

Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?

Samia BENALLAH et Jean-Paul DOMIN¹

Ce travail interroge les changements organisationnels qui se sont imposés au secteur hospitalier depuis le début des années 1990 et ce qu'ils sont susceptibles de produire sur le travail et la santé des personnels du secteur. Pour cela, nous étudions la logique des réformes menées sur la période (transformation du mode de financement des établissements, développement des procédures d'accréditation). Nous montrons que celles-ci sont mises en place dans un double objectif d'accroissement de la productivité du travail et d'amélioration de la qualité des soins et qu'elles s'imposent dans un environnement de travail déjà très contraint. À partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, nous analysons ensuite la manière dont ces réformes semblent se traduire sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées.

L'hôpital est traversé par une vague de mutations profondes dont les objectifs explicites peuvent apparaître contradictoires. Une première série de mutations, la plus importante, trouve sa justification dans la volonté des pouvoirs publics de réduire les coûts de l'hôpital. Cette justification se retrouve dans de nombreuses réformes menées depuis le début des années 1990 qui ont concerné aussi bien la gouvernance des hôpitaux et notamment l'exercice de la tutelle (en particulier la création des agences régionales de l'hospitalisation en 1996, puis celle des agences régionales de la santé en 2009) que son financement. Dans ce dernier domaine, la principale réforme a eu lieu en 2003 à travers la mise en place d'une tarification à

1. Université de Reims Champagne-Ardenne, Regards (EA 6292) ; Université de Reims Champagne-Ardenne, Regards (EA 6292) et CEPN (UMR 7234).

l'activité (T2A). Ce nouveau mode de tarification a pour objectif de simuler les mécanismes de prix. Ce faisant, la T2A est supposée inciter les hôpitaux à fournir des soins à moindre coût, par l'introduction d'un mécanisme de concurrence par comparaison (*yardstick competition*) entre les établissements (Domin, 2013).

Une deuxième série de transformations de l'hôpital, amorcée à partir du milieu des années 1980, a visé une normalisation croissante de l'activité de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins. La publication d'un rapport annuel sur la qualité des soins dans les établissements, la création en 1989 de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) ou encore la création en 2004 de la Haute autorité de santé (HAS) sont autant d'indices d'une volonté de la puissance publique de s'emparer de la question sensible de la qualité des soins.

Enfin, une troisième série d'actions, plus récentes et surtout plus marginales, vise à améliorer les conditions de travail dans un contexte de risque de pénurie de personnels, et notamment de personnels soignants. Le manque d'attractivité et les départs prématurés, mais aussi le niveau important de *turn-over* et d'absences pour raison de santé font peser la menace d'un manque durable de personnels et provoquent des désorganisations importantes au sein du secteur (Estry-Behar, 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 sont ainsi multipliées depuis le début des années 2010, entre autres autour des thèmes du dialogue social ou encore de la qualité de vie au travail.

Ces divers champs de réformes ont été à l'origine de mutations profondes du travail au sein du secteur hospitalier et semblent aujourd'hui contribuer au malaise grandissant des personnels du secteur qui se résume assez bien dans le témoignage suivant : « Je travaille à l'hôpital depuis 2004 et j'ai vu et subi, comme mes collègues, la dégradation de mes conditions de travail, la perte des effectifs qui nous permettaient de faire des soins de qualité avec humanité. Aujourd'hui, j'ai du mal à trouver du sens à mon travail. Je fais toujours plus de traçabilité et de papiers administratifs qui sapent le côté humain de mes soins. Je n'ai plus le temps de parler avec les patients. Je n'ai plus le temps de faire de la relation d'aide, ce qui permet de soigner l'âme en même temps que le corps ². »

2. C. Laville, « Infirmière, je fais grève ce 8 novembre : je veux retrouver le côté humain de mon métier », *L'Obs. Le Plus*, 7 novembre 2016, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1580347-infirmiere-je-fais- greve-ce-8-novembre-je-veux-retrouver-le-cotehumain-de-mon-metier.html>.

Alors que l'amélioration des conditions de travail semble une préoccupation embryonnaire des pouvoirs publics, les réformes visant à réduire les coûts et à normaliser les pratiques de soin semblent avoir déjà produit des effets délétères sur les rythmes de travail des personnels du secteur et sur leur perception de la qualité du travail qu'ils produisent. Nous proposons d'analyser plus précisément ces effets en nous basant sur une exploitation de différentes vagues de l'enquête Conditions de travail (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 disposer d'un échantillon important permettant de réaliser des analyses sur le secteur hospitalier.

Nous organiserons notre réflexion en trois temps. Nous constaterons d'abord que, depuis, les années 1990, les établissements hospitaliers sont à la recherche de nouveaux gisements de productivité pour réduire leurs coûts (I). Nous montrerons ensuite que cette logique se réalise dans un environnement de travail déjà très contraint (II). Enfin, nous étudierons plus précisément les effets que semblent produire cette recherche d'une plus grande productivité au sein du secteur hospitalier (III).

I. La recherche de nouveaux gains de productivité dans les hôpitaux publics

Entre 1950 et 1983, la part des dépenses hospitalières est passée de 43 à 54 % de la consommation de soins et de biens médicaux (Le Garrec *et al.*, 2013). Cette progression souligne avant tout le poids important de l'hôpital dans le système de santé français. L'hôpital public devient progressivement la « bête noire » des pouvoirs publics qui vont s'efforcer par différents types de politique de réduire son financement en tentant d'y appliquer des méthodes expérimentées dans les entreprises privées. L'objectif est de réformer cette structure réputée figée afin d'augmenter la productivité et de diminuer les coûts.

Deux voies de réformes hospitalières ont été privilégiées par les pouvoirs publics depuis les années 1990. D'abord la mise en concurrence des établissements par l'introduction d'un nouveau mode de financement (I.1) et ensuite l'application de méthodes de management issues du secteur privé et notamment l'expérimentation de méthodes de certification et d'accréditation censées normaliser les pratiques (I.2).

I.1. La mise en œuvre d'un financement incitatif : la tarification à l'activité

L'objectif de ce nouveau mode de tarification est simple : l'acheteur (en l'occurrence la Sécurité sociale) rémunère un établissement pour la prise en

charge d'un épisode de soin hospitalier (un séjour pour un malade atteint d'une pathologie donnée). La logique de la concurrence par comparaison suppose que chaque établissement reçoive un prix fixe par pathologie (défini selon des groupes homogènes de malades, GHM) en fonction de la moyenne des coûts observés (Mougeot, 2000). La tarification à l'activité est selon ses partisans un mécanisme incitatif et efficace dans la mesure où la classification par GHM doit permettre de classer chaque patient entrant en fonction des caractéristiques observables *ex ante*.

Cette classification repose sur deux hypothèses (Henriet, 2002). La première suppose les asymétries d'information éliminées par le regroupement des malades aux caractéristiques similaires. La classification doit donc être la plus précise possible afin de tenir compte des caractéristiques observables du malade qui ont une incidence sur le coût. La seconde condition suppose que la classification GHM soit suffisamment précise pour limiter les hétérogénéités. Il est donc nécessaire d'intégrer dans la description du GHM des actes susceptibles de survenir en cours de séjour et générateurs de coûts supplémentaires. Cette seconde condition tient plus au partage des risques entre les établissements et l'assurance-maladie. En effet, lors de l'admission du patient, il y a une incertitude sur l'évolution de la pathologie dans le temps. Le coût peut ainsi s'avérer plus important pour la structure. Si le prix fixé ne tient pas compte de cette variabilité, le risque est complètement supporté par l'établissement. Ce n'est pas très grave quand l'activité de l'hôpital est importante : la variation de coûts est noyée dans la masse des actes. En revanche, les petits établissements à faible activité sont pénalisés.

