

Les conditions de travail des personnels médicaux et soignants exerçant en établissement hospitalier (voir la fiche 3) sont particulières : contraintes de rythme de travail élevées, exposition à des produits dangereux, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients ou encore travail de nuit fréquent. Des enquêtes sur les conditions de travail en milieu hospitalier en France sont réalisées de façon régulière depuis de nombreuses années (encadré 1), permettant une analyse sur longue période de leur évolution (Loquet et Ricroch, 2014).

Des contraintes de rythme de travail stables ou en diminution

En 2013, les salariés du secteur hospitalier ressentent moins qu'en 2003 les contraintes liées à leur métier, qu'elles dépendent d'aspects techniques ou de délais de production à respecter en une heure¹. Ces évolutions positives contrastent avec le ressenti de l'ensemble des salariés en France, qui ont plutôt vu ce type de contraintes de rythme s'accroître (Algava, 2014). En revanche, le niveau de ce type de contraintes reste toujours historiquement plus élevé dans l'univers hospitalier que dans les autres secteurs. Dans le même temps, la proportion de salariés du secteur hospitalier dont le travail dépend directement de leurs collègues ou qui est rythmé par des demandes exigeant une réponse immédiate est restée stable, toujours au-dessus de la moyenne nationale, notamment chez les infirmiers (près de la moitié contre moins d'un tiers pour l'ensemble des salariés). On peut noter que les salariés des établissements du secteur privé sont plus souvent soumis à des rythmes leur imposant de réaliser des tâches en moins d'une heure que leurs collègues du secteur public, un phénomène qui s'explique notamment par des types d'activité différents entre

le public et le privé. Le secteur privé se caractérise, en effet, par une prédominance du bloc opératoire, avec son rythme et sa division des tâches importante (Gheorghiu et Moatty, 2013), ainsi que par l'importance des hospitalisations partielles.

La part des salariés déclarant devoir toujours ou souvent se dépêcher s'est par ailleurs réduite (passant de 68 % à 64 % entre 2003 et 2013). Les infirmiers et les sages-femmes sont toutefois toujours aussi nombreux à exercer en urgence (plus des trois quarts) [graphique 1]. Le travail hospitalier reste de plus toujours très morcelé, 80 % des salariés devant fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue, une tendance en augmentation depuis 2003.

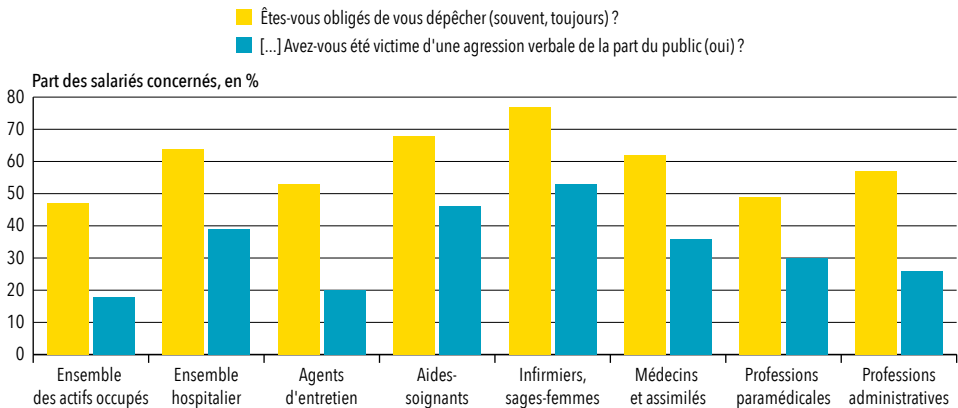
Comme dans le reste de la société, l'informatisation s'est considérablement accrue : 41 % des salariés du secteur hospitalier déclarent avoir un rythme de travail soumis aux contrôles informatiques en 2013, soit 30 points de plus qu'en 2006. La hausse est particulièrement prononcée pour les aides-soignants, les infirmiers et les sages-femmes. De plus, l'usage de l'informatique par les salariés eux-mêmes s'est largement répandu dans le secteur hospitalier, où plus de huit salariés sur dix l'utilisent désormais dans leur travail², contre la moitié seulement en 2003. Les médecins salariés, les infirmiers et sages-femmes ont notamment beaucoup développé cette utilisation ces dix dernières années.

