

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques  
DREES

SÉRIE  
STATISTIQUES

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

Conditions de travail et accréditation :  
Incidences dans l'activité de travail  
des professionnels de santé

Jorge Muñoz, Dominique Bertrand,  
Adeline Raymond

n° 112 – juillet 2007

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Résumé

Le présent rapport résulte d'un appel d'offre de la DREES pour la réalisation d'une exploitation statistique secondaire « Conditions de travail et organisation du travail dans les établissements de santé ». Il s'agit de mesurer l'incidence de la mise en place de la démarche d'accréditation sur les conditions de travail auprès de sujets issus d'établissement de santé.

L'accréditation peut être appréhendée comme un processus d'acquisition de nouvelles normes collectives de travail. En effet, il est recherché, à travers sa mise en place, non seulement une meilleure maîtrise de la gestion de l'hôpital mais également une modification des conduites des professionnels des établissements de santé. Ces derniers s'engagent dans une procédure où la formation à la nouvelle démarche est explicitement présentée et exposée. Durant ce processus, les acteurs apprennent un nouveau langage, acquièrent des nouveaux outils d'évaluation des pratiques, insèrent la démarche dans un mouvement plus large de transformation des pratiques. Autrement dit, l'accréditation se présente comme une tentative de modification de la vision des pratiques et de l'exercice de l'activité professionnelle à l'hôpital.

L'accréditation, dans le cadre particulier des établissements de soins connaît une histoire récente en France puisqu'elle est apparue dans les années 90. De ce fait, la littérature qui permet de mesurer son impact sur les conditions de travail et l'amélioration des soins reste sommaire. Les principaux travaux disponibles proviennent de l'ANAES [depuis la loi du 14 août 2004 l'ANAES a été absorbée dans la Haute autorité de santé (HAS)] qui s'est donné pour objectif de commander chaque année une enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif des professionnels concernés par la démarche de l'accréditation. Ces sondages réalisés par l'ANAES apportent un éclairage intéressant sur la progression de l'accréditation en France. Ils montrent une vision largement positive de sa mise en place avec une adhésion importante des professionnels ayant participé à la procédure. De plus, ils laissent entrevoir une certaine évolution dans le mode de management à l'intérieur de l'hôpital. Cependant, les auteurs de ses enquêtes ont toujours exclusivement interrogé soit les responsables des services ou des organisations de soins, soit les professionnels ayant participé à la mise en place de la démarche qualité mais occupant une fonction de cadre. Il n'existe pas de résultats concernant un échantillon représentant d'autres catégories professionnelles hospitalières comme par exemple les infirmières, les aides-soignantes, les agents de service ou encore les ouvriers.

La présente étude propose de compléter les travaux entrepris par l'ANAES en examinant l'incidence de l'accréditation sur les conditions de travail pour différents acteurs des établissements de soins.

Ainsi, nous avons pris dans l'ensemble des variables de la base de données de l'enquête conditions de travail 2003 de la DREES, celles permettant de répondre à notre problématique auxquelles nous avons ajouté deux variables. La première concerne l'accréditation avec trois modalités indiquant chacune un niveau d'accréditation atteint par l'établissement du répondant à la date de la passation de l'enquête (mai 2003) : procédure d'accréditation achevée (visite des experts et passage en collège) ; procédure en cours (visite des experts mais pas de passage en collège) et procédure non-entamée. La seconde nous permet de déterminer la catégorie professionnelle du répondant.

Ainsi, au cours de ce travail, nous avons voulu vérifier les hypothèses suivantes :

- l'accréditation a une incidence sur les conditions de travail qui se traduit par un processus linéaire et progressif d'apprentissage de nouvelles normes de travail mesurable à l'aide des différents stades de la procédure.
- Les effets de l'accréditation se font ressentir sur l'ensemble des catégories de professionnelles avec des résultats spécifiques pour chacune d'elles.