La détermination du prix des services hospitaliers est désormais complètement déconnectée du coût. Ce principe de tarification fait l'hypothèse que la prise en charge d'un malade issu d'un même GHM est identique d'un établissement à un autre. Le principe de la concurrence par comparaison suppose que ce n'est pas le consommateur qui met en concurrence les offreurs de soins, mais plutôt l'assurance maladie. Or, cette hypothèse d'une prise en charge identique pour un GHM donné d'un établissement à l'autre est contredite par la réalité en raison de certaines externalités (caractéristique sociodémographique de la population susceptible de se faire soigner, taille de l'établissement, etc.).

Le paiement prospectif est un instrument assez incitatif dans la mesure où il consiste à fixer un prix indépendant du coût. Il reporte donc les efforts de productivité (encadré 1) sur les établissements de soins qui sont dans l'obligation de baisser leur coût moyen en deçà du prix fixé par l'assurance-maladie de façon à accroître leur marge. Sur la période de 2003 à 2009, selon Yilmaz et Frikha (2012), la productivité des hôpitaux a augmenté de 11,3 %, soit 1,8 % par an. Or 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. La recherche absolue de la productivité se traduit par une réduction croissante des effectifs, une pression croissante sur les soignants, comme nous le verrons plus loin. 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, rappels sur les repos (Gheorghiu, Moatty, 2013).

Encadré 1

La productivité à l'hôpital

Calculer la productivité à l'hôpital est particulièrement complexe. Jusqu'au milieu des années 1980, les indicateurs restent relativement modestes (nombre des admissions, nombre de journées d'hospitalisation, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour). La mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet à partir du milieu des années 1980 de classer chaque séjour dans un groupe homogène de malades (GHM) qui rassemble des malades aux coûts similaires. La mise en place de l'indice synthétique d'activité en 1997 constitue une première étape. Une première approche dans la définition de la productivité consiste alors à mesurer la valeur du point d'indice d'activité (Balsan, 2002).

La notion de productivité n'est désormais utilisée que pour qualifier les objectifs assignés à la réforme de l'hôpital. Selon l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), l'indice de productivité compare les recettes attendues pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) aux coûts de production relatifs de ces activités. Si l'indicateur est supérieur à 1, cela signifie que les recettes sont supérieures aux coûts (Studer, 2012). Une seconde approche vise à mesurer la productivité hospitalière en estimant une fonction de production. La productivité mesure ici la capacité d'un établissement (autrement appelé unité de production) à transformer des ressources physiques en production de soins. L'étude conclut que si les hôpitaux publics sont moins productifs que les établissements privés, c'est essentiellement en raison de leur taille et de la composition de leur patientèle et non pas en raison d'une moindre efficacité (Dormont, Milcent, 2012). Toutefois, il paraît important de discuter cette notion de productivité appliquée à l'hôpital. L'exemple des urgences est sur ce point éclairant. La diminution du temps de passage aux urgences traduit une augmentation de la productivité. Mais Nicolas Belorgey (2010) a bien montré que l'usage managérial du temps de passage aux urgences n'a pas pour objectif de désengorger ces services, mais plutôt d'optimiser l'usage des moyens existants.

1.2. La normalisation croissante des pratiques de santé

Depuis les années 1980, le développement de la qualité constitue une préoccupation croissante des pouvoirs publics. Si cette volonté d'une

amélioration des conditions d'accueil des patients doit être appréhendée positivement, sa mise en œuvre autoritaire dans les établissements hospitaliers n'est pas sans conséquence sur les conditions de travail des personnels.

La loi du 31 janvier 1984 oblige les commissions médicales consultatives à publier un rapport annuel sur la qualité des soins dans les établissements. Le décret du 3 juin 1987 crée un Comité national pour l'évaluation médicale. En septembre 1989, Claude Évin, alors ministre de la Santé, crée l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem). La loi du 31 juillet 1991 poursuit en obligeant les établissements hospitaliers à un contrôle objectif de la qualité des soins. La France s'aligne ainsi progressivement sur les standards prônés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il faut attendre l'ordonnance du 24 avril 1996 pour voir se créer l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Celle-ci reprend les missions de l'Andem. Enfin, la loi du 13 août 2004 crée la Haute autorité de santé (HAS).

La recherche de la qualité est un des objectifs majeurs de l'accréditation. La qualité est définie par Lucien Cruchant (1998:102) comme l'« ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». L'Anaes distingue quatre types de qualité : voulue par les professionnels, attendue, ressentie et reçue par les patients. *A contrario*, la non-qualité désigne ce qui doit être refait en raison du dysfonctionnement du système. La solution envisagée est de mettre en place une démarche qualité telle qu'elle est définie par l'Association française de normalisation (Afnor). Deux dispositifs ont été successivement envisagés dans le domaine hospitalier : l'accréditation et la certification.

L'accréditation est définie par l'ordonnance du 24 avril 1996 comme la « procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé ». La certification a quant à elle été mise en œuvre par la loi du 13 août 2004, elle remplace l'accréditation qui est désormais réservée aux médecins et aux équipes médicales. La certification « est une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, service ou système qualité, est conforme aux exigences spécifiées » (Iso/CEI guide 2).

La littérature a assez bien identifié le rejet de ces différents dispositifs par les praticiens hospitaliers. D'abord parce que ceux-ci se voient réduits au seul statut d'offres de services mis en concurrence sur un marché de la santé. Ensuite, parce que cette logique écarte des notions fondamentales pour les médecins (confiance, intimité avec le patient...) et conçoit

le malade comme une seule probabilité statistique (Ogien, 2000a). Enfin, parce que la réduction de l'activité médicale aux seuls indicateurs écarte les dimensions morales qui y sont liées (Ogien, 2000b) et accélère la normalisation de l'art médical (Dumesnil, 2011). Les actes réalisés aujourd'hui par les praticiens sont définis dans un référentiel de métiers et sont de plus en plus standardisés. Pour les autorités de tutelle, cette logique va à l'encontre du pouvoir mandarinal des médecins et consacre une reprise en main de la profession par les caisses d'assurance maladie. Quoi qu'il en soit, la perte d'autonomie des médecins peut également être appréhendée comme une déprofessionnalisation, voire comme une prolétarianisation (Castel, Dalgalarrodo, 2005).

Les effets sur les autres personnels soignants ont également été identifiés par la littérature : émiettement des tâches, affaiblissement des modes de coopération, perte de sens et *in fine* disparition du style propre à chaque agent. Les personnels soignants sont d'abord confrontés à l'absence de continuité et de cohérence dans leur travail et ont des difficultés à lui donner du sens. Par ailleurs, l'évaluation est réalisée de façon individuelle et relève d'une estimation subjective de la qualité du travail. Dans ces conditions, l'absence de valeurs collectives fédératives incite les agents à agir selon leur conscience personnelle, en d'autres termes à affirmer que leur travail est bien fait. L'individualisation des valeurs est un frein important à la reconnaissance collective du travail (Douguet *et al.*, 2005).

La mise en œuvre de la certification dans les établissements hospitaliers accélère également l'affaiblissement des modes de coopération et à terme l'éclatement des équipes soignantes. Dorénavant, le rôle de chacun des agents est strictement encadré par l'organisation hospitalière. La division du travail tend à s'accroître et dans le même temps la coopération entre les différentes catégories professionnelles diminue. Auparavant, les aides-soignants pouvaient dans certains cas réaliser des actes qui relevaient des compétences des infirmiers. Cette collaboration appelée binôme infirmier et aide-soignant favorisait avant tout une valorisation des aides-soignants et permettait le glissement d'actes de *nursing* vers des soins plus techniques. Mais la définition précise des attributions des deux professions tend aujourd'hui à renforcer leur hiérarchisation.

