste cyclable donc je me dis que je suis à moitié sur la piste cyclable, ce n'est pas bien. Mais bon je n'ai pas le choix. [Elle rit] Sinon il faut que je fasse tout le tour du pâté de maison pendant un quart d'heure pour trouver une place donc je me dis et bien tant pis je me gare et puis je fais ma séance, ça dure 20 minutes et puis voilà. Bon il y en a d'autres qui le font je ne suis pas la seule mais... ».

(Elodie, MK, 30 ans, URB, titulaire depuis un mois et demi)

Elodie estime tout de même « faire attention de laisser une place pour les poussettes ou les fauteuils, je me colle jamais contre le trottoir non plus », mais reconnaît qu'elle est souvent garée de façon non autorisée « concrètement oui, ils auraient pu me mettre un PV ».

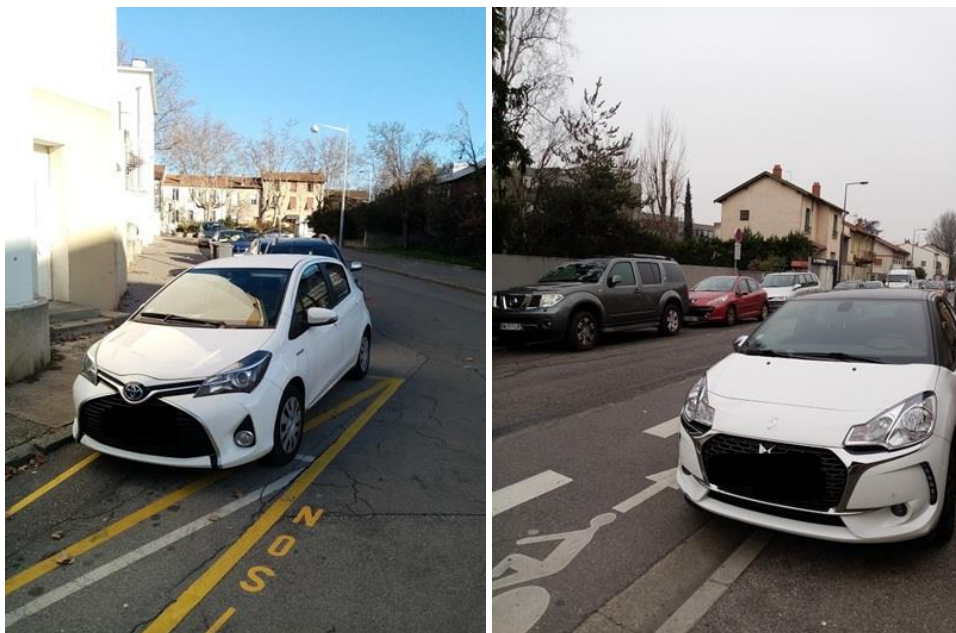
Aude, infirmière de 36 ans exerçant en zone urbaine, préfère également risquer une amende mais estime s'en sortir assez bien pour le moment :

« C'est très rare que j'ai une amende. Depuis 2015, j'ai dû en avoir trois ou quatre. Par contre, si j'en ai c'est parce que je suis mal garée. Accès pompiers, livraison, double file.... L'amende est de 135 €, ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps, chez une dame où je ne reste même pas dix minutes, j'étais garée en double file avec les warnings et avec la pancarte "en soins" avec le numéro de téléphone, si ça gêne ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Malgré la précaution prise de laisser un mot en vue sur son pare-brise, cela ne l'a pas empêché de se faire sanctionner pour stationnement gênant.

Figure 71. Stationnements gênants de véhicules de soignants observés, en zone urbaine



Crédit photo : Pierrine Didier, novembre 2019

Certains soignants en zone urbaine évitent d'accepter des patients à domicile qui résideraient dans des endroits qu'ils estiment trop problématiques d'accès ou au stationnement difficile. Aude, infirmière de 36 ans, a notamment mis en place une alternative : elle va se garer chez les patients dont elle possède la clé ou le bip de portail, pour aller voir d'autres patients qui résident à proximité. Le fait que les patients lui laissent leurs clés lui permet de « jongler » entre plusieurs emplacements potentiels, y compris les jours où elle ne va pas voir ces patients en question. Ses possibilités de stationnement sont ainsi plus importantes dans le quartier qu'elle couvre avec sa tournée. Elle explique sa stratégie :

« Il y a beaucoup de résidences où les patients ouvrent ou bien parfois on a le badge pour se garer. [...] Là on va voir Madame G. Si je ne trouve pas de place dans la rue, je peux aller me garer chez Madame C. qui habite juste en face et j'ai la clé qui ouvre le portail. [...] Si je vois pas de place libre dans la rue j'y vais direct. Mais il faut que je descende de la voiture, que j'ouvre le portail... Des fois si j'ai une place dans la rue ça va quand même plus vite ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Dans une tournée d'infirmière chronométrée, l'objectif est de gagner du temps sur des parcours quotidiens, d'optimiser au mieux le trajet mais également le stationnement, pour ne pas perdre trop de temps, notamment à marcher jusqu'au domicile.

3.2.4 Résumé des problématiques de déplacements en zones urbaines

Parmi les inconvénients lors des déplacements en zones urbaines les plus fréquemment cités par les soignants rencontrés, on peut noter :

- la circulation (embouteillages, passage des camions poubelle, heure de pointe, marchés, accidents de la circulation, événements en ville bloquant partiellement la circulation (fêtes foraines, manifestations, etc.) ;
- la fatigue liée à la conduite en ville et à la vigilance qu'elle suppose,
- le stationnement à cause de l'absence de places de parking, de la densité du parc automobile et de la multiplication des contrôles ;
- les zones de travaux sur la voie publique,
- les aléas matériels (crevaison, voiture en panne),
- les aléas climatiques (neige, verglas, forte pluie, etc.),
- les dépenses liées à l'utilisation de la voiture (essence).

3.3 Problématiques de déplacement en zones rurales

3.3.1 L'omniprésence de la voiture en zone rurales

Comme l'ont montré les résultats de l'enquête quantitative, la voiture est très majoritairement, voire exclusivement, utilisée en zones rurales, du fait des kilomètres parcourus, de l'autonomie qu'elle procure et de l'absence d'alternatives sur ces territoires.

Les observations qualitatives réalisées en zones rurales ont montré la même chose : tous les soignants se déplacent en voiture. Seules exceptions, nous avons pu observer des déplacements réalisés à pied, entre

deux domiciles de patients habitant le même hameau. Clara, médecin de 37 ans en zone rurale, prend quant à elle sa voiture même lorsqu'elle doit faire des consultations dans le village dans lequel se situe son cabinet :

« Comme des fois c'est des tournées de visites pour lesquelles je dois prendre ma voiture, j'y vais directement en voiture. J'ai pas pris l'habitude de faire autrement »

(Clara, MG, 37 ans, RUR, installée depuis 5 ans)

Elle se déplace également toujours avec son matériel de secours, qui lui sert si elle est appelée par le Samu pour une intervention d'urgence (Figure 72) :

« Ça c'est du matériel d'urgence, c'est un scop, défibrillateur, électrocardiogramme. Ça c'est le sac que je prends en visite, tensiomètre, stéthoscope, le minimum. Et un ordinateur sur lequel j'ai tous les dossiers des patients. Et les gros sacs rouges c'est le complément. Tensiomètre, électro, défibrillateur, là c'est pour poser une voie rapidement et là tout pour perfusion, intubation. Je suis médecin correspondant Samu, si jamais il y a une grosse urgence et que le Samu met du temps à arriver je peux intervenir ».

(Clara, MG, 37 ans, RUR, installée depuis 5 ans)

Figure 72. Matériel transporté par Clara, MG, lors de chacune de ses tournées



Crédit photo : Pierrine Didier, septembre 2021

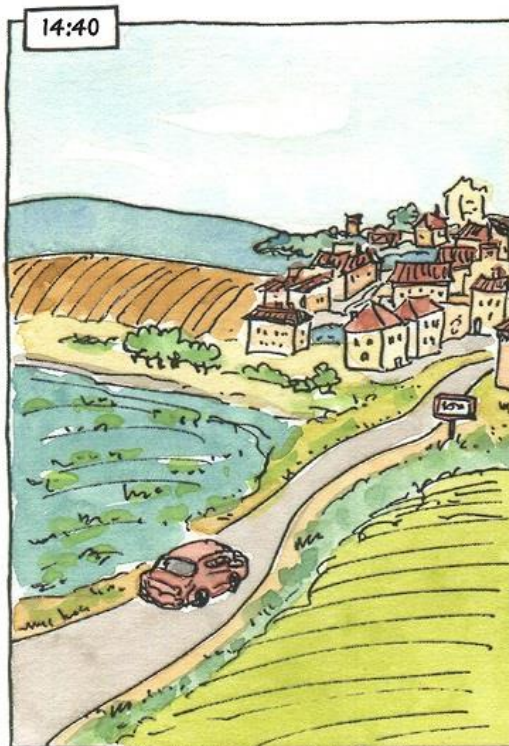
La voiture, à l'arrêt, peut également servir de lieu de pause, entre deux trajets ou au milieu d'un trajet en cas de fatigue, pour faire une sieste. Louise, infirmière de 45 ans en zone rurale, parcourt plus de 180 km par jour. Afin d'éviter l'endormissement au volant, elle s'est déjà accordé des pauses, sur les routes de montagne :

« C'est arrivé trois ou quatre fois m'arrêter dix minutes parce que je sens que j'y arrive plus, m'arrêter 10 min, faire une petite sieste et repartir ».

(Louise, IDE, 45 ans, RUR, installée depuis 6 ans)

L'habitacle protégé de la voiture sert également à faire les pauses repas rapide, pour manger un sandwich ou grignoter. Les soignantes restent également dans leur voiture pour passer les appels qui ne peuvent pas attendre leur retour au cabinet, qu'elles soient à l'arrêt ou en route (voit Figure 59 p. 98).

Figure 73. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste (cf. Annexe 7 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

3.3.2 Alternatives en cas de panne en zones rurales et urbaines

Les soignants n'ayant pas d'autres alternatives que la voiture pour se déplacer disposent souvent d'une ou plusieurs possibilités pour faire face aux aléas de ce moyen de transport, en cas de panne, de grosse réparation ou d'accident. Louise, infirmière de 45 ans en zone de montagne, dispose (en *leasing*) une voiture à usage professionnel, un 4x4 adapté aux routes de montagne (pour lequel elle dépense 1000 € par mois) mais a gardé une petite voiture, dont elle se sert très rarement, « *pour toujours être sûre d'en avoir une roulante* » explique-t-elle. Elle s'en sert également, dans son village lorsqu'elle fait ses tournées, « *les jours de marché où il y a beaucoup de monde, comme ça je me faufile, je me gare n'importe où* ». C'est sa « *voiture de secours* » :

« C'est tout bête mais l'autre jour j'avais plus de freins et de disques sur ma voiture et donc c'est un truc courant, sachant que je fais à peu près 60 000 km par an, donc j'emmène la voiture au garage pour qu'il les change... et en fait non il y a une rupture nationale de disques, ils ont dû en commander à l'étranger donc ils ne savaient pas combien de temps... heureusement j'ai ma voiture de secours ».
(Louise, IDE, 45 ans, RUR, installée depuis 6 ans)

En zones rurales, les soignants peuvent généralement compter sur les garagistes auxquels ils font souvent appel pour l'entretien de leurs voitures, afin de gérer un dépannage ou un prêt de voiture, au moins le temps de finir la tournée. Louise décrit la « *très bonne ambiance* » et la forte solidarité qui règne dans son village, entre les habitants. Elle sait qu'elle peut compter sur son garagiste :

« C'est déjà arrivé que j'appelle mon garagiste en disant au secours ma voiture elle fait de la fumée blanche et en fait je suis arrivée, j'ai déposé ma voiture dans son garage, il m'a prêté sa voiture à lui, sa voiture tournait, était en train de chauffer en disant vas-y, jette tes affaires, repars ! »
 (Louise, IDE, 45 ans, RUR, installée depuis 6 ans)

Figure 74. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale
 (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Certains soignants peuvent compter sur le véhicule de leur conjoint, dans la mesure où celui ou celle-ci, ne s'en sert pas au moment du besoin.

Dans le cas des infirmières, pour lesquelles reporter les soins prévus sur une tournée peut être difficile et problématique, il s'agit de faire face aux imprévus et de terminer la tournée coûte que coûte. Les conjoints ou autres membres de la famille sont souvent appelés en renfort pour faire face aux aléas de déplacements afin de visiter les derniers patients dans les temps. Aude, infirmière en ville, explique comment elle a fait face à sa panne de voiture :

« L'autre fois elle est tombée en panne, je me suis trouvée un peu embêtée, heureusement c'était le soir et pas le matin. J'étais chez Mme R, la troisième patiente, j'ai appelé la dépanneuse pour qu'elle vienne. Je suis allée à pied chez l'autre dame, après j'ai appelé mon mari et on a fini la tournée ensemble, il m'a emmenée chez les autres patients ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Une autre option, pour les soignants en ville, est de choisir la marche à pied, pas toujours possible en fonction des distances, ou bien de prendre des moyens de transports en libre-service, comme des vélos ou des trottinettes. Aude montre comment la réalisation d'une tournée peut être remise en cause par un imprévu : lors d'une tournée du matin, après s'être garée chez un patient, le portail s'est bloqué, avec sa voiture enfermée à l'intérieur. Ce « grain de sable » l'a amené à envisager différentes solutions, qui se sont révélées plus ou moins praticables, pour pallier l'indisponibilité de son véhicule habituel, avant de pouvoir le récupérer :

« On a essayé de remettre le portail avec une dame, impossible ! J'ai appelé le numéro, ils ne répondaient pas, donc j'ai dit c'est pas grave, je laisse ma voiture et je vais prendre un Vélov' il y

avait une station à côté, impossible, donc je suis allée à pied, et je me suis rendue compte que ce n'était pas si long que ça à pied. C'était faisable, mais ça fait une trotte. J'ai encore appelé mon mari, ça tombait bien il ne travaillait pas ce jour-là, il est venu me chercher. J'ai dit je vais prendre l'autre voiture à la maison, pour le boulot j'ai une petite voiture, une Twingo, et en familiale une plus grosse, et en repassant devant chez le patient, j'ai vu que le portail était ouvert donc j'ai pu la reprendre ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Pour Jacqueline, sage-femme en zone urbaine, les options en cas de panne de voiture pour faire les tournées sont les suivantes : « *le bus ou trottinette. Ou bien je loue une voiture ou je demande à quelqu'un de prêter une voiture. Mais ça ne m'est pas arrivé* ».

(Jacqueline, SF, 58 ans, URB, installée depuis 25 ans).

3.3.3 Problèmes spécifiques des zones rurales

En zones rurales, les soignants font face à des difficultés de déplacements propres au territoire et à sa topographie. Les GPS, souvent utilisé lors du premier déplacement chez un nouveau patient, ne permettent pas toujours de s'orienter correctement sur les routes de montagne. Lors de l'observation de la tournée d'Ariane, médecin de 32 ans, installée depuis peu dans un village, nous avons constaté cet aspect de l'orientation sur les routes rurales, qui fait partie intégrante de la tournée des soignants :

« Alors j'essaie de me rappeler parce que je suis venue il y a trois semaines. [...] Mes visites durent très longtemps parce que je suis toujours en train de me perdre dans la campagne. Je crois que c'est là. [Elle s'engage sur un petit chemin de gravier]. En fait, il n'y a aucun numéro de rues, ça ne marche jamais dans le GPS. Et les patients ont toujours une façon originale d'expliquer la route ».

(Ariane, MG, 32 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

Audrey, sage-femme de 31 ans installée depuis trois ans dans un village de la Loire, explique ses difficultés à trouver les adresses des patients alors qu'elle ne connaît pas encore très bien la région :

« Il y a quelques semaines, j'étais allée voir quelqu'un dans un petit village paumé et puis j'étais obligée de prendre une route, en fait c'est que le GPS m'a fait passer par une route, les gens m'ont dit après que c'était une route qui est seulement pour les piétons normalement ».

(Audrey, SF, 31 ans, RUR, installée depuis 3 ans).

Après quelque temps de pratique, la connaissance des routes et des raccourcis lors des tournées qui se répètent permet aux soignants d'optimiser leurs déplacements. Cet aspect peut être perçu comme une grosse contrainte par les remplaçants venant souvent sur des temps courts ou n'ayant pas l'habitude de conduire en montagne :

« La remplaçante quand elle est arrivée de sa tournée mercredi soir, vers 20h30, 21 heures, 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". J'ai dit "je vous avais dit que c'était la montagne". Et elle a répondu "Oui mais je pensais pas que c'était ça". Et ben oui, c'est la montagne ici ».

(Louise, IDE, 45 ans, RUR, installée depuis 6 ans)

Figure 75. Extrait des planches illustrées pour la profession de médecin généraliste (cf. Annexe 7 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Dans les zones de montagne que nous avons enquêtées, les principales difficultés liées aux déplacements concernent les animaux sauvages, la typicité des routes de montagne et le revêtement de certains chemins non goudronnés (en gravier ou en terre).

« Le plus pénible c'est la fatigue de la route, ça c'est sûr. Ça tournicote tout le temps, tout le temps, donc au niveau vigilance il faut pas flancher et puis les routes sont étroites, il y a des endroits on ne passe qu'à un, un et demi donc il faut regarder loin, quand il y a des travaux, vous êtes bloqué, et puis l'hiver ça glisse ».

(Catherine, IDE, 50 ans, RUR, installée depuis 2 ans)

D'autres difficultés sont spécifiquement liées aux saisons, comme la densité du trafic estival (vélo, moto, voiture, camping-car) sur des routes étroites l'été ; la neige et le verglas l'hiver.

« Souvent il y a les animaux, il y a quand même pas mal d'animaux sauvages comme les chevreuils, les sangliers... Les vélos, les motos. Et en plein hiver c'est la neige, le verglas. Ça m'est arrivé une fois, j'étais sur une plaque de verglas, je n'arrivais pas à avancer. J'étais au bord d'un ravin et j'ai appelé mon mari en lui disant exactement ma position [...]. J'étais en haut-parleur en lui disant "J'essaye d'avancer et je ne sais pas dans quel sens je vais. Et si je recule et ben je tombe". Et puis non j'ai réussi à avancer. Je voulais donner exactement à mon mari ma position pour me retrouver si jamais... ».

(Louise, IDE, 45 ans, RUR, installée depuis 6 ans)

Les quelques jours où de fortes chutes de neige empêchaient les voitures de circuler, Louise, l'IDE en zone rurale, a dû s'organiser pour annuler sa tournée tout en maintenant la continuité des soins pour certains

patients. L'hiver, elle explique être très attentive aux prévisions météorologiques. En prévoyant la veille pour le lendemain, elle a fait appel à l'entourage familial ou au voisinage de ses patients, notamment pour les mesures de glycémie et les piqûres d'insuline.

Figure 76. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

3.3.4 Résumé des problématiques des déplacements en zones rurales

Parmi les inconvénients lors des déplacements en zones rurales les plus fréquemment cités par les soignants rencontrés, on peut noter :

- la fatigue liée au nombre de kilomètre parcouru et à aux routes rurales / de montagne ;
- les aléas matériels (crevaisin, voiture en panne),
- le coût de l'entretien et du fonctionnement de la voiture (essence, pneus, réparations, révisions) ;
- les aléas climatiques (neige, verglas, forte pluie, etc.),
- la densité du trafic estival (dans les zones touristiques),
- les animaux sauvages pouvant causer des accidents.

Figure 77. Extrait des planches illustrées pour la profession d’infirmière libérale (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

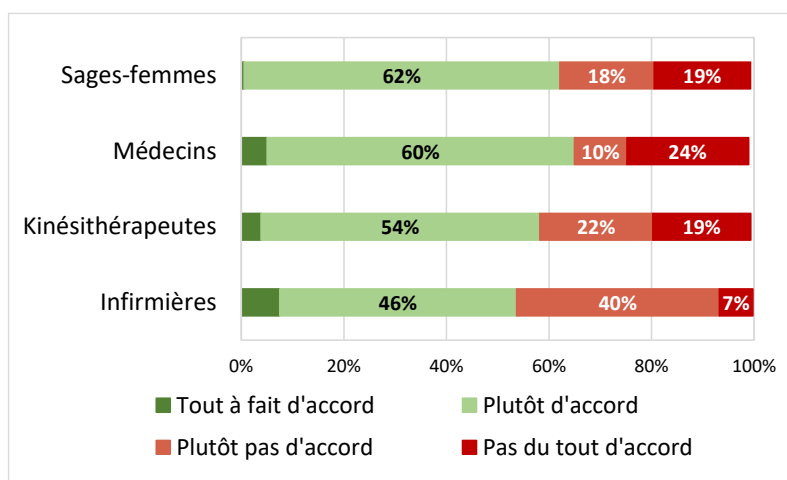
3.4. De forts enjeux de sécurité liés aux déplacements pour la VAD

Compte tenu de l'importance prise par les déplacements pour VAD dans les journées de travail des soignants, leur perception des conditions de sécurité constitue un enjeu important. L'insécurité ressentie peut renvoyer à deux risques de nature différente, le risque d'accident de la route (insécurité routière) et le risque de vol ou d'agression (insécurité personnelle) qui font l'objet, chacun, d'une question dans l'enquête quantitative. De plus, le risque d'accidents routiers est revenu dans les entretiens, notamment en zones rurales. Et le risque de vol ou d'agression fait également partie des difficultés mentionnées de façon spontanée par les répondants à l'enquête web.

3.4.1. Un risque routier assez largement perçu...

De façon globale, le risque d'accident routier est fortement ressenti par les soignants : un médecin sur trois, près de quatre sages-femmes sur dix, plus de quatre kinésithérapeutes sur dix et même près d'une infirmière sur deux (Figure 78). Il est assez logique que la proportion soit la plus élevée chez les infirmières, profession qui parcourt le plus de kilomètres et consacre le plus de temps aux déplacements pour la VAD (qui plus est, souvent de nuit très tôt le matin, ou le soir).

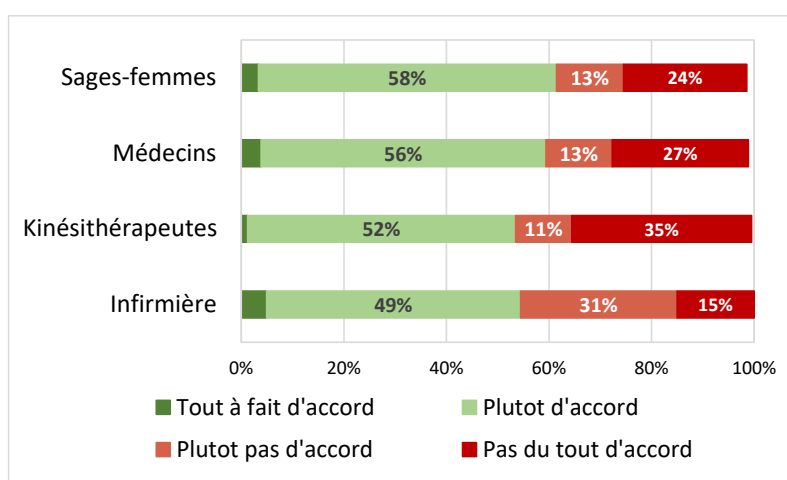
Figure 78. Opinions sur la proposition : « Dans le cadre de mon activité professionnelle, je me sens en sécurité lorsque je me déplace (vis-à-vis du risque d'accident routier) »



3.4.2. ... Et un risque d'agressions ou de vols encore un peu plus partagé

La Figure 79 montre que le risque d'agression ou de vol est un peu plus fortement ressenti encore que le risque d'accident routier. La part de soignants mentionnant ce risque est égale – chez les sages-femmes et les infirmières – ou supérieure – kinésithérapeutes, médecins – à la proportion de chaque profession mentionnant le risque routier. Et dans ce total, la part se déclarant « pas du tout d'accord » avec l'affirmation proposée est systématiquement supérieure pour le risque personnel, avec notamment un ressenti très fort chez les kinésithérapeutes (plus d'un sur trois).

Figure 79. 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) »



3.4.3. Des risques qui touchent les soignants quel que soit le territoire d'exercice

La prise en compte du territoire d'exercice permet de préciser ce constat global d'une prégnance des deux types de risques dans la façon dont les soignants perçoivent leurs déplacements professionnels. Les caractéristiques territoriales n'ont pas le même impact d'une profession à l'autre :

- Chez les infirmières, les deux risques (accident routier / vol, agression) sont très largement ressentis (avec respectivement 56 % et 51 %). En zones rurales périurbaines, le risque d'agressions (52 % des soignants), est plus largement ressenti qu'en zone urbaine de densité intermédiaire et en zones rurales autonomes (39 %). Le risque routier est le moins largement ressenti en zone urbaine de densité intermédiaire (40 %). Il l'est assez fortement en zone rurale autonome (46 %).
- Concernant les kinésithérapeutes, le risque routier est le plus largement ressenti en zone rurale périurbaine (45 %), et le moins en zone rurale autonome (33 %), comparés à 42 % en moyenne en zones urbaines. En revanche, le risque de vol ou d'agression est plus largement ressenti en dehors des agglomérations urbaines : 57 % en zones rurales périurbaines et 56 % en zones rurales autonomes, contre 39 % lorsque le lieu d'exercice est situé en zone urbaine dense et 46 % lorsqu'il est en zone urbaine de densité intermédiaire.
- Les médecins exerçant en zone rurale sont proportionnellement plus nombreux à percevoir le risque routier que ceux qui exercent en zone urbaine : ils sont 43 % en rural périurbain et 37 % en rural autonome contre 33 % en urbain de densité intermédiaire et 31 % en urbain dense. De même, concernant le risque de vol ou d'agression, un gradient urbain – rural est observé : ce risque est présent pour 30 % des médecins en urbain dense, 43 % en urbain intermédiaire, 49 % en zones rurales autonomes, comme en zones rurales sous influence urbaine.
- Enfin, si les sages-femmes ressentent majoritairement le risque de vol ou d'agression en zones rurales autonomes (57 %), ce n'est pas le cas en zones rurales périurbaines (32 %, soit un taux inférieur aux territoires urbains intermédiaires). Le risque d'accident routier est moins souvent relevé en rural autonome que dans les autres zones, et notamment dans les zones urbaines intermédiaires (43 %). En milieu urbain dense, la perception des deux risques (36 % pour le risque routier et 27 % pour le risque personnel) apparaît relativement moins diffuse au sein des sages-femmes qu'elle ne l'est dans les autres territoires.

