

## **La mobilité dans la gestion et l'articulation des tâches professionnelles et domestiques, le cas des infirmières en hospitalisation à domicile**

Reinhard GRESSEL, Christophe MUNDUTEGUY

INRETS – SPLOTT

[reinhard.gressel@inrets.fr](mailto:reinhard.gressel@inrets.fr)

[christophe.munduteguy@inrets.fr](mailto:christophe.munduteguy@inrets.fr)

### **Introduction**

Cette étude sur le personnel soignant de l'Hospitalisation à Domicile est issue d'un travail de recherche plus large sur les professionnels mobiles.

Par professionnels mobiles nous entendons cette population d'actifs qui, pour exercer leur métier doit se déplacer de façon autonome en dehors de leur entreprise ou structure d'appartenance pour se rendre chez un « client » sur un site particulier où leur compétence et leur intervention est requise (Gressel et Mundutéguy, 2008).

Nous distinguons ces professionnels mobiles d'une part des professionnels du transport dont le métier est la production de déplacement (Hamelin et Rodrigues, 2005), et d'autre part de l'ensemble des actifs réalisant de simples trajets domicile-travail.

Les professionnels mobiles représentent une population nombreuse. Les résultats des enquêtes soulignent que cette mobilité dans l'exercice de sa profession concernait en 1993 (derniers chiffres disponibles) environ un quart des actifs. De plus cette population est en croissance rapide. Entre 1981 et 1993 la mobilité dans le travail passe de 16% à 24% pour l'ensemble des actifs (Crague, 2003).

Les professionnels mobiles sont engagés dans une grande diversité de situations de travail. Sur la base d'une revue de l'état de l'art, d'une série d'entretiens et d'observations, nous avons proposé une typologie de cette population à partir de quatre dimensions, qui selon nous, structurent et déterminent ses conditions de travail (Gressel et Mundutéguy, op. cit.) : les caractéristiques de l'emploi et de l'employeur, les dimensions de la tâche prescrite centrale (ou tâche principale), les dimensions de la

tâche prescrite secondaire (les déplacements) et les interactions des professionnels mobiles avec les différents réseaux d'acteurs qu'ils sont amenés à côtoyer au cours de leur activité.

Nous interrogeons l'articulation *travail-mobilité* pour décrire les logiques qui régissent les activités et les déplacements de ces professionnels mobiles, les systèmes de contraintes dans lesquels ils sont insérés, les espaces d'autonomie et de gestion qu'ils sont en mesure de préserver ou de créer.

Nous étudions tout particulièrement :

- Les tendances à l'individualisation du travail avec les aspects d'isolement et la perte d'insertion dans un collectif qui sont contrebalancés par la mobilisation de réseaux et de collectifs virtuels, latents, mobilisables à distance.
- L'apparition de systèmes de subordination multiples – entreprise d'appartenance, entreprise donneur d'ordre, client contractuel, usager réel. (Dans les cas de l'hospitalisation à domicile (HAD) les équivalences seraient : l'unité de soins, le médecin traitant, le patient ou le malade, sa famille et son entourage)
- Le séquençage de l'activité entre une activité principale et une activité secondaire (souvent dévalorisée voire niée bien que indispensable) les reports de gestion de contraintes de l'activité principale sur l'activité secondaire, les conséquences en termes d'allongement des temps et des amplitudes de travail et l'envahissement par le travail du temps hors travail.

## **L'hospitalisation à domicile**

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation en établissement de santé (Sentilhes-Monkam, 2007).

Elle a pour vocation la prise en charge sur leur lieu de vie de malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques. L'HAD est destinée à assurer une prise en charge globale et coordonnée du patient à son domicile en lui offrant la possibilité d'une meilleure qualité de vie dans son environnement habituel. La mission de l'HAD est de proposer un système d'organisation des soins gradués entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. De vocation généraliste et polyvalente l'HAD se fixe pour objectif de raccourcir, de retarder ou d'éviter l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Pour une durée limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients, l'HAD assure au domicile du malade des soins médicaux (accompagnement de fin de vie, alimentation parentérale, analgésie, antibiothérapie, assistance respiratoire, chimiothérapie, éducation santé,

pansements de tous types, suivi d'essais thérapeutiques, surveillance post chirurgicale, suites de couches, suivi de grossesse à risque, transfusion) et paramédicaux (ergothérapie, kinésithérapie, rééducation fonctionnelle) continus. Outre ces soins, l'HAD prend en charge tous les actes médicaux (consultations médicales, examens de laboratoire, imagerie médicale etc.), la fourniture des médicaments, ainsi que la location de tout le matériel nécessaire.