Pour ce faire, un traitement statistique, composé d'analyses en correspondances multiples, d'analyses de variances à différents facteurs de classification ainsi que des Chi carrés, est effectué.

Les analyses des résultats nous permettent d'aboutir aux conclusions suivantes :

- Tout d'abord, l'accréditation ne semble pas avoir des effets structurants. Son incidence reste bien en deçà d'autres facteurs déterminant tels que la catégorie socioprofessionnelle, le statut juridique de l'établissement ou encore le service principal d'affectation.

Le statut juridique des organisations détermine, en grande partie, la pénibilité au travail. Cet axe, commun aux deux segments de soignants (les infirmières et les aides-soignantes), permet de placer les établissements en fonction de bonnes ou de mauvaises conditions de travail. Les salariés des établissements privés à but lucratif apparaissent comme les plus mal « lotis ». Les conditions de travail semblent plus favorables dans le secteur privé à but non lucratif. Enfin, seules les infirmières déclarent une pénibilité au travail bien moindre dans le service public. Ce qui n'est pas le cas des aides-soignantes qui ressentent une importance élevée de la pénibilité, quasi-équivalente aux soignants du secteur privé à but lucratif. Le dernier point qui concerne typiquement l'incidence du statut de l'organisation d'exercice, est que les infirmières du service public ont beaucoup plus de responsabilités et de marge de manœuvre que celles du secteur privé à but lucratif. L'accréditation ne peut que nuancer ce constat en montrant ainsi son aspect moins structurant.

- Ensuite, l'effet de l'accréditation varie en fonction du niveau atteint dans son processus. Ce résultat va dans le sens de nos hypothèses. Cependant, les analyses nous montrent aussi que ce processus d'apprentissage et de modification des normes n'est pas linéaire et le niveau intermédiaire de l'accréditation n'est pas le reflet d'un stade moyen entre mauvaises conditions de travail (établissements non-accrédités) et bonnes conditions de travail (établissements accrédités). Au contraire, les sujets des organisations en cours d'accréditation dessinent un portrait singulier des conséquences de la démarche. Ils apparaissent comme les « bons élèves » de l'accréditation. En ce sens notre hypothèse est infirmée.

- Enfin, même si ce travail ne visait pas à évaluer le caractère durable de l'accréditation, la faiblesse des différences observées entre les déclarations des sujets issus d'établissements accrédités de ceux appartenant à des organisations « hors cursus » questionne sur son aspect pérenne et ce, indépendamment de la catégorie professionnelle.

Pour valider ce dernier résultat, il conviendrait de réaliser une étude longitudinale permettant de mesurer le degré de pénétration de la démarche d'accréditation.

## Tables des matières

Résumé.....	3
Introduction.....	7
Accréditation, certification et conditions de travail : Un lien facile à établir ? .....	8
Première partie.....	11
L'accréditation : apprentissage, échantillon de l'étude et état de la littérature .....	11
I.1 L'accréditation comme processus d'acquisition des nouvelles normes ou comme RÉVÉLATEUR.....	11
I.2 Une exploitation secondaire centrée en priorité sur la population d'infirmières et d'AIDES-SOIGNANTES .....	12
I.3 Une exploration des incidences de l'accréditation .....	12
I.4 L'accréditation une histoire ancienne dans le monde anglo-saxon et une nouveauté dans le contexte français.....	13
I.5 Accréditation et certification : même esprit mais organisation différente .....	19
I.6 De la difficulté de mesurer les effets de l'accréditation à l'instar des normes ISO 9000.....	20
Deuxième partie - Accréditation : unité de lieu et divergence de statut.....	25
La situation des professionnels de santé dans les établissements de santé .....	25
II Introduction : une base des données particulière.....	25
II.1 Rapprochement de la base de données de la DREES et de l'ANAES.....	25
II.2 Codage et construction du nouveau fichier.....	26
II.3 Premiers éléments d'une analyse MULTIVARIÉE : rapport intermédiaire .....	29
Troisième partie : .....	35
La situation des AIDES-SOIGNANTES, des infirmières, des médecins et des agents de services / ouvriers : .....	35
Unité de lieu et divergence des conditions de travail.....	35
III - Introduction.....	35
III.1 Les aides-soignantes une situation assez tranchée ? .....	35
III.2 Les infirmières une situation a double sens ou à double contrainte ?.....	46
III.3 Le cas des médecins et des agents de service et ouvriers : une situation en évolution partielle ? .....	61
Conclusion générale .....	71
Bibliographie .....	77
Annexes .....	81
Annexe 1 - Analyse des correspondances multiples sur données mises sous la forme d'indicatrices (y compris les valeurs numériques).....	83