A la dimension économique, au temps consacré aux déplacements, à la fatigue engendrée par les déplacements, au risque de panne du véhicule, s'ajoutent ainsi des problématiques liées à la sécurité routière et à la sécurité personnelle. Même si de tels risques ne sont évoqués « 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. Mais il ne laisse aucune profession indifférente, quel que soit le territoire d'exercice.

Le risque perçu de vol ou d'agression est lui aussi très présent, partagé par les différentes professions, y compris en milieu rural. 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.

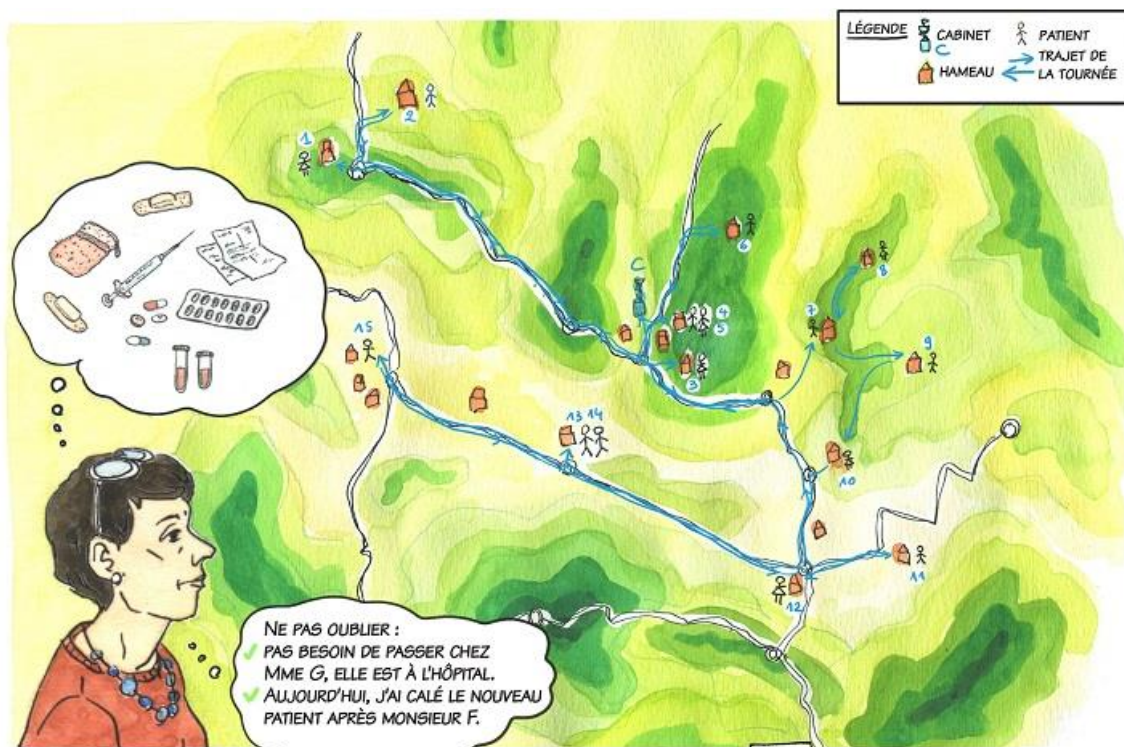
3.5. Les possibilités d'adaptation dans la pratique des VAD

3.5.1. Limitation du périmètre des tournées

Certaines professions, telles que les infirmières et les kinésithérapeutes, ont la possibilité de limiter le périmètre de leur tournée en zone urbaine compte tenu de l'offre importante à proximité. Une limitation du périmètre, même si elle n'est pas imposée par les autorités de santé, est d'ailleurs perçue par certains soignants comme une conduite à tenir afin de respecter le secteur des soignants alentour. Jonathan, infirmier de 37 ans en zone urbaine, explique qu'il limite sciemment le territoire sur lequel il accepte de nouveaux patients :

« Moi je ne vais pas dans le quartier de la C. J'ai refusé d'aller là-bas faire des perfusions à 75 euros la perfusion, qui m'auraient fait exploser mon chiffre d'affaires... Mais non, je n'ai pas à aller là-bas. Je me limite moi-même, oui ! Il faut bien ! Pour des raisons déontologiques ! Et ça paiera. Parce que si on commence à sectoriser et que tout le monde arrête de faire n'importe quoi et arrête de prendre tous les patients ou de prendre personne parce qu'il a pas envie, parce qu'on va déjà trop loin, et ben on pourrait se recentrer, faire notre tournée à pied... C'est possible. Il faut se dire que ce métier on peut bien gagner sa vie mais on s'enrichira pas. Il y a des gens qui s'enrichissent, mais c'est pas honnête. Ils sont pas déontologiques, ils prennent tous les soins ».
(Jonathan, IDE, 37 ans, URB, installé depuis 6 ans)

Figure 80. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Pour les aides-soignantes et les médecins, cette limitation du périmètre des tournées est envisageable même si elle n'est pas toujours réalisée : il s'agit de répondre à la demande et de pallier le refus de certains cabinets de faire des VAD.

Pour les sages-femmes, cette limitation du périmètre peut être un peu plus difficile, même en zone urbaine, d'une part car les patientes qui nécessitent des VAD ne sont pas forcément concentrées au même moment dans un même quartier, et d'autre part car la concurrence dans les zones sur-dotées peut amener les sages-femmes à accepter toutes les patientes qui les appellent, en dépit de leur localisation.

« Le nombre de sages-femmes libérales sur le Rhône ne fait qu'augmenter, moi quand je me suis installée en 2013 on était 120 je crois et là on doit être à 260 donc voilà ça montre quand même une grosse progression avec forcément toutes les tensions qui peuvent aller avec, dans beaucoup de secteurs ».

(Claire, SF, 35 ans, URB, installée depuis 7 ans)

En zones rurales, il est plus difficile pour toutes les professions de limiter leur périmètre d'intervention. Les patients habitent plus loin les uns des autres, et la zone couverte par le soignant dans ses déplacements est donc plus étendue qu'en zone urbaine. Les soignants ne peuvent théoriquement demander un remboursement d'un déplacement qu'à partir du cabinet le plus proche du patient. Il existe cependant une tolérance de la part de la CPAM dans le contrôle de cette réglementation, afin de pallier le refus de certains cabinets de se déplacer et dans le but que chaque patient ait accès aux soins à domicile.

Lena, sage-femme récemment installée en zone rurale, s'est entendue avec une collègue qui réside à une heure de route, pour se répartir les périmètres d'intervention pour les VAD. Son propre périmètre est étendu, elle peut rouler plus de 40 minutes en voiture pour atteindre les communes en bordure de sa zone :

« Sur le territoire à couvrir, j'ai une collègue qui exerce [dans la petite ville à 1h de route] donc un peu plus bas dans la vallée, avec qui on s'est "partagé" le territoire donc on fait en sorte qu'elle fasse la partie basse de la vallée et moi la partie haute de la vallée donc c'est assez inaccessible les endroits où je vais ».

(Lena, SF, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région)

3.5.2. Une réduction du périmètre d'intervention avec le temps et l'expérience

En zones urbaines, la limitation à un secteur géographique se fait généralement au bout de quelques temps d'installation, lorsque le cabinet « tourne bien ». Aude explique que le cabinet dans lequel elle est collaboratrice depuis plusieurs années a restreint au fil des années son périmètre d'intervention :

« Je crois qu'au tout début quand mes collègues ont ouvert le cabinet, elles faisaient un peu toute la ville, tous les quartiers, même les plus éloignés, parce qu'elles venaient d'ouvrir, il fallait des clients, mais maintenant que ça tourne bien, on reste dans le secteur géographique ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

Pour Marc, kiné en zone urbaine, il s'est passé la même chose :

« Moi j'en ai eu fait beaucoup des domiciles, quand j'ai démarré et que j'avais pas beaucoup de boulot. Je prenais tout ce qui venait. Je me déplaçais beaucoup, j'allais loin [...]. Il m'est arrivé d'aller à [9 km], c'est n'importe quoi ! Et aujourd'hui, le déplacement à domicile s'est vraiment réduit autour du cabinet. Et je prenais même des patients dans le coin avec des pathologies qui ne m'intéressaient pas, qui n'étaient pas rémunératrices, mais ça permettait, derrière un patient pas

très rémunérateur entre guillemets d'avoir une famille, peut-être le conjoint, les voisins, les enfants, les petits-enfants. C'est par bouche à oreille que le cabinet s'est développé. Après j'ai réduit mon activité en termes de géographie ».

(Marc, MK, 56 ans, URB, installé depuis 25 ans)

Cette stratégie de prendre toutes les demandes de soins pour augmenter son volume d'activité au démarrage n'est toutefois pas sans inconvénients. Ainsi, Elodie, kinésithérapeute qui vient de s'installer, remarque qu'elle a un peu trop vite accepté des demandes de prises en charge à domicile qui s'avèrent être trop éloignés du périmètre dans lequel elle aurait souhaité rester, et qu'il est ensuite difficile d'abandonner.

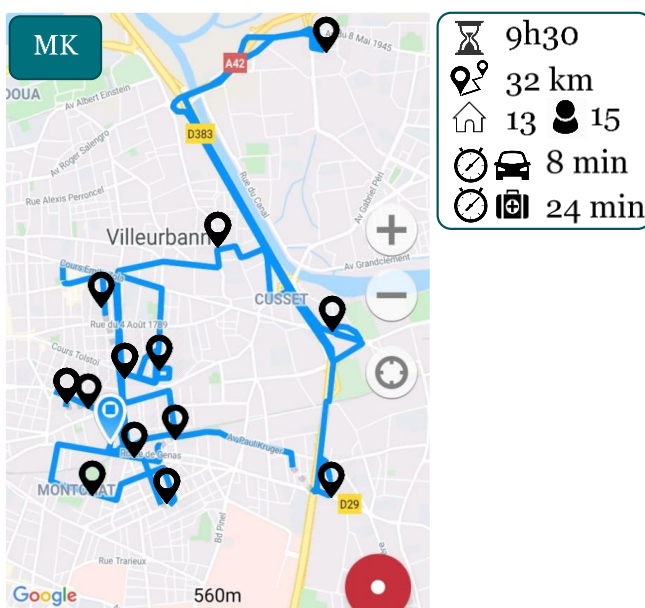
« Maintenant je refuse des patients, mais au début, il y a un mois, non. Là c'est vraiment le bon exemple, quand j'ai commencé, j'ai un peu élargi mon périmètre au début parce que forcément je me suis dit "et bien je démarre donc je ne vais pas refuser les patients". Donc j'ai accepté des patients sur V. Ça me fait un peu loin. [...] Ça m'excentre, mais bon, j'ai dit que j'y allais... Je l'ai pris au début quand j'ai commencé et maintenant je peux pas le laisser. Mais c'est vrai que c'est pas facile parce que je me dis il y en a qui trouvent vraiment pas et y'en a qui reste sans soin parce qu'ils trouvent personne ».

(Elodie, MK, 30 ans, URB, titulaire depuis un mois et demi)

Cette spécificité est visible sur la carte de sa tournée, issue du relevé des lieux visités (Figure 81). Cette carte, et les suivantes, présentent des exemples de tournées observées selon les territoires et figurent plusieurs informations, dont la durée de la tournée, les kilomètres parcourus et le nombre de lieux visités en fonction du nombre de patients vus.

On voit clairement qu'une visite excentre Elodie du périmètre sur lequel elle souhaiterait concentrer son activité. Cette visite l'amène à prendre la voie rapide pour atteindre cette commune limitrophe, et représente à elle seule une part importante du total des distances parcourues lors de la tournée.

Figure 81. Carte de déplacement de la tournée d'un kinésithérapeute en zone urbaine avec une visite excentrée



Lecture de la légende : La tournée d'une durée de 9h30 (avec une pause de 1h30 entre la tournée du matin et celle de l'après-midi) a fait parcourir à la kinésithérapeute 32 km. Elle a visité 13 lieux pour voir 15 patients. Son temps moyen de déplacement, en voiture, entre deux domiciles, a été de 8 min et son temps moyen de soins, de 24 min par patient.

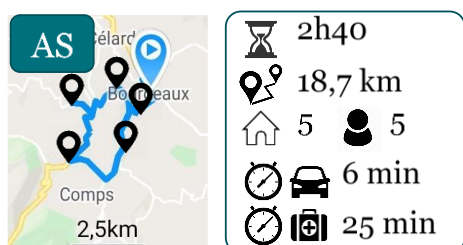
3.5.3 Une organisation des circuits en fonction du nombre de patients visités et du territoire

Afin d'optimiser leurs tournées, les soignants adoptent différentes stratégies, comme par exemple essayer d'organiser les soins de plusieurs patients habitant le même village, le même quartier ou le même immeuble l'un après l'autre, ou encore essayer de réaliser une boucle depuis le lieu de départ.

Ainsi, cette carte montre une tournée en boucle entre les patients visités pour le soin, à partir du local de l'association (Figure 82). Cette aide-soignante parvient à s'organiser au mieux, en fonction des patients à visiter et de la topographie du territoire. Elle explique :

« Là j'ai déjà fait la première et la troisième, comme prévu sur le planning. Et la deuxième je l'ai pas encore faite. Elle est à domicile mais dans le village. Je vais rester sur les hauteurs, sinon ça fait redescendre pour remonter, c'est juste pour une mise de bas de contention. Déjà que là je suis obligée de remonter un peu dans la montagne, mais je vais pas redescendre encore plus bas ».
(Erica, AS, 52 ans, RUR, fait des domiciles depuis 1 an)

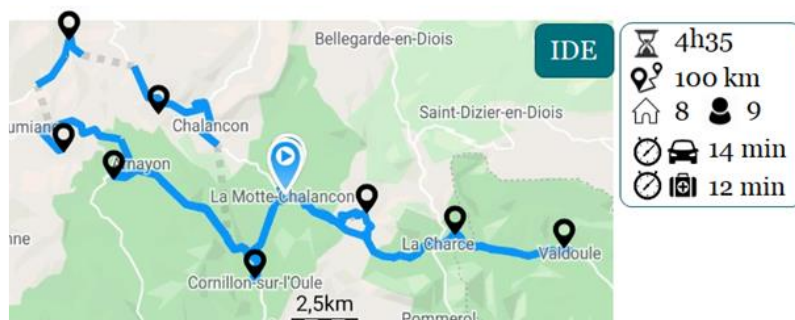
Figure 82. Carte de déplacement de la tournée d'une aide-soignante en zone rurale



Lecture de la légende : La tournée, d'une durée de 2h40, a fait parcourir à l'AS 18,7 km. Elle a visité 5 lieux pour voir 5 patients. Son temps moyen de déplacement entre deux patients a été de 6 min, en voiture, et son temps moyen de soins, de 25 min par patient.

Sur la carte suivante, qui représente la tournée d'une infirmière en zone rurale (Figure 83), le repère bleu signifie l'emplacement du cabinet. Les pointillés sur la carte témoignent du non-fonctionnement de l'enregistrement GPS à certains endroits dans la montagne. Sur cette tournée, effectuée en partie en boucle, on constate que l'infirmière n'a combiné qu'en un seul endroit une visite à deux patients (un couple). Les autres patients se situent tous dans des villages ou des hameaux éloignés les uns des autres.

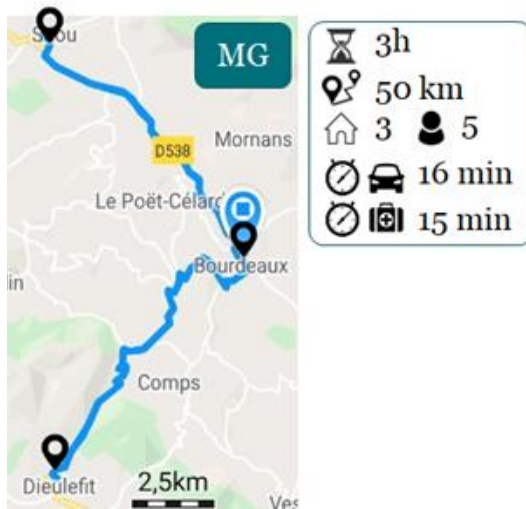
Figure 83. Carte de déplacement de la tournée d'une infirmière en zone rurale



Lecture de la légende : La tournée, d'une durée de 4h35, a fait parcourir à l'IDE 100 km. Elle a visité 8 lieux pour voir 9 patients. Son temps moyen de déplacement entre deux domiciles a été de 14 min, en voiture et son temps moyen de soins, de 12 min par patient.

L'exemple suivant montre qu'il n'est pas toujours possible pour le soignant d'organiser sa tournée en « boucle ». Dans le cas de ce médecin généraliste en zone rurale, les domiciles des patients visités se situent de part et d'autre de son cabinet. La topographie du territoire rural l'oblige à « revenir sur ses pas » et repartir dans l'autre sens pour effectuer ses autres visites.

Figure 84. Carte de déplacement d'une tournée de médecin en zone rurale



Lecture de la légende : La tournée, d'une durée de 3 h, a fait parcourir au MG 50 km. Il a visité 3 lieux pour voir 5 patients. Son temps moyen de déplacement a été de 16 min, en voiture et son temps moyen de soins, de 15 min par patient. Ce MG a pu combiner en deux lieux des visites à deux patients à chaque fois. Il s'agissait de visites en EHPAD, où il est plus aisé, de grouper les visites.

Dans l'exemple suivant, le kinésithérapeute regroupe ses visites (deux dans le même village) dès qu'il en a l'occasion pour faciliter les temps de déplacement, qu'il fait donc à pied entre les domiciles du même village. Lors de ses journées consacrées aux VAD, il essaie de regrouper les patients d'une même vallée le matin, prend des rendez-vous au cabinet « entre midi et deux » et regroupe les VAD dans une autre vallée, à l'opposé de la première, l'après-midi.

Figure 85. Carte de déplacement de la tournée d'un kinésithérapeute (n°1) en zone rurale



Lecture de la légende : La tournée, d'une durée de 3h30, a fait parcourir 51 km au masseur-kinésithérapeute. Il a visité 4 lieux pour voir 6 patients. Son temps moyen de déplacement a été de 10 min en voiture et son temps moyen de soins, de 22 min par patient.

Son cabinet (repère bleu) est le point à partir duquel il rayonne et qui lui sert de « *base centrale* ». Il explique optimiser ces déplacements pour une question de rentabilité de l'activité, mais ce mode d'organisation lui permet également de limiter la fatigue générée par les déplacements :

« 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. Ma collègue va au sommet du col de R., si vous n'avez que cette personne ça fait quand même 25 km, pour l'aller, c'est quand même de la route de montagne, ça fait 40-50 min en roulant très fort. Deux domiciles 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 ».

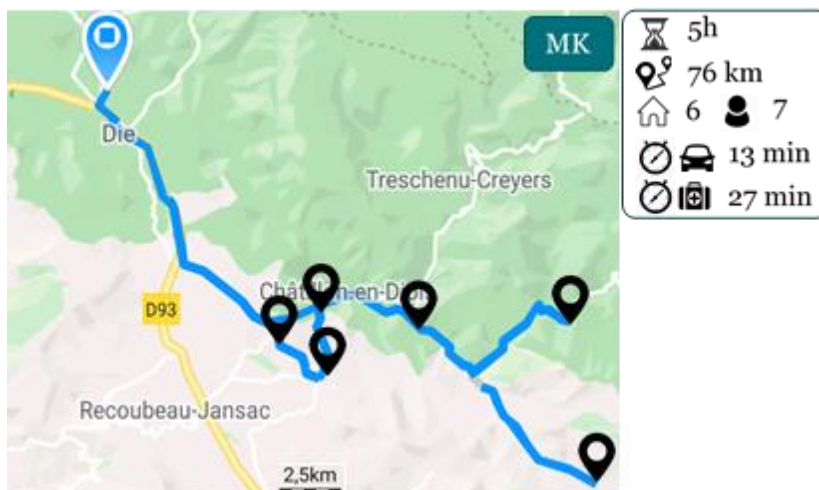
(Michel, MK, 62 ans, RUR, installé depuis 30 ans)

Ce kinésithérapeute a quant à lui pour habitude de commencer par les domiciles les plus éloignés de son point de départ, afin de gérer au mieux la fatigue qu'il peut ressentir sur la route, en fin de tournée (Figure 86) :

« Comme ça, quand je finis, je suis au plus près de chez moi alors que si je finissais à l'autre bout, il faudrait que je refasse toute la route. À l'heure où je commence à avoir faim, je pique des pois [je m'endors]... Je remarque que depuis que je prends plus de petit dej, ça m'arrive moins. J'essaie d'arrêter de me coucher à 2 ou 3 heures du matin aussi. Sinon, je voyais bien que là, vers midi et demi 13 heures, on est là au volant qui sent la fatigue de barre, c'est hyper dangereux. Parce qu'en plus tu te dis ouais, c'est bon, j'ai fini, j'ai plus qu'à rentrer chez moi. Et je sais bien que c'est là qu'il y a des accidents. C'est là qu'on se mange un platane, c'est dans ces situations-là. Le dernier kilomètre. Quand j'étais à P., je rentrais en métro, je m'endormais dans le métro tous les soirs, je finissais à 7 heures et demie 8 heures ».

(Yves, MK, 44 ans, RUR, installé depuis 15 ans)

Figure 86. Carte de déplacement de la tournée d'un kinésithérapeute (n°2) en zone rurale



Lecture de la légende : La tournée, d'une durée de 5 h, a fait parcourir au kinésithérapeute 76 km. Il a visité 6 lieux pour voir 7 patients. Son temps moyen de déplacement en voiture entre deux domiciles a été de 13 min et son temps moyen de soins de 27 min par patient.

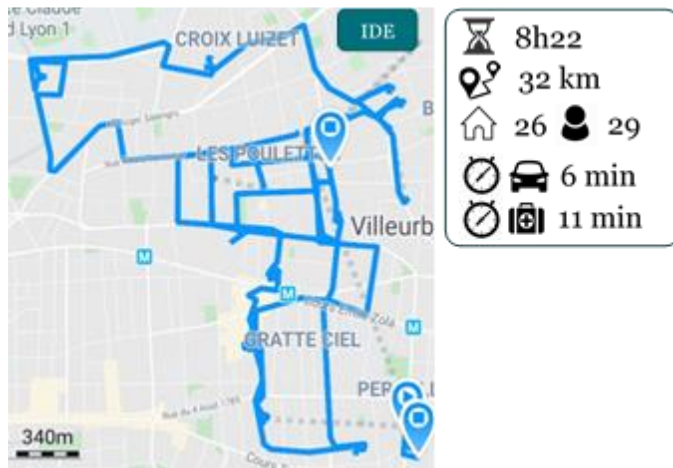
Figure 87. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

L'observation de tournée d'une infirmière en milieu urbain, montre bien comment elle quadrille les quartiers dans lesquels elle se rend en fonction du lieu de vie des patients, mais également de la circulation et pour la recherche d'une place de stationnement (Figure 88). En zone urbaine, il est plus fréquent pour le soignant de repasser plusieurs fois au même endroit, compte tenu des courtes distances des déplacements. Cependant, comme le note Bouchayer (2010) dans le cas des infirmières, les soignants des zones urbaines cherchent à optimiser leurs tournées pour limiter les pertes de temps liées au déplacement et au stationnement. Ils organisent le plus souvent leurs tournées en réduisant les distances entre les domiciles visités, essayant de « caler » dans leur planning des patients vivant à proximité.

Figure 88. Carte de déplacement de la tournée d'une infirmière en zone urbaine



Lecture de la légende : La tournée, d'une durée de 8h22 (effectuée en deux temps, avec une pause de 4h entre la tournée du matin et celle du soir) a fait parcourir à l'IDE 32 km. Elle a utilisé la voiture et a visité 26 lieux pour voir 29 patients. Son temps moyen de déplacement, entre deux domiciles, a été de 6 min et son temps moyen de soins de 11 min par patient. Les mêmes « lieux » représentent ici un même appartement.

Toutefois, l'ordre des visites ne dépend pas que de la localisation des patients, il dépend également des types de soins réalisés. Les patients diabétiques devront être vus avant les repas et les patients nécessitant d'autres types de soins pourront donc être intercalés entre les soins nécessitant des horaires de passage fixes. Aude, l'infirmière qui réalise cette tournée, explique qu'elle prend en plus en compte les flux de circulation en ville en fonction des horaires :

« Je commence par les patients qui habitent [dans le quartier du cabinet] et je remonte ensuite jusque dans le nord du quartier et après je reviens revoir les mêmes patients avant la fin de la tournée du matin. Et le soir je pars du fond pour revenir par là car le cabinet est là et après je pose les clés au cabinet et je rentre chez moi, j'habite à côté. Il y a un sens où on repart du cabinet, on repart par là-haut et on revient pour aller revoir le midi, et le soir on fait l'inverse on remonte ».