L'HAD vise à assurer sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la continuité de soins équivalents à ceux dispensés dans un hôpital.

Le premier service en France date de 1957. Depuis cette forme de prise en charge des patients à domicile s'est considérablement développée, encouragée par les instances de santé publique et le gouvernement dans le but d'adapter le système de soins aux besoins croissants de la population, notamment vieillissante. A ce titre l'HAD est inscrite comme volet obligatoire dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

C'est ainsi qu'en 2008 la France comptait quelque 233 établissements de santé offrant des services d'HAD (dont 46% sont du secteur public) proposant au total 8 372 places. Les régions les plus couvertes par une offre en HAD par nombre d'habitants (100 000 habitants) sont le Limousin (près de 9 000 journées), suivi de la Corse (7 700 journées) et l'Ile de France – Région Parisienne (plus de 7 000 journées), la région la moins couverte est le Languedoc – Roussillon (moins de 1 000 journées).

Les interventions à domicile sont généralement programmées de 7 heures à 15 heures pour le service de jour et de 13 heures à 21 heures pour le service de garde. Comme pour les autres services hospitaliers le service de veille fonctionne de 21 heures à 7 heures du matin, mais ne répond qu'aux urgences.

L'ensemble des soins est coordonné entre le personnel soignant du service hospitalier, le médecin traitant qui assure la surveillance des soins pris en charge par l'équipe de l'HAD (cadres supérieurs infirmiers, cadre supérieur infirmier expert en hygiène, cadre supérieur expert en soins, cadres infirmiers, cadres socio-éducatifs, psychologues cliniciens, infirmiers, diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, puéricultrices, sages-femmes, aides-soignants) et des professionnels de santé de ville comme les infirmières libérales, des kinésithérapeutes, des sages-femmes et d'autres intervenants, membres d'associations, parfois nécessaires à une prise en charge globale du malade.

## **Les personnels soignants de l'HAD**

L'HAD des hôpitaux publics en région Ile de France occupe quelques 610 professionnels, dont 264 infirmières/infirmiers et 131 aide soignants.

Comparée au travail du personnel soignant à l'hôpital en général, l'organisation du temps de travail de l'HAD présente une particularité. Alors que le temps de travail dans les services hospitaliers est organisé en 3x8, dans l'HAD le gros du travail est organisé en journée. Une organisation du temps de travail en journée pour le personnel soignant est en fait assez rare et se trouve soit dans des spécialisations comme le travail en bloc opératoire, soit en consultation, très demandée de ce fait et qui, pour y obtenir un poste demande beaucoup d'ancienneté.

Nous avons donc émis l'hypothèse que l'organisation du temps de travail principalement en journée de l'activité des soignants en HAD constitue une ressource pour ces personnels. En effet elle permettrait une plus grande souplesse d'organisation de la vie familiale et tout particulièrement quand ces personnels ont des enfants en âge scolaire puisque ce temps de travail est en phase avec les horaires normaux de la majorité des activités sociales.

Ainsi l'HAD tendrait à sélectionner une population de soignants spécifique, tout au moins à une certaine période de leur carrière, ou plus exactement à une certaine période de leur parcours familial.

Une seconde hypothèse était plus largement que l'organisation du travail hors de l'hôpital offre la possibilité d'insérer du privé dans le professionnel (par exemple faire une petite course au cours de la tournée) mais à l'inverse prive le professionnel de la ressource immédiate du soutien par le collectif de travail en cas de difficulté et présente le danger de l'intrusion du professionnel dans le privé (des appels de téléphone par des collègues par exemple).