La certification se traduit également par une détérioration de la qualité des soins et de la relation entre le soignant et la personne soignée. Les nouveaux modes d'organisation des établissements hospitaliers imposent aux personnels de travailler en flux tendu et favorisent ainsi le sentiment d'un travail mal fait, bâclé. Par ailleurs, les exigences réglementaires sur l'information du malade, la recherche de son consentement éclairé (Domin, 2006) accélèrent la dégradation de la relation entre le soignant et la personne soignée. Le patient a désormais le droit de discuter les soins qui lui

sont administrés et ne les reçoit plus passivement. Cette évolution du droit des patients favorise chez les personnels le sentiment de vivre des situations tendues. Ainsi, 38 % des aides-soignants et 41 % des infirmiers des établissements publics déclarent vivre toujours ou souvent avec les patients des situations très pénibles (Le Lan, Baubeau, 2004).

II. Une recherche de gains de productivité dans un environnement de travail très contraint

Les conditions de travail au sein du secteur hospitalier font l'objet d'une attention accrue de la part des chercheurs et des pouvoirs publics. La littérature semble indiquer qu'elles y sont plus difficiles que dans la plupart des secteurs d'activité et se caractérisent par des horaires décalés, des efforts physiques importants, un environnement de travail toxique et des rythmes de travail particulièrement intenses et irréguliers (II.1). Les données de l'enquête Conditions de travail permettent de mieux saisir les évolutions sur les rythmes de travail et leurs effets potentiels sur la qualité du travail effectué (II.2).

II.1. Des conditions de travail très exigeantes et mieux connues

Les contraintes de travail auxquelles sont confrontés les personnels du secteur hospitalier français font l'objet, depuis le début des années 2000, d'une attention accrue de la part des pouvoirs publics. Cette problématique relève d'un triple enjeu de santé publique (Lamy *et al.*, 2013).

Il s'agit d'abord de 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 (encadré 2). Il s'agit par ailleurs de préserver la santé de ces mêmes personnels soumis à des mutations permanentes dans un contexte de profondes réformes au sein du secteur. Il s'agit enfin de 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 sources de données permettant une analyse assez fine des conditions de travail et plus généralement de l'organisation du travail au sein du secteur hospitalier : 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 ; mise en place du dispositif d'enquête Conditions et organisation du travail des actifs en établissement de santé en 2003 ; extension de l'enquête Changements organisationnels et informatisation aux personnels des établissements de santé publics et privés en 2006 (COI-H) ; suréchantillonnage en faveur des travailleurs de l'hôpital dans l'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail

(encadré 3). À ces sources de données quantitatives s'ajoutent les enquêtes de terrain fines visant à approfondir les connaissances concernant certains aspects des réorganisations du travail en cours au sein du secteur hospitalier ³.

Encadré 2

Le vieillissement du personnel hospitalier

Comme pour le reste de la population, l'âge moyen des travailleurs de l'hôpital tend à augmenter : un quart d'entre eux est âgé de 50 ans ou plus. Élodie Kranklader, Christelle Minodier et Nathalie Fourcade (2013) ont étudié la pyramide des âges des sages-femmes et du personnel non médical des établissements de santé. Ce personnel peut être découpé en deux catégories : le personnel non médical soignant qui regroupe les infirmiers, les aides-soignants, agents de service hospitalier, cadres de santé, psychologues et personnels de rééducation ; le personnel non médical non soignant dans lequel on retrouve le personnel administratif, éducatif et social, médico-technique et technique, ouvrier.

En 2009, l'âge moyen du personnel est de 41 ans. Le personnel non soignant est plus âgé en moyenne (43 ans) que le personnel soignant (40 ans). Ce dernier est principalement composé de moins de 30 ans. Les jeunes infirmiers âgés de 25 à 35 ans sont plus nombreux que ceux âgés de 50 à 60 ans. Il y a deux explications à cette particularité. D'une part, les quotas d'entrée en formation ont doublé de 1998 à 2003 et les effectifs diplômés ont mécaniquement augmenté. D'autre part, les infirmiers souhaitant exercer en libéral ou en tant que salariés non hospitaliers sont dans l'obligation d'exercer pendant deux ans dans un établissement de santé. La profession de sage-femme est encore plus jeune (37 ans en moyenne). En revanche, les aides-soignants et les agents de service hospitalier sont nettement plus âgés (57 % ont entre 40 et 60 ans).

Ces différentes études ont permis d'améliorer les connaissances sur les contraintes de travail qui s'exercent au sein du secteur hospitalier. Il ne s'agit pas ici de les présenter de manière exhaustive, mais de cibler celles qui mettent en évidence des effets délétères sur la santé et l'espérance de vie, en particulier dans le contexte de vieillissement de la population des travailleurs hospitaliers (Kranklader *et al.*, 2013). Nous nous intéressons ainsi à une facette de la pénibilité du travail qui renvoie, comme le soulignent Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff (2006:96), à un « ensemble d'astreintes nocives et potentiellement pathogènes tout au long de la vie professionnelle ». Ces astreintes sont, selon les études épidémiologiques, de trois ordres : les horaires décalés et le travail posté, les efforts

3. Sur cette question, le lecteur pourra se reporter entre autres à Acker (2005), Divay, Gadea (2008), Gheorghiu, Moatty (2005), Raveyre, Ughetto (2003).

physiques importants et l'exposition à un environnement de travail toxique (Lasfargues, 2005). Chacune de ces trois astreintes est surreprésentée au sein du secteur hospitalier et nous reprenons ici les résultats révélés par les enquêtes quantitatives mises en œuvre depuis le début des années 2000.

Les horaires décalés et le travail posté sont particulièrement répandus à l'hôpital dans la mesure où ils sont la condition pour un égal accès aux soins et leur continuité. Le travail de nuit ou le week-end, les gardes et 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 infirmiers et les aides-soignants et sont assez différentes d'un service à l'autre. Ce sont les personnels des services d'urgence, de réanimation ou de soins intensifs qui sont le plus soumis aux contraintes d'horaires décalés (travail de nuit, de week-end...). Le travail posté est également surreprésenté dans le secteur public hospitalier : selon l'enquête SUMER de 2010, près de 44 % des travailleurs de ce secteur sont concernés par le travail posté, contre 16 % tous secteurs d'activité confondus (Arnaudo *et al.*, 2013).

Les efforts physiques importants sont également plus fréquents à l'hôpital que dans les autres secteurs d'activité : les études réalisées à partir des données de l'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital de 2003 mettent en évidence une exposition particulièrement élevée des travailleurs de l'hôpital à quatre types de 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. L'exposition aux deux dernières contraintes a en outre sensiblement augmenté entre 1998 et 2003 (Le Lan, Baubeau, 2004). Là encore, il existe des différences sensibles selon les professions, les aides-soignants étant les plus exposés (93 % d'entre eux étaient concernés 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, Ricroch, 2014).

Enfin, le thème des inconvénients de l'environnement de travail (sauté, insalubrité, bruits, température, lumière artificielle, risques infectieux...) est celui pour lequel les différences avec les autres établissements sont les plus marquées, comme le soulignent Romuald Le Lan et Dominique Baubeau (2004). L'ensemble des professionnels exerçant dans des établissements publics hospitaliers déclarent évoluer dans un environnement de travail moins favorable. Les données de l'enquête SUMER de 2010

révèlent également une surexposition prononcée des agents de la fonction publique hospitalière aux risques chimiques et biologiques (Arnaudo *et al.*, 2013). Trois quarts des salariés de la fonction publique hospitalière 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 parmi l'ensemble des travailleurs, tous secteurs confondus. La surreprésentation est également marquée s'agissant 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.