(Aude, IDE, 35 ans, URB, collaboratrice depuis 5 ans)

3.5.4 Une répétition des tournées sur la semaine

Il est à noter que les tournées des soignants peuvent varier d'un jour à l'autre. L'enregistrement de traces GPS via l'application MobAccess a permis de recueillir des données de soignants volontaires. L'enregistrement des traces GPS de ce masseur-kinésithérapeute montre un schéma répétitif certains jours de la semaine.

L'exemple ci-dessous est obtenu à l'aide de l'outil de l'analyse de traces mobiles développé dans le cadre du projet (Figure 89). La Figure 90 visualise l'enveloppe territoriale (convex) de tournées de VAD d'un

kinésithérapeute exerçant en milieu rural, dans le Cantal sur les cinq jours ouvrables d'une même semaine. La distance moyenne parcourue est de 55 km par jour avec un temps moyen en déplacement de l'ordre d'1h30 à 2 h selon les jours. Le nombre de VAD réalisées s'élève à 5 par jour en moyenne. A travers cet exemple, apparaissent les régularités entre journées travaillées (les enveloppes des lieux fréquentés mardi et jeudi apparaissent très proches l'une de l'autre, de même que celles du lundi et du vendredi), mais cet exemple montre également qu'une certaine variabilité peut exister d'un jour à l'autre : les lieux fréquentés le vendredi, le lundi et *a fortiori* le mercredi, ne sont pas tout à fait identiques à ceux du mardi et jeudi.

Figure 89. Capture d'écran de l'outil de visualisation des traces mobiles. Ensemble des traces collectées sur une semaine par un soignant à l'aide de l'appli MobAccess

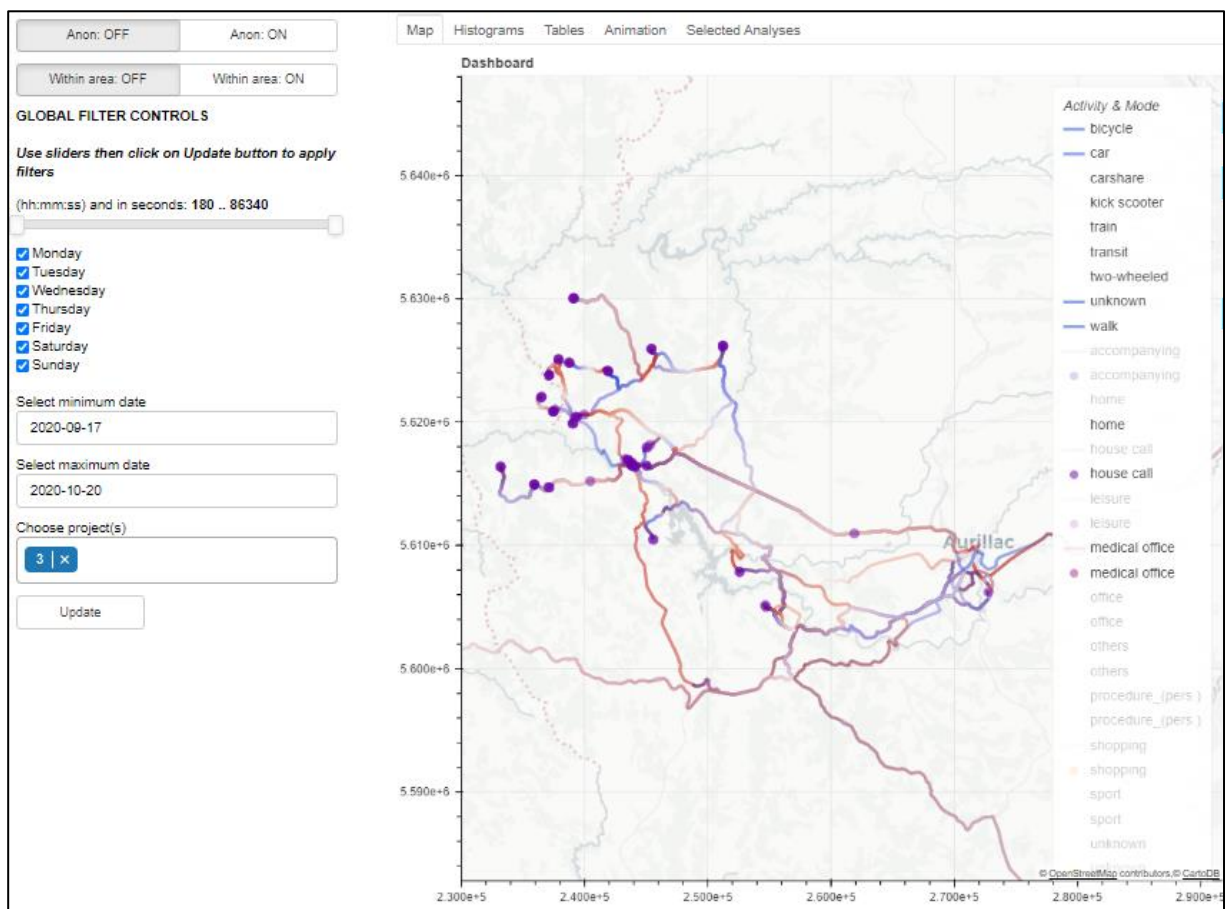
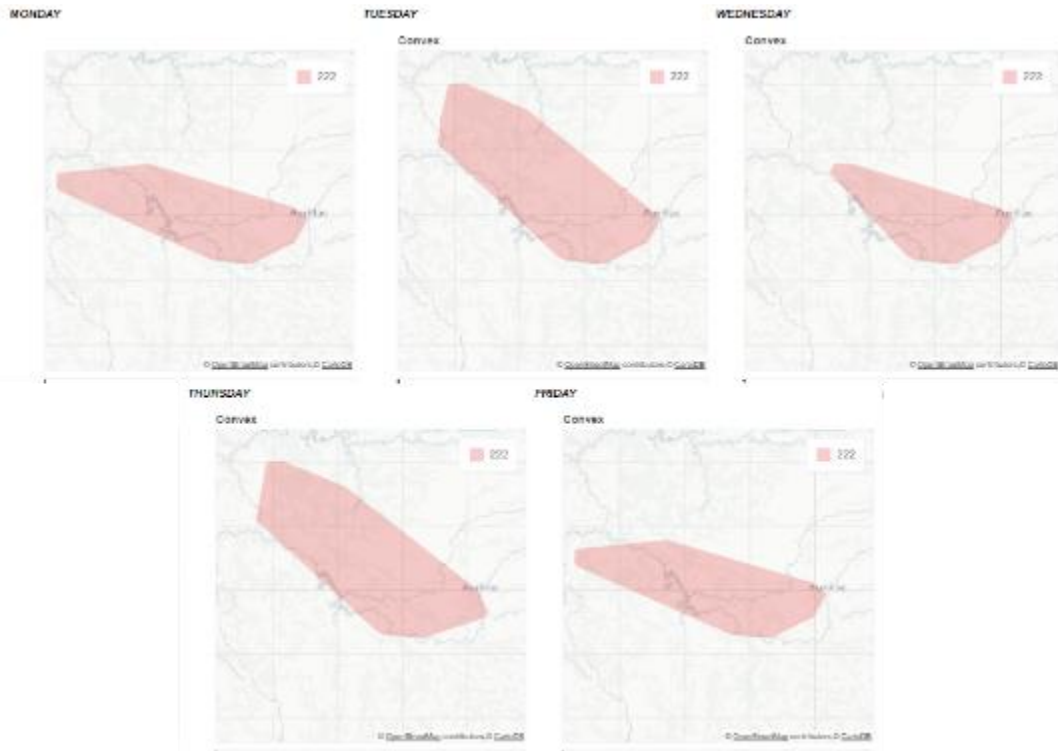


Figure 90. Enveloppes convexes journalières des lieux de VAD obtenue à partir de l'ensemble des traces collectées sur une semaine



3.5.5 Récapitulatif des optimisations possibles des VAD selon les soignants et les territoires

La pratique des VAD est concomitante d'un certain nombre de problématiques liées à la fois aux déplacements et à l'organisation du travail, afin d'intégrer ces VAD dans la dynamique quotidienne du soignant. De quelle marge de manœuvre les différentes professions bénéficient-elles dans la réalisation des visites à domicile ? Sur quels aspects les soignants peuvent-ils opérer ou non un changement afin de faciliter leur pratique de VAD ? Et quelles caractéristiques dans la réalisation des VAD sont-elles spécifiques aux territoires ?

Pour rassembler et résumer les divers éléments de réponses abordés dans les parties précédentes, la Figure 91 présente différentes adaptations pouvant servir de leviers pour les soignants, dans la perspective d'une évolution de leur pratique des VAD. Le degré de faisabilité pour chaque profession selon les territoires est appréhendé selon une échelle en cinq points : Impossible / Envisageable / Possible / Difficile / Très difficile. Les marges de manœuvre au sein des professions sont, pour la plupart des caractéristiques, plus difficiles à dégager ou à négocier dans les territoires ruraux que dans les milieux urbains et denses.

Figure 91. Leviers potentiels de changement pour accommoder les VAD, et degré de faisabilité, selon la profession et le caractère urbain ou rural du territoire d'exercice

Leviers potentiels pour accommoder les VAD	Territoires	Professions				
		AS*	IDE	MK	MG	SF
Ne pas faire de VAD	URBAIN	Impossible*	Impossible	Envisageable	Possible	Très difficile
	RURAL	Impossible*	Impossible	Difficile	Difficile	Très difficile
Optimiser les tournées en termes de patients vus et de km parcourus	URBAIN	Envisageable*	Possible	Possible	Possible	Envisageable
	RURAL	Difficile*	Difficile	Envisageable	Envisageable	Difficile
Limiter le périmètre de la tournée	URBAIN	Envisageable*	Possible	Possible	Envisageable	Difficile
	RURAL	Difficile*	Envisageable	Envisageable	Difficile	Très difficile
Refuser des patients	URBAIN	Envisageable*	Possible	Possible	Possible	Difficile
	RURAL	Envisageable*	Difficile	Difficile	Difficile	Très difficile
Changer de mode de transport	URBAIN	Difficile*	Difficile	Possible	Envisageable	Possible
	RURAL	Impossible*	Impossible	Impossible	Impossible	Impossible
Possibilité d'être remplacé·e	URBAIN	Difficile*	Envisageable	Possible	Difficile	Envisageable
	RURAL	Difficile*	Très difficile	Difficile	Très difficile	Très difficile

* leviers relevant de décisions prises par l'employeur et non l'aide-soignante.

Partie 4 - Conditions de travail et difficultés ressenties

Le questionnaire quantitatif comportait trois questions ouvertes que nous allons traiter dans cette partie. Les questions ouvertes ont été complétées par une large proportion des répondants des différentes professions (cf. Tableau 6 et Tableau 7 dans la partie Méthodologie pour les effectifs de répondants).

4.1 Raisons qui motiveraient un changement d'activité

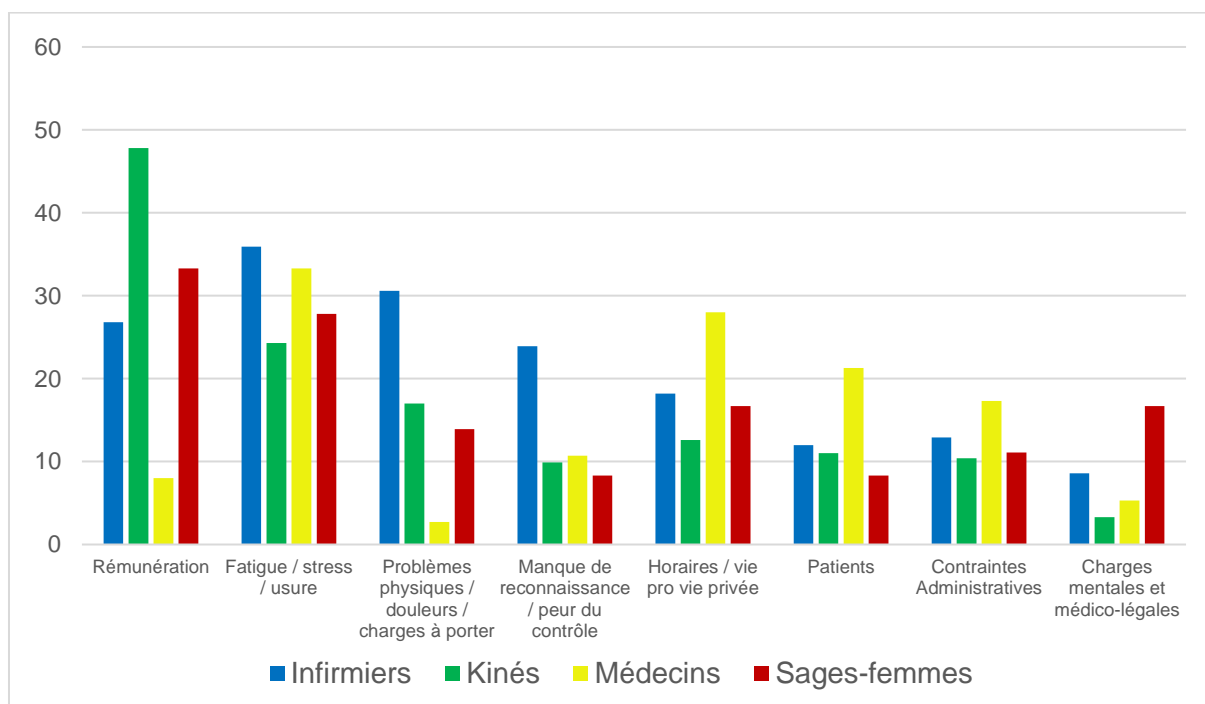
Pour rappel, la première question ouverte portant sur les raisons qui motiveraient un changement d'activité a suscité des réponses en nombre conséquent (Tableau 28).

Tableau 28. Effectif et part (%) des enquêtés de chaque profession ayant répondu à la question ouverte sur les raisons motivant un changement d'activité, dans l'enquête web

	Effectif brut	Fréquence (%)
Infirmières	198	44
Kinésithérapeutes	179	29
Médecins	73	24
Sages-femmes	34	22

Nous avons réparti les verbatim en 14 catégories. La Figure 92 présente les 8 thématiques ayant rassemblé, en cumulé et toutes professions confondues, le plus de réponses.

Figure 92. Raisons motivant un changement d'activité envisagé : les 8 thématiques les plus fréquentes en part de répondants (en %)



Les six dernières catégories, que nous ne faisons pas apparaître, ont rassemblé moins de 20 réponses chacune. Il s'agit de : pression des autres professions ; difficulté de prendre des congés ou de se faire remplacer ; solitude et manque de travail en équipe ; non-évolution du travail et trop grande routine ; trop de déplacements ; pression de la concurrence.

4.1.1 La rémunération comme problématique pour la majorité des professions

Pour les enquêtés ayant répondu à cette question, la rémunération est citée comme première raison d'un changement d'activité envisagé, en cumulé toutes professions confondues. Elle concerne les kinésithérapeutes et les sages-femmes (première raison toutes thématiques confondues pour ces deux professions), ainsi que les infirmières (troisième raison), mais moins les médecins, qui citent prioritairement d'autres raisons.

Les **infirmières** citent majoritairement la faible rémunération et l'importance des charges :

« Très mauvaise rémunération par rapport à la charge de travail, trop de charges (Urssaf Carpimko²⁴). » (IDE)

« La nomenclature n'est plus adaptée aux soins de maintenant (maintien à domicile) et les tarifs ne valorisent pas notre travail. » (IDE)

« La cotation dégressive des soins en fonction du nombre d'actes réalisés chez un même patient. » (IDE)

« Le poids des charges. » (IDE)

« Salaire minable. » (IDE)

Les **kinésithérapeutes** mettent en avant la nomenclature de tarification des actes qui ne leur apparaît pas comme suffisante et satisfaisante. Le fait de prendre un patient toutes les 30 minutes (et de ne pas cumuler les patients sur les mêmes plages horaires), comme recommandé dans la convention, est perçu comme un facteur pénalisant pour les masseurs-kinésithérapeutes qui s'y soumettent, par rapport à ceux qui prennent quelques libertés :

« Des volumes horaires trop importants pour finalement ne pas ressortir un salaire suffisant. » (MK)

« Avec 5 ans d'étude après le Bac, la rémunération me semble insuffisante pour la charge de travail physique et mentale réalisée, dès lors que nous souhaitons réaliser notre travail correctement. Les charges liées à notre travail sont considérables et ne cessent d'augmenter. » (MK)

« Uniquement pour des raisons financières, cela fait 20 ans que je gagne de moins en moins en travaillant plus, sinon j'adore mon métier. » (MK)

« Je souhaiterais passer à une activité déconventionnée, pour des raisons de temps de séances (30 min non suffisantes) pour tarif sécu insuffisant par rapport au temps passé auprès du patient et moyens mis dans les formations. » (MK)

« Aucune compensation financière pour les professionnels qui prennent le temps de ne faire que du soin individuel. Donc kiné plus sérieux = kiné plus pauvre financièrement !!! » (MK)

²⁴ Caisse de retraite.

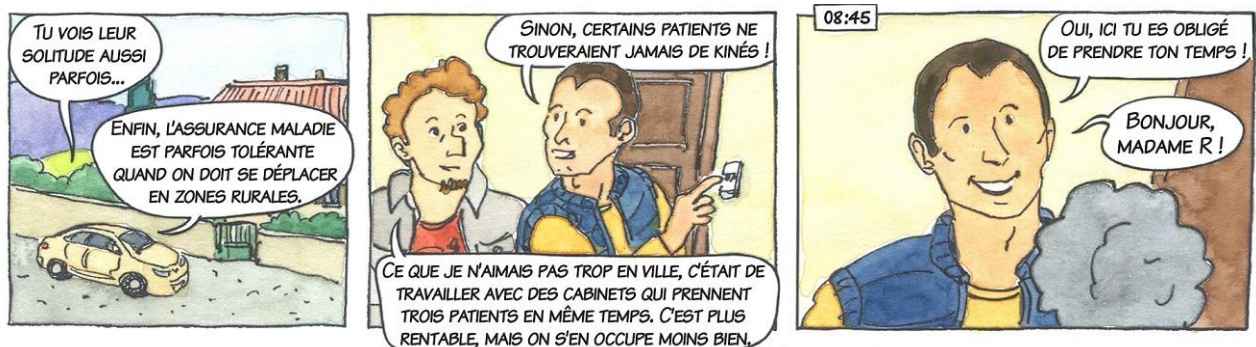
« Dépréciation financière de l'activité de kinésithérapeute, l'acte de kinésithérapie, en 34 ans, a augmenté de 60 % (d'environ 10 € à 16 €) celui des médecins de 100 % (de 12 à 25 €) celui des coiffeurs pour la coupe homme de 400 % (de 6 à 23-25 €) ; sans parler de l'indemnité forfaitaire de déplacement (2,5 €) inférieure à un ticket de bus aller et un autre pour le retour. » (MK)

« Tout est fait pour pousser le kinésithérapeute à choisir de travailler au rendement selon des critères : 3-4 patients à la fois ; 15 à 20 mn par patient voire moins ; tricher sur la nomenclature ; allonger ses journées de travail » (MK)

« Dégradation des conditions de travail. Chute vertigineuse du pouvoir d'achat en 30 ans. Un réel ras-le-bol d'exercer une profession de santé. » (MK)

« La fatigue liée au travail car nous sommes obligés de faire beaucoup d'heures pour avoir un salaire décent, si on tient à travailler correctement et comme nous l'impose la loi. » (MK)

Figure 93. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Les **sages-femmes** mentionnent elles aussi le déséquilibre entre la charge du travail et leur rémunération :

« Activité peu reconnue et rémunération pas en adéquation avec le temps investi auprès des patients ni des responsabilités. » (SF)

« Pas de reconnaissance morale ni financière et charges administratives folles. Aimerais juste faire mon vrai métier ! » (SF)

Enfin, les **médecins généralistes** ont peu mis cette thématique en avant comme raison pouvant motiver un changement d'activité. Ceux l'ayant fait, citent le manque de reconnaissance financière en lien avec les charges médico-légales que représente le métier de médecin généraliste :

« Je ne me sens pas très bien considéré, et surtout très mal rémunéré eu égard au temps passé et aux responsabilités. » (MG)

« Rémunération bien modeste par rapport au temps passé par patient, responsabilités... (le paiement à l'acte ne convient pas à ma façon de travailler) » (MG)

4.1.2 La fatigue, le stress, l'usure présents dans toutes les professions

La deuxième raison la plus fréquemment citée en cumulé toutes professions confondues est la fatigue, le stress et l'usure. C'est la première raison citée par les IDE et les MG et la deuxième raison pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes.

Les commentaires des **infirmières** sont très homogènes et relatent un stress et une usure à la fois physiques et psychologiques :

« *Travail usant physiquement et psychologiquement* » (IDE, en libéral depuis 14 ans)

« *Métier difficile psychologiquement et donc fatigant* » (IDE, en libéral depuis 5 ans)

« *Pénibilité et fatigue. Avec la pression continue même rentré à la maison j'ai les soucis de mes patients.* » (IDE, en libéral depuis 16 ans)

« *Travail épuisant, aucune reconnaissance, fatigue, limite burn out* » (IDE, en libéral depuis 7 ans)

« *Retraite trop tard, pas envisageable d'être un bon soignant à l'écoute jusqu'à 67 ans !!* » (IDE, en libéral depuis 14 ans)

« *Trop de pression, de stress (patients seuls et très demandeurs, médecins de ville qui ne sont pas dans la relation professionnelle avec les IDE)* » (IDE, en libéral depuis 8 ans)

Les **médecins** soulignent également le stress et l'épuisement qu'induit leur activité :

« *Épuisement physique et mental.* » (MG, en libéral depuis 10 ans)

« *Anxiété générée* » (MG, en libéral depuis 3 ans)

« *Stress temporel, diminution de la qualité d'exercice* » (MG, en libéral depuis 7 ans)

« *Épuisement psychique* » (MG, en libéral depuis 8 ans)

« *Encore 20 ans à travailler, je ne sais pas si je serai capable de tenir le rythme...* » (MG, en libéral depuis 14 ans)

« *Diminution de l'intérêt et de l'attrait personnels pour mon activité actuelle. Activité actuelle trop contraignante.* » (MG, en libéral depuis 26 ans)

Les témoignages des **masseurs-kinésithérapeutes** vont dans le sens des remarques sur la rémunération : travailler plus pour maintenir le niveau de salaire, ou pour répondre à la demande de soins.

« *La fatigue accumulée au fil des années. Tous les ans j'essaie de diminuer mon temps de travail mais la demande est trop importante pour y répondre dans des délais satisfaisants.* » (MK, en libéral depuis 15 ans)

« *Je ne fais que du domicile alors cela reste intéressant car je n'ai pas un cabinet à payer. En ayant un cabinet c'est du travail à perte selon moi. Voilà pourquoi les kinés ne veulent plus de cabinet, être à son compte pour gagner à peine un smic horaire si on prend le temps pour chaque patient, seuls les jeunes sans enfants et en forme peuvent supporter les horaires de travail. Ensuite c'est l'épuisement garanti. A domicile c'est épuisant aussi du fait des déplacements mais on peut se permettre de faire de moins longues journées...* » (MK, en libéral depuis 20 ans)

Pour les **sages-femmes**, le discours est également homogène :

« *Je suis usée par le libéral* » (SF, en libéral depuis 14 ans)

« *Cette situation est moralement de plus en plus lourde et ne pourra pas durer* » (SF, en libéral depuis 10 ans)

« *Je suis en burn out et me pose la question d'une reconversion professionnelle* » (SF, en libéral depuis 13 ans)

« *Fatigue, pression, sollicitations permanentes* » (SF, en libéral depuis 7 ans)

Une sage-femme témoigne qu'elle a justement déjà opéré ce changement pour cause de problèmes de santé, qui l'ont amenée à arrêter complètement son activité de visites à domicile :

« *C'est déjà fait et c'est pour cela que je souhaitais répondre à cette enquête. J'ai dû arrêter mon activité suite à des soucis de santé et actuellement je n'ai pas pu reprendre mon travail à domicile (séquelles..., impossible de porter le matériel à domicile...)* » (SF, en libéral depuis 24 ans)

4.1.3 Les raisons spécifiques aux infirmières

Les infirmières mentionnent la pénibilité physique de l'activité (voir section 1.2.3.). Elles évoquent également de façon importante un manque de reconnaissance et la peur constante du contrôle de la part de la CPAM. Les infirmières évoquent majoritairement la complexité du système de cotations avec la crainte de se tromper, de mal facturer, de se faire contrôler et de devoir rembourser des montants indûment perçus.

« *Peur de mal facturer +++, sentiment de perdre le sens de mon travail en me sentant dans l'insécurité (avec la CPAM)* » (IDE, en libéral depuis 4 ans)

« *Peur de mal facturer avec une nomenclature compliquée et un manque d'aide à ce sujet* » (IDE, en libéral depuis 4 ans)

« *Sentiment d'être salarié de la CPAM, de ne plus être libre* » (IDE, en libéral depuis 7 ans)

« *Pression fiscale et administrative croissante, cotation des actes laborieuse (jungle dans le tableau des cotations conventionnées) avec l'impression que l'administration ne nous fait pas confiance* » (IDE, en libéral depuis 11 ans)

« *Impression d'être sans cesse surveillée en vue des remboursements (certes il peut y avoir des infirmiers peu scrupuleux)* » (IDE, en libéral depuis 15 ans)

« *La pression psychologique est trop forte, nous sommes traités comme des voleurs ! C'est insupportable* » (IDE, en libéral depuis 38 ans)

4.1.4 Les raisons spécifiques aux médecins généralistes

Les médecins évoquent principalement l'empiétement de leur vie professionnelle sur leur vie privée et des horaires trop importants. Ce sentiment est évoqué par les médecins sans lien avec leur ancienneté, les

médecins venant de s'installer à leur compte le mentionnant également. Cette pression temporelle se ressent aussi bien sur la qualité du travail fourni que sur leur vie personnelle dans laquelle ils n'arrivent pas à trouver un équilibre.