## **Méthodologie**

Une série d'entretiens individuels et collectifs avec des soignants ou d'anciens soignants d'un établissement public de santé ont été menés. Le premier entretien a été réalisé avec un ancien infirmier (FE), devenu depuis quelques années coordinateur. Le second s'est tenu avec le précédent coordinateur, une de ses collègues coordinatrices (J), un ancien infirmier (Z) et une infirmière encore en activité (K). Le troisième a été mené avec la seule infirmière (K) encore en activité dans une unité de soin. Il a porté plus spécifiquement sur son travail et plus largement l'activité collective au sein de son unité de soin. Le quatrième et dernier entretien de cette première série a été fait avec le premier coordinateur que nous avons rencontré dans le but de préciser certains points sur l'organisation générale de l'établissement de santé ainsi que sur son parcours personnel.

Lors de ces entretiens, nous avons cherché à appréhender l'expérience subjective de ces différents acteurs de santé sur différents points :

- Leurs motivations pour entrer ou quitter le service d'un établissement public de soins à domicile et plus largement les évolutions de leur carrière ;
- l'organisation prescrite au sein de l'établissement public de soins à domicile et en particulier des différentes phases de l'activité générale qui vont de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile jusqu'à sa sortie ;
- les tâches prescrites et effectives des infirmiers et infirmières dans leur unité de soins à domicile ;
- les spécificités de l'activité des infirmières diplômées d'Etat en soins à domicile ;
- les outils mis à la disposition des agents et notamment leurs moyens de transport et la gestion de ceux-ci,
- les relations avec les autres acteurs qu'ils appartiennent à leurs unités de soin, à l'institution hospitalière ou qu'ils en soient extérieurs.

Après avoir été retranscrits, le contenu des entretiens a été analysé selon les critères de l'analyse de contenu thématique afin, d'une part, de préciser la tâche qui incombe à chaque acteur et, d'autre part, de cerner les conditions de réalisation de l'activité des différents acteurs du systèmes sociotechniques de production de soins à domicile, les contraintes qui y sont associées et les stratégies mises en oeuvre par chacun pour y palier.

## **L'activité : entre soin et déplacement**

Le travail des personnels soignants de l'HAD se caractérise par une grande variabilité, largement due aux différents actes réalisés, aux différents profils de patients et plus largement aux conditions de réalisation des soins au domicile. Au-delà de ces dimensions qui caractérisent en grande partie leur activité principale (préparation et réalisation des soins, renseignement de l'activité), l'activité secondaire, qui consiste à se rendre au domicile (déplacement, stationnement et manutention), détermine en retour les conditions de réalisation de l'activité principale. Cette dernière s'effectue dans un environnement dynamique ouvert, qui présente également une grande diversité (localisation des patients et *de facto* leur niveau de dispersion, mode de déplacement) et une importante variabilité (état du véhicule, conditions de circulation, conditions de stationnement). L'ensemble de ces éléments entraîne un niveau d'imprévisibilité assez élevé tant au niveau du déplacement et du stationnement que de celui de la réalisation des soins au domicile. Chaque soignant doit ainsi réaliser une double gestion de contraintes liées à son activité principale de soins et à son activité secondaire de déplacement.

### Les caractéristiques du déplacement

Le déplacement de service entraîne un déplacement de personnes et d'objets. Si l'objet de la mobilité demeure la réalisation du soin au domicile du patient, la phase de déplacement n'en reste pas moins essentielle. D'elle dépend la qualité du service rendu.

### *L'attribution des véhicules*

Si les unités d'HAD situées en périphérie de l'agglomération disposent d'un véhicule pour chaque soignant, ce n'est pas le cas des unités situées intramuros. L'attribution des véhicules y est effectuée suivant des critères objectifs comme le nombre de patients à visiter (déterminés par les types de soins à réaliser) et plus subjectifs liés à la position des uns et des autres dans le groupe. En ce qui concerne les premiers critères, les infirmières, qui doivent visiter sept patients par jour, sont privilégiées par rapport aux aides-soignants, qui n'en visitent que cinq en moyenne. Cette différence résulte des soins dispensés. Les toilettes et autres *nursings* des aides-soignants étant en moyenne plus longs à réaliser, elles réduisent *de facto* le nombre de visites quotidiennes.