Des dépassements horaires moins fréquents

En 2013, les salariés hospitaliers sont aussi nombreux qu'en 2003 à déclarer travailler le samedi (70 %), le dimanche (64 %) ou la nuit (33 %). Ces contraintes, bien plus fréquentes que dans les autres secteurs économiques, sont surtout mentionnées

1. L'enquête sur les conditions de travail interroge les salariés de la façon suivante : « Votre rythme de travail vous est-il imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus » ; la même question est posée avec des délais d'« une journée au plus ».

2. Sans compter les usages d'Internet, des boîtes de messagerie ou de l'Intranet.

Graphique 1 Travail en urgence et tensions avec le public

Champ > Salariés du secteur hospitalier.

Source > Enquête CT 2013, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

Encadré 1 Les sources sur les conditions de travail à l'hôpital**L'enquête Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé (COTAES) de 2003**

L'enquête COTAES menée par la DREES en 2003 a interrogé 4 700 salariés des établissements de santé publics et privés. Les questions posées dans l'enquête, tout comme dans l'enquête Conditions de travail 2013 (cf. *infra*), portent sur la description des conditions de travail des salariés, description qui se veut la plus objective possible.

L'enquête Changements organisationnels et informatisation dans le secteur hospitalier (COI-H) de 2006

L'enquête COI-H menée par la DREES en 2006 a interrogé 1 400 salariés des établissements de santé publics et privés. Elle s'est également intéressée aux conditions de travail des salariés.

Les enquêtes Condition de travail (CT)

Les enquêtes CT de la DARES existent depuis 1978 et sont réalisées tous les sept ans. Jusqu'en 2013, elles ne concernaient que le secteur privé. En 2013, avec le concours de la DREES et de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), l'enquête a été étendue à l'ensemble du personnel de la fonction publique et du secteur hospitalier (public et privé). CT 2013 compte ainsi 4 300 répondants dans le champ « secteur hospitalier », avec une décomposition par grandes familles professionnelles. Les enquêtes Conditions de travail visent à cerner au plus près le travail réel tel qu'il est perçu par le travailleur, et non pas le travail prescrit tel qu'il peut être décrit par l'entreprise ou l'employeur. Les questions posées renvoient à une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions, selon divers angles : la prescription, les marges de manœuvre, la coopération, les rythmes de travail, les efforts physiques ou les risques encourus. Depuis 2013, elles s'intéressent également aux risques psychosociaux.

L'enquête Risques psychosociaux (RPS) de 2016 (en cours)

L'enquête RPS a pour ambition de réinterroger les mêmes individus (dont environ 3 200 salariés du secteur hospitalier) que l'enquête CT de 2013 en reprenant un certain nombre de questions, tout en approfondissant le volet sur les risques psychosociaux.

par le personnel médical et soignant. Parallèlement à ce constat, environ 60 % du personnel médical est soumis à des astreintes en 2013 (soit une hausse de 10 points par rapport à 2003). Cela concerne aussi, dans une moindre mesure, les infirmiers et sages-femmes, qui sont 14 % à les déclarer (10 % en 2003).

S'agissant des heures supplémentaires, environ 30 % des salariés du secteur hospitalier travaillent au-delà de l'horaire prévu tous les jours ou toutes les semaines, en 2013, soit deux fois moins qu'en 2003 (70 %) ou 2006 (66 %). Le recours aux dépassements d'horaires concerne cependant toujours plus de la moitié des infirmiers et des sages-femmes ainsi que des médecins en 2013. Plusieurs changements peuvent expliquer ce recul des dépassements horaires. D'une part, en 2002-2003, le passage aux 35 heures hebdomadaires ne s'est pas accompagné d'une diminution de la charge de travail et les salariés à l'hôpital ont eu recours massivement aux heures supplémentaires pour mener à bien leurs tâches. Jusqu'en 2007 (plan Hôpital), malgré l'informatisation du temps de travail, les pratiques n'ont pas changé et ce phénomène de dépassements horaires s'est poursuivi. Le passage à la Tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement unique des établissements de santé publics (depuis 2004)