Ces contraintes de travail s'exercent à l'hôpital alors que les rythmes de travail y sont particulièrement intenses et irréguliers. Les pics d'activité sont en effet une autre des particularités du secteur hospitalier. Ce sont les infirmiers du service public hospitalier qui y sont les plus confrontés de manière quotidienne (45 % contre 40 % dans le secteur privé). Les aides-soignants, quel que soit le secteur d'activité, sont 36 % à déclarer des pics d'activité quotidiens. 53 % des personnels du secteur sanitaire déclarant être soumis à des pics d'activité estiment que ceux-ci se sont accentués. *A contrario*, seuls 5 % estiment qu'ils se sont allégés.

L'irrégularité de la charge de travail peut être à l'origine d'une impossibilité d'y faire face. Pour 31 % des agents de l'ensemble du secteur, c'est le cas au moins une fois par semaine, pour 9 % c'est le cas tous les jours. Par ailleurs, il est difficile pour les agents de concilier les délais imposés et le respect des procédures de qualité. Pour 13 % des agents, il est fréquemment impossible de respecter la qualité et les délais. Pour 44 %, il est parfois impossible de concilier les deux. Quand l'arbitrage entre respect des délais et qualité est difficile, trois infirmiers sur dix et deux médecins sur dix déclarent sacrifier le respect des procédures (Cordier, 2009).

Ces contraintes de rythme sont plus soutenues quand les agents travaillent dans des établissements où ils font face à la montée de l'isolement et à l'appauvrissement des usagers (Le Lan, Baubeau, 2004). Les caractéristiques de la patientèle ont donc une répercussion sur les horaires et les rythmes de travail. Les établissements dans lesquels les salariés ressentent un accroissement des pics d'activité sont confrontés à une situation sociale défavorable : isolement grandissant de certains usagers, appauvrissement et précarisation de la population environnante. La spécificité de la patientèle nécessite la mobilisation d'un nombre croissant d'agents et un temps particulier. Dans ces établissements, des événements imprévus (crises sanitaires, épidémies...) se sont automatiquement traduits par des pics d'activité qui se sont répercutés sur le temps de travail.

II.2. Les apports de l'enquête Conditions de travail sur la connaissance des contraintes de rythme des salariés

Nous cherchons à mesurer la manière dont les réorganisations du secteur hospitalier évoquées plus haut ont pu se matérialiser sur les rythmes de travail imposés aux travailleurs du secteur hospitalier. Il ne s'agit pas ici de mesurer la productivité du travail au sein du secteur, car nous ne disposons pas des outils adaptés pour le faire – si l'on considère qu'il en existe –, et que notre objet n'est pas l'étude de la performance des hôpitaux. Nous nous intéressons aux conditions de travail des personnels hospitaliers et aux enjeux des réorganisations opérées dans ce secteur sur la santé de ces personnels. Le changement organisationnel, qui notamment s'accélère dans les établissements hospitaliers, nécessite une forme complexe d'apprentissage et d'ajustement qui contribue à accroître l'intensité du travail. À cela s'ajoute un cercle vicieux de l'urgence et de l'impréparation qui entrave la préparation de la tâche suivante qui devra être exécutée avec moins de ressources et donc plus d'intensité (Amossé, Gollac, 2008).

Nous nous appuyons pour cela sur les trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail (encadré 3), couvrant la période allant de 1998 à 2013. Cette enquête présente un triple avantage pour une telle analyse. D'abord, elle permet de disposer d'informations fines pour décrire les contraintes de travail auxquelles sont confrontés les salariés, en particulier les contraintes de rythme. Ensuite, l'enquête est menée tous les sept ans depuis la fin des années 1970, ce qui nous permet d'appréhender l'évolution des rythmes de travail sur les 15 dernières années. Enfin, l'enquête interroge une proportion importante de travailleurs du secteur hospitalier (tableau 2). Nous disposons ainsi d'un échantillon suffisant pour étudier l'évolution des contraintes de rythme sur le sous-échantillon des personnels du secteur hospitalier.

Nous proposons d'analyser l'évolution, depuis la fin des années 1990, des rythmes de travail au sein du secteur hospitalier. Ceux-ci constituent en effet une des principales dimensions de l'intensité du travail, elle-même étant assez difficile à appréhender. Comme le soulignent Thomas Amossé et Michel Gollac (2008), cette notion revêt en effet diverses acceptions selon le type d'organisation concernée : elle désigne le nombre d'opérations par unité de temps dans les organisations « tayloriennes », ou encore la relation entre les moyens et les objectifs dans les formes plus modernes d'organisation caractérisées par une forte autonomie des travailleurs. Nous proposons de l'appréhender, au moins de manière partielle, 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

Encadré 3

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 ans par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère du Travail et l'Institut national de la statistique et des études économiques (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, celui qui est décrit par l'entreprise ou l'employeur.

L'enquête Conditions de travail a été initialement menée en 1978 et la dernière édition est celle de 2013. Le questionnaire de l'enquête a profondément évolué dans le temps. D'abord focalisée sur l'univers industriel, notamment sur les contraintes liées aux machines, elle intègre progressivement des observations sur la charge cognitive (responsabilités, contraintes d'attention...), les marges de manœuvre (pouvoir de faire varier les délais...) et les risques psychosociaux. Depuis 2005, l'enquête approfondit également la question des injonctions paradoxales (Bué, Hamon-Cholet, 2006). L'édition 2013 comporte également un questionnaire auto-administré relatif à l'exposition aux risques psychosociaux et des questions relatives à l'état de santé (mini-module européen). Le tableau 1 propose une représentation synthétique des différents thèmes abordés par l'enquête Conditions de travail pour les cinq éditions disponibles.

Tableau 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

Source : résumé des auteurs.

Tableau 2. Effectifs interrogés pour chacune des éditions de l'enquête

	1984	1991	1998	2005	2013
Effectif total	17 637	20 929	21 380	18 789	33 673
Effectif « Activités hospitalières »	897	856	969	910	4 327
<i>Dont hôpitaux publics</i>	<i>712</i>	<i>650</i>	<i>727</i>	<i>521</i>	<i>2 760</i>

Champ : Actifs occupés.

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 dans un hôpital public.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Éditions 1998, 2005 et 2013.

relatives à ces contraintes de rythme, présentes dans les différentes éditions de l'enquête Conditions de travail, ont permis, couplées à d'autres questions relatives à l'exigence physique du travail, 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). Nous nous concentrons ici sur le secteur hospitalier et analysons les réponses à la question ci-dessous entre 1998 et 2013.

« 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 cinq premières contraintes de travail sont généralement regroupées sous l'appellation de contraintes industrielles car elles cherchent à contrôler l'effort des salariés, alors que la dernière est considérée comme une contrainte marchande car dépendante d'une demande (Gollac, 2005).

III. Rythme et qualité du travail en tension à l'hôpital

L'analyse des réponses aux questions de l'enquête Conditions de travail met en évidence un renforcement des contraintes de rythme (III.1) qui nourrit chez les travailleurs hospitaliers un sentiment de qualité empêchée (III.2).

III.1. Des contraintes de rythme renforcées...

Les données de l'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail indiquent une exposition importante des travailleurs du secteur hospitalier à des contraintes de rythme (tableau 3). La contrainte de nature marchande – rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate – est naturellement celle qui s'exerce le plus fortement au sein du secteur. Plus de 70 % des personnels du secteur y sont en effet exposés. Mais les contraintes industrielles y sont également particulièrement fortes, notamment les normes de production et délais à respecter en une journée au plus qui concernent près de la moitié des travailleurs du secteur en 2013. La part des personnels du secteur hospitalier exposés à un rythme de travail imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis des collègues, des normes de production à satisfaire en une journée au plus, ou en une heure au plus, une demande extérieure ou encore d'autres contraintes techniques est désormais supérieure à celle observée pour l'ensemble des salariés de France métropolitaine (Algava *et al.*, 2014).