Même si une utilisation élargie du véhicule réduit les passages du soignant dans l'unité et ne lui permet pas de partager toutes les informations avec les autres, elle lui permet de laisser déborder une partie de son temps de travail sur son temps domestique. Cette utilisation étendue augmente les capacités de régulation individuelle du soignant bénéficiaire, en prenant une partie de son temps domestique au profit du temps de travail. Ce « débordement » est en partie compensé par une réduction de la contrainte liée à la nécessité de se déplacer jusqu'à l'unité de soin pour prendre le véhicule nécessaire à la réalisation de sa tournée, et par la possibilité d'intercaler des tâches domestiques en début de service, comme nous le verrons dans la dernière partie de cet article.

### *La définition de l'itinéraire*

L'itinéraire du soignant est déterminé par la localisation des patients qu'il visite. Il nécessite donc une réélaboration quotidienne, qui doit articuler les contraintes les plus fortes de la tâche. Les critères de construction de l'itinéraire sont ainsi du plus important au moins important :

1. les *protocoles de soins* (1<sup>ère</sup> dimension de l'activité principale) où l'on distingue les *soins avec horaires* et les *soins sans horaires*. Les premiers exigent d'être réalisés à une heure déterminée ou dans un intervalle de temps donné. Les seconds peuvent se faire à n'importe quel moment de la matinée. Ils permettent ainsi au soignant d'ajuster son itinéraire sur la base des contraintes qui résultent des premiers ;
2. les *types de soins* (2<sup>nde</sup> dimension de l'activité principale), dont certains nécessitent d'intervenir à deux, ce qui exige de la part de deux soignants de se coordonner ;

3. la *localisation* des patients (1<sup>ère</sup> dimension de l'activité secondaire) ;
4. les *propriétés permanentes ou temporaires de l'infrastructure* (2<sup>ème</sup> dimension de l'activité secondaire) avec notamment les rues sans feux de circulation, les sens uniques, la présence de travaux sur l'itinéraire ou dans le quartier... ;
5. les *données contextuelles* (3<sup>ème</sup> dimension de l'activité secondaire) qui renvoient à des axes de circulations saturés ponctuellement ou en permanence en fonction des heures de la journée ou des jours de la semaine.

Concernant plus particulièrement les dimensions structurantes de l'activité secondaire, les soignants disposent de trajets types élaborés par eux-mêmes. Ils leur permettent d'établir plus aisément un itinéraire. Cette réutilisation paraît systématique dans la définition du début et de la fin de l'itinéraire pour quitter ou se rendre dans l'unité de soin.

#### *La phase de conduite*

Si la phase de déplacement est envisagée par certains comme une période disponible pour réguler leur activité générale, elle n'en est pas moins également une phase potentiellement consommatrice de temps. Différents modes de régulations sont alors adoptés pour réduire ou rattraper ce temps. Certains font déborder leurs horaires de travail sur leur temps privé en prenant le temps nécessaire (réalisation de soins imprévus, effectuation de déplacements non programmés pour s'approvisionner chez un autre patient ou dans un service hospitalier). D'autres compensent cette surconsommation de temps par des comportements infractionnistes, susceptibles d'être renforcés par le sentiment de déresponsabilisation avec l'utilisation de véhicules institutionnels signalisés. Au-delà des accords ponctuels entre l'APHP et les autorités sur certains stationnements non autorisés, les personnels soignants pris en faute, justifieraient leur comportement par leur activité principale de soin.

#### *La phase de stationnement*

Dans les zones urbaines denses, la recherche d'une place de stationnement peut être très consommatrice en temps. Outre la variabilité importante des temps de déplacement, les personnels soignants sont confrontés à un dilemme : consacrer le moins de temps possible à la recherche d'une place de stationnement au risque d'être verbalisé voire dans certains cas d'aller chercher son véhicule à la fourrière, ou stationner à un emplacement autorisé, qui nécessite parfois de consacrer davantage de temps sans en maîtriser la durée. Malgré cette perte de temps, une infirmière nous a déclaré avoir opté pour le second choix par crainte d'avoir une nouvelle fois à aller chercher son véhicule à la fourrière. Cette situation entraînerait *de facto* une perte de temps encore plus importante susceptible de placer le soignant dans une situation irrécupérable.