et privés (depuis 2005) a ensuite pu progressivement inciter les établissements de santé à surveiller plus rigoureusement les heures supplémentaires (rationalisation de l'activité, meilleure formation des cadres à la gestion de planning, mise en place de cycles de travail...). D'autre part, l'abrogation de la défiscalisation des heures supplémentaires en 2012 a également pu inciter les salariés à effectuer moins de dépassements.

Compte tenu de la complexité de la mise en place des plannings des personnels du secteur hospitalier (travail de jour, de nuit, le week-end), 77 % d'entre eux déclarent que leurs horaires de travail sont déterminés par l'établissement sans possibilité de modification, de façon plus marquée chez les aides-soignants (93 %) et les infirmiers et sages-femmes (80 %). Les médecins sont, en revanche, encore 30 % à pouvoir fixer eux-mêmes leurs horaires, même si cette proportion est plus faible qu'en 2003 (44 %).

Derrière tous ces résultats se cache néanmoins une grande hétérogénéité des horaires et des emplois du temps parmi les salariés, mais aussi de leur ressenti, comme en témoigne la récente enquête qualitative menée en 2013 auprès d'une soixantaine d'infirmiers du secteur hospitalier (encadré 2).

Encadré 2 L'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier : les enseignements d'une récente étude qualitative

Une enquête qualitative sur l'emploi du temps des infirmiers du secteur hospitalier a été réalisée en 2013 pour le compte de la DREES (Micheau et Molière, 2014). Des entretiens ont été menés auprès d'une soixantaine d'infirmiers, répartis dans dix établissements publics et privés, ainsi qu'auprès de certains représentants de la direction des ressources humaines ou de la Direction des soins des établissements visités. Les infirmiers ont été interrogés sur leur parcours professionnel jusqu'au poste occupé aujourd'hui, sur leur planning actuel et sa gestion, sur l'articulation entre temps de travail et vie personnelle et enfin sur le déroulement de la dernière journée de travail et l'analyse de son contenu et de son intensité.

Des horaires déterminés par le type de service, mais aussi par l'établissement au niveau local

De cette enquête, il ressort tout d'abord que l'emploi du temps des infirmiers et leurs rythmes de travail semblent principalement déterminés par le type de service. Le cas le plus fréquent est celui du service de soins en continu, qui répond au besoin de couvrir les 24 heures de la journée en deux ou trois postes, toute la semaine, jours fériés inclus. Le découpage en trois postes est le cas le plus fréquent, avec une distinction entre un poste nuit, plus long que les deux postes jours. Dans l'ensemble, les postes de jour ont une durée qui varie majoritairement entre 7 heures et 30 minutes et 8 heures. Les postes de nuit durent généralement 10 heures (plafond légal). Une forme d'emploi assez atypique, qui n'existe pour l'instant qu'à titre déroga-

...

toire mais qui tend à se développer, correspond au travail en 12 heures avec une journée scindée en deux postes (l'exemple-type de relève étant 8 h/20 h). Enfin, une forme de rythme concerne une minorité d'infirmiers, avec des horaires dits « normaux », c'est-à-dire du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 18 h 30 environ. Ces emplois concernent les services de soins ambulatoires (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, consultation, secteur psychiatrique extra-hospitalier), des fonctions d'appui comme les équipes mobiles qui ne concernent qu'une poignée d'infirmiers à l'échelle d'un grand hôpital (soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie, alcoologie), ou des services annexes à l'hospitalisation. Les infirmiers travaillant au bloc opératoire – le plus souvent des infirmiers spécialisés (anesthésistes [IADE] ou de bloc [IBODE]) – ont aussi dans une certaine mesure des horaires qu'on pourrait qualifier de « normaux », en ce sens que même s'ils sont variables, ils s'effectuent le plus souvent en journée, avec en particulier une fin de journée rarement tardive et des week-ends assez préservés.