« Investissement personnel ++ au détriment de sa vie privée » (MG, en libéral depuis 6 ans)

« Rythme de travail trop contraignant, pas assez de temps pour faire un travail de bonne qualité » (MG, en libéral depuis 7 ans)

« Temps de travail me laissant peu de temps pour activités familiales et loisirs » (MG, en libéral depuis 13 ans)

« Je ne supporte plus l'intensité du travail et de rentrer tous les soirs tard chez moi » (MG, en libéral depuis 18 ans)

Un médecin installé depuis 24 ans explique qu'il commence à changer certains aspects de son rythme de travail :

« Je lève le pied, et m'impose des pauses entre midi et deux, et je prends des demi-journées » (MG, en libéral depuis 24 ans)

C'est aussi la profession qui mentionne le plus les relations problématiques avec les patients (sur leur agressivité ou leur exigence quant à la disponibilité du médecin) ainsi que de fortes contraintes administratives comme raison potentielle d'un changement d'activité. Enfin, un médecin généraliste installé depuis 20 ans fait le constat de la difficulté qu'il y a à gérer un cabinet médical : *« lourdeur d'un cabinet libéral (compta, achat fournitures (médical et bureautique), entretiens locaux, informatique, secrétariat, gestion mail, courrier, téléphone ...) »*.

4.1.5 Les raisons spécifiques aux sages-femmes

Les sages-femmes sont les soignantes qui mentionnent le plus la charge mentale et médico-légale qui pèse sur leur activité. Ce ressenti peut être dû au suivi ambulatoire des femmes en sortie de maternité (Prado)²⁵, qui peut s'effectuer sur les week-ends et qui est très difficile à anticiper.

« Charge mentale trop forte, entre l'organisation des soins et l'administratif qui est de plus en plus contraignant, gros ras-le-bol » (SF, en libéral depuis 5 ans)

Lena, sage-femme de 38 ans récemment installée en zone rurale, et rencontrée pour la réalisation d'un entretien semi-directif, explique la complexité pour elle de prévoir ses VAD :

« J'essaie de ne pas travailler les week-ends, évidemment si c'est nécessaire j'y vais. Donc j'ai pas vraiment de moments prévus pour les VAD parce que ça dépend en fait des besoins des femmes parce que je peux pas vraiment prévoir quand est-ce qu'elles rentrent de la maternité et il y a malgré tout aussi l'accouchement à domicile, donc en fait j'y vais après l'accouchement, et pour faire la visite ».

(Lena, SF, 38 ans, RUR, installée depuis 1 mois dans la région)

²⁵ Cf. partie 2.1 du rapport.

Manon, sage-femme de 35 ans en zone péri-urbaine d'une grande ville, fait le même constat d'une difficulté à anticiper les visites à domicile depuis la réforme.

« Avec ma collègue, on essaie de caler les domiciles sur les lundis et les jeudis. Sur les sorties précoces, soit ma collègue est disponible parce qu'elle ne travaille pas les mardis et mercredis, soit et bien on n'arrive pas à assurer les sorties précoces. C'est un des gros problèmes qu'on a depuis la mise en place du Prado précoce. On n'arrive pas à suivre ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

En 2019, date de l'entretien, elle explique que ça fait un peu plus d'un an qu'elles sont dans cette situation, avec la mise en place du « Prado précoce » :

« Avant, on avait le Prado avant mais du coup on était un peu moins pressées par le temps si on ne voyait pas les patientes le lendemain de leur sortie de maternité, on pouvait les voir le surlendemain donc ça allait à peu près. Là le Prado précoce c'est forcément le lendemain de leur sortie de maternité puisque du coup elles restent moins de 72 heures en mater, donc ça pour nous, oui c'est un peu un problème d'organisation et puis on a fait le choix personnel de ne plus travailler les week-ends. On travaillait les week-ends au début du cabinet pendant quelques années et puis là on ne veut plus. C'est difficile de s'organiser, d'avoir une vie de famille, ne rien pouvoir prévoir au cas où il y ait une patiente qui sorte et puis qui finalement ne sort pas ou qui... voilà puis plus envie de travailler les week-ends. Quand on a quitté l'hôpital c'est aussi pour plus travailler les week-ends ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

4.1.6 Nouvelle activité en cas de changement

La deuxième partie de cette question concernait le domaine ou le type d'activité vers lequel les soignants souhaiteraient se tourner en cas de changement. La majorité des soignants souhaitent rester dans le domaine du soin en modifiant certains aspects pesants de leur travail, comme le fait d'être à leur compte.

« Le confort du salariat dans une structure privée, sans la pression de la gestion administrative engendrée par l'activité libérale » (SF, en libéral depuis 5 ans)

« Salariée sans subir l'assaut des patients. Pour tester un autre mode d'activité » (MG, en libéral depuis 24 ans)

« Pour travailler en réseau, poste salarié ? » (MG, en libéral depuis 9 ans)

« Je souhaite remplacer les domiciles par des cours collectifs » (MK, en libéral depuis 15 ans)

Certains souhaitent clairement arrêter, attendent la retraite proche, se reconvertir, sans forcément pouvoir clairement identifier une nouvelle activité. Dans certains cas, ils ne peuvent pas se projeter sur le long terme à cause de la fatigue générée par les conditions de travail.

« Envie de changement. Envie de me renouveler » (IDE, en libéral depuis 15 ans)

« Diversifier mon activité » (IDE, en libéral depuis 14 ans)

« Lorsque je serai plus âgée je changerai car trop fatiguant (risque pour le patient). » (IDE, en libéral depuis 10 ans)

« Curiosité, envie de changement. » (MK, en libéral depuis 15 ans)

« Je n'imagine pas faire cela toute ma carrière. » (MK, en libéral depuis 7 ans)

« *Envie de se reconvertir* » (MK, en libéral depuis 20 ans)

Certains souhaitent quitter le soin pour ne plus avoir à subir les désagréments du métier (stress, usure, pression) ou veulent tendre vers des améliorations potentielles :

« *Me consacrer à ma famille* » (IDE, en libéral depuis 8 ans)

« *Quitter le soin pour une activité avec moins d'imprévis derrière chaque porte de patient, une activité intrinsèquement plus prévisible donc moins stressante* » (IDE, en libéral depuis 11 ans)

« *Me rapprocher de la nature. Vivre au milieu d'elle. Pour me ressourcer et revivre* » (MK, en libéral depuis 15 ans)

« *Pour avoir moins de stress et vivre à un rythme plus "tranquille"* » (MK, en libéral depuis 25 ans)

« *Encore 20 ans à travailler ; je ne sais pas si je serai capable de tenir le rythme... peut-être sinon une activité plus allégée* » (MG, en libéral depuis 14 ans)

« *Diminuer le stress lié à l'imprévu de dernière minute qui compromet beaucoup de nos souhaits* » (MG, en libéral depuis 17 ans)

Ce qui ressort majoritairement pour toutes les professions c'est l'épuisement, la fatigue et le stress face au rythme de travail et aux charges (mentales, médico-légales) que représentent le travail de soignants.

4.2 Difficultés rencontrées dans la pratique des VAD

Pour rappel, la deuxième question ouverte portant sur les difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD a donné lieu à des réponses très nombreuses, et riches pour l'analyse (Tableau 29).

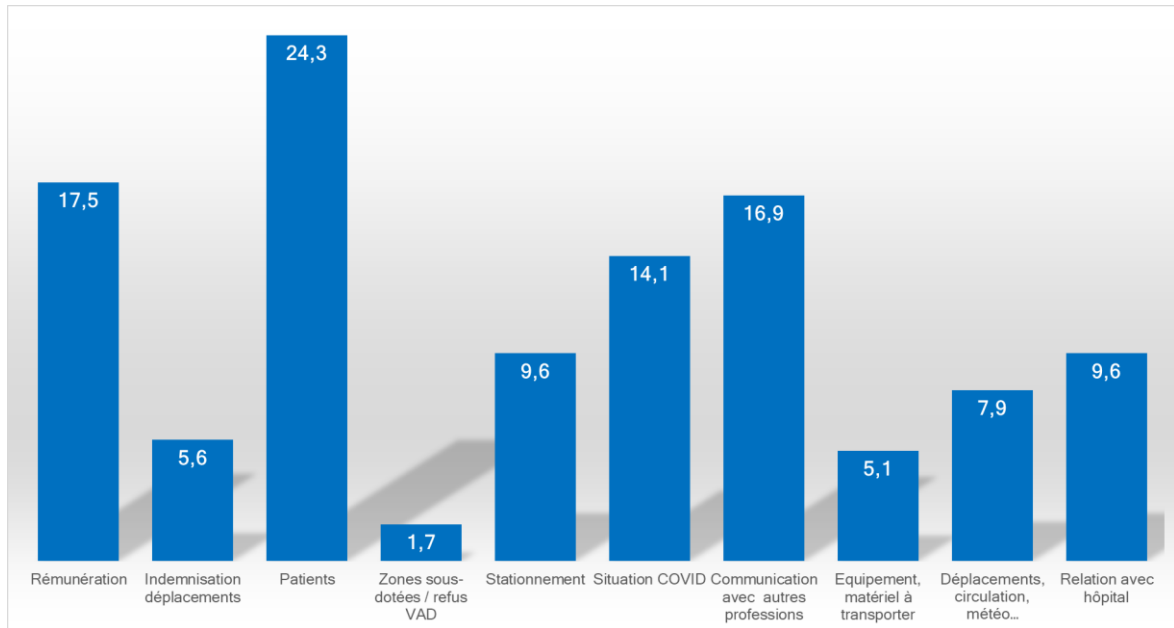
Tableau 29. Effectifs et part (%) d'enquêtés de chaque profession ayant répondu à la question ouverte sur les difficultés rencontrées dans l'exercice de la VAD, dans l'enquête web

	Effectif brut	Fréquence (%)
Infirmières	177	39
Kinésithérapeutes	279	45
Médecins	148	48
Sages-femmes	51	33

Nous avons réparti les verbatim en 19 catégories. Les figures suivantes présentent les 10 thématiques ayant rassemblé, en cumulé et toutes professions confondues, le plus de réponses, à savoir : rémunération ; indemnisation de déplacements ; patients ; zones sous-dotées et refus des collègues de faire des VAD ; stationnement ; situation Covid ; communication avec les autres professions ; équipement et matériel à transporter ; déplacements, circulation, météo ; relation avec l'hôpital.

Les 9 thématiques que nous ne faisons pas apparaître concernent : fatigue, stress et charges mentales ; perte et manque de temps pour faire les VAD ; manque de reconnaissance, peur du contrôle ; charges administratives ; congés, remplacements ; vol, agression, insécurité ; horaires vie professionnelle vie privée ; isolement, solitude ; manque de formation et d'évolution dans le métier. Elles seront toutefois mentionnées si le pourcentage de réponse est important pour l'une des professions.

Figure 94. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les infirmières



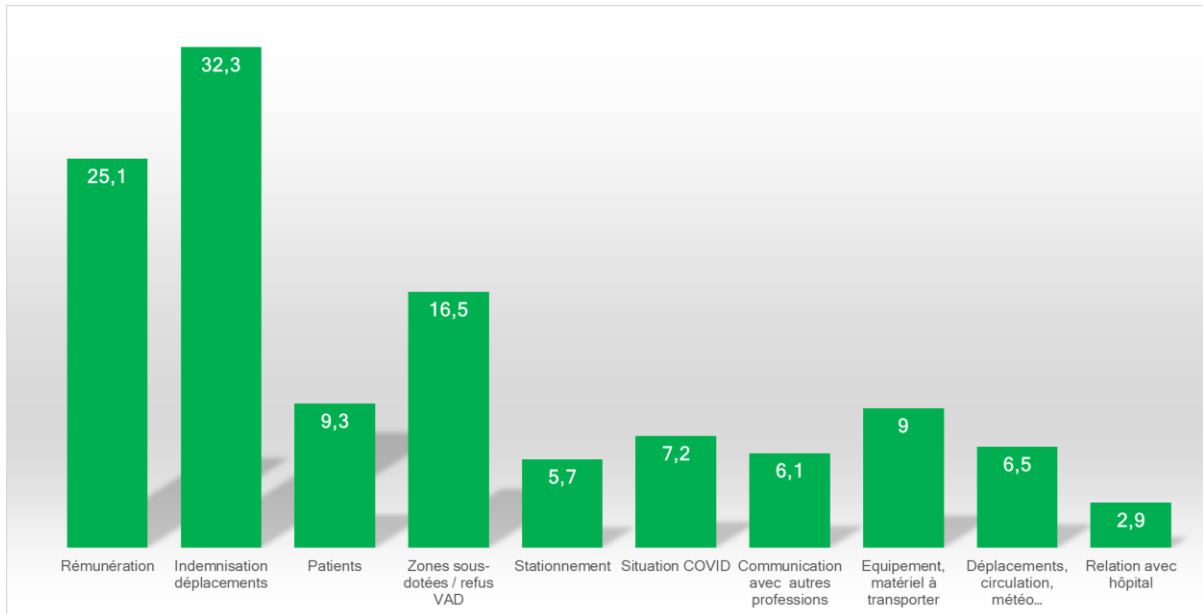
Les infirmières ayant répondu à cette question mentionnent en premier lieu les patients comme « difficulté rencontrée lors de l'exercice de la VAD ». La majorité des patients sont suivis de façon régulière et quotidienne (voire même plusieurs fois par jour) et pour des pathologies chroniques n'allant 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.) et mentionnent donc la communication souvent difficile avec les autres professions (3^e difficulté citée) et avec l'hôpital (6^e difficulté citée). En 4^e difficulté est évoquée la situation Covid qui a largement compliqué les déplacements à domicile avec le renouvellement, très chronophage, des tenues de protection à chaque domicile. Le graphique ne fait pas apparaître la 5^e difficulté citée (à 11,3 %) à savoir le manque de reconnaissance et la peur du contrôle par les autorités sur la cotation des actes. Enfin, en 6^e position ex-aequo se retrouvent le stationnement, la relation avec l'hôpital et les charges administratives (cette dernière n'est pas affichée sur la figure).

Figure 95. Extrait des planches illustrées pour la profession d'infirmière libérale (cf. Annexe 5 pour les planches complètes)



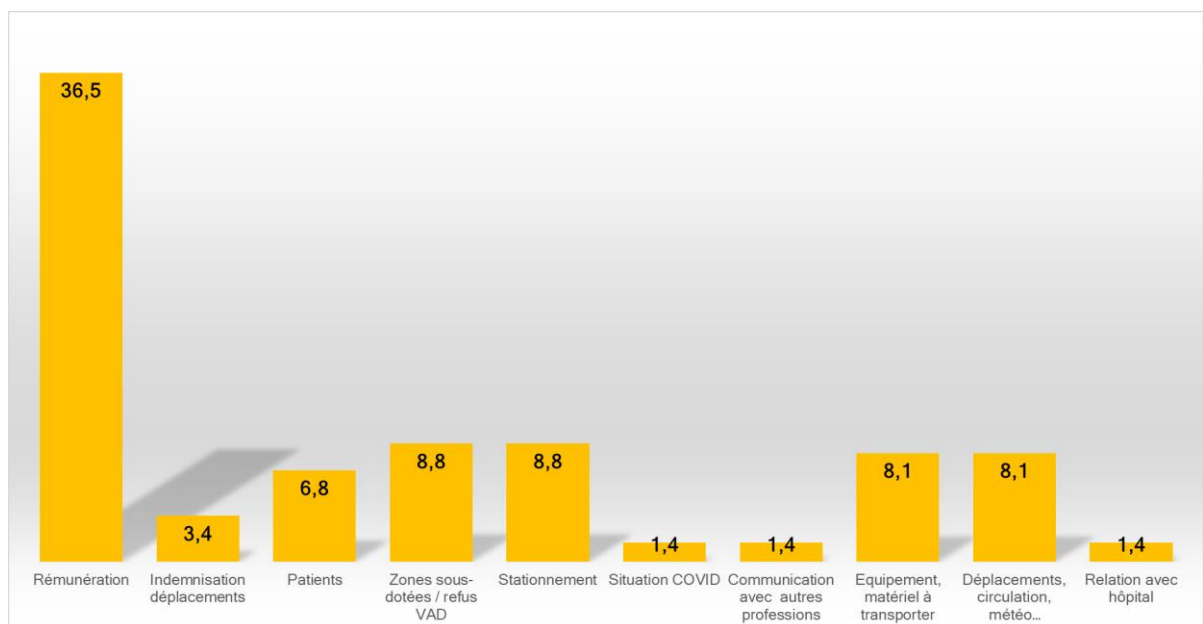
Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

Figure 96. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les kinésithérapeutes



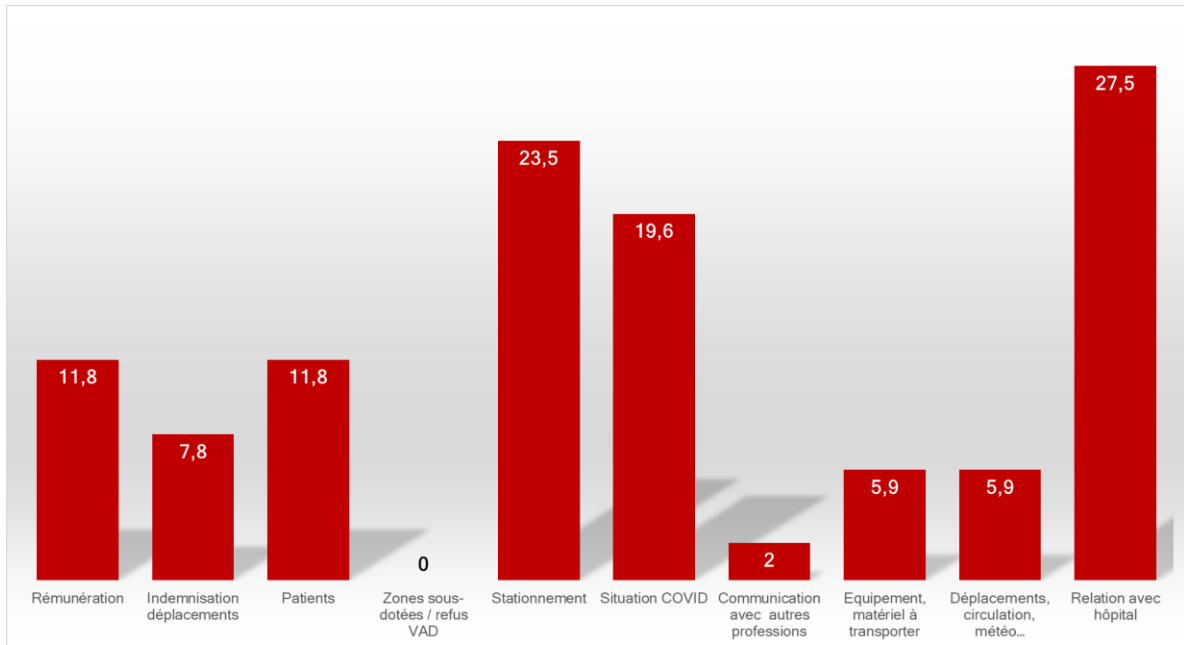
Les masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu à cette question mentionnent en majorité les indemnités des déplacements (fixées à 4 € pour le forfait déplacement en agglomération) et la rémunération des actes comme principales difficultés rencontrées lors des VAD. Ils sont aussi la profession qui mentionne le plus le manque de confrères effectuant des VAD (soit par manque de professionnels dans les zones rurales soit par refus de ces professionnels de faire des VAD, car trop peu rentables et présentant beaucoup de contraintes) et faisant donc peser la charge des VAD à ceux qui acceptent de se déplacer. En 4^e difficulté citée arrivent les patients puis en 5^e difficulté, les équipements et le matériel à transporter.

Figure 97. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les médecins



Les médecins généralistes ayant répondu à cette question se plaignent également majoritairement de la perte d'argent due aux VAD. Ils sont quasiment les seuls à mentionner la perte ou le manque de temps comme les empêchant de faire des VAD (2^e difficulté citée, à 17,6 %, n'apparaissant pas sur le graphique).

Figure 98. Difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD : les 10 thèmes les plus fréquents en part de répondants totaux (en %) pour les sages-femmes



Les sages-femmes ayant répondu à cette question mentionnent en premier lieu la relation avec l'hôpital, dont elles sont directement dépendantes suite à l'augmentation des sorties précoces de maternité qui, rappelons-le, doivent désormais être suivies de la visite d'une sage-femme dans les 24 h suivant leur retour à domicile, ce qui peut tomber sur un jour de week-end. Elles sont celles qui mentionnent le plus la problématique du stationnement, due au temps long de leurs visites, et la situation due au Covid.

Figure 99. Extrait des planches illustrées pour la profession de sage-femme (cf. Annexe 8 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

4.3 Ressources pour faire face à ces difficultés

4.3.1 Le sentiment de ne pouvoir compter que sur soi-même

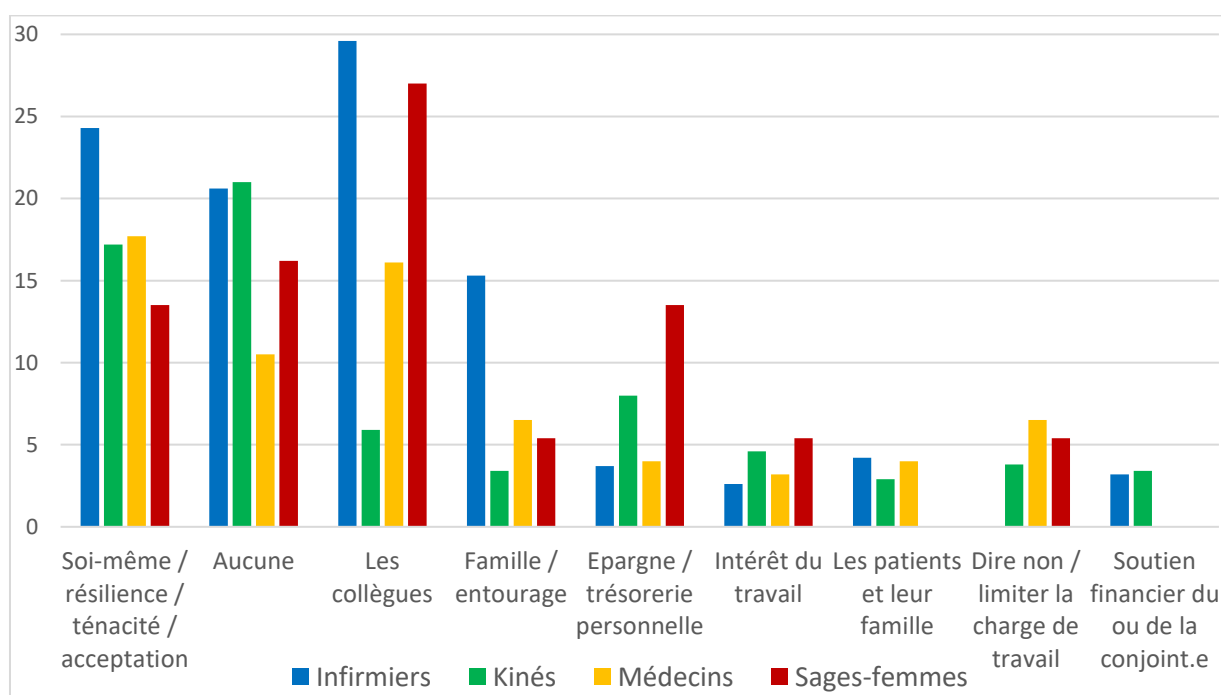
Pour rappel, la troisième question, ouverte pour ne pas suggérer de réponses, porte sur les ressources pour faire face aux difficultés rencontrées dans l'exercice des VAD. Elle a, comme les autres, fréquemment donné lieu à des commentaires, parfois brefs, parfois très détaillés (Tableau 30).

Tableau 30. Effectifs et part (%) d'enquêtés de chaque profession ayant répondu à la question ouverte sur les ressources existant pour faire face aux difficultés dans l'exercice de la VAD, dans l'enquête web

	Effectif brut	Fréquence (%)
Infirmières	189	42
Kinésithérapeutes	238	39
Médecins	124	40
Sages-femmes	37	24

Nous avons réparti les verbatim en 20 catégories. Les figures suivantes présentent les 9 thématiques ayant rassemblé, en cumulé et toutes professions confondues, le plus de réponses, à savoir : soi-même , résilience, ténacité, acceptation ; aucune ; collègues ; famille, entourage ; épargne, trésorerie personnelle ; intérêt pour le travail ; les patients et leur famille ; dire non, limiter la charge de travail ; soutien financier du conjoint. Les 11 thématiques qui n'apparaissent pas et qui ont obtenu moins de réponses, voire seulement quelques réponses éparses sont : matériel et équipement ; arrêt de l'activité en vue ; autre travail et formations ; aides des syndicats et de l'ordre ; aides financières ; organisation du travail ; travailler plus ; le sport ; le suivi psychologique et les antidépresseurs ; l'emprunt à la banque ; la foi.

Figure 100. Ressources pour faire face aux difficultés : les 9 thématiques les plus fréquentes en part de répondants les citant, après recodage (en %)



Les quatre catégories de professionnels de santé ont largement répondu qu'ils comptent sur eux-mêmes pour faire face aux difficultés (Figure 100). Quasiment le même nombre mentionne 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 infirmiers 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.