On relève une forme de gradation dans le comportement infractionniste lié au stationnement. Si des stationnements gênants sont tolérés (zone de livraison, stationnement gênant, trottoir), d'autres ne le sont pas (passage piéton, place réservée aux handicapés, couloir de bus). Dans les zones piétonnières, les véhicules de l'HAD bénéficient d'une plus grande tolérance, le quartier peut leur être accessible le dimanche. Dans d'autres cas, les patients vivant dans des résidences proposent aux soignants de stationner dans leur parking.

## **La codétermination des dimensions de l'activité professionnelle et de la vie domestique**

Si le soin détermine une partie du déplacement en conditionnant l'élaboration de l'itinéraire, le déplacement n'en détermine pas moins une partie des conditions de réalisation du soin. En fixant directement l'heure d'arrivée effective chez le patient et, indirectement, la quantité de matériel emporté par le soignant. En effet, suivant ses choix de stationnement (distance plus ou moins grande entre le véhicule et le domicile du patient), le soignant opte soit pour « voyager léger » au risque de ne pas faire face à tous les aléas ou « voyager chargé » afin de pouvoir palier à tout imprévu. A travers les stratégies de stationnement (proche ou éloigné et légaliste ou infractionniste), l'activité principale détermine les conditions de réalisation de l'activité secondaire. En outre, la survenue d'aléas ou d'imprévus chez le patient exige de la part du soignant de consacrer plus de temps qu'il ne l'avait anticipé (cas lorsqu'un décès se produit qui nécessite de préparer le défunt et de soutenir les proches), de réaliser des tâches qui n'avaient pas été planifiées (cas lorsque l'état du patient s'est dégradé), d'effectuer des déplacements supplémentaires qui n'avaient pas été planifiés (lorsqu'il faut aller chercher du matériel dans le véhicule, dans une unité de soin proche ou chez un autre patient).

Ainsi, l'activité de soins et l'activité de déplacement se co-déterminent. Les contraintes qui s'exercent sur l'une ont une incidence sur l'autre tant au niveau temporel que spatial. L'ensemble de ce niveau de contrainte entraîne une charge de travail différente non seulement suivant les ressources professionnelles dont disposent chacun des soignants (compétences, expérience, ressources sociales) mais également suivant les contraintes privées qui s'exercent sur eux (charge de famille ou non). Si un soignant célibataire sans enfant a éventuellement la possibilité de faire déborder son temps de travail sur son temps privé, un célibataire avec enfant subira une double contrainte liée à son exercice professionnel, d'une part, et à la prise en charge de son enfant.

J : (...) tout dépend si on a un enfant à la crèche ou pas... Parce qu'on peut relativiser quand on se dit : « J'ai personne à aller chercher à la crèche. J'ai pas d'impératif après le travail. J'ai rien de prévu. Y a pas de réunion ». Parce que si on se dit : « Bon ben tant pis, si je prends du retard, si il manque du matériel, je passerai chez un autre malade je reviendrai ». Si on sait qu'après sa tournée, on n'a rien d'autre et qu'on arrive



suffisamment à relativiser en disant : « Tant pis, je suis en retard mais bon, je suis en retard ». Dans ces cas là, on reste euh...

Z : Zen

J : Voilà... Mais si on a un enfant. La maman, qui a un enfant, qui est de garde,

F : le papa.

J : ... qui finit à 21h. La crèche, elle ferme à 21h. Elle n'a pas d'autre choix que d'être à l'heure pour la fin de sa tournée donc là, ben la conduite. Enfin tout, tout, tout doit être rapide.

Z : Tout est en lien.

J : ... Elle a pas le moyen de perdre du temps. Voilà... Alors y en a qui ont des impératifs. Il suffit que vous ayez une réunion à 14h fixé sur l'équipe. Et ben vous êtes à l'heure à la réunion, donc vous êtes obligé d'aller vite pour faire vos soins ou la tournée. Là, vous serez sûr que vous relativisez pas, enfin moi j'avais pas d'enfant...

(Extrait, p.11, FJKZ/181105)

## **La mobilité comme facteur de pénibilité ou de facilitation à l'articulation du travail et du domestique**

Le caractère interstitiel du déplacement est une contrainte supplémentaire à celles subies par les soignants dans les services hospitaliers. L'isolement et l'obligation de gestion du matériel au domicile du patient et tout particulièrement la nécessité d'anticiper très précisément sur les besoins en matériel et produits sur place, en est une autre.

