Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital

Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ?

*Intensity of Work and Painful Working Conditions in Hospital. Evolutions
between 1998 and 2013*

Samia Benallah et Jean-Paul Domin

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/travailemloi/7755>

DOI : 10.4000/travailemloi.7755

ISSN : 1775-416X

Éditeur

DARES - Ministère du Travail

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2017

Pagination : 5-31

ISSN : 0224-4365

Référence électronique

Samia Benallah et Jean-Paul Domin, « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital », *Travail et Emploi* [En ligne], 152 | octobre-décembre 2017, mis en ligne le 11 juillet 2019, consulté le 21 septembre 2021.

URL : <http://journals.openedition.org/travailemloi/7755> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/travailemloi.7755>

Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital

Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ?

Samia Benallah*, Jean-Paul Domin**

Cet article s'intéresse à l'évolution des conditions de travail à l'hôpital au cours des quinze dernières années. Cette question est importante dans le contexte des réformes menées au sein du secteur depuis le début des années 1990, qui y ont provoqué de profondes réorganisations. Dans un premier temps, nous faisons le point sur l'état des connaissances concernant les conditions de travail à l'hôpital. Nous étudions ensuite, à partir des trois dernières éditions de l'enquête *Conditions de travail*, l'évolution entre 1998 et 2013 des contraintes de rythme et de diverses formes de pénibilités du travail à l'hôpital, comparativement à d'autres secteurs d'activité. Enfin, nous analysons, toutes choses égales par ailleurs, les spécificités actuelles du secteur en matière d'exposition aux contraintes de rythme, aux horaires décalés, aux pénibilités physiques et à un environnement de travail dégradé. Nous observons, sur la période 1998-2013, une nette augmentation des contraintes de rythme s'exerçant sur les personnels hospitaliers. Celle-ci s'accompagne d'une légère diminution des pénibilités physiques. Mais l'hôpital demeure particulièrement contraint du point de vue des conditions de travail.

Depuis le début des années 1990, le secteur public hospitalier est l'objet de nombreuses réformes visant à réduire ses coûts. Celles-ci ont porté aussi bien sur son financement que sur la gouvernance des hôpitaux et notamment l'exercice de la tutelle¹. En matière de financement, la principale réforme a eu lieu en 2003, à travers la mise en place d'une tarification à l'activité (T2A). Ce nouveau mode de tarification a pour objectif de simuler des mécanismes de marché en imputant un prix moyen aux actes médicaux. Ce faisant, il est supposé inciter les hôpitaux à fournir des soins à moindre

---

* Laboratoire Regards, université de Reims Champagne-Ardenne ; samia.benallah@univ-reims.fr.

** Laboratoire Regards, université de Reims Champagne-Ardenne, Centre d'économie de l'université Paris 13 (CEPN) ; jp.domin@univ-reims.fr.

1. En particulier la création des Agences régionales de l'hospitalisation en 1996, puis celle des Agences régionales de la santé en 2009.

coût par l'introduction d'une concurrence par comparaison (*yardstick competition*) entre les établissements.

Du point de vue de l'accès aux soins et de leur qualité, la littérature économique, en prenant appui sur diverses expériences étrangères, a mis en évidence les risques associés à ce mode de rémunération : sélection des patients (SILVERMAN, SKINNER, 2004), l'hôpital ayant intérêt à garder les malades ayant un coût faible et à se séparer des malades coûteux ; baisse de la qualité des soins en raison de la sortie prématurée des patients dans la mesure où le prix est déconnecté de la durée d'hospitalisation (NEWHOUSE, 2003) ; recentrage de l'activité des établissements autour des spécialités lucratives et suppression des activités non rentables (SCANLON, 2006).

Du point de vue de l'organisation interne, ce nouveau mode de financement aboutit à une rationalisation forte de l'activité au sein des hôpitaux, dans une constante recherche de gains de productivité, et s'accompagne de la mise en œuvre de techniques de management directement inspirées du secteur privé (DOMIN, 2015). Il s'agit ainsi d'appliquer, à l'hôpital, les techniques organisationnelles et managériales issues du *New public management* (PIERRU, 2007), qui se manifestent par la rationalisation des flux de patients, la standardisation des procédures de soins, et également par la mise en place de nouveaux modes d'évaluation du travail comme le chronométrage. Les personnels sont ainsi incités à améliorer leur productivité par l'intermédiaire de nouveaux indicateurs de performance.

Ces mutations profondes de l'hôpital et de son fonctionnement ne sont pas sans effet sur les conditions de travail du secteur. Les analyses empiriques menées à partir du milieu des années 2000, principalement à partir d'enquêtes de terrain qualitatives, indiquent une « pression croissante des contraintes de rythme » (GHEORGHIU, MOATTY, 2013, p. 250), qui s'accompagne d'une dégradation des conditions de travail dans le secteur hospitalier (BELORGEY, 2010). Ces tendances ne sont toutefois pas propres à l'hôpital, elles s'observent pour l'ensemble des secteurs sur la même période : Élisabeth ALGAVA et ses co-auteurs (2014) mettent ainsi en évidence une reprise de l'intensification du travail pour l'ensemble des travailleurs entre 2005 et 2013, après une stabilisation entre 1998 et 2005 (BUÉ *et al.*, 2007), à laquelle s'ajoute une augmentation des contraintes physiques et des tensions au travail.

S'agissant du secteur hospitalier, la recherche d'une plus grande productivité dans le but d'améliorer ses performances, et ce faisant réduire son coût, se heurte à un autre défi auquel la puissance publique doit parallèlement répondre : celui du risque de pénurie de personnels, et notamment de personnels soignants, dans un contexte de vieillissement de la population mais aussi des effectifs hospitaliers (NOGUERA, LARTIGAU, 2009). Le manque d'attractivité des emplois, les démissions et les départs prématurés en retraite, ainsi que le niveau important de *turnover* et d'absences pour raisons de santé font peser la menace d'un manque durable de personnels et provoquent des désorganisations importantes au sein du secteur (ESTRYN-BÉHAR, 2008). Parmi les leviers dont disposent les pouvoirs publics pour limiter cette menace, celui de l'amélioration des conditions de travail est à l'évidence central dans un secteur où le

travail est particulièrement exigeant, physiquement et mentalement, et provoque une usure professionnelle précoce. Les initiatives de la puissance publique en ce sens se multiplient depuis le début des années 2010, autour des thèmes du dialogue social ou encore de la qualité de vie au travail². Nous pouvons faire l'hypothèse que ces initiatives ont eu des effets bénéfiques sur les conditions de travail des personnels du secteur hospitalier.

Face à ces forces en apparence contradictoires, susceptibles d'agir sur les conditions de travail, l'hôpital apparaît comme un secteur dans lequel le travail est en pleine mutation, ce qui suscite de nombreuses interrogations. Dans ce contexte de profondes réformes et de réorganisations permanentes, comment ont évolué les conditions de travail à l'hôpital au cours des quinze dernières années ? Y observe-t-on, comme dans les autres secteurs, une intensification du travail ? Est-elle plus marquée à l'hôpital ? S'est-elle accompagnée d'un adoucissement ou, au contraire, d'un durcissement des contraintes de travail « historiques » ?

Nous proposons dans cet article de répondre à ces questions en analysant l'évolution, depuis la fin des années 1990, de l'intensité du travail et des pénibilités dans le secteur hospitalier, comparativement aux autres secteurs d'activité. Ce faisant, nous nous inscrivons non pas dans une démarche évaluative, qui consisterait à imputer aux réformes mises en œuvre les transformations des conditions de travail constatées, mais dans une démarche comparative dont l'objectif est de pointer les différences d'évolution entre l'hôpital et les autres secteurs d'activité. Notre travail complète ainsi le panorama des conditions de travail dans les établissements de santé dressé par Julien LOQUET et Layla RICOCH (2014).

Pour cela, nous mobilisons les données individuelles des trois dernières éditions de l'enquête *Conditions de travail*, couvrant la période allant de 1998 à 2013. Ces données présentent le double avantage de décrire de manière détaillée les conditions de travail telles qu'elles sont vécues par les salariés, et de reposer sur un échantillon important permettant de réaliser des analyses différenciées selon le secteur d'activité. Nous organiserons notre réflexion en trois temps. Après avoir exposé l'état des connaissances concernant les conditions de travail au sein du secteur hospitalier, en particulier leur évolution sur la période récente, nous décrirons les données et la méthodologie retenues. Nous détaillerons et discuterons enfin les principaux résultats obtenus.

Les exigences du travail hospitalier : un état des connaissances

L'organisation du travail à l'hôpital répond à certains impératifs d'égalité d'accès et de continuité des soins, qui en font un secteur d'activité particulièrement contraint du point de vue des conditions de travail. Elles y sont physiquement exigeantes et

2. Sur ces thématiques, voir notamment COUTY, 2013.

les personnels du secteur sont surexposés à certaines contraintes potentiellement pathogènes. La mise en concurrence des hôpitaux *via* la T2A et l'introduction de techniques managériales directement inspirées du secteur privé pourraient également avoir provoqué une accélération des rythmes de travail.