<b>Annexe 2 - Récapitulatif des tableaux CHI2 concernant les aides-soignantes et la situation par rapport à l'accréditation.....</b>	<b>85</b>
<b>Annexe 3 : Récapitulatif des tableaux CHI2 concernant les infirmières et la situation par rapport à l'accréditation.....</b>	<b>91</b>
<b>Annexe 4 - Représentation ACM des IDE : niveau d'accréditation, statut de l'établissement et service d'affectation.....</b>	<b>99</b>
<b>Annexe 5 - Récapitulatif des tableaux CHI2 concernant les médecins et la situation par rapport à l'accréditation.....</b>	<b>101</b>
<b>Annexe 6 - Récapitulatif des tableaux CHI2 concernant les agents de service et ouvriers et la situation par rapport à l'accréditation.....</b>	<b>107</b>
<b>Annexe 7 : Répartition des sujets des différents segments en fonction des variables SERVUN (service principal d'affectation) et STATM (statut juridique de l'établissement de santé).....</b>	<b>111</b>
<b>Annexe 8 - Fiche technique .....</b>	<b>113</b>
<b>Annexe 9 - Note sur les traitements statistiques des données dans l'enquête .....</b>	<b>115</b>

## Introduction

La problématique adoptée, dans le document que nous présentons, expose la démarche suivie dans le traitement et l'exploitation statistique de l'enquête « Conditions de travail et organisation du travail dans les établissements de santé » réalisée en 2003<sup>1</sup>. Notre idée de départ visait à mesurer l'incidence de l'accréditation sur les conditions de travail à l'hôpital<sup>2</sup>. Ainsi notre projet proposait une exploitation secondaire d'une partie de la base de données obtenue par la DREES. La partie ciblée en priorité était le chapitre consacré au « travail » (Questions 16 à 59). Toutefois, nous avons intégré une série de questions nous permettant d'aborder les paramètres liés aux horaires et aux rythmes du travail. Cette partie du questionnaire englobe plusieurs thématiques permettant l'examen des incidences de l'introduction des démarches d'accréditation dans les établissements de santé. De cette façon des variables portant sur l'organisation du travail, sur le rythme, sur les normes ou la communication entre professionnels sont intégrées. Notre proposition prolongeait ainsi le projet de recherche qualitatif réalisé sur les conséquences de la démarche qualité et l'accréditation des établissements de santé<sup>3</sup>. Au sein de l'hôpital, de nouveaux modèles de gestion et d'organisation ont en effet émergé. Partant du principe selon lequel la non-qualité génère des coûts inutiles, la notion d'assurance qualité, développée initialement dans le monde industriel, a été reprise. Le parcours du patient hospitalisé, de son entrée à sa sortie de l'établissement est modélisé comme un processus constitué d'étapes successives. Pour chacune de ces étapes, il s'agit de maîtriser les risques de non-qualité. De cette façon, s'intéresser aux questions relatives au travail, nous permettra d'exploiter et de mesurer les enjeux liés aux contraintes du travail. « *Fondée sur une méthodologie spécifique, élaborée avec les professionnels de santé, basée sur des outils d'analyse acceptés par les professionnels, l'accréditation permet à chaque établissement d'engager régulièrement une réflexion sur son organisation, ses modalités de fonctionnement entre les différents professionnels, ses procédures internes et son type de management* » (ANAES, 2003). On voit à ces propos que l'accréditation englobe plusieurs dimensions de l'activité de travail à l'hôpital. C'est la raison pour laquelle, notre projet examinera les différentes variables citées ci-dessus pour évaluer l'impact éventuel d'une telle démarche.