Tableau 3. Part des travailleurs du secteur hospitalier ayant un rythme de travail imposé par...

En %

... le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce	6,0
... la cadence automatique d'une machine	4,4
... d'autres contraintes techniques	19,5
... des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus	47,5
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues	42,2
... une demande extérieure – clients, publics – obligeant à une réponse immédiate	70,7

Champ : Ensemble des travailleurs du secteur hospitalier.

Lecture : En 2013, 47,5 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Édition 2013.

Ces résultats traduisent une aggravation de l'exposition à des contraintes de rythme durant les 15 dernières années (tableau 4). En effet, l'exploitation des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail (1998, 2005 et 2013) montre, sur la période d'observation, une augmentation sensible de l'exposition à l'ensemble des contraintes de rythme pour les travailleurs du secteur hospitalier, même en ne retenant que les travailleurs issus de l'échantillon principal en 2013 (dernière colonne du tableau 4).

En 1998, 79 % des travailleurs de l'hôpital étaient soumis à au moins une contrainte de rythme. Ils sont désormais 85 % dans ce cas en 2013, soit une augmentation de 8 % sur la période. L'augmentation concerne par ailleurs aussi bien le secteur hospitalier public que privé. Si l'on s'intéresse en détail

aux différentes contraintes de rythme auxquelles font face les travailleurs de l'hôpital, on observe une augmentation de la part des travailleurs ayant un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'une machine ou d'un produit ou encore par la cadence automatique d'une machine, même si cette contrainte de rythme reste très minoritaire au sein du secteur. En revanche, l'augmentation est beaucoup plus marquée 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 ou encore par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un collègue.

Au total, 54 % des personnels de l'hôpital sont exposés à au moins une contrainte de rythme industrielle (*i.e.* subir un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'une pièce ou d'un produit, par la cadence d'une machine, d'autres contraintes techniques, ou encore par des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus), alors qu'ils étaient un peu plus de 40 % dans ce cas à la fin des années 1990 (tableau 4). L'augmentation est importante, de l'ordre de 31 % sur la période.

Tableau 4. Part des personnels du secteur hospitalier ayant un rythme de travail imposé par une contrainte industrielle de type...

En % (sauf *)

		1998	2005	2013	Dont 2013 – EP1
... la cadence automatique d'une machine	Public	2,9	3,1	4,1	5,2
	Privé	0,5	2,5	4,9	4,9
... d'autres contraintes techniques	Public	13,3	17,5	19,8	19,6
	Privé	12,4	11,5	18,9	16,7
... des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus	Public	37,2	39	47,5	43,7
	Privé	35,2	41,4	47,4	41,3
... des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus	Public	23,7	26,1	30,9	28,6
	Privé	23,8	28,2	32,2	27,1
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues	Public	37,4	39,4	43,9	44,2
	Privé	36,1	34,0	39,2	34,1
... une demande extérieure – clients, publics – obligeant à une réponse immédiate	Public	67	68,1	72,4	71,7
	Privé	62,9	67,4	67,7	61,9
Effectifs *	Ensemble	969	910	4 327	1 362

Champ : Ensemble des travailleurs du secteur hospitalier. La dernière colonne correspond aux travailleurs appartenant à l'échantillon principal.

Lecture : En 2013, 43,9 % des travailleurs du secteur hospitalier public déclarent avoir un rythme de travail imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un collègue, contre 39,2 % des travailleurs du secteur hospitalier privé.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Édition 2013.

Les personnels du secteur hospitalier sont également très majoritairement soumis à un rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate. La part des personnels concernés n'a cessé d'augmenter entre 1998 et 2013, pour le secteur public comme pour le secteur privé (tableau 4). La hausse est aussi importante dans le secteur public et privé (+8 %), et les travailleurs du secteur hospitalier public sont désormais 72 % à être soumis à une contrainte de rythme marchande, contre 68 % des travailleurs du secteur hospitalier privé.

Le secteur hospitalier semble donc avoir connu une nette augmentation de l'exposition aux contraintes de rythme. Plus de la moitié des salariés du secteur sont ainsi soumis à au moins une contrainte de nature industrielle et plus de deux salariés sur trois sont soumis à une contrainte de rythme marchande (tableau 5). En outre, près de la moitié des salariés du secteur sont exposés simultanément à au moins une contrainte industrielle et une contrainte marchande en 2013, alors qu'ils étaient un salarié sur trois en 1998. Enfin, un travailleur de l'hôpital sur trois voit son rythme de travail imposé simultanément par au moins trois contraintes en 2013, alors qu'ils étaient un peu plus d'un salarié sur cinq dans ce cas en 1998.

Tableau 5. Part des travailleurs du secteur hospitalier déclarant être exposés à au moins...

En %

	1998	2005	2013	Dont 2013 - EP
... 1 contrainte de rythme « industrielle »	41,5	45,8	54,3	50,5
... 1 contrainte de rythme « marchande »	66,1	67,9	70,7	68,4
... 1 contrainte industrielle et marchande	32,9	35,0	43,2	39,5
... 3 contraintes de rythme	22,4	24,7	32,0	30,3

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Lecture : En 2013, 54,3 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent être exposés à au moins une contrainte de rythme de type industriel.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Éditions 1998, 2005 et 2013.

Notons cependant ici que les résultats que nous obtenons à partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail sont contradictoires avec ceux mis en évidence par la confrontation des données des enquêtes Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003, COI-H 2006 et Conditions de travail 2013 (Loquet, Ricoch, 2014). Cette dernière fait en effet apparaître une diminution globale des contraintes de rythme entre 2003 et 2013. Or, nous observons au contraire une augmentation sensible, en particulier entre 2005 et 2013, de l'exposition à l'ensemble des contraintes de rythme dans le secteur hospitalier. Ces conclusions divergentes semblent essentiellement provenir de l'enquête Conditions et

organisation du travail à l'hôpital 2003 qui surévaluent nettement 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 Conditions et organisation du travail à l'hôpital, 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 à l'hôpital déclarent que leur rythme de travail est imposé par des normes de production 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 de ce fait Julien Loquet et Layla Ricoch (2014) à apprécier une diminution des contraintes de rythme dix ans plus tard quand nous observons au contraire une aggravation de ces contraintes.

III.2. ... qui alimentent un sentiment de qualité empêchée

Le renforcement des contraintes sur les rythmes de travail amorcé à partir du début des années 2000 peut s'apprécier de manière plus qualitative, à travers la pression temporelle à laquelle sont soumis les travailleurs pour effectuer leurs tâches. À partir de l'enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation dans le secteur hospitalier (COI-H), Marie Cordier (2009) analyse cette pression temporelle. L'enquête COI-H repose sur un dispositif couplé entreprise et salariés et a pour objectif de comprendre la manière dont les entreprises utilisent les instruments de gestion ainsi que les technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle permet donc d'évaluer les effets des changements dans l'organisation. Elle a été conçue à l'origine pour le secteur marchand (industrie, commerce, services...) et a été étendue à la fonction publique d'État ainsi qu'aux hôpitaux afin d'observer les changements organisationnels dans ces secteurs. L'enquête repose sur un échantillon de 800 établissements de santé (secteur public, privé non lucratif et privé lucratif). 1 400 personnes ont été interrogées : 9,4 % de médecins, 4,6 % de cadres de direction, 26,9 % d'infirmiers, 13,2 % d'autres professions intermédiaires, 18,8 % d'aides-soignants, 12,3 % d'agents de services, 11,1 % d'autres employés et 3,7 % d'ouvriers.