Des conditions de travail exigeantes

La problématique des contraintes de travail auxquelles sont confrontés les personnels du secteur hospitalier français est l'objet d'une attention accrue des chercheurs et des pouvoirs publics, en particulier depuis le début des années 2000. Elle relève d'un triple enjeu de santé publique (LAMY *et al.*, 2013). Tout d'abord, permettre le maintien au travail des personnels de l'hôpital dans un contexte de vieillissement de la population qui touche également les personnels du secteur (KRANKLADER, MINODIER, FOURCADE, 2013). Ensuite, préserver la santé de ces mêmes personnels soumis à des mutations permanentes dans un contexte de profondes réformes. Enfin, garantir un maintien de la qualité des soins dans un environnement de travail de plus en plus contraint financièrement.

Cette attention accrue s'est accompagnée d'un développement important des bases de données permettant des analyses fines des conditions de travail et plus généralement de l'organisation du travail au sein de ce secteur : le programme de recherche *Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail (Presst)* dans le cadre de l'enquête européenne *Nurses early exit study (Next)* à partir de 2002 ; le dispositif d'enquête *Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé (COTAES)* en 2003 ; l'extension de l'enquête *Changements organisationnels et informatisation* aux personnels des établissements de santé publics et privés en 2006 (*COI-H*) ; la surreprésentation des travailleurs de l'hôpital dans l'édition 2013 de l'enquête *Conditions de travail*. À ces données quantitatives s'ajoutent les enquêtes de terrain visant à approfondir certains aspects des réorganisations du travail en cours au sein du secteur hospitalier³.

Ces sources ont permis d'améliorer sensiblement les connaissances concernant les contraintes de travail qui s'exercent à l'hôpital. Il ne s'agit pas ici de les présenter de manière exhaustive, mais de cibler les conditions de travail qui ont des effets délétères sur la santé et l'espérance de vie. Nous nous intéressons ainsi à un « ensemble d'astreintes nocives et potentiellement pathogènes tout au long de la vie professionnelle » (MOLINIÉ, VOLKOFF, 2006, p. 96). Ces astreintes sont, selon les études épidémiologiques, de trois ordres : les horaires décalés et le travail posté, les efforts physiques importants et l'exposition à un environnement de travail toxique (LASFARGUES, 2005).

---

3. Sur cette question, le lecteur pourra se reporter entre autres à RAVEYRE, UGHETTO, 2003 ; ACKER, 2005 ; GHEORGHIU, MOATTY, 2005 ; DIVAY, GADÉA, 2008.

S'agissant des horaires décalés et du travail posté, ils sont particulièrement répandus à l'hôpital, dans la mesure où ils sont la condition pour un égal accès aux soins et pour leur continuité. Le travail de nuit ou le week-end, les gardes et les astreintes en dehors des heures normales de travail sont une des spécificités des services hospitaliers. Ainsi, selon l'enquête *COI-H*, près de la moitié des personnels des établissements de santé publics et privés travaillent fréquemment le samedi ou le dimanche, et près d'un salarié sur quatre travaille fréquemment la nuit (CORDIER, 2009). Ces contraintes concernent plus particulièrement le personnel médical, les infirmières et les aides-soignantes, et sont plus fréquentes dans la fonction publique hospitalière. Le travail posté est également surreprésenté dans le secteur public hospitalier : selon l'enquête *Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer)*⁴ de 2010, près de 44 % des travailleurs de ce secteur sont concernés par le travail posté, contre 16 % tous secteurs confondus (ARNAUDO *et al.*, 2013).

Les efforts physiques importants sont également fréquents à l'hôpital. Romuald LE LAN et Dominique BAUBEAU (2004) montrent ainsi, à partir des données de l'enquête *Conditions et organisation du travail à l'hôpital* de 2003, que les travailleurs y sont particulièrement exposés à quatre contraintes physiques : la position debout prolongée, le port de charges lourdes, la réalisation de mouvements douloureux et fatigants ainsi que les déplacements fréquents et longs. Ils montrent également que l'exposition aux deux dernières contraintes a sensiblement augmenté entre 1998 et 2003. Là encore, il existe des différences sensibles selon les professions, les aides-soignantes étant les plus exposées (93 % d'entre elles étaient concernées par le déplacement de charges lourdes en 2003 au sein du secteur hospitalier public). L'exposition aux efforts physiques intenses semble toutefois s'être réduite à l'hôpital sur la période récente, même si elle reste nettement surreprésentée dans ce secteur (LOQUET, RICOCH, 2014).

Enfin l'environnement de travail apparaît également nettement moins favorable à l'hôpital. Les données de l'enquête *Sumer* de 2010 révèlent une surexposition prononcée des agents de la fonction publique hospitalière aux risques chimiques et biologiques (ARNAUDO *et al.*, 2013). Trois quarts de ces salariés sont exposés aux risques biologiques, essentiellement à travers les contacts avec les patients. Ils sont également plus de la moitié à être exposés à au moins un produit chimique, alors qu'ils sont un tiers de l'ensemble des travailleurs, tous secteurs confondus. Ils sont également surreprésentés au regard de l'exposition simultanée à au moins trois agents chimiques : un travailleur de l'hôpital public sur quatre est concerné, alors qu'ils sont 14 % pour l'ensemble des salariés.

4. Il s'agit d'une enquête coordonnée par la Dares et la Direction générale du travail et réalisée par des médecins du travail. Elle a pour but de mesurer, de manière fine, les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés pendant leur travail. L'enquête a été réalisée à trois reprises : en 1994-1995, en 2002-2003 et en 2009-2010.

Un rythme de travail plus intense à l'hôpital ?

La notion d'intensité du travail est difficile à appréhender. Comme le soulignent Thomas AMOSSÉ et Michel GOLLAC (2008), elle revêt diverses acceptions selon le type d'organisation concernée : elle peut désigner le nombre d'opérations par unité de temps dans les organisations « tayloriennes », mais aussi, par exemple, la relation entre les moyens et les objectifs dans les formes plus modernes d'organisation caractérisées par une forte autonomie des travailleurs. La comparaison de l'intensité du travail entre secteurs d'activité paraît par conséquent délicate. Sans prétendre proposer une définition complète et définitive de l'intensité du travail, les enquêtes statistiques sur les conditions de travail ont toutefois permis de mieux saisir son évolution depuis le début des années 1980. Elle y est appréhendée à travers les différentes contraintes qui pèsent sur les rythmes de travail (cadence d'une machine ou déplacement automatique d'un produit, normes ou délais à respecter, demandes extérieures du public, etc.), elles-mêmes sous-tendues par différentes logiques organisationnelles (VALEYRE, 2001). Les questions relatives à ces contraintes de rythme, présentes dans les différentes éditions de l'enquête *Conditions de travail*, ont permis de mettre en évidence une intensification du travail en France à partir du milieu des années 1980, tous secteurs d'activité confondus (ALGAVA *et al.*, 2014).

Le secteur hospitalier n'a pas été épargné par cette intensification. R. LE LAN et D. BAUBEAU (2004) observent ainsi, en comparant les résultats de l'enquête *Conditions de travail* de 1998 à ceux de l'enquête *Conditions et organisation du travail à l'hôpital* de 2003, que la part des travailleurs du secteur déclarant que leur rythme de travail est imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus a doublé sur la période, passant de 24 % à 48 %. Cette hausse est d'autant plus spectaculaire qu'elle est sans commune mesure avec celle observée sur la même période pour l'ensemble des travailleurs : la proportion des personnes soumises à un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus est passée de 23 % à 25 % entre 1998 et 2005, d'après les données recueillies dans le cadre des deux éditions de l'enquête *Conditions de travail* correspondantes (BUÉ *et al.*, 2007). Les résultats obtenus par R. LE LAN et D. BAUBEAU (2004) sont toutefois issus de la comparaison de deux sources de données distinctes et les auteurs invitent à les considérer avec précaution.

La même précaution s'impose s'agissant de résultats plus récents, qui font état d'un desserrement sensible des contraintes de rythme au sein du secteur hospitalier entre 2003 et 2013 (LOQUET, RICOCH, 2014). Avoir un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'un produit ou la cadence d'une machine aurait concerné près de 22,5 % des personnels du secteur en 2003, contre respectivement 6,8 % et 7,5 % des personnels en 2006 et 2013. Un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure concernerait 30 % des travailleurs de l'hôpital en 2013, contre 48 % en 2003. Enfin, la part des personnels déclarant avoir un rythme de travail imposé par d'autres contraintes techniques aurait été divisée par plus

de deux entre 2003 et 2013, passant de 39 % à 18 %. Ces résultats encourageants sont interprétés par les auteurs de l'étude comme « une diminution globale des contraintes de rythme » (p. 2), même s'ils reposent sur l'exploitation de trois sources de données différentes, dont la comparabilité n'est pas garantie : l'enquête *Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé* de 2003, l'enquête *Changements organisationnels et informatisation dans le secteur hospitalier* de 2006 et l'enquête *Conditions de travail* de 2013. Ces résultats sont d'ailleurs d'autant plus surprenants qu'entre 2003 et 2006, 46 % des salariés des établissements de santé interrogés dans le cadre de l'enquête *COI-H* ont par ailleurs déclaré ressentir une accentuation des contraintes de rythme de travail (CORDIER, 2009).