Les soins peuvent également nécessiter des pauses, des phases d'observation ou d'attente. Dans ces cas, les soignants peuvent opter soit pour une présence continue sur place en compagnie du patient, soit pour une sortie temporaire en intercalant la visite d'un autre patient, proche géographiquement et dont les soins restent limités dans le temps. Cette sortie passagère peut également remplir une fonction d'échappatoire en faisant une course ou en prenant un café dans un bistrot.

K : ... Normalement, y a des produits où faut absolument... D'abord, y a des produits qu'on fait pas en HAD, qui sont absolument faits à l'hôpital et puis y a des produits... d'être là les 2h, ça sert à rien, parce que y a pas d'effet secondaire... ou si ils viennent, c'est après donc de rester là pendant... En plus avant quand c'était en périphérie, on restait, maintenant c'est des caté' centraux... y a plus de risque d'extravasation... enfin je trouve ça un peu con, moi. Enfin c'est la loi, hein donc là, quand c'est 2h, ben soit on reste quand les gens sont sympas, quand on n'a pas trop de travail ou quand on a un patient à côté, on va le faire et on revient. Enfin ça dépend aussi...

C : Quand les patients sont sympas... Quand ils ne sont pas sympas, ça se passe comment ?

K : Et ben on va au café (Rires)... Ben non, on ne va pas s'emmerder. Moi, y avait une patiente, j'ai vu JR, là Dallas, sur l'écran de 2 mètres sur 3 pendant 1h. Plus jamais de ma vie, hein... Donc le lendemain, je suis allé au café.

(Extrait, p.48, K/061205)

Le déplacement, qui permet de sortir de l'institution est également une ressource (possibilité de lâcher de la pression du fait de sa situation hors de l'institution et hors de chez le patient). La phase de déplacement procure en effet de la liberté pour « décompresser » ou reprendre la main sur la gestion de son temps. (achats compulsifs, écoute d'émission de radio quitte à rester jusqu'à la fin, retrouver un collègue pour boire un café dans un bistrot...).

K : Mais avant je m'énervais moi. Parce que j'essayais d'aller vachement vite... Je m'énervais. Maintenant je m'énerve plus... L'autre jour quand j'ai passé 1h15, j'écoutais une émission de radio pendant 1h et puis euh... parce que ça ne sert à rien... on s'énerve, ça sert à rien.

R : Est-ce que dans ce cas là, tu préviens ?

K : Certains patients, oui. Quand vraiment je suis très en retard, oui. Mais quand j'ai une demi-heure, trois-quarts d'heure, non.

R : Parce que de toute façon, la régularité n'est jamais au point...

K : Non, jamais.

(Extrait, p.56, K/061205)

K : (...) Donc ça, c'est super agréable, quand même, hein. C'est vrai que... Parce que des fois, on reste dans la voiture pour écouter la fin de l'émission.

C : Ah oui ! Dans l'enceinte de l'hôpital ou au pied de...

K : Chez les patients... Bon quand y a un truc qui m'intéresse, je reste 10 minutes dans ma voiture à écouter la fin. Enfin quand je peux, hein (...). J'écoute RFI, j'écoute Néo, j'écoute... France Culture, France Inter, enfin ça dépend des émissions, des fois euh... (...) Et puis alors on a 6 ou 7 sélections, donc à chaque fois, je sélectionne...

R : Parce que t'as toujours le même véhicule ?

K : Non, alors après on sait qui est passé devant d'abord pendant la taille des sièges. Parce que les sièges, y a des voitures où je peux pas rentrer. Et puis on voit les radios enfin bon, c'est marrant... (Rires).

(Extrait, p.56, K/061205)

La variabilité concerne également les conditions de circulation, qui déterminent les marges temporelles de tous les personnels soignants qui se déplacent avec un véhicule. Ainsi les temps de déplacements peuvent être très variables pour un même itinéraire et dans certaines circonstances en zone urbaine dense être multipliés par 5 ou 6.

K : (...) J'ai mis une heure et quart pour faire ça. Mon avant dernier jeudi de garde. Et jeudi dernier, j'ai mis dix minutes. Donc c'est vraiment... Mais moi, je passe plus par là, hein. C'est fini ça, tout ça.