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 (nourriture, légumes du jardin, etc.).

Figure 101. Extrait des planches illustrées pour la profession d'aide-soignante (cf. Annexe 4 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

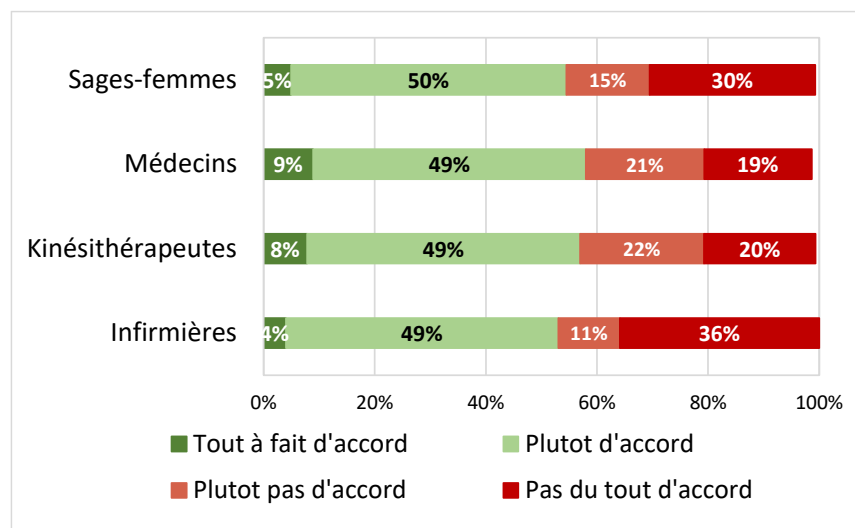
La famille et l'entourage sont mentionnés plus fréquemment par les infirmiers que par les autres professions. Les sages-femmes sont celles qui mentionnent le plus leur épargne personnelle.

Les médecins sont ceux qui mentionnent le plus, parmi les quatre autres professions, le fait de pouvoir dire non pour limiter la charge de travail (même si cela représente peu de répondants au final), ce sont également ceux qui mentionnent le moins souvent « aucune ressource ».

4.3.2 Sensation d'isolement, coopération et mutualisation entre professionnels de santé

Dans l'enquête web, la coopération et la solidarité entre collègues a été abordée par le biais d'une question d'opinion formulée de la façon suivante : « Etes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : J'ai des possibilités suffisantes d'entraide et de coopération avec mes collègues (Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord). Les résultats font apparaître que pour une part importante des soignants, la réponse est plutôt ou tout à fait négative (Figure 102). Quatre médecins sur dix, de même que quatre kinésithérapeutes sur dix, 45 % des infirmières sont dans ce cas (dont, parmi ces dernières la plupart sont « tout à fait en désaccord » avec l'affirmation proposée). Chez les sages-femmes également, l'entraide et la coopération entre collègues sont souvent jugées insuffisantes (47 % d'entre elles ne sont pas d'accord avec l'affirmation proposée, et notamment 30 % ne sont pas du tout d'accord). Chez les sages-femmes comme chez les infirmières, le sentiment d'isolement, ou tout au moins d'une coopération et d'une entraide insuffisantes dans l'activité, apparaît très répandu.

Figure 102. Opinions des soignants quant au caractère suffisant de l'entraide et de la coopération avec ses collègues



Exercer en zone rurale contribue-t-il à renforcer ce sentiment d'un manque d'entraide et de coopération avec ses collègues, en lien avec la densité nettement moins forte de soignants dans ces territoires ?

Les réponses des infirmières paraissent aller plutôt dans ce sens, puisque, en rural autonome, 41 % sont tout à fait en désaccord avec l'affirmation de possibilités d'entraide et de coopération, contre 38 % en rural sous influence d'un pôle et 34 % dans les deux catégories de territoires situées en agglomération urbaine. En revanche, un tel lien ne peut être établi dans le cas des sages-femmes, et cet isolement apparaît même moins problématique en milieu rural. En rural autonome, 20 %, sont tout à fait en désaccord, 22 % en rural périurbain, 29 % en zone urbaine de densité intermédiaire et 35 % en urbain dense. Par ailleurs, chez les kinésithérapeutes, le lieu d'exercice ne fait pas apparaître de différences marquées et chez les médecins, le manque de coopération et d'entraide est le moins pointé en territoire rural sous influence d'un pôle, le rural autonome ne se distinguant pas de l'urbain sur la question de la coopération et de l'entraide entre collègues.

A l'exception des infirmières, le territoire d'exercice ne semble pas réellement explicatif, les conditions locales d'exercice (travailler dans un cabinet, avoir tissé des liens par le passé avec des collègues, y compris d'autres cabinets) sont vraisemblablement plus importantes pour limiter le sentiment d'isolement.

4.3.3 Mettre en place du collectif dans le libéral

Les entretiens semi-directifs ont abordé la question de l'entraide, de la concurrence et de la mutualisation de certaines charges de travail entre collègues. Les soignants libéraux de notre panel enquêté sont souvent seuls dans leur pratique de soins, contrairement aux soignants en structure hospitalière, c'est-à-dire qu'ils ont une patientèle définie qu'ils prennent en charge. Nombre de soignants rencontrés partagent cependant leur cabinet avec d'autres soignants de la même profession ou de différentes professions (dans les maisons de santé pluriprofessionnelles).

Les infirmières libérales sont presque systématiquement installées en cabinet avec d'autres infirmières, et elles se partagent une patientèle commune, une tournée commune (une seule infirmière du cabinet travaille à la fois). Nous avons cependant rencontré une infirmière, en zone rurale, qui travaillait seule dans son cabinet, tous les jours de la semaine et tous les jours de l'année. Elle arrivait difficilement à trouver des remplaçants, ne serait-ce que pour quelques jours. Cette infirmière nous a confié que la dernière remplaçante venue faire sa tournée sur quatre jours avait nécessité une recherche active de dix mois, via des services spécialisés de mise en relation entre cabinets cherchant des remplaçants et soignants remplaçants acceptant de se déplacer. Les infirmières d'un même cabinet travaillent donc ensemble, mais pas au même moment. Des temps de mise en commun des informations sont organisés très régulièrement entre l'infirmière qui finit la tournée et celle qui la recommence le lendemain, afin de transmettre les informations sur l'état de santé des patients ou d'autres données techniques et logistiques nécessaires au bon déroulement du travail.

Les masseurs-kinésithérapeutes sont également souvent installés en cabinet partagé. Le cabinet permet d'optimiser certains frais comme les achats de matériel et d'avoir des locaux plus grands pour recevoir les patients. Les patients visités à domicile sont généralement gérés par un kinésithérapeute attitré. Les collègues du cabinet peuvent éventuellement le remplacer lorsque celui-ci est en congés et que la prise en charge à domicile doit être maintenue.

Contrairement aux infirmières et aux kinésithérapeutes, les médecins généralistes et les sages-femmes libérales sont souvent installés dans leur propre cabinet et ne partagent pas de patientèle avec des confrères ou consœurs. Cela ne veut pas dire qu'ils travaillent de façon isolée. Sur les six médecins rencontrés en zone urbaine, cinq d'entre eux travaillent dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et un médecin est associé dans un cabinet de deux médecins. En zones rurales, les trois médecins généralistes rencontrés travaillent dans un cabinet de deux ou trois médecins, dont l'un des deux est en passe de devenir une MSP. Les sages-femmes rencontrées étaient elles aussi majoritairement dans des locaux partagés. Seules trois d'entre elles travaillaient complètement seules, deux pour des raisons d'ordre logistique (plus de facilité à gérer des locaux seule) et une, en zone rurale, qui venait de s'installer et qui ne souhaitait pas continuer à travailler seule, ayant au contraire pour objectif de mettre en place une MSP dans les mois ou les années à venir.

De ces situations d'exercice, ressort très largement la nécessité ressentie de tisser des liens, d'échanger, le plus souvent informellement, mais régulièrement, avec des collègues au-delà du cabinet qu'ils partagent (quand ils en ont un).

Les soignants soulignent quasiment tous l'intérêt, pour eux-mêmes mais aussi pour la prise en charge de leur patient, de ne pas être isolé dans le travail. Qu'ils et elles soient en cabinet partagé ou seul-e-s dans leur cabinet, les entretiens mettent en évidence plusieurs habitudes et pratiques prises pour créer du lien.

Julien, infirmier de 36 ans qui travaille en tant que remplaçant dans un gros cabinet de 14 infirmiers explique qu'il est connecté à ses collègues via un groupe sur une application de messagerie.

« On fait une réunion de service chaque semaine et on a un groupe WhatsApp. Ils ont enlevé tous ceux qui ne travaillaient plus dans le cabinet. Alors... [il regarde sur son portable] 18 personnes. Ça peut être autant humoristique que des besoins d'informations pendant une tournée. Mais c'est plus souvent des besoins d'information ».

(Julien, IDE, 36 ans, URB, collaborateur ou remplaçant depuis 6 ans)

Manon, sage-femme de 35 ans qui travaille avec une collègue, essaie de tisser des relations en dehors de son propre cabinet. Elle a récemment repris la suite d'une collègue sage-femme d'un autre village, aujourd'hui décédée, pour répertorier les sages-femmes qui s'installent dans les environs et organiser des rencontres trimestrielles et informelles au restaurant. L'un des objectifs des rencontres est de favoriser un fonctionnement collectif :

« On essaie de bosser ensemble, on organise des rencontres au resto. [...] j'ai un peu pris le relais en disant que c'était quand même chouette de pouvoir se voir toutes ensemble. On n'a pas mis en place de permanences de soins ni rien du tout. Mais ça nous arrive d'avoir des cas cliniques, des questions sur la façon dont on travaille et tout ça, sur "ah ben j'ai eu telle patiente, j'ai eu ça qu'est-ce que t'en penses, qu'est-ce que t'aurais fait ?" Mais c'est aussi apprendre à se connaître tout simplement et du coup connaître aussi la pratique des autres entre celles qui font du yoga, de l'hypnose, qui préfèrent faire ça plutôt que ça, et puis je crois que c'est vraiment informel, c'est vraiment un resto entre collègues pour aussi retrouver un peu d'esprit d'équipe ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

Ces rencontres informelles leur permettent d'avoir un temps d'échanges professionnels et de favoriser leurs interconnaissances pour optimiser la prise en charge des patientes. Elles mobilisent un réseau informel de professionnelles libérales, qu'elles n'auraient pas chacune dans leur pratique, mais qu'elles trouvent pour autant très utiles :

« Je pense que c'est vraiment se connaître pour bosser ensemble correctement. Et puis il y en a qui sont plus spécialisées dans un truc ou dans un autre donc quand on a un gros pépin et que c'est pas trop notre domaine ça nous permet d'appeler et dire "qu'est-ce que tu fais toi, est-ce que tu peux voir cette patiente ?" ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

L'interconnaissance entre professionnels libéraux permet aussi d'orienter les patients vers tel ou telle collègue lorsque la prise en charge ne peut pas se faire (pour des raisons des spécialisations ou de places disponibles). Ce sont les sages-femmes rencontrées qui le pratiquaient le plus, à l'image de Claire :

« Moi je donne les coordonnées de ma collègue du secteur. On a quand même dans le coin un lien avec les collègues qui est quand même, enfin moi je trouve, qui est bon. Donc du coup je donne directement les coordonnées, on essaie de respecter le secteur de chacune et de pas commencer à se bouffer le nez ».

(Claire, SF, 35 ans, URB, installée depuis 7 ans)

Martine, une autre sage-femme avec plus d'ancienneté donne souvent les contacts de collègues quand elle ne peut pas recevoir de nouvelles patientes, mais reste plus mitigée quant à cette pratique dans son corps de métier :

« Je viens d'avoir un appel sur le portable me demandant une visite à domicile pour un retour précoce qui se fera jeudi. Il faut donc y aller vendredi. Je suis prise par les cours jusqu'à 18 h. J'ai

donné les coordonnées de 3 consœurs habitant près de ce couple de nouveaux parents. Mais je ne suis pas sûre que toutes me renvoient l'ascenseur... Beaucoup ont peur et accumulent... C'est la vie. La vraie mutualisation pourra se réaliser avec les CPTS [communautés professionnelles en territoires de santé] ».

(Martine, SF, 61 ans, URB, installée depuis 18 ans)

4.3.4 Les Maisons de santé pluriprofessionnelles

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettent aux soignants d'un même territoire de se rassembler autour d'un projet de santé et de « mieux se coordonner »²⁶ entre eux. Les CPTS peuvent rassembler des soignants libéraux mais également salariés, des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou de la promotion de la santé et des établissements et/ou de services médico-sociaux. Une de leur mission principale est de coordonner les actions des professionnels de santé d'un territoire spécifique, et de structurer et donc fluidifier les parcours de soins des patients. Aucun des soignants rencontrés lors de l'enquête qualitative n'appartenait à une CPTS, mais certains, déjà installés en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), étaient associés à un projet de développement d'une CPTS et avaient pour objectif de l'intégrer dans les années à venir.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles se sont développées depuis 2007 et permettent le regroupement de soignants libéraux dans un même local afin d'effectuer un exercice coordonné et de développer un projet de soin commun. « La Loi HPST²⁷ définit une MSP comme la réunion, sur un ou plusieurs sites géographiques, d'au moins deux professionnels médicaux et un auxiliaire médical ayant élaboré un « projet de santé » témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux schémas régionaux de santé publique » (Fournier, 2016 : 112). Elles permettent de partager des frais et d'améliorer également la prise en charge des patients ayant recours à plusieurs soignants de la même MSP. Une meilleure prise en charge est rendue possible grâce à une meilleure connaissance des compétences et des pratiques de chacun et des échanges facilités par la proximité géographique de ces soignants. Un des objectifs des MSP est de « favoriser l'installation de professionnels dans des zones en voie de désertification » (Garros, 2009, cité dans Fournier, 2016 : 113). En France, selon l'observatoire des maisons de santé créé par le ministère, les MSP étaient au nombre de 400 fin 2013 (Fournier, 2016 : 112). Leur développement se poursuit : en juin 2021, d'après le site du ministère de la santé et des solidarités²⁸, on dénombrait 1889 maisons en fonctionnement, et 366 maisons en projets étaient recensées.

Nombre de soignants rencontrés ont fait le choix de travailler en MSP. Aurélie, sage-femme de 27 ans en milieu urbain, travaille dans une MSP depuis son installation :

« Ici il y a deux médecins généralistes, il y en a un troisième qui va arriver en début d'année. Je suis la seule sage-femme, on a 4 infirmiers, et il y a 6 kinés ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

Elle explique les objectifs de sa MSP :

²⁶ <https://www.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé>

²⁷ Hôpital patients santé et territoires

²⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-santé-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-santé-300889>

« La maison de santé c'est un souhait, notamment de l'ARS et du Ministère de la Santé, dans un but de pérenniser surtout les professionnels libéraux, et la pratique en ville, et répondre aussi aux besoins de santé de la population notamment pour limiter les besoins en urgence, etc. Et donc c'est d'être financé notamment par l'ARS et par la CPAM pour exister, pour pouvoir travailler ensemble au sein d'un territoire. [...] On s'engage à répondre aux besoins de santé des personnes du territoire, en travaillant en collaboration, en essayant de rédiger des protocoles, de discuter de cas difficiles, de mener des missions de santé publique dans le quartier ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

Les médecins généralistes récemment installés rencontrés dans le cadre du projet avaient quasiment tous fait le choix de s'installer en MSP. Les raisons mises en avant pour expliquer ce choix sont de combattre l'isolement, favoriser les échanges entre professions, optimiser les prises en charge des patients et améliorer certaines conditions de travail (notamment au niveau des remplacements). Jade, médecin de 30 ans, installée depuis 6 mois, explique qu'ayant fait l'expérience du libéral seule, elle ne voulait pas s'installer dans ces conditions :

« J'étais remplaçante en fixe à un moment, c'est-à-dire toujours dans le même cabinet, toutes les semaines, seule de chez seule, même pas de secrétaire, juste Doctolib, pas de collègues. J'ai testé le seul de chez seul... En tant que femme et avec ma vie personnelle, moi je me serais jamais installée comme ça, parce qu'il faut bosser tous les jours avec des horaires extensifs parce qu'on ne peut pas être généraliste installé et ne pas répondre aux besoins de soins. Moi je ne voyais pas travailler 5,5 jours par semaine, le samedi matin compris parce qu'il le faut ».

(Jade, MG, 30 ans, URB, installée depuis 6 mois)

Elle fait le constat que cette expérience de travail isolé ne lui permettait pas de s'épanouir dans sa pratique de soins et de faire ce qu'elle considérait être du « bon travail » :

« J'ai trouvé que personnellement, je commençais à dévier dans ma pratique dans le sens où j'allais moins regarder des recommandations, me tenir à jour... Parce que quand on est seul on n'a pas de vis-à-vis, donc je vais prescrire plus d'antibio, de cortisone, on n'en rediscute pas avec les collègues... On se laisse un peu aller, moi je trouvais que je me laissais un peu aller en tout cas. Et puis il y avait beaucoup de solitude. Moi comme j'étais remplaçante je pouvais parler des patients qui me posaient problème au médecin que je remplaçais mais si j'étais installée seule je ne pourrais juste pas... ça apporte une grande flexibilité, parce qu'on fait ce qu'on veut mais c'est vrai que c'est plus la conscience professionnelle qui fait que je me dirais il faut quand même que je sois là. Là on est une équipe à porter une patientèle je dirais ».

(Jade, MG, 30 ans, URB, installée depuis 6 mois)

D'après son discours, les patients sont pris en charge au sein d'une équipe de professionnels, même s'il n'y a qu'un seul médecin généraliste attribué à un patient. La charge médico-légale du soignant peut ainsi être, en quelque sorte, partagée, il peut être conseillé par ses collègues, il peut leur faire part de ses questionnements face à une prise en charge. Pour Antoine, médecin généraliste de 34 ans installé en MSP, l'avantage de travailler à proximité d'autres collègues est de pouvoir communiquer, échanger et se « décharger » :

« C'est l'avantage de travailler à plusieurs, je vais voir le kiné entre deux consultations, et je lui dis "viens voir ça, qu'est-ce que t'en penses ? ", soit il vient me voir en consultation ou à l'inverse, je vais le voir. En général, le patient reste et c'est le praticien qui vient. Ça arrive souvent, et même entre nous, entre collègues, je suis partisan de la décharge mentale. Au lieu de sortir le soir en se

disant mince j'ai un doute sur ce patient, qu'est-ce que j'aurais dû faire, eh bien je vais voir directement mon collègue et on en discute tous les deux. Tout de suite on décharge, c'est extrêmement important. On peut faire ça avec tout le monde, ça peut être une sage-femme, le collègue médecin dans le bureau d'à côté, la kiné. En moyenne, on se consulte deux fois par jour. En plus de ça, on a des réunions pluridisciplinaires, au moins une fois par mois, où on aborde des sujets de patients compliqués, de façon officielle, on a un ordre du jour avec tel patient, et à l'avance on nous demande d'en parler avec tel type de praticien ».

(Antoine, MG, 34 ans, URB, installé depuis 3 ans)

Magalie, médecin de 33 ans de la même MSP, même si elle souligne des lourdeurs administratives et logistiques sur certains points, explique son point de vue de faire partie d'une MSP :

« C'était mon choix de m'installer ici, ce n'est pas moi qui l'ai créée mais j'ai participé à sa création. Je pense que c'est l'avenir de la médecine générale, que ce soit en ville ou en campagne. C'est quand même mieux de travailler avec des collègues que de travailler tout seul ».

(Magalie, MG, 33 ans, URB, installée depuis 6 ans)

Elle souligne l'importance du relationnel entre collègues :

« On se voit, on boit l'apéro. On se voit sur des moments de non-travail, et on se voit aussi pour travailler notamment sur des projets de CPTS ».

(Magalie, MG, 33 ans, URB, installée depuis 6 ans)

Tout comme Laura, médecin généraliste de 35 ans installée depuis 6 ans :

« Travailler avec d'autres personnes, ça nous apporte beaucoup de choses, travailler avec des infirmières, des kinés. Déjà en qualité de travail, une autre vision du soin et ça permet d'ouvrir son esprit, c'est tout bête, mais au niveau logistique, on mange pas tout seul, si on veut faire une pause prendre un café et que quelqu'un est libre au même moment on est avec quelqu'un d'autre. J'ai fait des remplacements dans des cabinets où j'étais toute seule, mais c'était déprimant, le midi on prend notre tupperware et on regarde une série sur Netflix. Pour moi, la rencontre est essentielle ».

(Laura, MG, 35 ans, URB, installée depuis 6 ans)

Elle relève quant à elle le caractère sécurisant d'être installée à plusieurs :

« Pour moi, c'est ma façon de voir la médecine. Je trouve qu'on travaille mieux à plusieurs, et d'être en plus [ce quartier], dans un endroit qui potentiellement peut être dangereux, je ne me serais jamais installée toute seule, en tant que femme, c'est même pas la peine ».

(Laura, MG, 35 ans, URB, installée depuis 6 ans)

La mise en place d'une MSP peut prendre du temps et certains soignants ont décidé de se réunir avant même la création légale de leur structure, en commençant donc par créer des maisons médicales. C'est le cas de Manon, sage-femme installée depuis sept ans en périurbain :

« C'est une maison médicale ici, je suis regroupée avec d'autres professionnels de santé depuis août 2017. Avant j'avais un cabinet dans le village mais où j'étais dans un local toute seule. Ici on est chacun indépendant c'est-à-dire qu'on a un lot indépendant, moi j'ai en commun une salle d'attente juste avec deux autres professionnels, l'orthophoniste et un psychologue voilà, le généraliste est au premier étage mais par contre comme on se croise régulièrement on peut discuter plus facilement, échanger sur des patients si on a besoin, c'est ça l'intérêt ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

La maison médicale se trouve au centre de son village et, comme pour les soignants en MSP, elle souligne l'importance des échanges entre professionnels :

« Il y a vraiment tous les professionnels regroupés donc je trouve ça sympa, il y a une visibilité pour moi et pour les patients il y a un côté pratique. Après on est aussi plusieurs donc ça permet de l'échange entre les médecins généralistes notamment et moi et c'est appréciable, ça permet de favoriser le travail en équipe ».

(Manon, SF, 35 ans, péri-URB, installée depuis 7 ans)

Tous les soignants rencontrés installés en MSP ou en maison médicale soulignent l'intérêt d'introduire du travail d'équipe dans une pratique libérale qui, souvent, induit de l'isolement. Les soignants rencontrés et installés en zone rurale sont moins nombreux que les soignants en zone urbaine et péri-urbaine à faire partie de MSP mais, quel que soit le type de territoire d'exercice, un grand nombre d'entre eux avaient le souhait d'en créer une et de trouver des soignants qui viendraient les rejoindre.

Figure 103. Extrait des planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute (cf. Annexe 6 pour les planches complètes)



Crédit dessin : Alexandra Lolivrel, 2021

4.4 Crise Covid et conditions de travail

4.4.1 Impact sur les conditions de travail

La crise sanitaire a eu de multiples conséquences, qui vont bien au-delà de l'arrêt quasi-total de l'activité de certaines professions comme les kinésithérapeutes pendant le début de la période du confinement (du 17 mars au 11 mai 2020) : nécessité de trouver en urgence du matériel de protection, rendez-vous reportés ou annulés du fait de craintes de contamination de la part des patients, organisation de « tournées Covid » afin de limiter les contaminations entre patients, priorisation des soins ou des consultations à maintenir et de celles à annuler, etc.

Ces changements ont pu être abordés dans la série d'entretiens qualitatifs menés par téléphone avec une dizaine de soignants, en zone urbaine. Ces entretiens, réalisés pendant la période de confinement, permettent de recueillir et comprendre les bouleversements intervenus dans l'activité au tout début de la période de crise sanitaire.

De plus, une série de questions de l'enquête web (conduite après le premier confinement de 2020) aborde ces changements dus à la crise sanitaire et au premier confinement dans l'activité globale des soignants, sous l'angle du temps et de la charge de travail, des conditions de travail, du nombre de VAD et des tournées, des déplacements quotidiens, des contraintes sanitaires, de la relation avec les patients, et enfin des revenus d'activité (Figure 104a à g). Ces questions, qui étaient évoquées dans le texte de présentation de l'enquête, permettaient également d'éviter que les réponses aux autres questions générales ne soient trop influencées par l'impact de la crise. Les réponses présentées ci-dessous ont été collectées en juillet 2020, pour une part (première vague de diffusion de l'enquête), et septembre - octobre 2020, pour le reste (relance de la diffusion de l'enquête web), dans une phase de réouverture des activités, mais encore assez proche temporellement du premier confinement. Il est possible que les mêmes questions, si elles avaient été posées un an plus tard, auraient donné des résultats assez différents.

Par souci de lisibilité, sur les graphiques, la modalité « c'est comme avant », de même que la petite minorité de réponses « je ne sais pas » et les rares non-réponses, ne sont pas présentées. Seules sont présentées ici les modalités indiquant un changement et la nature de ce changement (positif / à la fois positif et négatif / négatif). Quatre aspects de l'activité apparaissent particulièrement impactés par la crise (les réponses mentionnant un changement concernant sur ces aspect environ deux soignants sur trois ou un peu plus). Il s'agit, sans surprise, des contraintes sanitaires, ainsi que des revenus, du temps et de la charge de travail, et enfin 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 %) sont le fait des infirmières. Trois sur dix mentionnent que ces conséquences sont à la fois positives et négatives, 12 % les considèrent positives. Une fois passée la difficulté de s'approvisionner en masques, surblouses et gel hydroalcoolique, les mesures sanitaires, largement appliquées par les soignants mais également les patients, peuvent amener une plus grande précaution face aux contaminations, quelles qu'elles soient, ce qui peut expliquer la part des infirmières considérant ces mesures 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 près de deux mois 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 charges 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 (51 % d'évolutions négatives, 5 % d'opinions positives, soit -46 points) et les kinésithérapeutes (-42 points), que chez les infirmières (-27 points) et les sages-femmes (-22 points).