La question de l'évolution des contraintes de rythme au sein du secteur hospitalier reste ainsi à préciser, en particulier sur la période récente. Il n'en demeure pas moins que certaines contraintes sont particulièrement prégnantes dans ce secteur d'activité (LOQUET, RICOCH, 2014). C'est le cas de la dépendance immédiate vis-à-vis du travail des collègues (en 2013, 43 % des personnels concernés contre 30 % pour l'ensemble des salariés), de l'obligation de réponse immédiate suite à une demande extérieure (respectivement 64 % et 58 %), du contrôle ou du suivi informatisé (respectivement 41 % et 35 %) et même des normes de production ou des délais à respecter en une heure (30 % contre 27 %). Ces contraintes de rythme se cumulent avec d'autres formes de pression temporelle propres au secteur hospitalier, qui ont été mises en évidence par des recherches qualitatives : travail en urgence, pics d'activité, travail sous la pression de la file d'attente (GHEORGHU, MOATTY, 2013).

Cette pression temporelle, qui s'ajoute aux pénibilités physiques préalablement évoquées, peut s'interpréter comme une forte intensité du travail. Elle pourrait être directement liée à l'accroissement sensible de la production et de la productivité constaté depuis le début des années 2000 à partir de données administratives (OR *et al.*, 2013). Cette augmentation de la productivité a été particulièrement importante entre 2007 et 2008, l'année du passage de la T2A comme moyen de financement unique des établissements hospitaliers (YILMAZ, FRIKHA, 2012). La forte intensité du travail a par ailleurs un impact sur la perception qu'ont les personnels de leur travail, sur les stratégies qu'ils sont en mesure de développer pour rendre leur travail soutenable et de ce fait sur leur état de santé (GOLLAC, VOLKOFF, 2006). Pour ces raisons, il nous semble essentiel de mieux en cerner l'évolution.

Une nouvelle analyse de l'évolution des conditions de travail à l'hôpital : éléments de méthode

Nous nous appuyons sur les données de l'enquête *Conditions de travail* afin de proposer une analyse de l'évolution des conditions de travail au sein du secteur hospitalier, comparée à celle observée dans les autres secteurs d'activité, à l'aide des

trois dernières éditions de l'enquête, allant de 1998 à 2013. Nous nous focalisons ensuite sur les données de l'édition 2013, qui permettent de comparer, en contrôlant de nombreuses caractéristiques, la situation de travail actuelle des personnels de l'hôpital à celle des travailleurs des autres secteurs.

Le suivi temporel des contraintes de travail à partir des enquêtes *Conditions de travail*

Nous souhaitons étudier les transformations, sur la période récente, des contraintes de travail auxquelles sont confrontés les travailleurs du secteur hospitalier. Pour cela, nous faisons le choix de mobiliser les trois dernières éditions de l'enquête *Conditions de travail* (voir encadré 1), couvrant la période allant de 1998 à 2013. Nous comparons cette évolution à celle observée par les travailleurs des autres secteurs.

Cette enquête présente deux avantages pour notre analyse. D'une part, elle permet de disposer d'informations fines pour décrire les contraintes de travail auxquelles sont confrontés les salariés. D'autre part, menée à un rythme régulier depuis la fin des années 1970, elle permet d'appréhender l'évolution des conditions de travail.

L'enquête interroge par ailleurs une proportion importante de travailleurs du secteur hospitalier pour chacune des éditions étudiées (voir tableau 1). Nous disposons ainsi, pour chaque édition, d'un échantillon suffisant pour comparer les résultats obtenus pour les personnels du secteur hospitalier à ceux obtenus pour les travailleurs des autres secteurs.

ENCADRÉ 1

Présentation de l'enquête *Conditions de travail*

L'enquête *Conditions de travail* est une enquête statistique, complémentaire à l'enquête *Emploi*, menée tous les sept ou huit ans principalement par le ministère du Travail, en l'occurrence la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), et l'Insee. Elle offre des données de cadrage concernant les conditions de travail de l'ensemble de la population active occupée. Cette enquête permet de cerner au plus près le travail réel, c'est-à-dire tel qu'il est perçu par les salariés, et non le travail prescrit, décrit par l'entreprise ou l'employeur.

L'enquête *Conditions de travail* a été initialement menée en 1978 et la dernière édition disponible (au moment de la rédaction de cet article) est celle de 2013. Le questionnaire de l'enquête a profondément évolué. D'abord focalisé sur l'univers industriel, notamment sur les contraintes liées aux machines, il a progressivement intégré des observations sur la charge cognitive (responsabilités, contraintes d'attention, etc.), les marges de manœuvre (pouvoir de faire varier les délais, etc.) et les risques psychosociaux. Depuis 2005, l'enquête s'intéresse également aux injonctions paradoxales (BUÉ, HAMON-CHOLET, 2006). L'édition 2013 comporte enfin un auto-questionnaire relatif à l'exposition aux risques psychosociaux et des questions relatives à l'état de santé (mini-module européen).

TABEAU 1 – Les grandes familles de questions relatives aux conditions de travail – Évolution selon l'édition

Questions relatives...	1984	1991	1998	2005	2013
... aux horaires et à l'organisation du temps de travail	X	X	X	X	X
... à l'organisation du travail	X	X	X	X	X
... aux risques	X	X	X	X	X
... aux nuisances	X	X	X	X	X
... à la pénibilité du travail	X	X	X	X	X
... au contenu du travail		X	X	X	X
... à la charge mentale/stress/injonctions paradoxales		X	X	X	X
... à l'utilisation de machines/nouvelles technologies		X	X	X	X
... aux accidents du travail			X	X	X
... à la sécurité/santé au travail				X	X
... à l'état de santé					X
... aux risques psychosociaux					X

Lecture : l'ensemble des éditions (1984 à 2013) comprend un bloc de questions relatives aux horaires et à l'organisation du travail. Seule l'édition de 2013 comprend des questions relatives aux risques psychosociaux.

TABEAU 2 – Effectifs interrogés pour chacune des éditions de l'enquête

	1998	2005	2013
Ensemble des secteurs	21 380	18 789	33 673
Secteur hospitalier	969	910	4 327
dont hôpitaux publics	727	521	2 760

Lecture : en 2013, sur les 33 673 personnes interrogées dans le cadre de l'enquête *Conditions de travail*, 4 327 travaillent dans le secteur hospitalier, dont 2 760 déclarent être salariées d'un hôpital public (variable « Statut »).

Champ : actifs occupés.

Source : enquête *Conditions de travail*, Ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee, éditions 1998, 2005 et 2013.

En nous basant exclusivement sur les données issues de l'enquête *Conditions de travail*, nous proposons une analyse qui se veut complémentaire de celle proposée par J. LOQUET et L. RICOCH (2014). Ces auteurs étudient en effet l'évolution des conditions de travail des personnels du secteur hospitalier entre 2003 et 2013, à l'aide de trois sources différentes : l'enquête *Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé* de 2003, l'enquête *Changements organisationnels et informatisation dans le secteur hospitalier* 2006 et l'enquête *Conditions de travail* de 2013 (voir *supra*). La mobilisation de ces trois enquêtes répond à l'objectif de leur étude : ils proposent en effet d'analyser l'évolution des conditions de travail selon la profession et le type d'établissement⁵, ce qui requiert d'importants échantillons pour chaque année étudiée⁶. Les sources utilisées par les auteurs permettent de disposer d'échantillons

5. Plus précisément, l'étude « s'intéresse particulièrement aux différences qui pourraient exister au sein d'une même famille professionnelle selon le secteur de l'établissement, public ou privé. » (LOQUET, RICOCH, 2014, p. 13).

6. Une autre différence notable est que les contraintes de rythme sont centrales dans notre analyse alors qu'elles n'occupent qu'une place minime dans l'étude de J. LOQUET et L. RICOCH (2014).

plus conséquents que ceux offerts par les éditions pré-2013 de l'enquête *Conditions de travail* ; respectivement 4 700 travailleurs du secteur en 2003 (*COTAES*) et 1 400 en 2006 (*COI-H*). Ces tailles d'échantillons autorisent la production de statistiques sur les conditions de travail, ventilées par métier et type d'établissement.

À l'inverse donc de ces auteurs, nous faisons le choix de faire reposer notre analyse sur une même source, l'enquête *Conditions de travail*. Trois considérations sous-tendent ce choix :

- en premier lieu, la mobilisation de cette source nous permet d'appréhender les conditions de travail sur une période plus longue, quinze années, que celle disponible à partir des données des enquêtes *COTAES* 2003 et *COI-H* 2006. Les mutations les plus importantes survenues au sein de l'organisation hospitalière ont eu lieu à partir du début des années 2000 (voir encadré 2). Il nous paraît donc essentiel de disposer d'un point d'observation précédant cette date ;
- ensuite, l'enquête permet de comparer l'évolution des conditions de travail observée au sein du secteur hospitalier avec celle constatée chez les travailleurs des autres secteurs d'activité. Nous souhaitons ainsi mettre en évidence d'éventuelles spécificités du secteur hospitalier sur le plan de l'évolution des conditions de travail et les analyser en lien avec les mutations que connaît le secteur ;
- enfin, la mobilisation d'une unique source de données pour étudier la manière dont évoluent les conditions de travail des travailleurs du secteur hospitalier permet d'éviter les écueils liés à l'utilisation de sources multiples. En effet, comme le soulignent R. LE LAN et D. BAUBEAU (2004), mais aussi J. LOQUET et L. RICOCH (2014), des sources de variabilité inter-enquêtes (modes d'interrogation⁷, ordre et formulation des questions, caractère généraliste ou sectoriel de l'enquête) peuvent provoquer des discontinuités exogènes dans le report des contraintes de travail par les salariés.