L'accréditation est apparue au début du XXe siècle aux États-Unis<sup>4</sup>, elle a connu un essor important après la Seconde guerre mondiale outre Atlantique. Toutefois, à notre connaissance, très peu de travaux mesurent son impact. Et, nous verrons ultérieurement que la littérature de référence souligne son incidence faible ou nulle sur l'amélioration des démarches de la qualité de soins.

---

<sup>1</sup> Le présent rapport regroupe les conclusions du rapport intermédiaire de juillet 2005 et les conclusions du rapport final. Il inclut également des évolutions dans la construction des typologies et l'emploi des nouvelles variables.

<sup>2</sup> Nous allons conserver le terme « d'accréditation » pour le reste du document. Nous sommes conscients que la terminologie a évolué depuis début 2005. En effet, l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, les missions de l'ANAES ont été reprises par la Haute autorité de santé. En outre, cette même loi introduit un changement de vocable : la « certification » remplace l'« accréditation » auparavant utilisée pour les établissements de santé. Le terme « accréditation » est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales.

<sup>3</sup> Douguet F., Muñoz J, *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, Document de travail – Série Études, n° 48, 2005.

<sup>4</sup> En effet, l'accréditation a été introduite aux États-Unis en 1919. Selon certaines sources, cette démarche résulte d'une discussion et d'un constat effectué par des médecins et des ingénieurs sur les conditions d'exercice de la profession. Comme le souligne James S. Roberts et al. "Most hospitals were little more than boarding-houses for poor and sick persons. Patients were not examined when they were admitted, and because histories and diagnoses were seldom recorded medical records were useless. Most hospitals also lacked the equipment and services necessary for conducting proper preoperative and postoperative evaluation of surgical patients"; (1987), *JAMA*, N°7, Vol. 258, p. 936.

## Accréditation, certification et conditions de travail : Un lien facile à établir ?

L'hôpital se présente comme une organisation du travail spécifique et particulière. Peut-on considérer que les conditions de travail seront facilement assimilables à celles observées dans d'autres secteurs ?

Notre objectif de départ de mesurer l'impact de l'introduction de l'accréditation se fondait sur l'essentiel, sur la littérature des milieux industriels voire du secteur tertiaire. Dans ces secteurs, les études sont assez convergentes concernant ses effets sur l'organisation du travail de l'introduction des procédures de normalisation du type ISO 9000. Premièrement, l'organisation du travail au sens d'une division technique du travail, ne reste pas inerte durant la mise en place de ces normes<sup>5</sup>. Il semblerait que ces normes caractérisent une organisation du travail où les échelons hiérarchiques se réduisent et les pôles de décisions s'aplatissent. Ainsi les normes ISO 9000 définissent une nouvelle forme d'organisation du travail plus réactive et flexible. Deuxièmement, la littérature montre que ces normes, et la procédure de certification qui en découle, s'accompagnent de la mise en place des nouveaux outils techniques notamment informatiques. Ainsi les normes ISO 9000 accentuent la collaboration entre les acteurs en s'appuyant sur l'introduction d'outils de gestion intégrés et capables de suivre les flux<sup>6</sup>. Troisièmement la mise en place de telles politiques a été analysée du point de vue de ces incidences en termes de conditions de travail. De ce point de vue, du côté de l'industrie et des entreprises du tertiaire, l'introduction des normes ISO 9000 et des démarches qualité semblent accroître la pénibilité au travail<sup>7</sup>. On assisterait à des conditions de travail combinant plusieurs facteurs à risques.