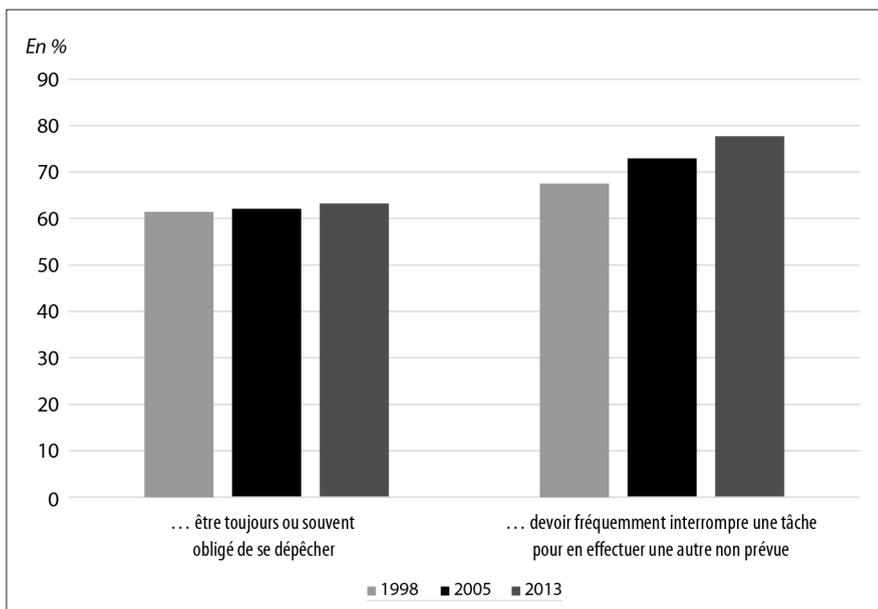
Entre 2003 et 2006, 46 % des salariés de la santé ont ressenti une pression temporelle plus importante (Cordier, 2009). En 2006, un tiers du personnel médical ou soignant déclare cumuler au moins trois types de contraintes. Le travail en urgence est la première de ces contraintes. En d'autres termes, il s'agit ici d'une demande émanant d'autres personnes et exigeant des réponses immédiates. C'est le cas pour 60 % des salariés. La deuxième contrainte est l'interdépendance des tâches. 51 % des

aides-soignants et infirmiers et 48 % des médecins déclarent que leur travail est fortement lié à celui d'autres collègues. Enfin, dernière contrainte, 47 % des infirmiers, 43 % des aides-soignants et 36 % des praticiens déclarent ne pas pouvoir interrompre leur travail pour une pause. À titre de comparaison, dans l'industrie, la construction ou le tertiaire, entre 15 et 25 % des employés ou ouvriers déclarent ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail.

À partir des données des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, on retrouve cette pression temporelle accrue. La part des travailleurs du secteur hospitalier déclarant être toujours ou souvent obligés de se dépêcher a augmenté de 3 % entre 1998 et 2013 (avec cependant une hausse de 22 % pour ceux déclarant « toujours ») et la part des personnels déclarant devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue a augmenté de 13 % sur la même période (graphique 1).

L'augmentation des contraintes sur le rythme de travail semble donc bien se traduire par un accroissement de la pression temporelle ressentie par les personnels du secteur hospitalier. Or, l'intensité excessive du travail

Graphique 1. Part des personnels du secteur hospitalier déclarant...



Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Lecture : En 2013, 78 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Éditions 1998, 2005 et 2013.

peut générer un sentiment de qualité empêchée, c'est-à-dire le sentiment pour les salariés concernés de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité (Gollac, Bodier, 2011). Comme le précise Pascale Molinier (2011:16), « devoir faire son travail avec des outils inappropriés, ou en prenant des risques pour sa sécurité, ou en bâclant par manque de temps » peut engendrer de la souffrance au travail et être lié statistiquement à des problèmes de santé (Molinié, Volkoff, 2000). S'il existe un lien entre nouvelles normes organisationnelles à l'hôpital, intensité du travail et risque de qualité empêchée, la souffrance au travail pourrait constituer un effet social pervers des réformes du secteur hospitalier visant à accroître la productivité du travail.

Comme le préconise le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, il est possible d'appréhender le sentiment de qualité empêchée dans l'enquête Conditions de travail à partir de la réponse à la question suivante :

« Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ?

1. Oui
2. Non »

Les travailleurs du secteur hospitalier sont 37 % à répondre négativement à cette question en 2013, contre 32 % en 1998, soit une augmentation de 15 % sur la période.

Quels liens peut-on établir entre cette augmentation du sentiment de qualité empêchée et l'accroissement des contraintes de rythme auxquelles sont confrontés les travailleurs du secteur ? À partir des données 2013 de l'enquête Conditions de travail, il est possible d'analyser plus finement le lien statistique entre le sentiment de qualité empêchée et les contraintes de rythme imposées par les nouvelles normes organisationnelles. Par rapport aux précédentes éditions de l'enquête Conditions de travail, celle de 2013 présente en effet un atout majeur pour notre analyse : le sur-échantillonnage des travailleurs de la fonction publique et du secteur hospitalier. Ce sur-échantillonnage nous permet de disposer d'un effectif de 4327 personnes pour le secteur hospitalier, dont près des deux tiers travaillent à l'hôpital public (tableau 2).

Les données de l'enquête Conditions de travail étant par ailleurs associées à celles recueillies dans le cadre de l'enquête Emploi, nous disposons d'informations fines dans d'autres domaines que celui des conditions de travail. Nous pouvons ainsi mener une description assez précise du lien qui existe entre les contraintes de rythme qui ont été renforcées au cours des 15 dernières années et le sentiment de qualité empêchée en augmentation sur la période, toutes choses égales par ailleurs (encadré 4).

Encadré 4

Présentation de la méthode d'estimation du lien statistique entre « qualité empêchée » et contraintes de rythme

Nous proposons de décrire, à partir des données de l'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail, la réponse à la question concernant la qualité empêchée. Nous estimons plus précisément l'équation suivante :

$$Q_i = \gamma R_i + \beta X_i + \varepsilon_i$$

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

Q_i est une variable indicatrice valant 1 si l'individu i a répondu négativement à la question « Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ? », 0 sinon. Les contraintes de rythme sont notées R_i .

Les variables de contrôle que nous retenons, notées X_i , peuvent être classées en trois groupes :

- le premier résume les caractéristiques sociodémographiques des individus interrogés. Il intègre l'âge et le sexe, le statut marital, le niveau de diplôme ainsi que le pays de naissance ;
- le deuxième 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 enfin l'ancienneté dans l'entreprise ;
- le troisième concerne les autres contraintes de travail auxquelles peuvent être exposés les travailleurs du secteur hospitalier. Il s'agit principalement des contraintes physiques (posture debout prolongée, posture pénible prolongée, déplacements longs à pied, port de charges lourdes, secousses ou vibrations), des contraintes horaires (ne pas disposer de 48 heures de repos consécutives, travailler le samedi, le dimanche, la nuit) et des contraintes environnementales (saletés, humidité, courants d'air, risques infectieux, mauvais état des locaux, fumées et poussières).

Les résultats concernant ces variables de contrôle sont présentés en annexe dans le tableau 8.

Nous avons estimé deux modèles différents. Le premier, noté M1, mesure le lien entre le sentiment de qualité empêchée et le détail des différentes contraintes de rythme auxquelles sont confrontées les travailleurs. Le deuxième modèle, noté M2, présente une mesure du lien entre la qualité empêchée et les deux grandes familles de contraintes de rythme, marchande et industrielle.

Les coefficients estimés à partir de ces différents modèles permettent d'identifier les contraintes de rythme pour lesquelles le sentiment de qualité empêchée est significativement (au sens statistique) plus élevée (voir note du tableau 6).