(Extrait, p., K/061205)

Face à ces difficultés de circulation et l'amplitude importante de temps consacré à ces déplacements, certains soignants optent temporairement pour les transports en commun voire le taxi, à leurs frais, en laissant leur véhicule garé en ville ou dans un établissement hospitalier proche.

J : (...) il m'arrivait d'aller là dans un arrondissement où c'était trop difficile en voiture. Je laissais ma voiture à l'hôpital le plus proche et je prenais le métro. Je prenais juste le nécessaire dont j'avais besoin parce que je ne voulais plus stresser à cause de ce problème de circulation. Le week-end, le soir, ou l'approche des fêtes de Noël, c'est... on ne peut pas. (...) Y a ce grand magasin, là si vous avez un patient rue des A, vous ne pouvez pas y aller. Ce n'est pas la peine. Donc je laissais la voiture dans l'hôpital et je prenais le métro et je prenais le matériel dont j'avais besoin dans la voiture (...) quitte à faire tout le reste à pied. Donc en fait, en faisant après, en s'organisant autrement, quelque part on gagne... peut-être sur le temps de trajet parce qu'il va être très long quand c'est embouteillé, sur la recherche d'une place et puis sur le stress. Voilà. Mais pour ça, c'est individuel... Mais bon, y a des secteurs où ça peut être fait, y a des secteurs périphériques où c'est pas du tout envisageable (...) de laisser sa voiture et de faire, de partir à pied parce que bon vous n'allez pas les...

(Extrait, 230-234, FJKZ/181105)

Les contraintes du déplacement liées à la gestion du temps et de l'espace (se trouver impérativement à un moment donné dans un lieu donné ou tout au moins dans un intervalle de temps plus ou moins limité) peuvent être réduites soit en prévenant les patients par téléphone lorsque le retard occasionné excède une certaine limite (45 minutes à une heure en général) soit, dans des cas de débordement plus importants par des organisations informelles collectives, qui assurent une réduction de la charge de travail momentanée. C'est ainsi que les soignants peuvent prendre l'initiative de prévenir certains collègues dont ils savent qu'ils ne sont pas très loin et disposés à prendre le relais chez un patient.

## **Conclusion**

Toute activité professionnelle comporte à des degrés divers des composantes secondaires qui peuvent être quelques fois minimales. Dans la situation des professionnels mobiles et tout particulièrement dans le cas des personnels soignants en HAD cette activité secondaire prend une place très importante comme nous le montrons dans cet article. Celle-ci nécessite de la part de ces professionnels la mise en œuvre de stratégies complexes pour réduire son incidence sur l'activité principale.

De la même façon dans toute activité professionnelle les agents gèrent à des degrés divers des aspects qui appartiennent à la sphère de leur vie privée. Là aussi, nous montrons dans cet article que les professionnels mobiles, par l'autonomie relativement plus grande dont ils semblent disposer dans ce domaine mettent explicitement à profit ces possibilités dans leur gestion domestique. Toutefois, en retour ils sont menacés d'une intrusion importante des exigences professionnelles dans leur vie privée.

Ainsi les professionnels mobiles présentent de façon particulièrement accentuée des caractéristiques qui sont présentes pour l'ensemble des actifs. Ceci ajouté au fait que la population des professionnels mobiles reste peu connue malgré son importance numérique dans l'ensemble de la population active

nous laissent penser qu'il s'agit là d'un groupe social qui mérite un investissement par d'autres travaux de recherche.

## **Bibliographie**

Crague, G. 2003. Des lieux de travail de plus en plus variables et temporaires. *Economie et Statistiques*, 369-370 : 191-212.

Gressel, R., Mundutéguy, C. 2008. Les professionnels mobiles. Un groupe hétérogène avec une exposition importante au risque routier, *Recherche Transports, Sécurité*, 99 : 147-167

Hamelin, P., Rodrigues, A.C. 2005. Conducteurs et conductrices de poids lourds, *Recherche Transports et Sécurité*, 87 : 147-173.

Sentilhes-Monkam, A. 2007. *L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner*. Paris, L'Harmattan.