Ainsi la littérature en la matière, nous conduit à penser que les effets globaux de l'introduction de ces nouvelles politiques d'entreprise aboutissent plus à une dégradation des conditions de travail qu'à une amélioration. Peut-on transférer ce raisonnement dans le secteur hospitalier ? Quelles sont les grandes caractéristiques de l'organisation du travail à l'hôpital ?

### L'organisation hospitalière : une réalité singulière

Si la littérature, sur les effets des normes ISO 9000 et les démarches qualité est importante pour le secteur industriel et une partie du secteur tertiaire il n'en va pas de même concernant les travaux portant sur l'organisation hospitalière et l'accréditation. En effet, les études sur l'introduction de l'accréditation sont peu nombreuses<sup>8</sup>. En revanche, les recherches sociologiques sur le travail à l'hôpital sont anciennes et abondantes. Dès les années 1950, aux États-Unis, l'hôpital a suscité de

---

<sup>5</sup> La littérature sur ce sujet est assez importante. Nous renvoyons le lecteur à notre rapport précédent pour une revue détaillée de la littérature.

<sup>6</sup> Dans cette perspective la mise en place de l'informatique dans le cadre des normes ISO 9000 peut correspondre à une vision stratégique de la firme. Ainsi, écrit M. Gollac : « une organisation des livraisons en flux tendus, correspond à un choix stratégique de l'entreprise s'appuyant sur une informatisation des flux des données qui représentent les flux de marchandises et implique des modifications de l'organisation du travail et un nouveau rapport au marché ». Gollac M., Mangematin V., Moatty F. et de saint Laurent A-F, 1998, « Informatisation : l'entrée du marché dans l'organisation », *Revue française de gestion*, N°118, p. 102.

<sup>7</sup> Voir sur ce sujet les travaux de Askenazy P. et Caroli E. et Marcus V., 2002, « New organizational practices and working conditions : evidence from France in the 1990's », *Recherches économiques de Louvain*, N° 68, (1-2), pp. 91-110. Aussi Gollac M. et Volkoff S., 1996, « Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 114, p. 54-67. Hamon-Cholet S., 2002, « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, Dares, N° 20.1, pp. 1-10. Bué J. et Rougerie C., 1999, « L'organisation du travail entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, Dares, N° 32.1, pp. 1-8.

<sup>8</sup> Nous verrons ultérieurement ce que nous pouvons retenir de cette littérature.

nombreuses enquêtes. D'abord centrées sur les équipes soignantes<sup>9</sup> puis progressivement c'est l'hôpital comme organisation qui est analysé par les sociologues américains<sup>10</sup>. Il en ressort une vision complexe de l'hôpital comme un espace cumulant un nombre de caractéristiques peu ou pas aperçues dans un autre contexte organisationnel. Une forte spécialisation professionnelle, une cohabitation de plusieurs univers professionnels, de plusieurs lignes hiérarchiques, de règles administratives et professionnelles de différentes natures ainsi qu'une dimension technique importante (services de pointe) et des compétences singulières voire uniques sont autant d'éléments qui interviennent dans la réalité de l'activité organisationnelle de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle, l'analyse de la réalité hospitalière nous renvoie à une activité de travail cumulant des paramètres rarement rencontrés dans d'autres organisations.

En effet, l'univers singulier de l'hôpital nous a conduit à revoir notre idée de départ et à adopter une autre stratégie d'interprétation de nos résultats. Nous verrons que l'accréditation ne produit pas des effets similaires ou escomptés en termes de changements et en termes de conditions de travail.

C'est pourquoi notre démarche, au fur et à mesure de l'avancement de notre analyse, a évolué vers une vue moins définitive des effets de l'accréditation dans les établissements de santé où les normes de travail et les dimensions organisationnelles ne peuvent pas être si facilement assimilées au monde industriel. Pour comprendre notre nouveau cadre d'interprétation, nous allons revenir sur l'idée de l'accréditation comme processus d'acquisition de nouvelles normes ou conduites. Or, tout processus d'acquisition, ou d'intériorisation, de nouvelles normes dépend en grande partie du contexte organisationnel.