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.

Par rapport à ces caractéristiques assez générales de l'activité, les aspects particuliers comme 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. De plus, ces changements se répartissent de façon moins déséquilibrée entre évolutions négatives et positives (Figure 104c, d, et f).

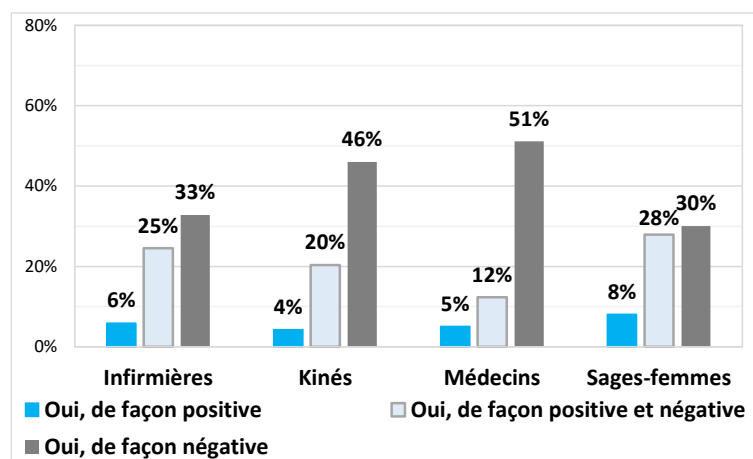
Concernant les relations avec les patients, les résultats concernant les sages-femmes et les kinésithérapeutes, mettent en évidence une balance légèrement positive.

La gestion des tournées et le nombre de VAD mettent en évidence une dégradation de la situation pour 16 % des soignants (médecins), à 27 % (kinésithérapeutes), les infirmières et sages-femmes se situant à un niveau proche des kinésithérapeutes. Compte tenu de la nature de leur métier, très largement sinon totalement structuré par les soins à domicile, les infirmières sont, logiquement, la profession dont le volume et l'organisation de VAD ont été les plus modifiés depuis le début de la crise.

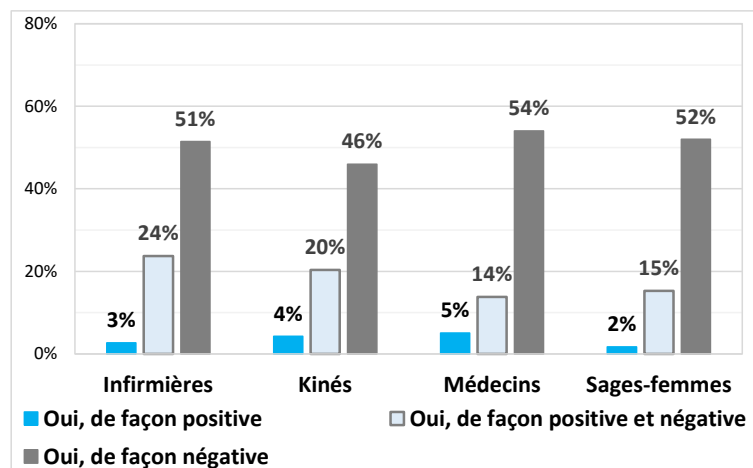
Enfin, parmi les aspects du travail bouleversés par la crise sanitaire les déplacements quotidiens ne sont pas tellement cités au moment de l'enquête (le trafic routier n'avait pas complètement repris), avec des écarts entre évolutions négatives et positives, limitées de 6 points (médecins) à 14 points (sages-femmes).

Figure 104. Réponses indiquant un changement, à la série de questions « Actuellement, par rapport à avant le confinement, est-ce que votre activité est impactée sur les aspects suivants ? »

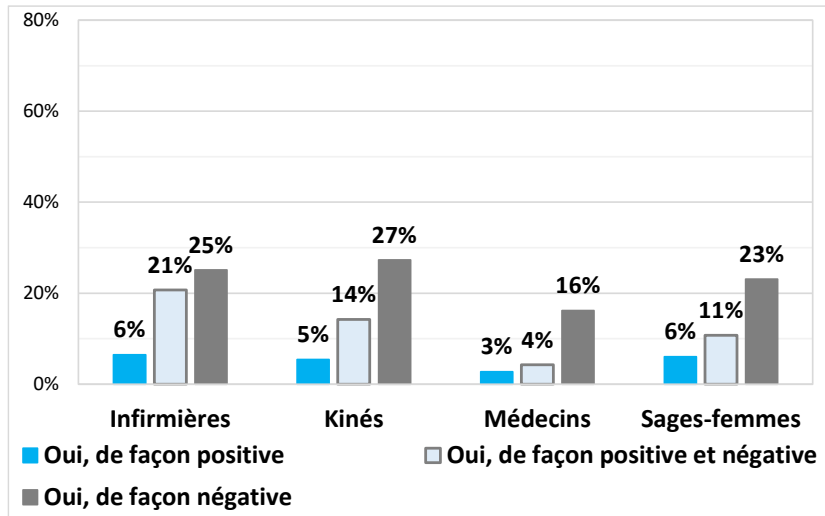
a – Temps et charge de travail



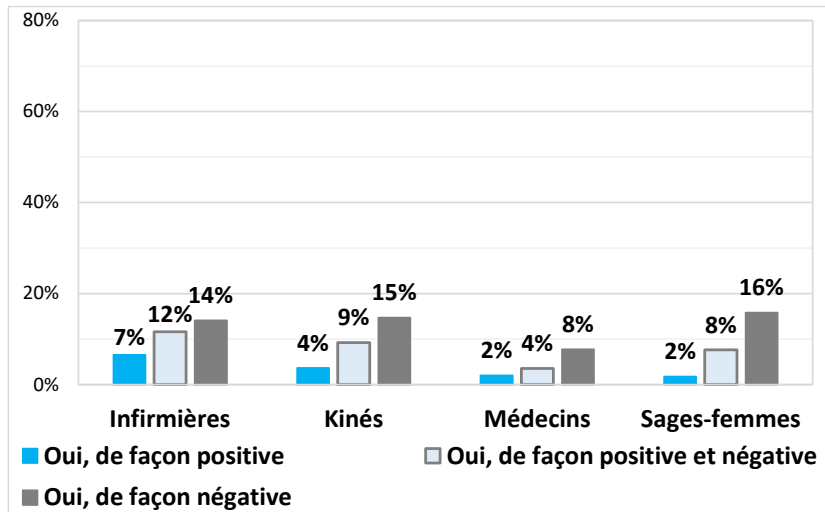
b – Conditions de travail



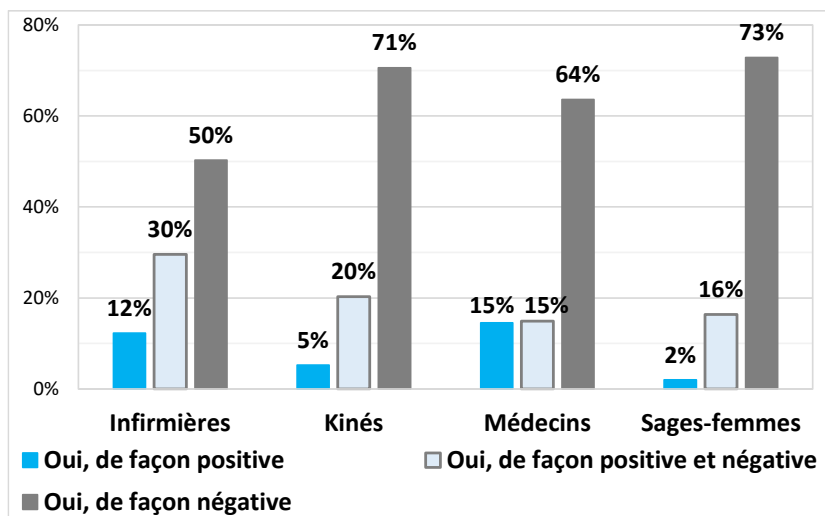
c – Nombre de VAD et organisation des tournées



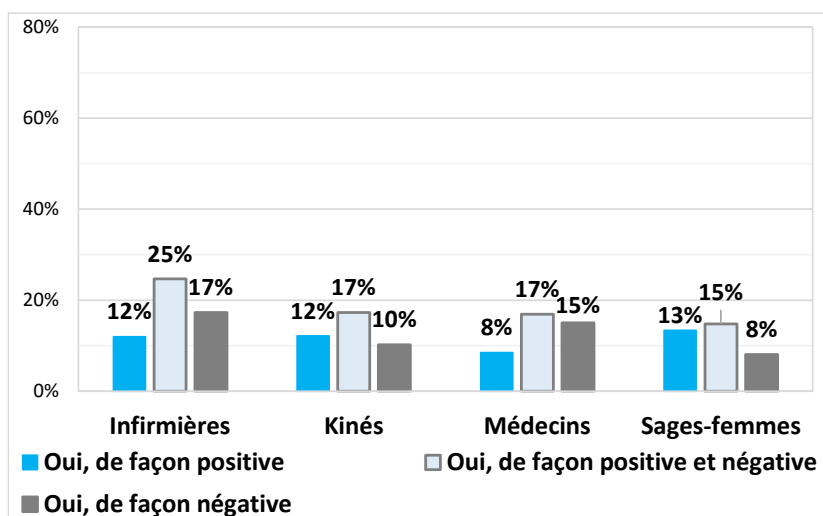
d – Déplacements quotidiens



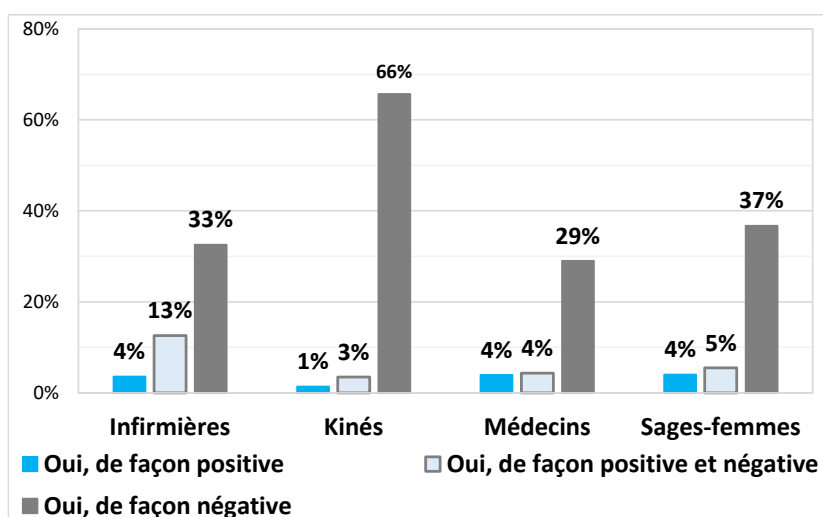
e – Contraintes sanitaires (précaution, désinfection)



f – Qualité de la relation avec les patients



g – Revenus



La crise sanitaire est intervenue dans des contextes d'activité et de soins ambulatoires déjà très tendus. Au 2^e semestre 2020, son impact va dans le sens d'une complexification de l'activité, et d'une dégradation des conditions de travail comme des rémunérations.

4.4.2 Réorganisation des tournées pour éviter les contaminations et prioriser les soins

Tou-te-s les soignant-e-s en zone urbaine enquêté-e-s par téléphone soulignent les difficultés qu'ils et elles ont eu à suivre les directives énoncées par les autorités sanitaires au début de la crise sanitaire, compte tenu de leur nombre et de leur caractère mouvant. Les directives arrivaient en masse de la part de plusieurs instances comme les ordres, les syndicats, l'ARS, la CPAM, les URPS et l'HAS.

Les **aides-soignantes** que nous avons recontactées pendant le confinement de mi-mars - mi-mai 2020 ont mentionné les problèmes de communication avec leur hiérarchie qui relayait ces directives et prenait, ou non, des mesures pour leurs salariées. Elles expliquent avoir subi la mise en place de nouvelles règles « la

veille pour le lendemain » et de ne pas avoir été suffisamment tenues au courant des changements d'organisation. Certaines d'entre elles ont déploré d'avoir été envoyées en tournée sans mesures de protections, pointant le manque de prise en compte du risque de contamination lors des soins, dans le contexte du début de la crise sanitaire.

La première mesure prise par les soignants (ou la hiérarchie pour les aides-soignantes) a été de réduire le nombre de patients vus lors des tournées notamment, à faire des choix sur le maintien des soins. Clarisse, aide-soignante de 33 ans, explique que son association a commencé à s'organiser avant même l'annonce officielle du confinement et des restrictions qui l'accompagnaient :

« Nos supérieurs avaient commencé à établir une liste de patients potentiels chez qui on ne passerait plus si un confinement s'annonçait [...] et puis au moment où le confinement a été annoncé ils ont réduit les tournées et les patients chez qui il y avait des soins plus ou moins importants ou qui avaient des familles proches, qui étaient présentes, ou chez qui il y avait quand même beaucoup d'intervenants, à ce moment-là les passages ont été annulés. On a continué de passer chez des patients qui nécessitaient vraiment des soins où on n'avait pas le choix de venir. [...] De mémoire je crois qu'on a annulé 26 patients. Il en reste 36 dans le service, je crois ».

(Clarisse, AS, 33 ans, Péri-URB, salariée depuis 11 ans)

Elle souligne néanmoins n'avoir pas été en accord avec toutes les décisions prises à ce moment-là et estime que des patients figurant sur la liste des patients non prioritaires auraient eu besoin de leur passage pour leur confort et leur qualité de vie. Les tournées ont également dû être revues à la baisse en fonction des non-disponibilités des aides-soignantes, retenues à domicile pour garde d'enfants du fait de la fermeture des écoles, en l'absence de solution de garde en début de confinement.

Pour Aurélie, **sage-femme** libérale de 27 ans, si des directives ont été énoncées, elles ne guidaient pas assez le difficile tri entre rendez-vous urgents et patientes « moins urgentes », entraînant des choix difficiles qu'elle devait assumer :

« L'Ordre des sages-femmes avait demandé à ce qu'on supprime tout ce qui était rendez-vous non urgents finalement alors la notion d'urgence était à déterminer de nous-mêmes en tout cas, enfin on faisait avec ce qu'on pouvait donc c'était un peu toi et ta conscience qui décidaient ce qui était censé être urgent et ce qui ne l'était pas ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

La crise sanitaire a favorisé les changements, notamment au sujet de la possibilité pour les sages-femmes de faire des téléconsultations :

« Pendant les 15 premiers jours du confinement, on n'avait pas d'autorisation pour faire de la téléconsultation c'était pas prévu dans la loi, la téléconsultation était ouverte à ce moment-là qu'aux médecins et donc les sages-femmes n'avaient pas le droit d'en faire. Et au bout de 15 jours de confinement il y a eu un décret de loi qui est passé pour que finalement on puisse le faire, donc ça s'est fait au bout de 15 jours ! ».

(Aurélie, SF, 27 ans, URB, installée depuis 4 ans)

Pour les **kinésithérapeutes**, la demande de continuité des soins a concerné au départ uniquement les « soins vitaux ». Elodie, kinésithérapeute installée depuis peu dans son propre cabinet raconte elle aussi la difficulté à définir ces soins vitaux et le caractère restrictif de cette distinction pour sa profession, ce qui a induit une chute de l'activité dans les premiers temps du confinement :

« Au début c'était soins urgents et vitaux sachant qu'en kinésithérapie c'est un peu difficile à définir, on ne savait pas trop ce qu'on pouvait définir comme soin urgent et vital donc c'était essentiellement les kinés respiratoires et après les personnes isolées qu'il faut maintenir à domicile ou alors les personnes qui risquent de se dégrader très vite en fait, les polyhandicapés, ce qui fait que ça réduit considérablement notre activité ».

(Elodie, MK, 30 ans, URB, titulaire depuis trois mois et demi)

Céline, kinésithérapeute de 35 ans, raconte que les directives n'étaient pas très claires au départ :

« Il y a des mails de l'ARS qui tombaient tous les deux heures avec les nouvelles consignes et des règles d'hygiène. Ça s'est tellement accumulé que c'est le samedi ou le dimanche, on s'est posé la question avec mes autres collègues kinés, ils ne sont pas forcément dans le même cabinet que moi, on a travaillé ensemble et on est amis aussi et on se demandait s'il fallait qu'on ferme ou pas. Les restrictions qu'il y avait par rapport aux patients qu'on n'avait pas le droit d'aller voir, ça nous enlevait 80% de notre patientèle : ne pas aller voir les plus de 70 ans, les mineurs parce que c'est des patients potentiellement porteurs du virus. Après, éviter tous les patients avec des polyopathologies, cancers, problèmes cardiaques, etc. Ça enlevait vraiment beaucoup de patients ».

(Céline, MK, 35 ans, URB, installée depuis 13 ans)

Céline a pris l'initiative d'envoyer des vidéos d'exercice à ses patients les plus jeunes et ayant accès à une messagerie électronique, pour maintenir la continuité des soins :

« J'ai géré par téléphone et par vidéo. Je les ai appelés je leur ai envoyé des exercices par vidéo. On s'appelle tous les deux jours pour savoir comment ça évolue. Si ça va, je leur donne des conseils, des nouveaux exos. Je gère comme ça ».

(Céline, MK, 35 ans, URB, installée depuis 13 ans)

Les kinésithérapeutes ont quasiment totalement arrêté leur activité en cabinet les premières semaines, puis ils ont eu le droit de reprendre les domiciles :

« Quand il y a eu l'annonce du confinement en fait l'Ordre qui nous a demandé de fermer nos cabinets donc on a tout fermé [...] en fait au début c'était ouverture des cabinets mais avec des règles d'hygiène qui étaient tellement strictes que de toute façon personne ne pouvait tenir ces règles-là [...] c'est-à-dire un patient par salle d'attente, désinfecter le cabinet entre chaque patient enfin des choses comme ça qui sont un peu compliquées [...] ensuite ils nous ont demandé le maintien des domiciles seulement, alors c'est un peu compliqué parce qu'en fait on n'avait pas de règles précises ».

(Elodie, MK, 30 ans, URB, titulaire depuis trois mois et demi)

Elodie, comme beaucoup de kinésithérapeutes, a vu son activité considérablement diminuer pendant les premières semaines du confinement :

« La plupart de mes collègues qui ne font pas de domiciles et bien ils ont plus rien, moi je faisais quasiment que les domiciles donc du coup là je bosse un peu, je fais à peu près 2 heures chaque matinée, 3 fois par semaine, lundi, mercredi, vendredi ».

(Elodie, MK, 30 ans, URB, titulaire depuis trois mois et demi)

Elodie se dit déçue de la façon dont été considérés les kinésithérapeutes pendant ce début de crise sanitaire :

« Je pense qu'on est pas du tout la profession indispensable du moment, enfin on voit on n'est pas super bien pris en compte pour le coup ».

(Elodie, MK, 30 ans, URB, titulaire depuis trois mois et demi)

Les **médecins** ont continué les consultations en cabinet et la plupart se sont mis à la téléconsultation. Jade, jeune médecin, enceinte au moment du premier confinement a préféré ne plus se rendre sur son lieu de travail pour faire les consultations, en accord avec ses collègues médecins. Elle a de ce fait mis en place des téléconsultations généralisées, service auquel elle avait déjà accès avant la crise sanitaire mais dont elle se servait très peu, voire pas du tout. Elle a également assuré la continuité des soins en EHPAD en gardant un contact téléphonique régulier avec les infirmières coordinatrices. De même, elle a suivi pendant le confinement le travail des infirmières libérales qui se rendaient au domicile de patients communs :

« J'ai des infirmières à domicile qui m'appellent en WhatsApp vidéo et qui me montrent des choses faites sur les patients et je peux du coup leur dire quoi faire, le seul problème c'est que je suis obligée et contrainte d'envoyer des ordonnances par mail parfois alors que c'est interdit [pour des raisons de sécurisation des données] mais j'ai pas le choix quoi, parce que je veux limiter les déplacements des patients ».

(Jade, MG, 30 ans, URB, installée depuis 6 mois)

Les **infirmières** ont quant à elles maintenu leur tournée mais certaines ont, à l'image des autres professions, pris des initiatives collectives dans ce contexte très contraint, afin de mieux s'organiser entre elles, indépendamment des directives des autorités sanitaires. C'est le cas de Nathalie, infirmière de 56 ans, et de collègues de son cabinet et de cabinets alentours, qui ont pris l'initiative de mettre en place une « tournée Covid » :

« On a mis en place une tournée, en plus de notre tournée normale, pour pouvoir isoler les patients Covid des patients qui sont non atteints sur une tournée. On a mené un peu cette réflexion avec mes collègues et on a décidé de contacter tous les cabinets du quartier, enfin ou la grande majorité on en a peut-être oublié un ou deux, et on a créé un groupe WhatsApp dans un premier temps, on était 42 je crois sur ce groupe pour discuter ensemble de ce qu'on allait faire. On avait pour idée de faire une tournée commune pour pouvoir économiser nos forces parce qu'on peut pas travailler tous les jours c'est pas possible ».

(Nathalie, IDE, 56 ans, URB, installée depuis 18 ans)

Finalement, 14 infirmières et infirmiers du quartier ont répondu présents et se sont portés volontaires pour « mettre en commun » les patients positifs au Covid sur leurs tournées et faire cette tournée à tour de rôle et en binôme afin de se partager la charge mentale et médico-légale :

« C'est notre choix d'être à deux, pour déjà dans un premier temps se soutenir parce qu'on nous a annoncé des choses pas très gaies notamment en EHPAD donc pour pouvoir déjà être deux à affronter ce genre de choses et puis parce qu'il y a un habillage particulier, pour qu'on se surveille un peu, pas faire de fautes, qu'on réfléchisse à deux et puis voilà, retrouver une espèce d'esprit d'équipe face à cette maladie qui nous touche tous ».

(Nathalie, IDE, 56 ans, URB, installée depuis 18 ans)

Les tournées sont normalement gérées par un seul infirmier, qui est rémunéré individuellement pour ses actes pratiqués. Être deux sur une tournée signifie se partager la rémunération de chaque acte :

« On a dit qu'on mettait les maigres substitués qu'on va gagner, enfin substitués, c'est des subsides qu'on va gagner par ces tournées Covid, on va les mettre dans un pot commun et on se fera un restaurant à la fin ».

(Nathalie, IDE, 56 ans, URB, installée depuis 18 ans)

Nathalie souligne elle aussi l'importance de « remettre un peu un esprit d'équipe et de collaboration qu'on perd un peu en libéral » et espère que ce groupe de collaboration perdurera au-delà de la crise sanitaire.

4.4.3 Débrouillardise, solidarité et bricolage pour l'approvisionnement en matériel de protection en début de crise

Tous les soignants enquêtés par téléphone pendant le confinement de 2020 ont souligné la difficulté voire l'impossibilité à s'approvisionner en masques, gel hydroalcoolique et surblouses, à l'époque où la pénurie d'équipements de protection touchait l'ensemble du territoire. Les soignants ont majoritairement dû faire preuve de débrouillardise pour se protéger lors de leurs tournées. Nombre d'entre eux ont dû faire appel au système D, à leur réseau et leurs connaissances professionnelles ou personnelles pour tenter de se procurer des protections.

Clarisse, aide-soignante de 33 ans, après un accord-jugé timide de sa direction, a pris l'initiative de lancer une demande sur un réseau social pour activer la solidarité afin qu'elle et ses collègues puissent continuer de travailler en étant protégées :

« Je me suis dit et si je faisais un appel sur Facebook parce que vu que pas mal de gens le font je me suis dit pourquoi pas [...] qui ne tente rien n'a rien donc j'ai fait un appel et de là sur cet appel j'ai demandé surblouses, j'ai demandé des masques parce que c'était l'époque où on manquait de masques aussi, on en avait un pour 7 heures [alors que les consignes prescrivaient de le changer toutes les 4 heures] et je me suis permise aussi de demander des visières de protection. On a eu une âme charitable à C. [ville voisine] qui nous a fait des visières gratuitement pour l'ensemble du personnel et, donc ça c'était une bonne chose ».

(Clarisse, AS, 33 ans, Péri-URB, salariée depuis 11 ans)

De nombreux soignants ont fait appel à la solidarité, en plus de devoir piocher dans leurs anciennes réserves de masques périmés. Paul, infirmier de 60 ans, raconte comment il s'est débrouillé au sein de son cabinet d'infirmiers :

« On a sorti les vieux masques H1N1 qu'on n'avait pas tous jetés et puis on s'est débrouillés, et puis il y a eu un élan de solidarité énorme, les plâtriers, les peintres sont venus nous donner des combinaisons, vous nous auriez vus sortir en ville ! [...] On aurait dit qu'on allait déminer un engin nucléaire, n'empêche que ça a été efficace, donc c'est ça l'essentiel ».

(Paul, IDE, 60 ans, URB, installé depuis plus de 30 ans)

Jonathan, infirmier de 37 ans, a lui aussi fédéré son réseau professionnel et personnel pour trouver du matériel de protection :

« On a créé un groupe WhatsApp d'infirmiers de C. [la ville] pour s'entraider et se soutenir, pour se distribuer du matériel. On en est là, on est dans un pays du tiers-monde alors qu'on est en France cinquième puissance mondiale et on n'a pas trois masques à filer à nos infirmiers. [...] Grâce au groupe WhatsApp, on s'échange du matériel, il y a une collègue qui m'a échangé de la solution hydroalcoolique contre des surblouses ou une paire de boîtes de gants. [...] J'ai pu récupérer des masques FFP2 de mon voisin qui est dans la rénovation, de ma belle-sœur qui vient de rénover son appart et d'une copine qui travaille dans une banque et qui avait ça dans un de ses placards de bureau quand ils recevaient du public au moment de l'H1N1, voilà ce que j'ai. Mais de l'Etat et de n'importe qui je n'ai pour l'instant perçu que 18 masques chirurgicaux donc FFP1, voilà ».