Le choix de se focaliser exclusivement sur les enquêtes *Conditions de travail* n'en est pas pour autant exempt d'écueils. Il soulève plus précisément deux difficultés.

La première est liée au sur-échantillonnage de 2013. Les effectifs interrogés lors de la dernière édition sont plus de quatre fois supérieurs à ceux des éditions 1998 et 2005 (voir tableau 2). Par ailleurs, l'enquête 2013 est indépendante de l'enquête *Emploi* de l'Insee, contrairement aux éditions 1998 et 2005 qui en sont un module complémentaire. La base de tirage pour le sur-échantillonnage des travailleurs du secteur hospitalier est issue du Système d'information sur les agents des services publics (SIASP) de 2010 pour les hôpitaux publics, et des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) de 2010 pour les hôpitaux privés.

La comparaison brute entre les résultats de l'enquête 2013 et ceux des éditions précédentes pourrait donc s'avérer problématique. Les redressements opérés sur l'édition 2013 de l'enquête par les organismes producteurs (Dares, Drees, DGAFP) permettent

---

7. Exclusivement en face-à-face au domicile pour l'enquête *Conditions de travail*, essentiellement au téléphone pour les enquêtes *COTAES* et *COI-H*.

ENCADRÉ 2

La mise en œuvre des 35 heures à l'hôpital

La mise en œuvre de la réduction du temps de travail (RTT), comme dans d'autres secteurs, a généré des effets pervers conduisant à une dégradation des conditions de travail. La diminution voire l'absence de recrutements a favorisé un processus d'intensification du travail. En d'autres termes, si le volume horaire a diminué, le travail s'est intensifié. Sur ce point, l'hôpital a évolué comme d'autres secteurs productifs : la réduction des heures travaillées s'est traduite par un travail intensifié, plus flexible et polyvalent (ASKENAZY, 2004). La RTT a ainsi modifié les rapports entre le temps de travail et le temps de vie, notamment en modifiant la disponibilité temporelle de la force de travail (BOUFFARTIGUE, BOUTEILLER, 2012).

La mise en place de la T2A a également renforcé l'intensification du travail. Sur la période qui s'étend de 2003 à 2009, l'accroissement de l'activité des établissements publics de soins a été plus rapide que l'augmentation du personnel de soins. La productivité des hôpitaux s'est accrue sur cette période de 11,3 %, soit 1,8 % par an. L'augmentation est plus marquée encore entre 2007 et 2008, l'année du passage de la T2A comme moyen de financement unique des établissements hospitaliers (YILMAZ, FRIKHA, 2012). La recherche absolue de la productivité se traduit par une réduction croissante des effectifs, une pression sur les soignants et une flexibilisation à la hausse. Cette logique accentue les contraintes de toutes sortes sur les personnels : changements d'horaires, dépassements de temps, difficultés dans le libre choix des congés, durcissement de la gestion des absences ou encore rappels sur les repos (GHEORGHIU, MOATTY, 2013).

toutefois de surmonter cette difficulté⁸. Plusieurs variables identifient dans l'échantillon de 2013 des champs comparables avec les éditions précédentes : l'indicateur d'échantillon principal permet d'identifier les travailleurs issus du sur-échantillonnage (et donc potentiellement de les exclure de l'analyse) ; la variable « champ_ct2005 » limite les travailleurs présents dans l'enquête 2013 à ceux relevant du champ de l'édition 2005. Par ailleurs, plusieurs variables de pondération sont calculées pour tenir compte de ces différences d'échantillonnage. Pour l'ensemble des évolutions présentées dans la suite de l'article, nous avons testé l'ensemble des outils ainsi mis à disposition. Les résultats sur nos variables d'intérêt sont très peu sensibles aux restrictions de champ. Pour faciliter la lecture des résultats, nous présenterons les évolutions pour l'ensemble des personnes interrogées en 2013 ainsi que pour les personnes relevant d'un champ comparable à celui de 2005 (utilisation de l'indicatrice « champ_ct2005 »).

Quoi qu'il en soit, le champ retenu, pour les trois éditions étudiées, est celui des salariés, y compris les salariés temporaires, relevant de l'ensemble des secteurs

8. Les explications relatives aux différences de champs entre les différentes éditions de l'enquête et les redressements mis en œuvre pour les rendre comparables sont disponibles à partir du lien suivant : <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/conditions-de-travail-edition-2013>, consulté le 26 mars 2018.

d'activité. Ceux travaillant au sein du secteur hospitalier sont repérés à partir du code de la Nomenclature des activités françaises (code Naf) pour les éditions 1998 et 2005 et à partir de la combinaison de la variable « Statut »⁹ et du code Naf pour l'édition 2013. Ils représentent 3 944 salariés, si l'on considère l'ensemble des personnels du secteur et 3 744 individus si l'on retient un champ comparable à 2005.

La seconde difficulté est liée au caractère généraliste de l'enquête *Conditions de travail*. Nous voulons analyser les évolutions différenciées de l'intensité du travail entre le secteur hospitalier et les autres secteurs d'activité. Nous souhaitons en particulier vérifier si les rythmes de travail se sont plus nettement accélérés à l'hôpital, en lien avec les mutations qu'a connues ce secteur sur la période observée. Étudier les rythmes de travail au sein du secteur hospitalier supposerait de disposer d'informations relatives à ce qui les y influence directement, comme les flux de patients traités en une journée ou encore le taux de rotation des lits. Ce type d'indicateurs permettrait de vérifier la manière dont les travailleurs occupent chaque unité de temps afin de répondre aux injonctions des gestionnaires. Ainsi, comme le souligne Corinne GAUDART (2015), l'intensification du travail se mesure par la combinaison des contraintes sur les rythmes de travail et du nombre d'opérations qu'il faut mener sur ces temps découpés.

ENCADRÉ 3

Les contraintes de travail étudiées

Nous nous concentrons sur les quatre catégories de contraintes de travail évoquées plus haut, pour lesquelles nous disposons des mêmes questions sur l'ensemble des éditions mobilisées : (1) contraintes de rythme ; (2) efforts physiques importants ; (3) horaires décalés et travail posté ; (4) environnement de travail malsain.

1 – Les contraintes de rythme sont repérées à partir des réponses aux questions suivantes :

- « Votre rythme de travail vous est-il imposé par... ?
- le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce ;
- la cadence automatique d'une machine ;
- d'autres contraintes techniques ;
- la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ;
- des normes de production, ou des délais, à respecter en une heure au plus/en une journée au plus ;
- une demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate/ n'obligeant pas à une réponse immédiate ;
- les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie ;

9. Les codes Naf des éditions 1998 et 2005 de l'enquête sont disponibles à un niveau fin, ce qui permet de déterminer directement les établissements hospitaliers. En revanche, l'édition 2013 ne permet de disposer que d'un code Naf en 88 positions, ce qui nécessite d'utiliser à la fois le statut d'emploi et le code Naf pour repérer l'ensemble des travailleurs du secteur hospitalier.

– un contrôle ou un suivi informatisé. »

Les cinq premières contraintes listées ici sont généralement regroupées sous l'appellation de « contraintes industrielles » car elles cherchent à contrôler l'effort des salariés, alors que la sixième (demande extérieure) est considérée comme une contrainte marchande, car dépendante d'une demande (GOLLAC, 2005).

2 – Les réponses aux questions suivantes sont mobilisées afin d'étudier l'exposition aux efforts physiques importants :

« L'exécution de votre travail vous impose-t-elle :

- de rester longtemps debout ;
- de rester longtemps dans une autre posture pénible ou fatigante à la longue ;
- d'effectuer des déplacements à pieds, longs ou fréquents ;
- de porter ou déplacer des charges lourdes ;
- d'effectuer d'autres efforts physiques importants ;
- de subir des secousses ou des vibrations. »

3 – Les personnels concernés par les horaires décalés sont repérés à travers la série de questions suivantes :

« Disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos, au cours d'une semaine ? (Oui/Non).

Travaillez-vous la nuit, entre minuit et cinq heures du matin ?

Travaillez-vous le samedi ?

Travaillez-vous le dimanche ?

(Habituellement/Occasionnellement/Jamais). »

Les personnes répondant « Habituellement » ou « Occasionnellement » à ces trois dernières questions sont considérées comme concernées, c'est-à-dire exposées aux horaires décalés.

4 – Les deux questions ci-dessous sont mobilisées pour décrire l'environnement de travail auquel est exposé le travailleur :

« Votre travail ou votre lieu de travail présente-t-il les inconvénients suivants :

- saleté ;
- humidité ;
- courants d'air ;
- risques infectieux (microbes, virus, etc.), parasites ;
- absence ou mauvais état des locaux sanitaires. »

« À votre emplacement de travail, êtes-vous amené(e) à :

- respirer des fumées ;
- respirer des poussières. »

En matière d'environnement de travail, les informations recueillies à partir de l'enquête *Conditions de travail* sont moins précises que celles issues de l'enquête *Sumer*, notamment en ce qui concerne l'exposition à des produits chimiques (voir *supra*).

En analysant l'évolution des rythmes de travail à partir d'une enquête généraliste, on ne peut appréhender une éventuelle intensification du travail qu'à travers les contraintes qui pèsent sur ces rythmes.