À l'exception de ces catégories types de rythmes de travail, c'est à chaque établissement que revient la fixation précise de l'amplitude des postes et des règles de roulement du personnel sur l'ensemble ou une partie des postes. Une grande diversité des situations se rencontre ainsi parmi les infirmiers interrogés : travail uniquement le matin, le soir ou la nuit, alternances nuits/journées ou matins/soirs tout au long de la semaine/du mois, etc.

La gestion du planning prévisionnel est l'une des missions des cadres de santé, qui comprend à la fois la programmation prévisionnelle et la régulation quotidienne pour pallier les aléas. Il s'agit souvent d'un travail chronophage et délicat. La programmation du travail s'appuie sur la définition de cycles de travail (de une à douze semaines), qui permet d'assurer l'équilibre de la durée moyenne hebdomadaire de travail. Outre la gestion des imprévus quotidiens, il faut prévoir les mouvements au sein de l'équipe (augmentation ou réduction des effectifs, passage d'un agent à temps partiel, retour au temps plein...). Le cadre doit ainsi trouver le juste équilibre entre les souhaits du personnel et les contraintes du service qu'il coordonne.

L'inégale intensité perçue des postes

Tous les postes ne répondent pas à la même intensité et la même charge de travail. Les postes de nuit sont décrits comme plus calmes que les postes de jour. De la même façon, le matin est plus intense que le reste de la journée (accueil des patients, administration des traitements, préparation des patients pour le bloc...). Certains infirmiers préfèrent toutefois avoir des postes le matin, pour disposer de leur après-midi librement (aller chercher les enfants à l'école par exemple). Les postes de l'après-midi sont plus en contact avec les familles et moins avec les médecins. Le travail de nuit présente ses propres difficultés physiques (fatigue) et ses avantages (réputé plus calme, avec peu de sollicitations internes ou externes). Dans le monde jalonné des services de soins en continu, une source d'insatisfaction régulièrement mentionnée par les infirmiers est liée aux nombreuses sollicitations imprévues (de la part des cadres de santé, des médecins, des patients...) qui entravent régulièrement leur activité, avec la sensation de « devoir courir » pour terminer leur tour de soins, voire – au pire – de le laisser inachevé.

La réforme des 35 heures qui avait participé à une réelle intensification du travail et a pu être mal vécue dans la fonction publique hospitalière au moment de son instauration (Assemblée nationale, 2014), semble maintenant « loin derrière », selon les infirmiers interrogés en 2013. Ces derniers apprécient notamment l'accroissement du nombre de jours non travaillés que cette réforme a permis. Les infirmiers témoignent globalement d'une relative satisfaction concernant leurs horaires. Outre les jours de repos et récupération souvent nombreux en raison des horaires atypiques du métier, les rythmes de travail ne sont pas forcément subis, ils s'accordent le plus souvent aux différentes étapes du cycle de vie. Ainsi les postes à horaires « normaux » semblent plus souvent occupés par des infirmières ayant des enfants ou des contraintes personnelles importantes. De la même façon, les rythmes imposés par le service de soins en continu, mais avec plus de jours de repos, conviennent plus facilement aux infirmiers ayant moins de contraintes, comme les jeunes diplômés par exemple. À ce titre, le travail en 12 heures qui a cours dans certains services et qui conduit à des postes plus longs (cf. *supra*) semble être relativement apprécié pour le nombre de jours de repos qu'il permet, mais aussi, parce qu'il modère « la course après le temps » pour terminer ses soins et ses transmissions, terminer à l'heure mais aussi et surtout pour « rendre le service » dans de bonnes conditions.

Des tensions accrues avec le public

Les tensions avec le public se sont accrues : elles concernent en 2013 la moitié des salariés hospitaliers, contre 38 % en 2003 (graphique 2). Cette spécificité du secteur hospitalier – tous secteurs confondus, les salariés sont seulement 31 % en 2013 à déclarer ce type de tensions – touche surtout le personnel médical et soignant : 66 % des infirmiers et sages-femmes, 56 % des aides-soignants et 54 % des médecins se disent concernés en 2013.