On peut ainsi constater, à partir des résultats présentés (tableau 6), que les contraintes de rythme sont positivement associées au sentiment exprimé par les travailleurs de qualité empêchée. Ce sont les contraintes de rythme industrielles qui sont les plus fortement associées à la

probabilité de déclarer ne pas disposer de temps suffisant pour faire un travail de qualité, toutes choses égales par ailleurs. Et parmi les contraintes industrielles, avoir son rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter augmente le plus sensiblement la probabilité de déclarer ne pas disposer d'un temps suffisant pour faire son travail correctement. Or, comme nous l'avons constaté précédemment, cette contrainte de rythme est celle qui a le plus fortement augmenté au cours des 15 dernières années, pour les travailleurs du secteur hospitalier public comme pour ceux du secteur privé, en particulier entre 2005 et 2013.

Tableau 6. Facteurs expliquant la probabilité de déclarer ne pas disposer d'un temps suffisant pour faire son travail correctement (modèles probit)

	M1	M2
<i>Rythme de travail imposé par...</i>		
... le déplacement automatique produit/pièce	ns	
... la cadence automatique d'une machine	ns	
... d'autres contraintes techniques	0,11**(0,05)	
... des normes de production ou délais à respecter	0,29***(0,04)	
... une demande extérieure (public, client)	0,15***(0,05)	
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail des collègues	0,12***(0,04)	
Au moins une contrainte de rythme marchande		0,18***(0,05)
Au moins une contrainte de rythme industrielle		0,30***(0,04)

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Note : La spécification comprend également un ensemble de variables décrivant les caractéristiques socio-démographiques des individus, leurs conditions d'emploi et de travail. Les paramètres estimés associés à ces caractéristiques sont disponibles en annexe dans le tableau 8. Le coefficient est significatif au seuil de : *** 1 %, ** 5 %, * 10 %. Écart-types entre parenthèses.

Lecture : Les coefficients positifs indiquent que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement plus enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement, toutes choses égales par ailleurs. Les coefficients négatifs indiquent au contraire que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement moins enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement, toutes choses égales par ailleurs. Les paramètres associés aux contraintes de rythme pour lesquelles il n'y a pas de différence significative de réponse à la question « Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ? » sont notés « ns » (pour « non significativement différents de zéro »).

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFF, Drees, Insee – Édition 2013.

Avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais de production en une journée au plus constitue une contrainte de rythme dont le renforcement très net depuis le milieu des années 2000 peut être interprété comme un indice d'aggravation de la pression temporelle exercée sur les travailleurs du secteur hospitalier. Cette pression temporelle accrue, dans un environnement de travail par ailleurs très exigeant physiquement et psychologiquement, constitue un triple risque supplémentaire pour les travailleurs du secteur.

En s'ajoutant à une contrainte de rythme « marchande » inhérente au secteur, le renforcement des contraintes de rythme industrielles sont sources de risques accrus pour les travailleurs de l'hôpital, notamment en termes d'accidents du travail (Gollac, 2005). Par ailleurs, dans un contexte de vieillissement des personnels de l'hôpital et en particulier de ceux dont les conditions de travail sont les plus pénibles (encadré 2), une pression temporelle accrue peut avoir des conséquences sur leur santé (Mardon, Volkoff, 2008). Enfin, le sentiment de qualité empêchée généré au moins en partie par l'accroissement des contraintes de rythme industrielles est susceptible d'accroître les risques sur la santé des travailleurs de l'hôpital. Même s'il existe très peu d'études établissant un lien statistique entre sentiment de qualité empêchée et problèmes de santé, on peut *a minima* faire l'hypothèse, à l'instar de Johann Petit et Bernard Dugué (2013:2), « qu'empêcher un opérateur de faire un travail jugé de qualité a des répercussions sur sa santé ». Cela est d'autant plus vraisemblable que les contraintes de rythme industrielles et en particulier le rythme imposé par des normes de production ou des délais sont positivement associés à la probabilité de déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses que l'on désapprouve (tableau 7), renforçant ainsi l'idée d'un conflit de valeur grandissant au sein du secteur hospitalier.

Tableau 7. Facteurs expliquant la probabilité de déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses que l'on désapprouve (modèles probit)

	M1	M2
Rythme de travail imposé par...		
... 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	0,20*** (0,06)	
... une demande extérieure (public, client)	ns	
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail des collègues	ns	
Au moins une contrainte de rythme marchande		0,15*** (0,06))
Au moins une contrainte de rythme industrielle		ns

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Note : La spécification comprend également un ensemble de variables décrivant les caractéristiques socio-démographiques des individus, leurs conditions d'emploi et de travail. Le coefficient est significatif au seuil de : ***1 %, ** 5 %, * 10 %. Écart-types entre parenthèses.

Lecture : Les coefficients positifs indiquent que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement plus enclines à déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les coefficients négatifs indiquent au contraire que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement moins enclines à déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les paramètres associés aux contraintes de rythme pour lesquelles il n'y a pas de différence significative de réponse à la question à la question d'intérêt sont notés « ns » (pour « non significativement différents de zéro »).

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Édition 2013.

Conclusion

Le secteur hospitalier est l'objet de nombreuses réformes depuis le début des années 1990, visant essentiellement à réduire ses coûts. Une des plus importantes réformes a eu lieu en 2003 à travers la mise en place d'une tarification à l'activité qui simule les mécanismes de prix. Elle est ainsi supposée inciter les hôpitaux à fournir des soins à moindre coût, par l'introduction d'un mécanisme de 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 les 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 malades dans la mesure où le prix est déconnecté de la durée d'hospitalisation (Newhouse, 2003) ; recentrage de l'activité des établissements autour des spécialités financièrement intéressantes 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 et se traduit par la mise en œuvre de techniques de management directement inspirées du secteur privé (Domin, 2015).

Nous avons pu constater qu'elle s'est également accompagnée d'une intensification du travail au sein du secteur, par un renforcement des contraintes de rythme industrielles, alors que les contraintes de rythme marchandes n'ont pas faibli, au contraire. L'accroissement des contraintes de rythme a pu contribuer à renforcer la pression temporelle qui s'exerce sur les personnels du secteur et ce faisant participer à la détérioration de la perception que ceux-ci ont de leur travail en alimentant un sentiment de qualité empêchée. Cette pression temporelle accrue fait par conséquent peser sur les travailleurs de l'hôpital des risques supplémentaires pour leur santé.

Références bibliographiques

- Acker F. (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, p. 161-181, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-161.htm>.
- Algava E., Davie E., Loquet J., Vinck L. (2014), « Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *Dares Analyses*, n° 049, <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-049.pdf>.
- Amossé T., Gollac M. (2008), « Intensité du travail et mobilité professionnelle », *Travail et Emploi*, n° 113, p. 59-73, <https://travailemloi.revues.org/2307>.
- 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, <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/15618/1/2013-010.pdf>.
- Balsan D. (2002), « Le coût unitaire de l'activité hospitalière publique en 1997 : le poids des déterminants régionaux », *Revue française d'économie*, vol. 17, n° 2, p. 101-115, http://www.persee.fr/doc/rfec0_0769-0479_2002_num_17_2_1462.
- Belorgey N. (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.
- Bué J., Hamon-Cholet S. (2006), « Présentation des enquêtes sur les conditions de travail menées en France depuis 1978 », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 5, n° 2, p. 139-142, http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2006_num_5_2_1133.
- Castel P., Dalgalarondo S. (2005), « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences sociales et Santé*, vol. 23, n° 4, p. 5-40, http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2005_num_23_4_1663.
- Cordier M. (2009), « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », *Études et Résultats*, n° 709, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er709.pdf>.
- Cruchant L. (1998), *La Qualité*, Paris, Puf.
- Divay S., Gadea C. (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128, p. 677-687, <https://doi.org/10.3917/rfap.128.0677>.
- Domin J.-P. (2006), « La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins ? », *Journal d'économie médicale*, vol. 24, n° 7-8, p. 427-438.
- Domin J.-P. (2013), *Une histoire économique de l'hôpital, XIX^e-XX^e siècles. Une analyse rétrospective du développement hospitalier*, vol. 2 (1946-2009), Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale.
- 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, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/11293>.
- Dormont B., Milcent C. (2012), « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », *Économie et Statistique*, n° 455-456, p. 143-173, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377738?sommaire=1377742>.