Afin de permettre un suivi rigoureux sur la période d'observation des conditions de travail, nous nous focalisons sur celles qui sont décrites de manière continue entre 1998 et 2013 (voir encadré 3). Cette approche permet de repérer, d'une part, les spécificités du secteur hospitalier par rapport aux autres secteurs de l'économie et d'identifier, d'autre part, une éventuelle discontinuité dans l'évolution de l'exposition aux contraintes de travail potentiellement pathogènes pour les personnels de l'hôpital.

Méthode suivie pour décrire l'exposition aux contraintes de travail à partir de l'édition 2013

Après avoir estimé l'évolution des conditions de travail entre 1998 et 2013, nous décrirons plus précisément les contraintes auxquelles sont exposés les travailleurs du secteur hospitalier en 2013. Cette description est réalisée en deux temps.

Nous profitons d'abord du sur-échantillonnage de l'enquête 2013 pour proposer une analyse des contraintes par profession. Les personnels du secteur hospitalier sont répartis pour cela en six catégories professionnelles à partir de la nomenclature des familles professionnelles (voir la répartition présentée dans le graphique ci-dessous).

GRAPHIQUE – Répartition des travailleurs du secteur hospitalier en 2013, selon la profession

Lecture : en 2013, 32 % des personnels du secteur hospitalier appartiennent à la catégorie « Infirmiers, sages-femmes ».

Champ : salariés du secteur hospitalier.

Source : enquête *Conditions de travail*, Ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee, édition 2013.

Les données 1998 et 2005 de l'enquête *Conditions de travail* étant par ailleurs associées à celles recueillies dans le cadre de l'enquête *Emploi*, nous disposons d'informations dans d'autres domaines que celui des conditions de travail. Bien qu'elle soit indépendante de l'enquête *Emploi*, l'édition de 2013 offre des informations complémentaires comparables à celles disponibles au sein des éditions précédentes. Nous pouvons ainsi décrire les conditions de travail auxquelles sont soumis les travailleurs du secteur hospitalier, toutes choses égales par ailleurs. Il se pourrait en effet que les différences observées selon les secteurs d'activité proviennent en réalité de la structure des métiers au sein des différents secteurs d'activité.

Nous décrivons donc ensuite les conditions de travail auxquelles sont confrontées les personnes travaillant à l'hôpital à l'aide de l'équation suivante :

$$H_i = \gamma S_i + \beta X_i + \varepsilon_i$$

avec $i = 1, \dots, N$ et ε_i désigne le terme d'erreur.

H_i est une variable indicatrice valant 1 si l'individu i travaille à l'hôpital, 0 sinon. Les caractéristiques du travail étudiées sont notées S_i .

Les variables de contrôle que nous retenons, notées X_i , peuvent être classées en deux groupes : le premier résume les caractéristiques sociodémographiques des individus interrogés et intègre l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau de diplôme ainsi que le pays de naissance ; le second intègre des informations concernant les conditions d'emploi, en particulier le type de contrat (pérenne ou précaire), la profession, le secteur d'activité (public ou privé), le temps de travail (complet ou partiel) et l'ancienneté dans l'entreprise.

Une surexposition aux contraintes de rythme et aux pénibilités du travail : la double peine des travailleurs de l'hôpital

Augmentation des contraintes de rythme, baisse de l'exposition aux pénibilités physiques

L'exploitation des trois dernières éditions de l'enquête *Conditions de travail* montre, sur la période d'observation, une augmentation de l'exposition aux contraintes de rythme pour les travailleurs du secteur hospitalier (voir tableau 3).

En 1998, 79 % des travailleurs de l'hôpital étaient soumis à au moins une contrainte de rythme. Ils étaient 82 % dans ce cas en 2005 et désormais 84 % en 2013. On n'observe pas d'augmentation sur la même période pour les travailleurs des autres secteurs (76 % en 1998 contre 76,8 % en 2013).

Si l'on s'intéresse en détail aux différentes contraintes de rythme auxquelles font face les actifs occupés, on observe une augmentation de la part des travailleurs ayant un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce

ou encore par la cadence automatique d'une machine, augmentation qui est comparable pour les personnels du secteur hospitalier et ceux des autres secteurs d'activité.

En revanche, l'augmentation est beaucoup plus marquée pour les travailleurs de l'hôpital s'agissant de l'exposition à un rythme imposé par des contraintes techniques, par des normes de production ou des délais à respecter en une journée et en particulier par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus, ou encore par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un collègue. Ils sont désormais plus fréquemment soumis à ce type de contraintes que les travailleurs des autres secteurs.

Les travailleurs de l'hôpital sont également significativement surreprésentés¹⁰ parmi ceux déclarant avoir un rythme de travail imposé par des contrôles ou une surveillance exercés par la hiérarchie, quelle que soit l'année d'observation. Cette contrainte de rythme est restée stable sur la période, quel que soit le secteur d'activité¹¹.

S'agissant du rythme de travail imposé par un suivi informatisé (observable uniquement pour les éditions 2005 et 2013), la part des travailleurs concernés augmente sensiblement entre 2005 et 2013 tous secteurs confondus. L'augmentation est là encore nettement plus importante pour les personnels de l'hôpital, désormais significativement surexposés à cette contrainte de rythme alors que ce n'était pas le cas en 2013.

Au total, 42 % des personnels de l'hôpital sont exposés à au moins une contrainte de rythme industrielle (c'est-à-dire subir un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'une pièce ou d'un produit, par la cadence d'une machine, par d'autres contraintes techniques, ou encore par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus), alors qu'ils étaient 30 % dans ce cas à la fin des années 1990 et 35 % en 2005 (voir tableau 4). L'augmentation de 12 points de pourcentage entre 1998 et 2013 est d'autant plus conséquente qu'on n'en observe pas de similaire dans les autres secteurs sur la même période (35 % en 1998 et 2005, 37 % en 2013).

Ce renforcement des contraintes de rythme industrielles à l'hôpital ne s'est pas accompagné d'un relâchement des contraintes marchandes (c'est-à-dire subir un rythme de travail imposé par une demande extérieure – clients, public – obligeant à une réponse immédiate), au contraire. En 2013, plus de 65 % des travailleurs du secteur hospitalier subissent une contrainte de rythme marchande, alors qu'ils étaient 61 % dans ce cas en 1998 et en 2005, soit une hausse de 4 points en 8 ans. Là encore, l'augmentation est moins sensible dans les autres secteurs d'activité.

Les différences d'exposition sont également très marquées s'agissant du cumul des deux types de contraintes, industrielles et marchandes : en 2013, 32 % des travailleurs de l'hôpital sont concernés par ce cumul, contre 24 % des travailleurs des autres secteurs.

---

10. Nous avons réalisé des tests d'indépendance du Chi2 afin de vérifier s'il existe un lien entre le secteur d'activité (hôpital *versus* autres secteurs) et l'ensemble des contraintes de rythme étudiées.

11. Même si l'on observe une légère évolution de l'exposition à cette contrainte, on peut considérer qu'elle est stable, dans la mesure où les intervalles de confiance (calculés par la méthode de Wald) sur les différentes périodes se chevauchent.

TABLEAU 3 – Part (en %) des actifs occupés ayant un rythme de travail imposé par...

		1998	2005	2013	2013 – CC*
... le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce	Secteur hospitalier	2,1	3,2	5,9	5,6
	Autres secteurs	6,5	7,2	8,3	7,5
... la cadence automatique d'une machine	Secteur hospitalier	2,4	3,0	4,2	3,9
	Autres secteurs	7,7	7,3	7,3	6,9
... d'autres contraintes techniques	Secteur hospitalier	13,2	15,0	19,9	19,9
	Autres secteurs	15,8	15,6	16,3	16,5
... des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus	Secteur hospitalier	36,8	40,1	47,8	48,7
	Autres secteurs	42,8	41,5	41,8	43,6
<i>dont en une heure au plus</i>	Secteur hospitalier	23,8	27,1	31,6	32,0
	Autres secteurs	23,2	24,7	25,3	25,8
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues	Secteur hospitalier	37,2	36,7	43,0	43,1
	Autres secteurs	26,0	25,9	27,4	28,3
... une demande extérieure - clients, publics	Secteur hospitalier	66,1	67,6	71,8	72,7
	Autres secteurs	63,5	64,6	65	68,3
<i>dont obligeant à une réponse immédiate</i>	Secteur hospitalier	61,1	61,5	64,4	65,2
	Autres secteurs	53,0	53,2	54,2	56,8
... les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie	Secteur hospitalier	35,2	36,8	34,7	34,8
	Autres secteurs	28,8	29,2	30,2	30,1
... un contrôle ou un suivi informatisé	Secteur hospitalier	nd	19,7	43,2	43,5
	Autres secteurs	nd	24,9	34,2	35,3
Effectifs	Secteur hospitalier	964	902	3 944	3 744
	Autres secteurs	17 808	16 096	26 254	22 239

* CC correspond aux individus issus d'un champ comparable avec l'édition 2005, c'est-à-dire ceux repérés à partir de la variable champ_ct2005 fournie dans l'édition 2013 de l'enquête.