Les relations interprofessionnelles s'améliorent en revanche sensiblement. Les salariés hospitaliers sont notamment moins nombreux qu'auparavant à déclarer des tensions avec les collègues et avec la hiérarchie, même s'ils le font toujours plus souvent que l'ensemble des salariés tous secteurs confondus (graphique 2). Surtout, l'entraide entre collègues reste un trait caractéristique fort de l'hôpital, et continue à se développer : 93 % des salariés des hôpitaux déclarent ainsi être aidés par leurs collègues en cas de travail compliqué, un peu plus qu'en 2003 (91 %), et beaucoup plus que dans les autres secteurs de l'économie (79 % en 2013).

L'environnement de travail et les contraintes physiques

Les contraintes physiques ont globalement décliné pour le personnel hospitalier entre 2003 et 2013 (graphique 3). Si certains inconvénients physiques, comme devoir rester longtemps debout ou porter des charges lourdes, se sont stabilisés pour chaque famille professionnelle, d'autres contraintes de ce type diminuent quel que soit le métier, comme devoir effectuer des déplacements à pied longs et fréquents ou effectuer des mouvements douloureux. La réduction de cette dernière contrainte est particulièrement ressentie chez les infirmiers et sages-femmes ainsi que chez les médecins.

Les salariés des établissements de santé publics, en particulier les infirmiers, déplorent plus souvent les nuisances environnementales (saleté, mauvaises odeurs, températures élevées, absence ou mauvais état des sanitaires, absence d'intimité).

Une exposition forte aux risques psychosociaux chez les personnels soignants

L'enquête Conditions de travail de 2013 possède un volet axé sur les risques psychosociaux (RPS) [encadré 1]. Ces derniers ont été définis par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (2011) comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». Six dimensions ont été mises en avant par ce collège d'experts : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur et l'insécurité socio-économique.

Un mal-être au travail plus grand chez les infirmiers

Les réponses à ces questions sur les risques psychosociaux peuvent tout d'abord être résumées au sein de deux indicateurs : un indicateur de bien-être au travail (satisfaction au travail, relation aux autres...) et un indicateur de fierté éprouvée au travail (Loquet et Ricoch, 2014). À âge, sexe et taille d'établissement donnés, le bien-être au travail dépend principalement de la famille professionnelle, le statut de l'établissement (public ou privé) jouant finalement peu. Les infirmiers et sages-femmes sont 72 % à se sentir exploités, contre 65 % pour l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils sont également 18 % à déclarer toujours travailler sous pression, soit 5 points de plus que la moyenne du secteur et 10 points de plus que les médecins. À l'opposé, les médecins apparaissent comme ceux étant le moins concernés par ce type de mal-être au travail.

Dans une même famille professionnelle cependant, il peut subsister des écarts de ressenti au travail entre public et privé sur certains aspects de ce mal-être. Les médecins du secteur privé déclarent ainsi moins souvent rencontrer de difficultés au travail que leurs homologues du public. Ils sont plus nombreux à disposer de souplesse dans leur travail³ (82 % des

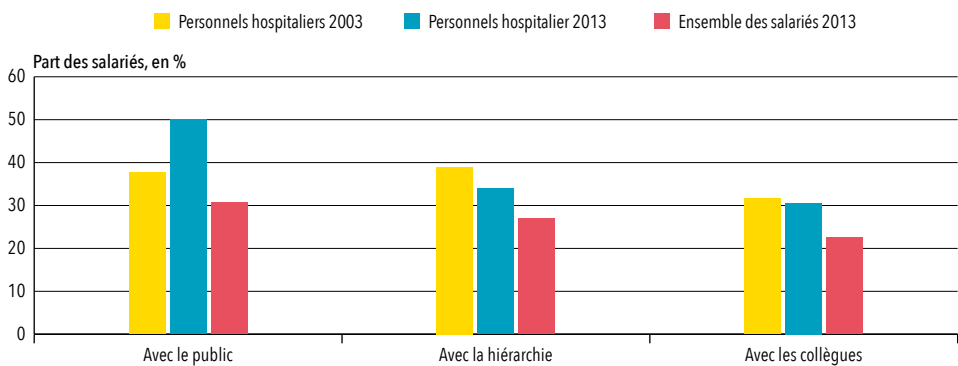
3. La souplesse dans le travail renvoie ici à la possibilité d'organiser son travail de la manière qui convient le mieux. Cette notion diffère de la liberté de fixer ses horaires évoquée plus haut : il s'agit ici de l'organisation au sein de la journée de travail, dont les horaires peuvent être imposés.