- Douguet F., Munoz J., Leboul D. (2005), « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants », *Document de travail*, n° 48, Drees, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf>.
- Dumesnil J. (2011), *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Puf.
- Estryn-Behar M. (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Gheorghiu M. D., Moatty F. (2005), « Les conditions de travail en équipe », *Document de travail*, n° 43, Centre d'études de l'emploi.
- Gheorghiu M. D., Moatty F. (2013), *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Paris, Liaisons sociales.
- Gollac M. (2005), « L'intensité du travail. Formes et effets », *Revue économique*, vol. 56, n° 2, p. 195-216, <https://doi.org/10.3917/reco.562.0195>.
- Gollac M., Bodier M. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Paris, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, <http://www.citeulike.org/group/15193/article/9302053>.
- Henriet D. (2002), « Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France », *Dossiers Solidarité et Santé*, hors-série, p. 21-27.
- Kranklader E., Minodier C., Fourcade N. (2013), « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, n° 846, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er846.pdf>.
- Lamy S., De Gaudemaris 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, p. 389-397, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-389.htm>.
- 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 », *Rapport de recherche*, n° 19, Centre d'études de l'emploi, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000622.pdf>.
- Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A. (2013), « 60 années de dépenses de santé. Une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er831.pdf>.
- Le Lan R., Baubeau D. (2004), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 335, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er335.pdf>.
- Loquet J., Ricroch L. (2014), « Les conditions de travail dans les établissements de santé », in Boisguérin B., Brilhaut G. (eds.), *Le panorama des établissements de santé - édition 2014*, Paris, Drees, p. 9-30, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>.
- Mardon C., Volkoff S. (2008), « Les salariés âgés face au travail "sous pression" », *Connaissance de l'emploi*, n° 52.
- Molinié A.-F., Volkoff S. (2000), « Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'emploi », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (Pistes)*, vol. 2, n° 1, <https://doi.org/10.4000/pistes.3828>.

- Moliné A.-F., Volkoff S. (2006), « Fins de vie active et pénibilités du travail », in L'Horty Y. (dir.), *La qualité de l'emploi*, Paris, Puf, p. 95-104.
- Molinier P. (2011), « Les approches cliniques du travail, un débat en souffrance », *Sociologie du travail*, vol. 53, n° 1, p. 14-21.
- Mougeot M. (2000), « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison », *Annales d'économie et de statistique*, n° 58, p. 195-213, <https://annals.ensae.fr/wp-content/uploads/pdf/n58/vol58-09.pdf>.
- Newhouse J.P. (2003), « Reimbursing for Health Care Services », *Économie publique*, n° 13, p. 3-31, <http://economiepublique.revues.org/259>.
- Ogien A. (2000a), « La volonté de quantifier. Conceptions de la mesure de l'activité médicale », *Annales Histoire, Sciences sociales*, vol. 55, n° 2, p. 283-312, http://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_2000_num_55_2_279847.
- Ogien A. (2000b), « Médecine, santé et gestion. Le travail de l'information médicale », in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, p. 133-148.
- Petit J., Dugué B. (2013), « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 15, n° 2, p. 1-18, <https://doi.org/10.4000/pistes.3419>.
- Raveyre M., Ughetto P. (2003), « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, p. 95-119, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-3-page-95.htm>.
- Scanlon W.J. (2006), « The Future of Medicare Hospital Payment. Modest Proposals in Light of Medicare's Fiscal Challenges », *Health Affairs*, vol. 25, n° 1, p. 70-80, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.1.70>.
- Silverman E., Skinner J. (2004), « Medicare Upcoding and Hospital Ownership », *Journal of Health Economics*, vol. 23, n° 2, p. 369-389, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2003.09.007>.
- Studer N. (2012), « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », *Économie et Statistique*, n° 455-456, p. 175-202, http://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2012_num_455_1_10022.
- Valeyre A. (2001), « Le travail industriel sous la pression du temps », *Travail et Emploi*, n° 86, p. 127-149, http://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/86_1438.pdf.
- Yilmaz E., Frikha S. (2012), « Les hôpitaux ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009 », in Boisguérin B., Minodier C. (dir.), *Le panorama des établissements de santé*, Paris, Drees, p. 51-65.

Annexe

**Tableau 8. Coefficients estimés associés aux variables de contrôle X_i
(modèles probit)**

	M1	M2
Sexe		
Femme	0,23*** (0,06)	0,23*** (0,05)
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Situation maritale		
Vit seul-e	- 0,08** (0,05)	- 0,09** (0,05)
Vit en couple	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Âge		
15-24 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
25-49 ans	ns	ns
50 ans et plus	ns	ns
Pays de naissance		
France	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Étranger	ns	ns
Niveau de diplôme		
Aucun diplôme ou CEP	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Brevet des collèges	ns	ns
CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	ns	ns
Baccalauréat ou brevet professionnel	ns	ns
Baccalauréat + 2 ans	0,31*** (0,12)	0,32*** (0,11)
Baccalauréat + 3 ans et supérieur	0,32*** (0,12)	0,33*** (0,12)
Statut		
Hôpital public	ns	ns
Secteur privé	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Profession		
Médecins	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Infirmiers	ns	ns
Aides-soignants	ns	ns
Autres soignants	ns	ns
Autres professions non soignantes	ns	ns

Temps de travail		
Temps partiel	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Temps complet	0,11** (0,05)	0,11** (0,05)
Type de contrat		
Contrat stable	0,16* (0,09)	0,17* (0,09)
Contrat temporaire	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Pas de contrat	ns	ns
Contraintes horaires		
Ne pas disposer de 48 heures consécutives de repos	0,37*** (0,05)	0,37*** (0,05)
Travailler le samedi	ns	ns
Travailler le dimanche	ns	ns
Travailler de nuit	- 0,10** (0,05)	- 0,11** (0,05)
Contraintes physiques		
Rester longtemps debout	-0,11* (0,06)	ns
Rester longtemps dans une posture pénible	0,17*** (0,04)	0,18*** (0,04)
Effectuer des déplacements longs à pied	0,25*** (0,05)	0,25*** (0,05)
Porter ou déplacer des charges lourdes	0,13** (0,06)	0,15** (0,06)
Subir des secousses ou des vibrations	ns	ns
Environnement de travail		
Saletés	ns	ns
Humidité	ns	ns
Courants d'air	0,09* (0,05)	0,10** (0,05)
Risque infectieux	ns	ns
Mauvais état des locaux	ns	ns
Fumées ou poussières	ns	ns

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Note : Le coefficient est significatif au seuil de : ***1 %, **5 %, *10 %. Écart-types entre parenthèses.

Lecture : Les coefficients positifs indiquent que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement plus enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement/devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les coefficients négatifs indiquent au contraire que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement moins enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement/devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les paramètres associés aux contraintes de rythme pour lesquelles il n'y a pas de différence significative à la question d'intérêt sont notés « ns » (pour « non significativement différents de zéro »).

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFF, Drees, Insee – Édition 2013.