Lecture : en 2013, 47,8% des travailleurs du secteur hospitalier étaient exposés à une contrainte de rythme liée au respect de normes de production ou de délais à respecter en une journée au plus, contre 41,8 % pour les travailleurs des autres secteurs. Les statistiques en gras correspondent aux contraintes de rythme pour lesquelles on observe une surexposition significative (au seuil de 5 %) des travailleurs du secteur hospitalier, comparativement aux travailleurs des autres secteurs. À l'inverse, les statistiques en italique correspondent aux contraintes de rythme pour lesquelles on observe une surexposition significative (au sens statistique) des travailleurs des autres secteurs, comparativement aux travailleurs du secteur hospitalier.

Champ : actifs occupant un emploi salarié.

Source : enquête *Conditions de travail*, Ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee, éditions 1998, 2005 et 2013.

L'augmentation sur la période 2005-2013 est nettement plus importante à l'hôpital (+ 6 points de pourcentage) que dans les autres secteurs d'activité (+ 2 points).

Il nous faut rappeler à ce stade que ces indicateurs de contrainte de rythme ne traduisent qu'une partie, quantitative, des rythmes auxquels doivent faire face les travailleurs. Ils ne sont certainement pas suffisants pour mesurer l'évolution de l'intensité du travail sur la période d'observation. Cependant, les résultats obtenus indiquent assez nettement un renforcement de la pression temporelle en quinze ans, en particulier entre 2005 et 2013. Et cette pression s'exerce plus fortement sur les travailleurs du secteur hospitalier, en particulier à partir de 2005, qui marque une rupture dans l'évolution observée ici.

Notons que nos résultats entrent en contradiction avec ceux mis en évidence par la confrontation des données des enquêtes *COTAES* 2003, *COI-H* 2006 et *Conditions de travail* 2013 (LOQUET, RICROCH, 2014). Comme nous l'avons dit plus haut, celle-ci fait apparaître une diminution globale des contraintes de rythme entre 2003 et 2013. Or, nous observons au contraire une augmentation sensible de l'exposition à l'ensemble des contraintes de rythme dans le secteur hospitalier, en particulier entre 2005 et 2013. Ces conclusions divergentes semblent essentiellement provenir de l'enquête *COTAES* 2003, qui semble nettement surévaluer l'exposition aux contraintes de rythme par rapport à l'enquête *Conditions de travail* 2005. Par exemple, avoir son rythme de travail imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues concernerait 47 % des travailleurs de l'hôpital en 2003 selon l'enquête *COTAES*, contre 37 % en 2005 d'après l'enquête *Conditions de travail*. De même, 48 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête *Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé* déclarent que leur rythme de travail est imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure, alors qu'ils sont 27 % dans l'enquête *Conditions de travail*. Ces niveaux d'exposition particulièrement élevés en 2003 conduisent J. LOQUET et L. RICROCH (2014) à conclure à une diminution des contraintes de rythme dix ans plus tard, quand nous observons au contraire une aggravation de ces contraintes. Outre les potentiels écarts liés aux différences de sources (voir *supra*), la différence importante d'exposition aux contraintes de rythme entre les enquêtes de 2003 et de 2005 pourrait s'expliquer par le passage aux 35 heures entre 2002 et 2003. Ce passage a provoqué, dans un premier temps, avant les recrutements nécessaires, une surcharge de travail qui a pu conduire les soignants à éprouver un sentiment de travail en urgence.

Parallèlement, les autres formes de pénibilités ont globalement diminué pour tous les travailleurs sur la période d'observation (voir tableau 4). En ce qui concerne les pénibilités physiques (port de charges lourdes, station debout prolongée, déplacements à pied longs et fréquents, posture pénible, efforts physiques importants, secousses ou vibrations), la part des travailleurs exposés à au moins l'une de ces contraintes a diminué de 4 points à l'hôpital et de 3 points dans les autres secteurs. Les personnels du secteur hospitalier demeurent quoi qu'il en soit surexposés à ces contraintes physiques : en 2013, 85 % d'entre eux déclarent être concernés par au moins une pénibilité physique du travail, alors qu'ils sont un peu moins de 70 % parmi les travailleurs des autres secteurs. Les personnels hospitaliers sont également nettement plus nombreux à occuper un poste qui cumule plusieurs pénibilités physiques (respectivement 55 % et 33 %).

Les horaires décalés (travailler le week-end, la nuit ou ne pas disposer d'au moins 48 heures consécutives de repos au cours d'une semaine) sont également moins fréquents pour l'ensemble des travailleurs en 2013 qu'en 1998. La baisse est particulièrement sensible pour les travailleurs du secteur hospitalier : la part des personnels travaillant en horaires décalés passe ainsi de 76 % en 1998 à 71 % en 2013. Compte tenu de l'obligation de continuité de service, les personnels du secteur hospitalier

TABLEAU 4 – Part des actifs occupés déclarant être exposés à au moins...

En %

	1998		2005		2013		2013 – CC*	
	Secteur hospitalier	Autres secteurs	Secteur hospitalier	Autres secteurs	Secteur hospitalier	Autres secteurs	Secteur hospitalier	Autres secteurs
... une contrainte de rythme « industrielle »	30,1	35,2	35,0	35,1	42,2	36,8	42,3	36,8
... une contrainte de rythme « marchande »	61,1	53,0	61,5	53,2	64,4	54,2	65,2	56,8
... une contrainte industrielle et marchande	22,8	20,5	25,7	21,7	32,1	23,5	32,4	23,9
... une contrainte physique	88,3	70,9	85,7	67,9	84,6	68,9	84,5	67,9
... trois contraintes physiques	60,1	32,7	56,0	30,9	54,6	32,5	54,6	32,4
... une contrainte horaire	75,7	49,8	76,6	51,4	71,0	49,5	70,8	48,9
... trois contraintes horaires	46,2	16,1	45,0	14,8	41,6	15,8	41,5	16,0
... une contrainte environnementale	88,3	54,2	87,9	58,8	89,3	63,3	89,5	63,4
... trois contraintes environnementales	14,8	17,4	21,4	25,3	23,0	27,7	22,7	27,7

* CC correspond aux individus issus d'un champ comparable avec l'édition 2005, c'est-à-dire ceux repérés à partir de la variable champ_ct2005 fournie dans l'édition 2013 de l'enquête.

Lecture : en 1998, 88,3 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent être exposés à au moins une contrainte physique, contre 70,9 % des travailleurs des autres secteurs.

Champ : actifs occupant un emploi salarié.

Source : enquête *Conditions de travail*, ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee, éditions 1998, 2005 et 2013.

demeurent malgré tout plus nombreux à être soumis à des contraintes horaires et à cumuler plusieurs formes d'horaires décalés.

Enfin, en ce qui concerne les risques liés à l'environnement de travail (sécurité, humidité, courants d'air, risques infectieux, parasites, absence ou mauvais état des locaux sanitaires, fumées, poussières), les travailleurs de l'hôpital sont davantage exposés à au moins un de ces risques (en 2013, 89 % contre 64 % dans les autres secteurs). Ils sont principalement concernés par le risque infectieux. En revanche, contrairement aux autres secteurs, l'exposition à au moins un de ces risques n'a pas augmenté entre 1998 et 2013. Le cumul d'au moins trois contraintes d'environnement de travail est également moins fréquent à l'hôpital, même s'il semble augmenter nettement sur la période.

Quelles sont les spécificités du personnel hospitalier en matière de conditions de travail en 2013 ?

On observe donc, entre 1998 et 2013, une augmentation sensible des contraintes de rythme, particulièrement forte pour les travailleurs de l'hôpital. On observe parallèlement une diminution de l'exposition à certaines contraintes physiques et horaires pour ces mêmes personnels depuis le début des années 2000.

Au demeurant, les personnels du secteur hospitalier semblent désormais cumuler de nombreuses contraintes de travail. Le tableau 5 ci-dessous décrit l'intensité des différentes contraintes auxquelles sont exposés les travailleurs de l'hôpital en 2013, par grandes familles de métiers.

De nettes disparités d'exposition aux différentes contraintes apparaissent entre les métiers. Les infirmières, les sages-femmes et les aides-soignantes sont les plus fortement soumises aux contraintes étudiées. Les aides-soignantes ont en particulier un indice très élevé de pénibilité physique et se situent à des niveaux élevés sur les autres contraintes, comme les contraintes horaires et environnementales. Les médecins et assimilés ont quant à eux l'indice de contraintes horaires le plus élevé mais sont relativement épargnés par les autres contraintes, notamment les contraintes physiques.

Pour un état des lieux encore plus précis des conditions de travail auxquelles sont particulièrement confrontées les personnes travaillant à l'hôpital, comparativement aux travailleurs des autres secteurs d'activité, nous mettons en œuvre une analyse toutes choses égales par ailleurs. Les résultats de cette analyse sont détaillés dans le tableau 6.