(Jonathan, IDE, 37 ans, URB, installé depuis 6 ans)

De même, Nathalie, infirmière de 56 ans a pu trouver des solutions d'urgence grâce à son réseau de relations personnelles :

« Moi j'ai récupéré des housses de siège chez mon garagiste qui m'a filé en plus du gel hydroalcoolique, des gants, enfin voilà on a fait appel un peu aux gens, il y a un copain qui nous fabrique des visières avec des imprimantes 3D et ma sœur nous a cousu des calots pour les cheveux ».

(Nathalie, IDE, 56 ans, URB, installée depuis 18 ans)

Les soignants enquêtés au moment du confinement (en mars, avril ou mai 2020) constatent tous la difficulté qu'ils ont eu à adapter leur travail à la situation sanitaire. Ils ont tous dû « bricoler » et faire preuve de débrouillardise et de solidarité pour continuer à travailler dans des conditions qu'ils jugent décentes et sécurisantes, pour eux-mêmes et pour les patients. La grande majorité des soignants interrogés ont souligné des manquements de la part des autorités (notamment au niveau de l'approvisionnement en matériel de protection) mais également au sujet des aides financières ou des primes qui ont mis du temps à arriver. Les infirmiers et infirmières rencontrés font aussi part d'un manque de reconnaissance de la part des autorités, qui, au lieu de les soutenir dans les initiatives mises en place, ont renforcé certains contrôles et ne leur ont pas rendu facile l'adaptation de leur pratique dans ce moment exceptionnel du premier confinement. En conclusion, la situation sanitaire induite par la crise Covid n'a fait qu'exacerber des difficultés déjà signalées en temps normal par les soignants.

Conclusion générale et pistes de réflexions concernant la visite à domicile, notamment dans les territoires ruraux

Notre approche exploratoire des pratiques de soins ambulatoires, son large spectre (cinq professions étudiées), la focale orientée sur les visites à domicile, permettent de brosser un état des lieux de leurs conditions de mobilité et des conditions d'exercice des cinq professions étudiées en région Auvergne-Rhône-Alpes. Loin d'être exhaustif pour chacune des cinq professions - infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, sages-femmes, et, par le biais de l'enquête qualitative uniquement, aides-soignantes -, il mériterait d'être complété par d'autres études, et sera approfondi par des études plus spécifiques des données et informations collectées.

En dépit de ses limites, évoquées dans le chapitre présentant les méthodes de recueil d'informations, les éléments de connaissance et de compréhension de l'activité des professions de santé présentés dans ce rapport mettent en évidence les spécificités de chacune des professions, notamment eu égard à la visite à domicile (VAD). Ils montrent également, indirectement, toute l'importance que revêtent ces métiers pour les habitants de ces territoires, notamment, mais pas seulement, les plus âgés d'entre eux. Ces éléments de constat et d'analyse alimentent la connaissance de métiers et de pratiques professionnelles encore peu étudiées, dans un contexte où l'Etat, dans sa volonté de mieux définir les parcours de soins et de mieux articuler les différentes composantes du système de santé, assigne aux différents métiers relevant de la médecine « de ville » un rôle primordial.

Selon la profession, la VAD tient une place différente dans l'activité et les emplois du temps, avec notamment une activité de soins quasi-totalement réalisée au domicile (ou sur le lieu de vie) des patients, pour les infirmières et les aides-soignantes, des activités plus mixtes entre cabinet et soin à domicile pour les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes, et des visites occupant une part plus réduite de l'activité chez les médecins généralistes. La nature des soins à apporter est fortement déterminante du type de visites à domicile effectuée, de leur durée, leur fréquence, et du nombre de visites réalisées dans une journée de travail.

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 importante, un sentiment de lassitude, voire d'épuisement, et l'envie de changer de métier, voire de secteur d'activité. Différents indices ou indicateurs attestent le caractère exigeant de la pratique professionnelle :

- les fortes amplitudes journalières de travail, la pression temporelle jugée élevée, et qui pour la majorité des soignants en s'accroissant d'année en année ;
- la rareté ou l'absence de pauses pendant le travail, les horaires décalés ou fragmentés, et pour certaines professions, le travail le week-end ;
- les kilomètres parcourus quotidiennement, les temps nécessités pour ces déplacements, le nombre de patients visités ;
- les problèmes physiques rencontrés (du fait des charges lourdes, des déplacements),

- l'utilité et la difficulté du soin en lui-même, et en lien, 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 d'indisponibilité, de maladie ou de congés, 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 soin 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 contraintes ou aux souhaits propres aux patients, et enfin répondre dans la mesure du possible à leurs besoins, tout en veillant à la dimension économique de l'activité. La capacité d'adaptation des soignants est sollicitée également pour la gestion 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 ressenti par les soignants vis-à-vis de leur travail est une constante qui ressort des enquêtes qualitatives comme quantitatives. Il prend la forme d'une insatisfaction quant à la rémunération des actes. 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 ou de kinésithérapie, d'autre part. Mais plus largement, pour l'ensemble des professions, la question de la « rentabilité » de la visite à domicile comparée aux soins en cabinet est, à de rares exceptions près, systématiquement en défaveur des premières. Ce manque de reconnaissance est également à rapprocher du montant des indemnités de déplacement des soignants 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 où il est forfaitaire, ou en zone rurale autonome, où le calcul des indemnités kilométriques, qui permet de compléter des revenus d'activités moins élevés, est régulièrement requestionné dans un sens moins favorable par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

En résulte une situation paradoxale. D'un côté, l'utilité et le caractère indispensable des visites à domicile dans l'accès aux soins ne sont contestés par personne, ni par les pouvoirs publics, ni par les soignants, ni bien sûr par les patients. De l'autre, le sentiment, très partagé par les soignants, que cette activité n'est pas reconnue à sa juste valeur. Une partie des soignants libéraux cherche à réduire cette part de leur activité, voire à s'en s'affranchir complètement, lorsque cela est possible (en ville et dans les zones relativement bien dotées, pour certains médecins, ou masseurs-kinésithérapeutes enquêtés), la charge de l'activité de VAD se trouvant alors reportée sur un plus petit nombre d'intervenants. Cette situation est, dans certaines parties du territoire, potentiellement porteuse de déséquilibres entre offre et demande de soins.

La problématique et les difficultés du soin à domicile sont présentes dans tous les territoires, des plus urbains, denses et accessibles, aux plus ruraux, autonomes ou isolés. Un point essentiel découlant de notre étude est le fait que la plupart des indicateurs d'activité (le nombre de visites, leurs durées, les contraintes et marges de manœuvre) sont d'abord liés aux missions propres à chaque profession, bien avant d'être influencées par les caractéristiques du territoire d'exercice. Les écarts observés selon les lieux d'exercice sont réels mais d'ampleur limitée pour la plupart des indicateurs d'activité, à l'exception toutefois des kilomètres parcourus et de la durée quotidienne consacrée à se déplacer (nettement plus élevés, quelle que soit la profession, en territoire rural périurbain et, *a fortiori*, en territoires ruraux autonomes), ou

encore du nombre de patients visités (un peu moins élevé dans les territoires ruraux, pour les infirmières et les sages-femmes, un peu plus élevé chez les médecins).

Si la question du soin à domicile revêt une importance particulière dans les zones du territoire fragiles démographiquement ou socialement, c'est du fait des caractéristiques des territoires d'une part, et des caractéristiques des populations qui y résident, d'autre part :

- moindre équipement territorial en établissements de soins et faible accessibilité aux services de santé, moindre attractivité pour l'installation des soignants libéraux notamment, enjeux très forts de maintien des services publics de proximité, dont la santé dans ces espaces (Cour des Comptes, 2019) ;
- part élevée de personnes âgées, de populations à bas revenus, à la motorisation et aux capacités de déplacement réduites (transports collectifs absents, ou plus réduits et moins performants qu'en zones urbaines), limitant leur accès aux lieux de soins.

En particulier, le maintien à domicile de populations vieillissantes, qui se pose avec une acuité particulière en territoires ruraux autonomes est, dans un territoire donné, dépendant d'un nombre limité de professionnels de santé, qui n'ont guère le droit de « manquer à l'appel ». La fragilité de la couverture sanitaire ambulatoire en rural repose en effet sur un petit nombre de soignants, avec de fortes responsabilités mais parfois eux même isolés et manquant de soutien institutionnel. Contribuer à limiter les inégalités socio-territoriales d'accès aux soins des populations résidant en zones défavorisées ou en zones peu denses passe inmanquablement par un renforcement de l'armature des soins ambulatoires.

Territoires d'intervention de la Mutualité Sociale Agricole, les espaces ruraux font partie de ces territoires fragiles, pour lesquels la consolidation des conditions de la VAD devrait faire l'objet d'une attention particulière, et de dispositifs de soutien spécifiques.

Différentes pistes de réflexion apparaissent pour renforcer l'attractivité des zones rurales sous-dotées, 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 et l'entraide ;
- 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 expérimenter 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 bibliographiques

- Anadón M. (2019), « Les méthodes mixtes : implications pour la recherche "dite" qualitative », *Recherches qualitatives*, Vol. 38, n°1, pp. 105-123.
- Arborio A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Economica, 334 p.
- Bayart C., Bonnel P. (2010), L'impact du mode d'enquête sur la mesure des comportements de mobilité. *Economie et Statistique*, n°437, pp. 47-50.
- Berthaut J., Bidet J., Thura M. (2021), « Making sociologically-grounded fictions. A review of the Sociorama collection experience », *Sociologica*, Vol. 15, n°1, pp. 265-290.
- Bloy G., Schweyer F.-X. (dir.) (2010), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 424 p.
- Bouchayer F. (2010), « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux », in Bloy G., Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 169-188.
- Carpiano R. M. (2009), « Come take a walk with me: The "Go-Along" interview as a novel method for studying the implications of place for health and well-being », *Health & Place*, Vol. 15, n°1, pp. 263-272.
- Cohen P., Rossi I. (2011), « Le pluralisme thérapeutique en mouvement », *Anthropologie & Santé*, n°2. [En ligne]. <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/606>
- Cour des Comptes (2019), *L'accès aux services publics dans les territoires ruraux*, 127 p. + annexes. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/laces-aux-services-publics-dans-les-territoires-ruraux>
- Didier P., Pochet P., Bouzouina L., Fassier J.-B., Zoubir A. (2021), « Appréhender les pratiques et la mobilité quotidienne des soignants effectuant des visites à domicile : apports d'une collecte mixte », *1^{er} Colloque Virtuel de la Communauté Méthodes Mixtes Francophonies (MMF) « Théories et pratiques en méthodes mixtes »*, Montréal, Canada, 6 mai. http://methodesmixtesfrancophonie.pbworks.com/w/file/attach/145326801/MMF-18-DIDIER_affiche.pdf
- Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (dir.) (2016), *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan, 236 p.
- Douguet F., Vilbrod A. (2017), *Les sages-femmes libérales. Accompagner des femmes en situation de vulnérabilité et de précarité*, Paris, Seli Arslan, 160 p.
- Douguet F., Vilbrod A. (2018). *Les infirmières libérales : une profession face au défi des soins à domicile*, Paris, Seli Arslan, 243 p.
- EVREST (rapport rédigé par L. Rollin et A. Leroyer) (2019), *Evolutions et relations en santé au travail, Rapport descriptif national 2017-2018*, 43 p. <http://evrest.istnf.fr/docs/Fichier/2019/4-191231122448.zip>.
- Fassin D. (2001), « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique », in Hours B. (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, pp. 24-40.

- Fillaut T., Douguet F. (2016), « Introduction », in Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (dir.), *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan, pp. 9-17.
- Fournier C. (2016), « Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés », in Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (dir.), *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan, pp. 109-122.
- Garros B. (2009), « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? », *Santé Publique*, n°21, pp. 7-16.
- Guével M.-R., Pommier J. (2012), « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration », *Santé Publique*, Vol. 24, n°1, pp. 23-38.
- Hernandez V. (2021), *Les visites à domicile et la mobilité des soignants*, Master 2 Transports Réseaux Territoires, Université Lumière Lyon 2 – ENTPE, 154 p.
- Holm S.G., Angelsen R.O. (2014), « A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? », *BMC Health Services Research*, Vol. 14, n°1, pp.439-449.
- Kusenbach M. (2003), « Street phenomenology: the go-along as ethnographic research tool », *Ethnography*, Vol. 4, n°3, pp. 455-485.
- Levasseur G., Schweyer F.-X. (2004), *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, rapport de recherche Lapss ENSP, Université Rennes 1.
- Lucas-Gabrielli V., Nabet N., Tonnellier F. (2001), *Les soins de proximité : une exception française ?*, Rapport n°503, CREDES Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, Paris, France, 93 p.
- Marcoux-Gendron C. (2017), « Le "go-along". Un outil des études urbaines pour inspirer la recherche sur les pratiques culturelles », in Barraband M., Bellemare A. et M. Grenier (dir.), *Publics de la culture : Perspectives croisées sur la réception et la médiation (actes de colloque)*, Université du Québec à Trois-Rivières, Laboratoire de recherche sur les publics de la culture, pp. 19-32.
- 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*, p. 4.
- Musso S. (2009), « Quelques éléments de synthèse », *communication présentée au Colloque Amades Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulation des acteurs, évolution des pratiques*, Toulouse, 16-18 sept. 2009, [en ligne].
- Nocerino P. (2016), « Ce que la bande dessinée nous apprend de l'écriture sociologique », *Sociologie et sociétés*, Vol. 48, n°2, pp. 169-193.
- Roussel F., Guitard E. (2021), « L'usage du dessin dans l'enquête de terrain en sciences sociales. État des lieux et perspectives depuis la géographie et l'anthropologie (première partie) », *Carnets de Terrain*. <https://blogterrain.hypotheses.org/17017>
- Rosa H. (2010), *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte, coll. « Théorie critique », 474 p.

Sakoyan J., Musso S. et Mulo S. (2011), « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie & Santé*, n°3 [En ligne]. <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/819>

Schweyer F.-X. (2010), « Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale », in Bloy G. et Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 379-402.

Schweyer F.-X., (2016), « Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé », in Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (dir.), *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan, pp. 39-60.

Tariq S., Woodman J. (2010), « Using mixed methods in health research », *JRSM Short Reports*, pp. 1-8.

Tondeur K. (2018), « Le boom graphique en anthropologie. Histoire, actualités et chantiers futurs du dessin dans la discipline anthropologique », *Omertaa, Journal for Applied Anthropology*, <http://www.omertaa.org/archive/omertaa0082.pdf>

Annexes

Annexe 1 – Valorisation scientifique (en cours)

Valorisation scientifique

- Communications dans des colloques, journées d'étude ou séminaires

Didier P. (2021), « Mobilités spatiales et trajectoires de vies professionnelles des soignants effectuant des visites à domicile : une comparaison entre des zones urbaines et rurales de la région Auvergne-Rhône-Alpes », sur invitation au *Séminaire « Trajectoires de Santé »*, Pacte et SFR Santé et Sociétés, Grenoble, 24 sept.

Didier P., Pochet P., Zoubir A., Bouzouina L. (2021), « Des soignants à la peine ? Conditions de travail et mobilité de professionnels de santé intervenant au domicile dans l'aire urbaine de Lyon », *Congrès Unisanté « Transformations et nouvelles formes de travail : Enjeux et adaptation »*, Fribourg, Suisse (en ligne), 9 juin.

Didier P., Pochet P., Bouzouina L., Fassier J.-B., Zoubir A. (2021), « Appréhender les pratiques et la mobilité quotidienne des soignants effectuant des visites à domicile : apports d'une collecte mixte », *1er Colloque Virtuel de la Communauté Méthodes Mixtes Francophonies (MMF)*, « Théories et pratiques en méthodes mixtes », Montréal, Canada, 6 mai.

http://methodesmixtesfrancophonie.pbworks.com/w/file/fetch/145326801/MMF-18-DIDIER_affiche.pdf

Didier P. (2020), « Observer et éprouver les pratiques de mobilités des soignants à domicile, une approche anthropologique », *Journée d'étude Méthodologies mobiles*, LAET - ENTPE, (en ligne), 14 déc.

Didier P., Pochet P. (2020), « Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants dans l'Aire urbaine de Lyon : une exploration plurielle et méthodologique », présentation du projet Santé-Mobilité », *Commission recherche du Collège universitaire de médecine générale*, Lyon, Université Lyon I, 23 janv.

Didier P. (2019), « Health-Mobility, health practitioners' spatial mobilities and working conditions in the Lyon Urban Area: a plural and methodological exploration », poster et communication orale au *Smart City Expo World Congress*, Barcelone, 20-21 nov.

- Présent rapport final du projet
- Publications académiques (en cours)

Vulgarisation et diffusion des résultats

• Illustrations, storyboards dessinés réalisés par Alexandra Lolivrel, en collaboration avec Pierrine Didier. Réalisation d'une brochure pour diffusion en ligne de la brochure (en cours).

• Présentations orales des résultats et diffusion du rapport final au Labex IMU et à la MSA, aux URPS Infirmiers Libéraux, Masseurs-Kinésithérapeutes, Médecins Libéraux et Sages-femmes de la région AURA et à l'ANACT.

Annexe 2 – Description des profils des soignants enquêtés lors des entretiens semi-directifs qualitatifs

Profession	Pseudo	Age	Zone d'activité	Années à domic. / en libéral	Lieu d'exercice	Fréquence de la VAD	Moyens de transport
AS	Clarisse	33	Péri-URB	11	SSIAD	Tous les jours travaillés	Voiture personnelle
	Mariama	40	URB	10	Association	Tous les jours travaillés	Marche à pied / voiture du service
	Malika	47	URB	5	Association	Tous les jours travaillés	Voiture du service/voiture personnelle
	Imane	29	URB	3	Association	Tous les jours travaillés	Voiture du service/voiture personnelle
	Julie	32	URB	7	Association	Tous les jours travaillés	Voiture du service/voiture personnelle
	Sylvie	61	Péri-URB	24	SSIAD	Tous les jours travaillés	Voiture personnelle
	Françoise	58	RUR	33	Association	Tous les jours travaillés	Voiture du service
	Karim	59	RUR	4	Association	Tous les jours travaillés	Voiture du service
	Coralie	50	RUR	11	Association	Tous les jours travaillés	Voiture du service
	Killian	41	RUR	1,5	SSIAD	Tous les jours travaillés	Voiture du service
Erica	52	RUR	1	SSIAD	Tous les jours travaillés	Voiture du service	

IDE	Paul	60	URB	30	Titulaire dans un cabinet de 3	Tous les jours travaillés	Vélo à assistance électrique
	Julien	36	URB	6	Remplaçant dans un gros cabinet (14 infirmiers)	Tous les jours travaillés	Voiture de location
	Jonathan	37	URB	6	Titulaire dans un cabinet de 2	Tous les jours travaillés	Voiture personnelle
	Aude	35	URB	5	Collaboratrice dans un cabinet de 3	Tous les jours travaillés	Voiture personnelle
	Nathalie	56	URB	18	Titulaire dans un cabinet de 3	Tous les jours travaillés	Vélo à assistance électrique
	Catherine	50	RUR	2	Titulaire dans un cabinet de 2	Tous les jours travaillés	Voiture professionnelle
	Louise	45	RUR	6	Seule titulaire d'un cabinet sans collaborateur ni collègues	Tous les jours travaillés	Voiture professionnelle
	Bérandère	25	RUR	3	Infirmière coordinatrice dans une association d'aide à domicile	1 fois par semaine	Voiture du service
MK	Sylvain	37	URB	17	Collaborateur dans un cabinet de 3	Tous les jours travaillés	Marche à pied
	Marc	56	URB	25	Titulaire de son cabinet, avec 6 collaborateurs	3 à 4 fois par semaine	Marche à pied
	Damien	27	URB	7	Collaborateur dans un cabinet de 6	2 fois par semaines	Trottinette

	Elodie	30	URB	8 ans	Titulaire de son cabinet individuel depuis 1 mois	Tous les jours travaillés	Voiture personnelle
	Céline	35	URB	13	Cabinet pluri-professionnel	2 demi-journées par semaine	Marche à pied
	Yves	44	RUR	15	Cabinet individuel	5 demi-journées par semaine	Voiture personnelle
	Michel	62	RUR	30	Maison de santé	3 demi-journées par semaine	Voiture personnelle
	Nadège	33	RUR	9	Maison de santé	3 demi-journées par semaine	Voiture personnelle
MG	Laura	35	URB	6	Maison de santé	Eventuellement entre midi et deux	Voiture personnelle
	Thierry	55	URB	30	Maison de santé	1 à 2 fois par semaine	Voiture personnelle
	Magalie	33	URB	6	Maison de santé	Eventuellement 1 fois par semaine	Vélo
	Antoine	34	URB	5	Maison de santé	1 fois tous les 2 mois	Vélo / marche à pied
	Emilie	36	URB	5	Associée dans un cabinet	1 fois par mois	Voiture personnelle
	Jade	30	URB	6 mois	Maison de santé	1 demi-journée par semaine	Transport en commun (métro) / marche à pied / vélo
	Ariane	32	RUR	2	Titulaire d'un cabinet de 3	1 demi-journée par semaine	Voiture professionnelle
	Louis	31	RUR	1,5	Titulaire d'un cabinet de 3	2 demi-journées par semaine	Voiture professionnelle
	Clara	37	RUR	5	Titulaire d'un cabinet de 2	2 demi-journées par semaine	Voiture professionnelle

SF	Jacqueline	58	URB	30	Cabinet individuel	Entre midi et deux tous les jours	Voiture personnelle
	Chantal	62	URB	29	Cabinet individuel	Tous les jours travaillés	Voiture personnelle
	Claire	35	Péri-URB	7	Maison de santé	Quelques fois par semaine	Voiture personnelle
	Manon	35	Péri-URB	7	Maison de santé	2 demi-journées par semaine	Voiture personnelle
	Aurélie	27	URB	4	Maison de santé	1 demi-journée par semaine	Marche à pied / transport en commun (métro)
	Martine	61	URB	18	Cabinet individuel (partagé)	2 à 3 fois par semaine	Marche à pied / voiture personnelle
	Christelle	45	RUR	9	Cabinet individuel	Quelque fois par mois	Voiture professionnelle
	Sabrina	42	RUR	4	Maison de santé	2 demi-journées par semaine	Voiture personnelle
	Lena	38	RUR	5	Cabinet individuel	Quelques jours par semaine	Voiture personnelle
	Audrey	31	RUR	3	Titulaire dans un cabinet de 2	Trois fois par semaine	Voiture personnelle

Enquête auprès des soignants libéraux effectuant des visites à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes

Les chercheurs du Laboratoire Aménagement Economie Transports (CNRS, ENTPE, Université de Lyon) vous invitent à répondre à ce questionnaire consacré à votre activité professionnelle. Cette enquête est réalisée dans le cadre du projet de recherche [Santé Mobilité](#), en collaboration avec l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) et avec la participation de votre URPS. Elle vise à mieux comprendre les conditions de travail et de déplacement des soignants intervenant au domicile des patients, ainsi que les difficultés rencontrées dans l'exercice de l'activité professionnelle.

Si vous êtes infirmier·e, kinésithérapeute, médecin ou sage-femme, et pratiquez des soins au domicile des patients, que ce soit tous les jours, souvent ou exceptionnellement, votre contribution est importante. Nous vous remercions pour le temps que vous consacrez à répondre à ce questionnaire (compter 15 minutes pour compléter le questionnaire). Il est nécessaire de compléter le questionnaire pour que vos réponses puissent être prises en compte.

Les questions posées portent sur votre activité professionnelle, vos conditions de travail et de déplacement, et les difficultés que vous pouvez rencontrer, dans un contexte habituel, donc **AVANT la crise sanitaire** (avant le 17 mars 2020). Toutefois, les dernières questions du questionnaire abordent vos conditions de travail actuelles, et les conséquences de la crise sanitaire et du nouveau confinement sur votre activité.

Vos réponses sont confidentielles et ne feront l'objet que d'analyses statistiques. Les données sont conservées de façon sécurisée et utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique. Les résultats pourront faire l'objet de publications scientifiques, dans le respect de l'anonymat des participant·e·s.

Pour toute question ou information, vous pouvez contacter Pascal Pochet et Pierrine Didier à cette adresse : santemobilite@entpe.fr.

Votre profession

Quelle est votre profession ?

- Infirmier·e Médecin
 Kinésithérapeute Sage-femme

Depuis combien d'années exercez-vous cette activité en libéral ?

années

Pour quelles raisons avez-vous décidé de travailler en libéral ?

3 réponses maximum

- Pour l'intérêt du travail Je n'avais pas le choix
 Pour des raisons financières C'est ce que j'ai toujours voulu faire
 Pour être plus libre Autre

Si 'Autre' précisez

Quels sont les aspects que vous appréciez dans l'activité en libéral ?

4 réponses maximum

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> M'organiser comme je veux | <input type="checkbox"/> Avoir un contact suivi avec les mêmes patients |
| <input type="checkbox"/> Ne pas dépendre de la hiérarchie | <input type="checkbox"/> Pouvoir changer de lieu |
| <input type="checkbox"/> Etre entièrement responsable de mon activité | <input type="checkbox"/> La rémunération |
| <input type="checkbox"/> Le contact avec les patients à leur domicile | <input type="checkbox"/> Autre |

Si 'Autre' précisez :

Parallèlement à votre activité libérale, avez-vous un autre mode d'exercice de votre activité ?