Le contexte organisationnel peut se définir comme l'environnement proche de l'acteur et se caractérise par une dimension structurelle – formelle- (division du travail, distribution des rôles, etc.) ainsi qu'une dimension informelle – (les interactions, les réciprocitys entre acteurs) à l'intérieur desquelles il évolue. Or, cet environnement est très diversifié d'une organisation hospitalière à une autre. À titre d'exemple, le statut de l'établissement, la fonction du professionnel, la composition du service, le niveau de technicité sont autant d'éléments qui interviennent dans le processus d'acquisition des normes.

Pour présenter notre travail nous allons dans un premier temps clarifier notre approche pour mieux cerner la population sur laquelle nous travaillons. Un regard sur la littérature contemporaine concernant l'accréditation nous permettra de situer notre perspective.

Une fois posé l'ensemble de ces éléments, nous exposerons, dans une seconde partie la manière dont nous avons procédé pour construire notre base des données et les premiers éléments de la structure de notre échantillon. La troisième partie de notre rapport sera centrée sur l'examen de l'incidence de l'accréditation sur la situation des aides-soignantes et des infirmières à l'appui d'analyses en correspondances multiples. Nous portons aussi, dans cette partie, un regard plus synthétique sur deux autres catégories des professionnels de l'organisation hospitalière – médecins et agents/ouvriers hospitaliers – pour les comparer aux aides-soignantes et infirmières.

---

<sup>9</sup> Voir par exemple Burling T.E. Lentz E.M., Wilson R.N. 1956, *The give and take in hospitals: a study in human organization*, New York, G.P. Putnam's sons, XXXX.

<sup>10</sup> Parmi les travaux les plus classiques nous pouvons citer Perrow Ch. 1965, « Hospitals, technology structure and goals », In J. March (ed) *Handbook of organizations*, Chicago, rand McNally, 1965, pp.910-971. Straus A., Schatzman L., Ehrlich D., Bucher R., Sabshin, M. 1963, "The hospital and its negotiated order", in E. Freidson (ed) *The hospital in the modern society*, Londres, The free press of Glencoe. L'ouvrage traduit en français d'A Strauss, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Baszanger I., Paris, ed. L'harmattan, 311 p. Goffman E., 1990, *Asile. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, ed ; de minuit, (Coll. « Le sens commun »), première édition en anglais 1961, 447 p.

## Première partie

### L'accréditation : apprentissage, échantillon de l'étude et état de la littérature

#### *1.1 L'accréditation comme processus d'acquisition des nouvelles normes ou comme RÉVÉLATEUR*

L'accréditation peut être appréhendée comme un processus d'acquisition de nouvelles normes collectives de travail. En effet, il est recherché, à travers sa mise en place, non seulement une meilleure maîtrise de la gestion de l'hôpital mais également une modification des conduites des professionnels des établissements de santé. Ces derniers s'engagent dans une procédure où la formation à la nouvelle démarche est explicitement présentée et exposée. Durant ce processus, les acteurs apprennent un nouveau langage, acquièrent des nouveaux outils d'évaluation des pratiques, insèrent la démarche dans un mouvement plus large de transformation des pratiques. Autrement dit, l'accréditation se présente comme une tentative de modification de la vision des pratiques et de l'exercice de l'activité professionnelle à l'hôpital<sup>11</sup>.