TABEAU 5 – Exposition aux différentes contraintes de travail des personnels du secteur hospitalier en 2013, selon le métier

	Médecins et assimilés	Infirmières, sages- femmes	Aides- soignantes	Professions paramédicales	Professions administratives	Autres professions
Indice d'intensité ^a	2,0	2,7	2,5	2,8	2,1	2,3
Indice de pénibilité physique ^b	1,3	2,7	3,3	2,0	0,8	2,5
Indice de contraintes horaires ^c	2,5	2,2	2,4	1,1	0,5	1,5
Indice de nuisances environnementales ^d	1,3	1,8	2,0	1,6	1,1	2,1

a : nombre moyen (entre 0 et 8) de contraintes de rythme parmi celles dues au déplacement automatique d'un/e produit/pièce, à la cadence automatique d'une machine, à d'autres contraintes techniques, à des normes de production ou à des délais à respecter en une heure au plus, à une demande extérieure demandant réponse immédiate, à la dépendance immédiate vis-à-vis du travail des collègues, aux contrôles ou surveillances exercés par la hiérarchie, à un contrôle ou un suivi informatisé.

b : nombre moyen (entre 0 et 8) de contraintes physiques parmi celles dues au fait de rester longtemps debout, rester longtemps dans une posture pénible, effectuer des déplacements longs à pied, porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations.

c : nombre moyen (entre 0 et 4) de contraintes horaires parmi celles dues au fait de ne pas disposer de 48 heures consécutives de repos, au travail le samedi, au travail le dimanche, au travail de nuit.

d : nombre moyen (entre 0 et 7) de contraintes environnementales parmi celles dues aux saletés, à l'humidité, aux courants d'air, au risque infectieux, au mauvais état des locaux, aux fumées ou poussières.

Lecture : en 2013, les aides-soignantes sont exposées en moyenne à 2,5 contraintes de rythme.

Champ : personnels du secteur hospitalier occupant un emploi salarié.

Source : enquête *Conditions de travail*, Ministère du Travail, Dares, DGAFF, Drees, Insee, édition 2013.

**TABEAU 6 – Description des conditions de travail des personnels hospitaliers en 2013
(modèles logit)**

	M1	M2	M3
Intensité du travail			
<i>Rythme de travail imposé par...</i>			
... le déplacement automatique produit/pièce		ns	
... la cadence automatique d'une machine		ns	
... d'autres contraintes techniques		ns	
... des normes de production ou délais à respecter en une heure au plus		0,14*** (0,05)	
... une demande extérieure demandant réponse immédiate		ns	
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail des collègues		0,39*** (0,05)	
... les contrôles ou surveillances exercés par la hiérarchie		ns	
... un contrôle ou un suivi informatisé		0,10*** (0,05)	
Subir au moins une contrainte de rythme	0,39*** (0,05)		
Cumuler au moins trois contraintes de rythme			0,35*** (0,04)
Contraintes horaires			
Ne pas disposer de 48 heures consécutives de repos		- 0,32*** (0,06)	
Travailler le samedi		- 0,16** (0,07)	
Travailler le dimanche		1,05** (0,07)	
Travailler de nuit		0,43*** (0,06)	
Subir au moins une contrainte horaire	0,84*** (0,04)		
Cumuler au moins trois contraintes horaires			1,11*** (0,04)
Contraintes physiques			
Rester longtemps debout		- 0,28*** (0,06)	
Rester longtemps dans une posture pénible		ns	
Effectuer des déplacements longs à pied		0,79*** (0,05)	
Porter ou déplacer des charges lourdes		0,63*** (0,05)	
Subir des secousses ou des vibrations		- 0,23*** (0,07)	
Subir au moins une contrainte physique	0,53*** (0,05)		
Cumuler au moins trois contraintes physiques			1,21*** (0,04)
Environnement de travail			
Saletés		ns	
Humidité		- 0,66*** (0,07)	
Courants d'air		ns	
Risque infectieux		1,88*** (0,05)	
Mauvais état des locaux		- 0,26*** (0,07)	
Fumées ou poussières		- 0,75*** (0,6)	
Subir au moins une contrainte d'environnement	1,34*** (0,06)		
Cumuler au moins trois contraintes d'environnement			- 0,47*** (0,05)

Note : la spécification comprend également un ensemble de variables décrivant les caractéristiques sociodémographiques des individus et leurs conditions d'emploi. Les paramètres estimés associés à ces caractéristiques sont disponibles sur demande auprès des auteurs.
Lecture : le coefficient est significatif au seuil de : *** 1 %, ** 5 %, * 10 %. Écarts-types entre parenthèses.

Champ : actifs occupant un emploi salarié.

Source : enquête *Conditions de travail*, ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee, édition 2013.

Nous avons estimé trois modèles différents. Le premier, noté M1, présente une « photographie » synthétique des contraintes auxquelles les travailleurs de l'hôpital sont plus ou moins exposés, par grandes familles de contraintes (rythme, horaires décalés, pénibilités physiques, environnement de travail malsain). Le deuxième modèle, noté M2, recense de façon systématique et détaillée l'ensemble des conditions de travail que nous avons retenues pour notre comparaison des personnes interrogées, selon qu'elles travaillent ou non à l'hôpital. Le dernier modèle, noté M3, propose une analyse de l'intensité des contraintes subies dans le travail par le personnel hospitalier, en estimant l'exposition simultanée à plusieurs contraintes au sein de chacune des quatre grandes catégories de pénibilités.

Les coefficients estimés à partir de ces différents modèles indiquent les pénibilités du travail pour lesquelles il existe une différence significative d'exposition entre les salariés du secteur hospitalier et les autres actifs occupés. Les coefficients positifs indiquent une surexposition des personnels du secteur hospitalier aux contraintes de travail correspondantes, toutes choses égales par ailleurs, alors que les coefficients négatifs indiquent à l'inverse une moindre exposition de ces derniers. Les paramètres associés aux contraintes de travail pour lesquelles il n'y a pas de différence significative d'exposition sont notés « ns » pour « non significativement différents de zéro »¹².

Lorsqu'on s'intéresse à l'exposition aux différentes formes de pénibilité de manière agrégée (colonne M1 du tableau 6), on observe une surexposition systématique des personnels de l'hôpital à toutes les catégories de contraintes étudiées. La surexposition la plus importante concerne les contraintes environnementales, principalement en raison du risque infectieux. Viennent ensuite, dans l'ordre, les contraintes horaires, les contraintes physiques et les contraintes de rythme.

Si l'on décline les différentes contraintes de travail retenues (colonne M2 du tableau 6), la situation des travailleurs du secteur hospitalier s'avère plus contrastée. Ils sont systématiquement surexposés aux contraintes de rythme, et particulièrement concernés par trois d'entre elles : normes et délais de production à respecter en une heure au plus, dépendance vis-à-vis du travail de collègues et suivi ou contrôle informatisé.

Les réorganisations du travail imposées par les réformes menées depuis le début des années 2000 expliquent certainement, au moins en partie, cette surexposition. Rappelons ici que les travailleurs du secteur hospitalier étaient initialement (respectivement en 1998 et en 2005) moins exposés que les autres travailleurs à deux de ces contraintes (les normes/délais ou le suivi informatisé, voir tableau 3). Ces contraintes, qui imposent une quantité de travail à produire sur une durée, ont certainement conduit à accroître les rythmes de travail des personnels du secteur. Or, les normes et délais de production à respecter en une journée au plus traduisent les gains de productivité et l'amélioration de la qualité des soins souhaités par le législateur. On retrouve cette même tension entre quantité et qualité dans les indicateurs utilisés pour apprécier la

12. Les coefficients estimés s'agissant des variables de contrôle (X_i) sont disponibles sur demande auprès des auteur-e-s.

performance des services d'urgence (BELORGEY, 2011). Pour y appréhender la qualité du service, il est d'usage pour le gestionnaire d'utiliser le temps d'attente et de passage. La réduction du temps d'attente est ici appréhendée par l'évaluateur aussi bien comme un indicateur d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers que comme l'indice d'une meilleure productivité. Toutefois, comme le souligne Nicolas BELORGEY (2011), pour les personnels, cette logique équivaut à une augmentation des cadences.

Cela est rendu d'autant plus problématique par l'émergence du concept de démocratie sanitaire, qui complique et allonge l'examen clinique, ce colloque singulier entre patient et médecin (BERGERON, 2007). Les exigences croissantes de certains malades rendent plus aléatoire le temps que leur consacrent les soignants (SAINSAULIEU, 2006). Un changement amplifié par la rotation des patients dont la durée de séjour est raccourcie (RAVEYRE, UGHETTO, 2003). Les patients réclament davantage d'informations et aspirent à une plus grande proximité avec les équipes médicales. Mais le renforcement des contraintes de rythme peut conduire les soignants à reléguer au second plan cette attente des patients pour améliorer leur performance, qui est évaluée en temps. Les charges administratives et la rotation croissante des effectifs limitent ainsi de fait le temps relationnel entre les patients et le personnel (HAVARD, NASCHBERGER, 2015).

En ce qui concerne les contraintes horaires, même si les personnels de l'hôpital sont moins concernés par le travail le samedi et par le fait de ne pas disposer d'au moins 48 heures consécutives de repos au cours d'une semaine, ils sont significativement plus nombreux à travailler le dimanche et la nuit (entre minuit et cinq heures du matin). Cette contrainte de rythme n'est pas nouvelle à l'hôpital, elle est inhérente à son organisation dans une logique de continuité de service. Mais ce panorama des contraintes horaires est incomplet. Il ne traduit pas une évolution notable de l'organisation du secteur hospitalier autour du travail en douze heures d'affilée (VINCENT, 2016 ; 2017). Une dérogation permet en effet depuis 2002 aux soignants d'alterner des « grandes » et des « petites » semaines de travail (respectivement 60 et 24 heures) ponctuées de semaines de repos. Cette organisation, qui se développe rapidement dans le secteur hospitalier, est sollicitée par une part croissante de salariés : nombreux jours de repos, meilleure conciliation avec la vie familiale mais aussi meilleur suivi du patient lié à une durée de travail plus longue, plus grande autonomie dans la planification des tâches, etc. Elle s'inscrit également dans un contexte d'incitation à la performance. Or, cette nouvelle organisation du travail est assez favorable aux établissements de soins dans la mesure où l'organisation en deux fois douze heures force les équipes à réaliser les transmissions sur les temps personnels, si bien que le temps total de travail effectif est souvent supérieur. Ce travail en horaires prolongés peut, cumulé au travail de nuit, avoir des effets délétères sur la santé dans la mesure où il entraîne un conflit entre les horaires de travail et la rythmicité de l'organisme (BARTHE, 2015).