médecins du privé peuvent organiser leur travail comme ils le souhaitent contre 71 % dans le public). Au contraire, les médecins du public déclarent pour 71 % d'entre eux devoir « penser à trop de chose à la fois » contre 52 % de ceux du privé. Ils se disent également plus souvent ignorés (28 % contre 10 % de leurs confrères travaillant dans le privé).

La fierté au travail est le deuxième aspect qui caractérise les risques psychosociaux à l'hôpital. Si

64 % de l'ensemble du personnel hospitalier interrogé à l'enquête déclare éprouver un sentiment de fierté au travail « souvent » ou « toujours », c'est le cas de 60 % des infirmiers et sages-femmes – contre 69 % des personnes en emploi. Ceux qui éprouvent « toujours » ce sentiment représentent 19 % des personnes en emploi, mais seulement 11 % parmi le personnel hospitalier et 5 % parmi les infirmiers et sages-femmes. Pour cette dernière famille professionnelle, le statut

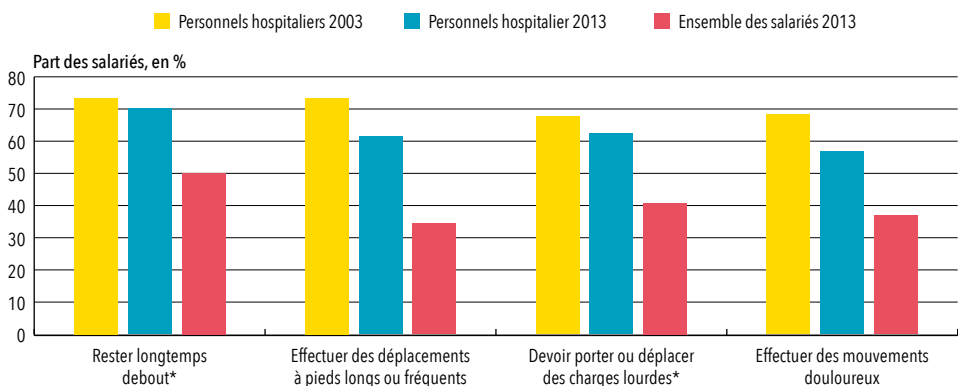
Graphique 2 Les tensions sur le lieu de travail



Champ > Salariés du secteur hospitalier.

Sources > Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

Graphique 3 Les contraintes physiques



* L'évolution 2003-2013 est considérée comme stable, car les intervalles de confiance à 95 % associés aux proportions de répondants sur les deux années se recoupent.

Champ > Salariés du secteur hospitalier.

Sources > Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

de l'établissement semble également jouer sur ce sentiment de fierté, qui apparaît plus fort dans le secteur privé que dans le secteur public.

Des exigences émotionnelles très fortes

Les six dimensions des risques psychosociaux au travail peuvent également être examinées plus en détail. Le sentiment d'une quantité de travail excessive est largement partagé par les salariés du milieu hospitalier. Ainsi, les infirmiers sont une majorité (59 %) à regretter cette quantité de travail excessive et déplorent plus que leurs collègues des contraintes temporelles fortes. Très souvent invoquée, la composante « devoir penser à trop de choses à la fois » est la plus souvent citée par les infirmiers (75 %) et les médecins (69 %), ce qui fait d'ailleurs écho à l'insatisfaction causée par les nombreuses sollicitations imprévues du quotidien mentionnées par les infirmiers dans d'autres études (Micheau et Molière, 2010) [encadré 2]. Les constats sur ce type d'exigences psychosociales à l'hôpital sont aussi les mêmes que pour l'ensemble des salariés : elles sont plus importantes pour les salariés qualifiés (Coutrot et Mermilliod, 2010).