- Oui Non

Si oui Lequel ?

- Activité salariée en institution (hôpital, clinique, Ehpad...) Activité non salariée hors institution de santé
 Activité salariée hors institution de santé

Dans l'ensemble de vos activités professionnelles, quelle proportion du temps consacrez-vous à votre activité libérale ?

Indiquer un chiffre entre 0 et 100

 %

Au sein de votre cabinet quelle position occupez-vous ?

- Titulaire, associé Remplaçant
 Collaborateur, assistant Autre

Si Autre, précisez

Quelle est la commune de localisation de votre cabinet, ou le cas échéant, de l'établissement hospitalier, ou de la maison de santé pluri-professionnelle dont vous dépendez ? Nom de la commune :

code postal :

Pourriez-vous préciser le quartier ou la rue ?

Votre cabinet est-il situé à votre domicile ?

- Oui Non

Depuis votre domicile, pour vous rendre à votre cabinet, vous utilisez...

	Mode que j'utilise le plus souvent	Mode que j'utilise parfois	Plus rarement	Mode que je n'utilise jamais
Votre propre voiture, que vous conduisez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une autre voiture (prêt, location), que vous conduisez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre propre moto ou scooter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La marche à pied (sur tout le trajet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre propre vélo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un vélo de location, un Velo'V	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre propre trottinette électrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une trottinette électrique de location	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les transports en commun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plusieurs modes de transport successivement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un autre mode de transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avec le mode de transport que vous utilisez le plus souvent, combien de temps mettez-vous pour vous rendre à votre cabinet depuis votre domicile
Aller simple, en minutes**

 mn

Organisation des VAD et déplacements

Dans votre activité libérale, avez-vous régulièrement (au moins un jour par semaine)...

	Oui	Non
des horaires décalés (tôt le matin ou tard le soir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des horaires irréguliers ou alternés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des coupures de plus de 2 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des journées de travail le week-end	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans votre activité libérale, combien de jours travaillez-vous en moyenne ?

par Semaine ou par Mois : choisissez la périodicité qui vous convient le mieux

Nombre de jours par Semaine	<input type="text"/>
Nombre de jours par Semaine	<input type="text"/>
Nombre de jours par Mois	<input type="text"/>
Nombre de jours par Mois	<input type="text"/>

Et combien de jours faites-vous de la VAD ?

par Semaine ou par Mois : choisissez la périodicité qui vous convient le mieux

Nombre de jours par Semaine	<input type="text"/>
Nombre de jours par Mois	<input type="text"/>

Les jours où vous faites de la VAD, combien de visites au domicile des patients effectuez-vous dans la journée (en moyenne) ?

visites

Combien de temps durent généralement les visites au domicile des patients ?

Les visites plus courtes en minutes

Les visites les plus longues en minutes

Les visites les plus fréquentes en minutes

Les jours où vous faites des VAD, combien d'heures passez-vous, en temps cumulé sur la journée (en moyenne)... en heures, exemple : pour 3h30 noter 3,5. Si vous ne pouvez pas l'évaluer, même à peu près, passez à la question suivante

au domicile des patients	<input type="text"/>	heures
en déplacement pour vous rendre chez les patients et en revenir	<input type="text"/>	heures
à votre cabinet (travail, y compris activité administrative)	<input type="text"/>	heures

Les jours où vous prodiguez des soins au domicile des patients, pouvez-vous estimer le total de km que vous parcourez pour vous rendre aux différents domiciles des patients ?

Oui, précisément

Oui, à peu près

Non, je ne peux pas l'estimer

Si oui, **A** combien estimez-vous ce nombre de kilomètres par jour ?

Km

En général, les jours où vous faites des visites à domicile (VAD), est-ce que vous vous rendez d'abord à votre cabinet avant de vous rendre chez les patients ?

- Oui, je passe à mon cabinet
 Ca dépend des jours, selon mes contraintes
 Non, je m'y rends directement depuis mon domicile
 Autre
 Ca dépend des jours, selon les lieux de résidence des patients

Si 'Autre', précisez

Les jours où vous faites des VAD, pour vous rendre chez votre premier patient de la journée, quel mode de transport utilisez-vous ?

	Mode que j'utilise le plus souvent	Mode que j'utilise parfois	Plus rarement	Mode que je n'utilise jamais
Votre propre voiture, que vous conduisez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une autre voiture (prêt, location), que vous conduisez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre propre moto ou scooter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La marche à pied (sur tout le trajet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre propre vélo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un vélo de location, un Velo'V	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre propre trottinette électrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une trottinette électrique de location	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les transports en commun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plusieurs modes de transport successivement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un autre mode de transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre mode, préciser

Les remboursements de vos frais de déplacements sont-ils suffisants pour couvrir vos frais ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

En cas d'indisponibilité de votre mode de transport habituel, comment vous organisez-vous ?

3 réponses maximum

- Location ou prêt de véhicule suite au dépannage
 Assistance directe de mon entourage
 Suppléance par un collègue
 J'ai une solution de repli (autre véhicule à domicile...)
 Report de certains rendez-vous
 Je n'ai jamais eu à gérer cette situation
 Prêt d'un véhicule par mon entourage
 Autre

Si Autre, précisez

Pour vos déplacements professionnels, avez-vous recours à la géo-localisation (Google Maps, Waze,...) pour les itinéraires, les bouchons, ou la position des radars ?

- Tous les jours ou presque
 Plus rarement
 Au moins une fois par semaine
 Jamais

Pour le stationnement, disposez-vous le caducée sur votre pare-brise ?

- Oui, dès que je fais de la VAD
 Non
 Oui, quand le stationnement est compliqué

Le plus souvent, où garez-vous votre véhicule quand vous vous rendez chez des patients ?

2 réponses maximum

- Sur voirie, en payant
 Parking privé ou d'immeuble
 Sur voirie, sans payer
 Autre

Si Autre, précisez

Les communes où vous intervenez offrent-elles la gratuité de stationnement sur voirie aux professionnels de santé ?

- Oui, gratuité
 Cela dépend des communes
 Non, mais tolérance
 Je ne sais pas
 Non, ni l'une ni l'autre

Conditions de travail et santé au travail

En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
de commencer plus tôt ou finir plus tard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de sauter un repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de ne pas prendre de pause du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d'effectuer un soin trop vite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de rouler / vous déplacer trop vite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous les difficultés liées à la pression temporelle (faire vite, enchaîner les activités...) ?

0 : aucune pression, 10 : pression maximale

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> Item7 |
| <input type="radio"/> Item2 | <input type="radio"/> Item8 |
| <input type="radio"/> Item3 | <input type="radio"/> Item9 |
| <input type="radio"/> Item4 | <input type="radio"/> Item10 |
| <input type="radio"/> Item5 | <input type="radio"/> 10 |
| <input type="radio"/> Item6 | |

Diriez-vous que ces dernières années, cette pression temporelle

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> va en s'accroissant | <input type="radio"/> a toujours été comme ça |
| <input type="radio"/> va en diminuant | |

Du fait des visites à domicile, êtes-vous affecté par

	Non, jamais	Oui, parfois	Oui, souvent
des postures ou des mouvements contraignants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des montées d'escaliers fatigantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des stations debout prolongées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le port de charges lourdes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des paroles ou des actes violents de certains patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des relations difficiles avec certains patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant votre activité professionnelle, êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je peux choisir moi-même ma façon de procéder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai des possibilités suffisantes d'entraide et de coopération avec mes collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai les moyens de faire un travail de bonne qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'arrive à concilier vie professionnelle et vie hors-travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens en sécurité lorsque je me déplace (vis-à-vis du risque d'accident routier)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens en sécurité lorsque je me déplace (vis-à-vis du risque d'agressions ou de vol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Souhaitez-vous changer d'activité à plus ou moins long terme ?

Oui

Non

Si oui, **Pour quelles raisons ?**

Si oui, **Pour travailler dans quel domaine ?**

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'incapacité de travailler pour raison médicale ?

Oui

Non

Si oui, **Au cours des 12 derniers mois, combien de temps au total avez-vous été arrêté ? Vous pouvez choisir de répondre en Jours, Semaines ou en Mois. Exemple : 10 jours ou 1,5 semaine**

Nombre de jours	<input type="text"/>
Nombre de semaines	<input type="text"/>
Nombre de mois	<input type="text"/>

Si non, préciser la situation

Aucune maladie ou problème nécessitant un arrêt

Pas de possibilité de remplacement

Pression financière qui empêche de s'arrêter

Autre

Si Autre, préciser

Pour vous prémunir du risque maladie, avez-vous souscrit une mutuelle, une prévoyance ou une assurance avec indemnité pour incapacité de travail ?

Oui

Non

Si non, **Pour quelles raisons ?**

3 réponses maximum

C'est trop cher

Ce n'est pas intéressant pour de courts arrêts de travail

Je n'en ressens pas le besoin

Je ne connais pas

Je préfère mettre de l'argent de côté

Autre

préciser

Pour vous prémunir du risque d'accident du travail, avez-vous souscrit une assurance avec indemnité pour incapacité de travail...?

Oui

Non

Si non **Pour quelles raisons ?**

3 réponses maximum

C'est trop cher

Je n'en ressens pas le besoin

Je préfère mettre de l'argent de côté

Ce n'est pas intéressant pour de courts arrêts de travail

Je ne connais pas

Autre

préciser

Impacts de la crise sanitaire sur votre activité

Actuellement, par rapport à avant le confinement, est-ce que votre activité est impactée sur les aspects suivants ?

	Oui, de façon positive	Oui, de façon négative	Oui, de façon positive et négative	Non, c'est comme avant	Je ne peux pas me prononcer
Temps et charge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conditions de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre de VAD et gestion des tournées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité de la relation avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contraintes sanitaires (précautions, désinfection)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déplacements quotidiens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Et au sujet des consultations, est-ce que vous avez relevé des changements ?

	En augmentation	En diminution	Pas de changement	Non concerné par les consultations en cabinet
Nombre de visites au cabinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre de téléconsultations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre profil

Vous êtes

Un homme

Une femme

Quel âge avez-vous ?

ans

Quelle est votre commune de résidence

Quel est son code postal ?

Pourriez-vous préciser ? (quartier, nom de rue)

Etes-vous

Marié

Veuf

Pacsé

Divorcé

En union libre

Célibataire

Votre conjoint travaille-t-il actuellement ?

Oui à plein temps

Non

Oui à temps partiel

Avez-vous un ou plusieurs enfants à charge qui vivent à votre domicile ?

Oui

Non

Quel est le niveau scolaire de votre / vos enfants ?

Plusieurs réponses possibles si plusieurs enfants à charge

Non encore scolarisé

Collège

Maternelle ou primaire

Lycée et au-delà

Pour conclure : Souhaitez-vous ajouter des commentaires, concernant les difficultés rencontrées dans votre activité professionnelle notamment dans les soins à domicile ?

Sur quelles ressources pouvez-vous compter pour surmonter ces difficultés ?

Cette enquête est maintenant terminée. Nous vous remercions pour votre participation ! Dans le cadre du projet, une application sur téléphone mobile a été développée pour collecter les déplacements professionnels, l'application MobAccess. Les données récoltées sont anonymisées. Elles ne servent qu'à des fins de recherche et ne seront en aucun cas diffusées en dehors des équipes de recherche participant au projet Santé-Mobilité. Accepteriez-vous de l'installer et de l'utiliser sur votre téléphone pendant deux semaines ?

Oui

Non

Deux possibilités :

1. Contactez-nous à l'adresse : santemobilite@entpe.fr

ou

2. Téléchargez et installez l'application :

(Android) :

<https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.science.laet.mobaccess.mobaccess&hl=fr>

(iOs) : <https://apps.apple.com/fr/app/mobaccess/id1494483650>

Puis choisissez le projet Santé-Mobilité et inscrivez-vous.

Merci de penser à renseigner les trajets qui auront été collectés (motif de déplacement et mode de transport)

Annexe 4 – Planches illustrées pour la profession d’Aide-soignante

Réalisation : Alexandra Lolivrel





MADAME C ?



WAAWAHH
WAAAAHH !!



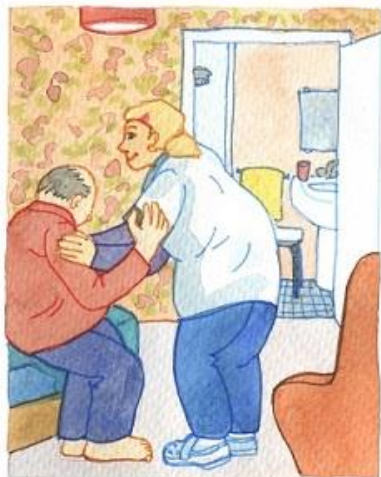
PÉTOUILLE !
ALLEZ, FILE !



HOP ! C'EST BON,
J'AI BADGÉ ! ON
VA FAIRE LE LEVER
DE MONSIEUR.

BIIP

IL EST DÉJÀ
RÉVEILLÉ ?



TENEZ, POUR VOUS REMERCIER !
ILS VIENNENT DU JARDIN.

OH, MERCI.
C'EST VRAIMENT
TROP
GENTIL !

VOUS ME GÂTEZ...
LA DERNIÈRE FOIS, J'AI
FAIT UNE DÉLICIEUSE
TARTE AUX POMMES
GRÂCE À VOUS !



PASSEZ UNE
BONNE JOURNÉE !
À DEMAIN !

VOUS AUSSI,
À DEMAIN !



08:55

AHAAA !! MON MAL
DE DOS ME REPREND !
FAUDRA QUAND MÊME
QUE JE ME DÉCIDE À
ALLER VOIR UNE OSTÉO...



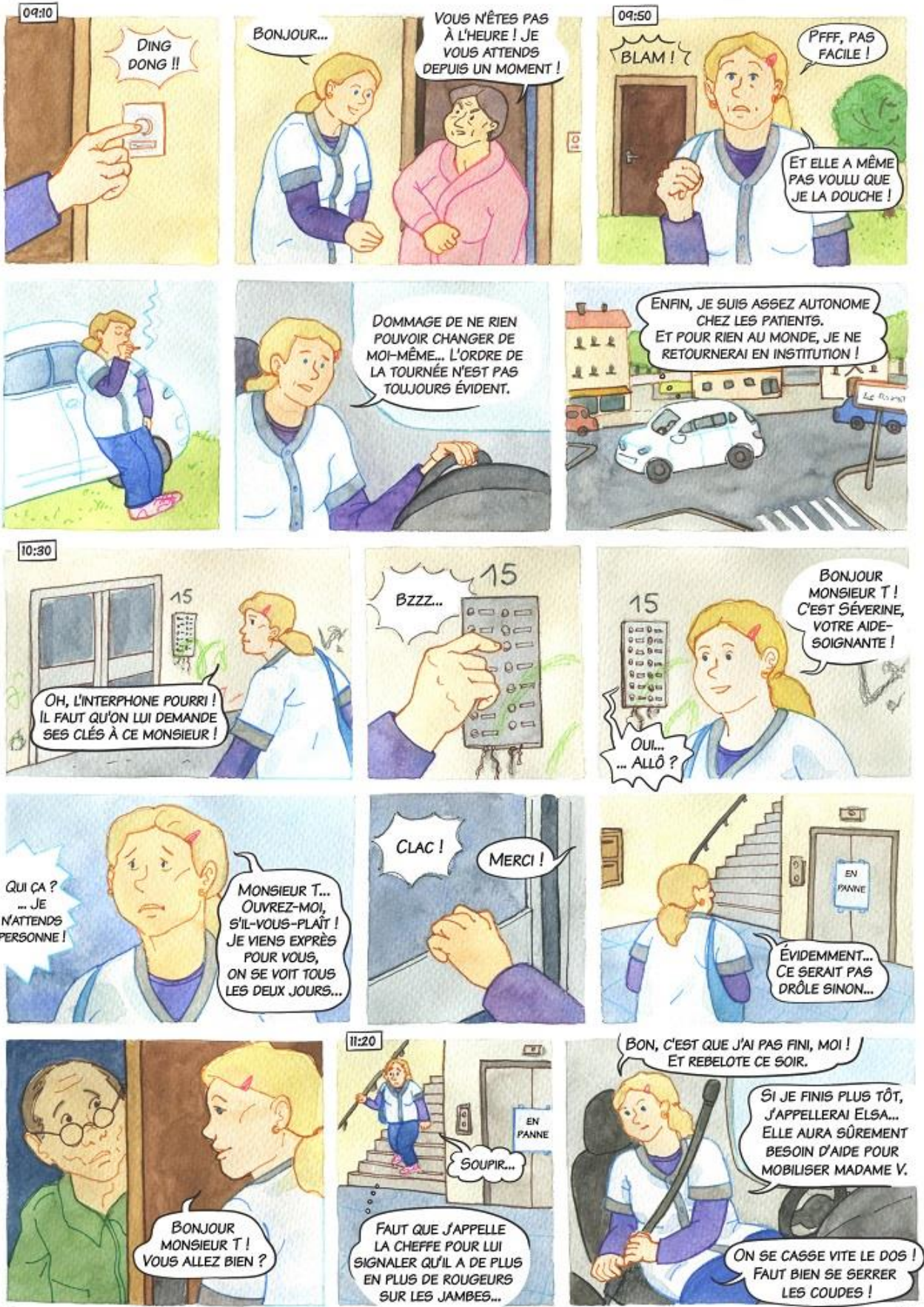
JE VAIS ÊTRE EN RETARD
POUR MADAME T...

ELLE AIME PAS
TROP QUAND
J'ARRIVE
APRÈS 9H...



L'ANGOISSE SI
J'OUBLIE UN PATIENT !
MAIS ÇA DEVRAIT
ALLER, LA TOURNÉE
N'A PAS CHANGÉ.

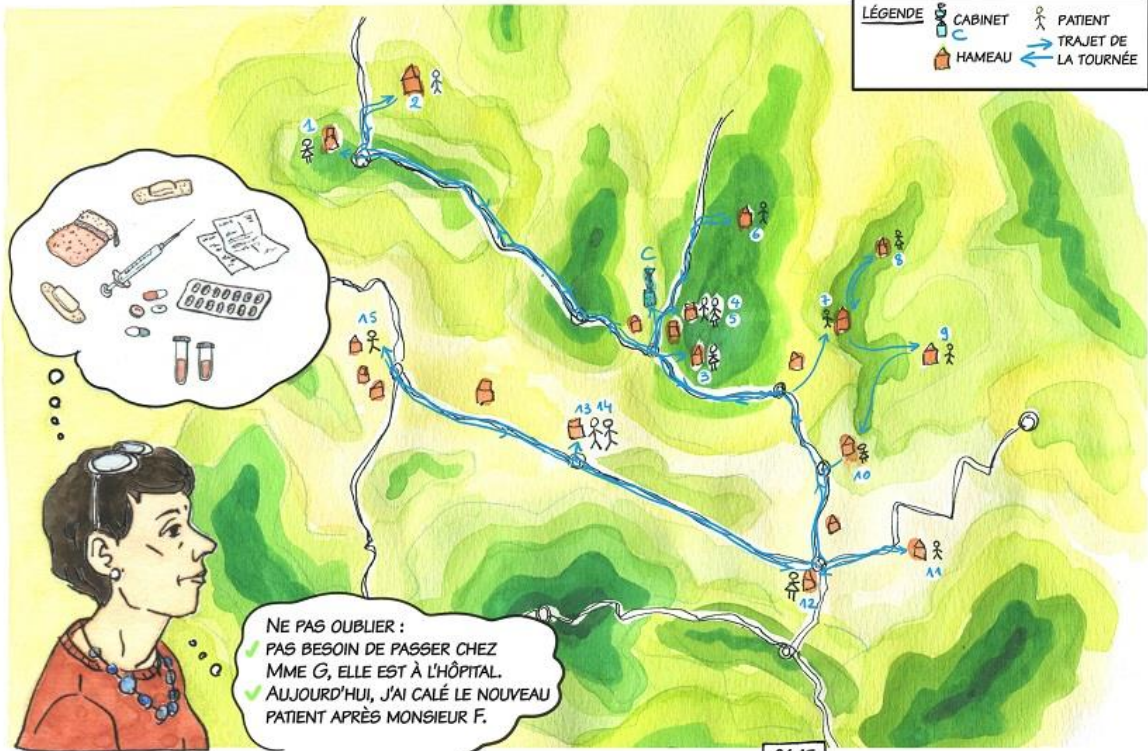
ET J'ESPÈRE QUE
JE VAIS RETROUVER
LA ROUTE POUR
MONSIEUR B...
JE N'Y SUIS ALLÉE
QU'UNE FOIS.



Annexe 5 – Planches illustrées pour la profession d’Infirmière libérale

Réalisation : Alexandra Lolivrel

05:45



06:15



4

TOUT CE TEMPS QUE JE PASSE DANS MA VOITURE... HEUREUSEMENT QUE J'AIME BIEN CONDUIRE. ET COMME LE CABINET EST EN ZONE MONTAGNE, LES KILOMÈTRES SONT UN PEU MIEUX REMBOURSÉS.



JE SUIS DÉJÀ FATIGUÉE.

MA PETITE SIESTE À MA PAUSE DE MI-JOURNÉE VA ME REMETTRE EN FORME POUR LA TOURNÉE DU SOIR.

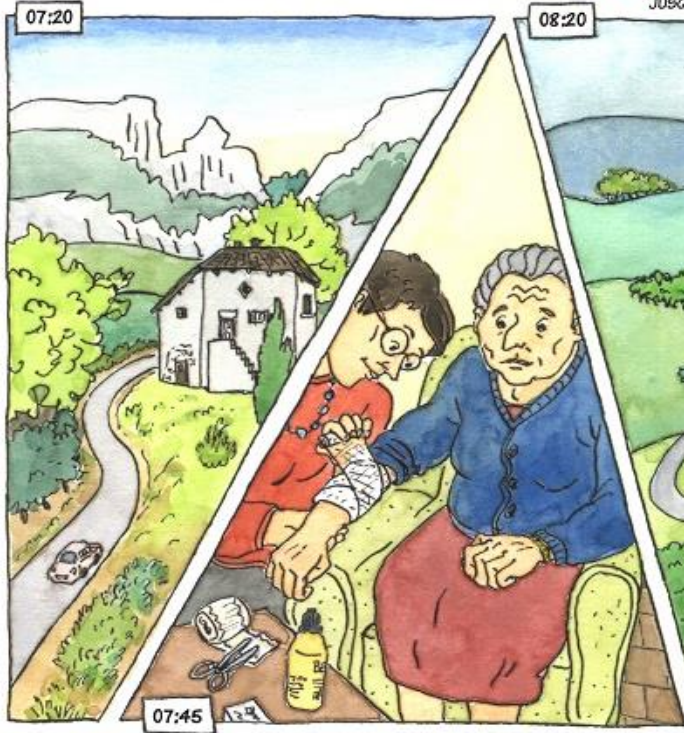
ET PUIS LES PATIENTS SONT CONTENTS DE ME VOIR...

QUAND JE PENSE À SYLVIE QUI EST PARTIE EN VILLE ET TOUCHE 2,50 EUROS PAR DÉPLACEMENT...

C'EST VRAI QUE POUR CERTAINS, JE SUIS LA SEULE PERSONNE QU'ILS VONT VOIR DE LA JOURNÉE, VOIRE MÊME DE LA SEMAINE !



*POUR LE SUIVI DES PATIENTS DIABÉTIQUES, UNE IDE PEUT PASSER JUSQU'À 3 FOIS PAR JOUR CHEZ LA MÊME PERSONNE.

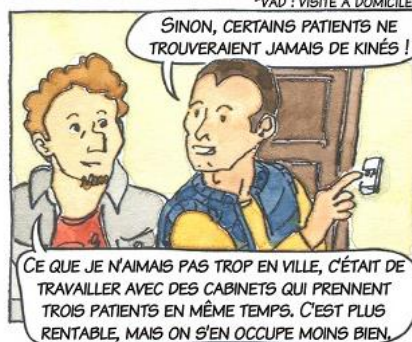






Annexe 6 – Planches illustrées pour la profession de masseur-kinésithérapeute. Réalisation : Alexandra Lolivrel





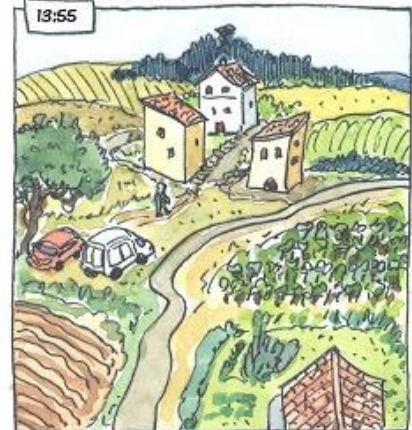


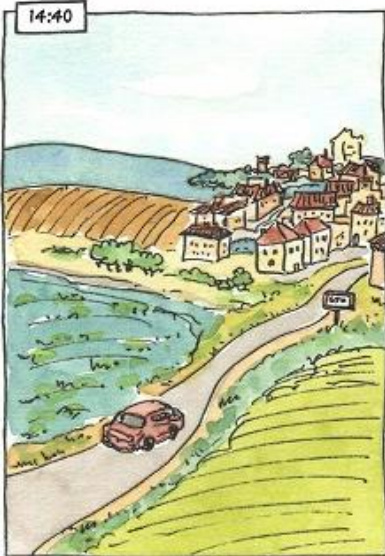
Annexe 7 – Planches illustrées pour la profession de médecin généraliste

Réalisation : Alexandra Lolivrel



4







Annexe 8 – Planches illustrées pour la profession de sage-femme

Réalisation : Alexandra Lolivrel