En ce qui concerne les contraintes physiques du travail, le personnel hospitalier est davantage soumis au port de charges lourdes et aux déplacements fréquents et longs à pied. Ce sont plus souvent les aides-soignantes qui sont concernées par ces contraintes physiques, ce qui rejoint d'autres résultats sur la charge physique et les

troubles musculo-squelettiques subis par cette catégorie de travailleurs (GADÉA, DIVAY, 2012 ; LORIOL, 2003). En revanche, ils sont moins concernés que les autres travailleurs par le fait de rester longtemps debout ou de subir des secousses et des vibrations.

De la même manière, l'environnement des travailleurs de l'hôpital est caractérisé par une surexposition aux risques infectieux, mais ces mêmes travailleurs sont moins souvent concernés par les autres contraintes environnementales (saleté, humidité, mauvais état des locaux, fumées et poussières).

Les travailleurs de l'hôpital sont enfin plus nombreux, toutes choses égales par ailleurs, à cumuler simultanément au moins trois contraintes de travail pour la plupart des formes de pénibilités observées (colonne M3 du tableau 6). C'est le cas en particulier de l'intensité du travail, des horaires décalés et des pénibilités physiques. En revanche, ils sont moins nombreux à cumuler au moins trois contraintes environnementales.

L'étude des trois dernières éditions de l'enquête *Conditions de travail* nous a permis de mettre statistiquement en évidence une « pression croissante des contraintes de rythme » (GHEORGHU, MOATTY, 2013, p. 250) entre 1998 et 2013, avec une nette accélération entre 2005 et 2013. Celle-ci est sensiblement plus importante pour les travailleurs du secteur hospitalier, désormais très fortement exposés à des contraintes de rythme liées au respect de normes ou de délais de production, ou à la dépendance vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues.

Ces résultats invitent à dépasser « la diminution globale des contraintes de rythme » à laquelle concluaient J. LOQUET et L. RICOCH (2014, p. 2) à partir d'une comparaison des enquêtes *Conditions et organisation du travail à l'hôpital* 2003, *COI-H* 2006 et *Conditions de travail* 2013. Sans doute, outre les différences de sources utilisées, leur conclusion était-elle due à une intensité du travail perçue comme particulièrement élevée en 2003, lors du passage aux 35 heures.

Si la pression temporelle accrue du travail hospitalier s'accompagne d'un léger relâchement des contraintes « historiques » de l'hôpital, notamment les contraintes physiques et horaires, les travailleurs de ce secteur demeurent plus souvent soumis en 2013 à au moins une forme d'horaires décalés, de pénibilités physiques et de contraintes dans l'environnement de travail. Ils sont également plus nombreux à cumuler simultanément diverses formes de contraintes de rythme, d'horaires décalés et de pénibilités physiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKER F. (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, vol. 59, n° 1, pp. 161-181.
- ALGAVA E., DAVIE E., LOQUET J., VINCK L. (2014), « Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *Dares analyses*, n° 409.
- AMOSSÉ T., GOLLAC M. (2008), « Intensité du travail et mobilité professionnelle », *Travail et Emploi*, n° 113, pp. 59-73.
- ARNAUDO B., LÉONARD M., SANDRET N., CAVET M., COUTROT T., RIVALIN R., THIERUS L. (2013), « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *Dares analyses*, n° 010.
- ASKENAZY P. (2004), *Les Désordres du travail*, Paris, Éditions du Seuil.
- BARTHE B. (2015), « La déstabilisation des horaires de travail », in Thébaud-Mony A., Davezies P., Vogel L., Volkoff S. (dir.), *Les Risques du travail*, Paris, La Découverte, pp. 223-232.
- BELORGEY N. (2010), *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.
- BELORGEY N. (2011), « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 189, pp. 16-33.
- BERGERON H. (2007), « Les transformations du colloque singulier médecin/patient : quelques perspectives sociologiques », in Tabuteau D. (dir.), *Les Droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 35-47.
- BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J. (2012), *Temps de travail et temps de vie. Les nouveaux visages de la disponibilité temporelle*, Paris, Presses universitaires de France.
- BUÉ J., COUTROT T., HAMON-CHOLET S., VINCK L. (2007), « Conditions de travail : une pause dans l'intensification », *Premières synthèses*, n° 01.2.
- BUÉ J., HAMON-CHOLET S. (2006), « Présentation des enquêtes sur les conditions de travail menées en France depuis 1978 », *Santé, société et solidarité*, n° 2, pp. 139-142.
- CORDIER M. (2009), « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », *Études et résultats*, n° 709.
- COUTY É. (2013), *Le Pacte de confiance pour l'hôpital*, Paris, Ministère de la Santé.
- DIVAY S., GADÉA C. (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp. 677-687.
- DOMIN J.-P. (2015), « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation*, n° 17.
- ESTRYN-BÉHAR M. (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Rennes, Presses de l'EHESP.

- GADÉA C., DIVAY S. (2012), « Les professionnels du soin en proie aux troubles musculo-squelettiques », in Courtet C. et Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, pp. 249-263.
- GAUDART C. (2015), « Intensification du travail : le temps soustrait », in Thébaud-Mony A., Davezies P., Vogel L., Volkoff S. (dir.), *Les Risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, pp. 196-206.
- GHEORGHIU M. D., MOATTY F. (2013), *L'Hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Paris, Éditions Liaisons, coll. « Liaisons sociales ».
- GHEORGHIU M. D., MOATTY F. (2005), « Les conditions de travail en équipe », Document de travail du Centre d'études de l'emploi, n° 43.
- GOLLAC M. (2005), « L'intensité du travail », *Revue économique*, vol. 56, n° 2, pp. 195-216.
- GOLLAC M., VOLKOFF S. (2006), « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, pp. 4-17.
- HAVARD C., NASCHBERGER C. (2015), « L'influence du patient sur le travail des soignants et le dialogue social à l'hôpital », *@GRH*, n° 17, pp. 9-41.
- KRANKLADER É., MINODIER C., FOURCADE N. (2013), « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et résultats*, n° 846.
- LAMY S., GAUDEMARIS (DE) R., SOBASZEK A., CAROLY S., DESCATHA A., LANG T. (2013), « Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention », *Santé publique*, vol. 25, n° 4, pp. 389-397.
- LASFARGUES G. (2005), *Départs en retraite et travaux pénibles, l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé*, Paris, Centre d'études de l'emploi.
- LE LAN R., BAUBEAU D. (2004), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et résultats*, n° 335.
- LOQUET J., RICOCH L. (2014), « Les conditions de travail dans les établissements de santé », in Boisguerin B. et Brilhault G. (dir.), *Le Panorama des établissements de santé - 2014*, Paris, Drees, pp. 9-30.
- LORIOU M. (2003), « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières », *Travail et Emploi*, n° 94, pp. 65-74.
- MOLINIÉ A.-F., VOLKOFF S. (2006), « Fins de vie active et pénibilités du travail », in L'HORTY Y. (dir.), *La Qualité de l'Emploi*, Paris, La Découverte, pp. 95-104.
- NEWHOUSE J. P. (2003), "Reimbursing for Health Care Service", *Économie publique*, n° 13, pp. 3-31.
- NOGUERA F., LARTIGAU J. (2009), « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management et avenir*, n° 25, pp. 290-314.
- OR Z., BONASTRE J., JOURNEAU F., NESTRIGUE C. (2013), *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A*, Document de travail n° 56, Paris, IRDES.

- PIERRU F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- RAVEYRE M., UGHETTO P. (2003), « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, vol. 57, n° 3, pp. 95-119.
- SAINSAULIEU I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, vol. 48, n° 1, pp. 72-87.
- SCANLON W. J. (2006), "The Future of Medical Hospital Payment. Modest Proposal in Light of Medicare's Challenge", *Health Affairs*, vol. 25, n° 1, pp. 70-80.
- SILVERMAN E., SKINNER J. (2004), "Medicare Upcoding and Hospitals Ownership", *Journal of Health economics*, vol. 23, n° 2, pp. 369-389.
- VALEYRE A. (2001), « Le travail industriel sous la pression du temps », *Travail et Emploi*, n° 86, pp. 127-149.
- VINCENT F. (2017), « Penser sa santé en travaillant en 12 heures. Les soignants de l'hôpital public entre acceptation et refus », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (Pistes)*, vol. 19, n° 1, pp. 1-19.
- VINCENT F. (2016), *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en 12 heures » à l'hôpital public*. Thèse de sociologie, Paris, Université Paris Dauphine.
- YILMAZ E., FRIKHA S. (2012), « Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009 », in Boisguerin B. et Minodier C. (dir.), *Le Panorama des établissements de santé*, Paris, Drees, pp. 51-65.