Les exigences émotionnelles sont également très fortes chez le personnel hospitalier, tout particulièrement chez les aides-soignants, les infirmiers et les médecins, très souvent en contact avec des personnes en situation de détresse ou de souffrance. Quatre salariés sur dix doivent par exemple cacher leurs émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur, le personnel soignant non médical étant le plus concerné. Enfin, si les tensions avec les patients ne concernent que la moitié des salariés en contact avec le public, c'est le cas des deux tiers des infirmiers et sages-femmes. La proportion est également importante chez les médecins (58 %).

On note, en revanche, que c'est sur la composante de l'épanouissement au travail que les personnels

du milieu hospitalier ont des risques psychosociaux plus faibles que l'ensemble des actifs occupés, car ils s'ennuient moins et ont davantage l'occasion de développer leurs compétences professionnelles.

Parmi les RPS liés aux rapports sociaux et aux relations au travail, le sentiment de manque de reconnaissance est particulièrement prégnant chez les infirmiers et sages-femmes (41 % d'entre eux l'expriment). Concernant les dimensions liées aux « conflits de valeur » des RPS, les variations entre familles professionnelles sont également assez marquées sur le fait de « faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin ». Le personnel soignant non médical se sent notamment le plus contraint en qualité, car il doit se dépêcher, contrairement aux professions paramédicales⁴ ou administratives. Concernant l'insécurité économique, aucun profil ne se dégage clairement. Ainsi, ce sont quatre salariés hospitaliers sur dix qui ne se sentent pas capable de faire le même travail jusqu'à leur retraite, une part à peine plus élevée que pour l'ensemble des secteurs, mais qui touche la moitié des aides-soignants et des infirmiers contre seulement deux médecins sur dix.

En définitive, il apparaît que les divergences les plus marquantes dans les conditions de travail du secteur hospitalier interviennent plutôt entre les professions qu'entre les statuts des établissements (public/privé). On note aussi que si le genre ne semble pas être un facteur très discriminant des RPS à l'hôpital, une spécificité féminine peut être toutefois observée concernant la pression ressentie. Les femmes indiquent devoir plus souvent se forcer à être chaleureuses ou manifester de la bienveillance maternelle, se conformant ainsi à la représentation traditionnelle du rôle féminin. Elles sont également plus nombreuses à déclarer avoir besoin de cacher leurs émotions, une caractéristique qui se retrouve plus globalement dans le monde du travail. ■

4. On entend ici par « professions paramédicales » les techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

Pour en savoir plus

- > **Algava E.**, 2014, « Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *DARES Analyses*, DARES, n° 049, juillet.
- > **Assemblée Nationale**, 2014, « Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail », *Rapport*, n° 2436.
- > **Boisguerin B., Brillhault G. (coord.)**, 2014, *Le panorama des établissements de santé édition 2014*, DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Bué J., Coutrot T., Hamon-Cholet S., Vinck L.**, 2007, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », *Premières Synthèses*, DARES, janvier.
- > **Coutrot T., Mermilliod C.**, 2010, « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », *DARES Analyses*, DARES, n° 081, décembre.
- > **Evain F., Yilmaz E.**, 2012 « Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé », dans *Le panorama des établissements de santé*, DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Gheorghiu M.-D., Moatty F.**, 2013, « L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail », Centre d'études de l'emploi, coédité avec les éditions Liaisons, coll. Liaisons sociales.
- > **Loquet J., Ricroch L.**, 2014, « Les conditions de travail dans les établissements de santé », dans *Le panorama des établissements de santé édition 2014*, DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Micheau J., Molière E.**, 2014, « Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier », *Document de travail*, DREES, novembre.
- > **Mouquet M.-C., Oberlin P.**, 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », dans *Le panorama des établissements de santé*, DREES, coll. Études et Statistiques.