Partant de cette idée, notre travail a consisté à envisager la mise place de l'accréditation en trois temps ou niveaux. Le premier temps concerne les établissements visités mais également ayant fait l'objet d'un avis du collège de l'accréditation. Le second temps englobe les établissements ayant entamé la procédure et se trouvant à mi-parcours car les experts visiteurs y avaient réalisé leurs enquêtes. Enfin le troisième niveau comprend les établissements n'ayant pas, à l'époque de l'enquête, entamé la procédure. Trois stades sont ainsi déterminés pour trois situations d'apprentissages différentes. Le travail que nous allons entamer dans le rapport part de cette représentation de l'échantillon final de l'enquête. Ce choix de traitement des données mérite quelques commentaires que nous allons développer ultérieurement notamment dans la partie concernant la construction de notre base des données. Nous pouvons avec ce découpage comparer, de façon transversale, les éventuelles modifications apparues durant la mise en place de l'accréditation et évaluer sa permanence et sa constance. Notre hypothèse de départ porte sur l'observation de transformations des pratiques par l'acquisition de nouvelles normes au fur et à mesure de l'avancement de phases, c'est-à-dire que nous pensons observer une progression linéaire. Pour analyser plus correctement ces résultats nous nous sommes concentrés sur certaines catégories de professionnelles.

De cette façon, nous pouvons analyser la mise en place de l'accréditation comme un processus d'apprentissage durant lequel les normes, notamment de travail, peuvent être modifiées. L'accréditation apparaît ainsi comme un processus révélateur permettant de tester les effets de cette procédure par rapport à d'autres variables préexistant à la mise en place de celle-ci. Autrement dit, notre démarche se caractérise par une première phase descriptive nous permettant de situer l'effet accréditation par rapport à d'autres variables.

---

<sup>11</sup> De ce point de vue, notre travail s'écarte peu du travail effectué sous la direction de François P. et Vinck D. (2002). En effet, le rapport part de l'idée de la diffusion et l'appropriation d'un changement induit par une politique nationale. Parmi les hypothèses développées, les auteurs considèrent que l'accréditation peine à s'introduire non pas à cause d'une certaine résistance mais du fait d'une forte contingence. Le processus d'innovation qui provoque l'accréditation engage dès le début les valeurs et représentations de la démarche et donc de leur appropriation et traduction. François P. et Vinck D. (sous la dir.). 2002, *Maîtrise de la qualité des soins dans les services médicaux de l'hôpital dynamique de mise en œuvre et transformations induites*, Rapport Inserm, CNRS, MIRE, sept. 214 p.

## ***1.2 Une exploitation secondaire centrée en priorité sur la population d'infirmières et d'AIDES-SOIGNANTES***

Notre premier travail<sup>12</sup> nous a mené à nous concentrer sur la population la plus importante du secteur hospitalier à savoir les infirmières (IDE) et les aides-soignantes (AS). Il nous a montré l'importance accordée par ces professionnelles à la relation de soins mais également à la coordination nécessaire entre les différents acteurs. Toutefois, le personnel médical ne sera pas écarté totalement d'une telle exploitation, étant donné la place prépondérante que les médecins occupent dans une telle organisation et notamment dans la mise en place de l'accréditation. Nous verrons que la situation des médecins par rapport aux AS et aux IDE est assez contrastée. De plus, l'étude des agents de service et des ouvriers nous permettra de jeter les derniers éléments de comparaison par rapport à la population cible prioritaire. Pourquoi un tel choix ? Premièrement pour les médecins par le rôle qu'ils sont censés jouer dans la mise en place de l'accréditation et également par la place que ces derniers occupent dans l'organisation hospitalière. Pour les ouvriers et les agents de service les raisons sont un peu différentes. Souvent ces professionnels occupent des postes de travail où l'on trouve des conditions de travail proches de la réalité de travail industriel (cadences, usages des machines, gestes répétitifs, etc.). Par ailleurs, dans le secteur privé lucratif, ce sont souvent les services où travaillent ces professionnels qui sont l'objet d'une externalisation<sup>13</sup>. De ce point de vue, les comparaisons peuvent s'avérer intéressantes par rapport aux résultats des enquêtes dans les milieux industriels ou tertiaires.

## ***1.3 Une exploration des incidences de l'accréditation***

Le travail proposé en post-enquête nous a permis d'analyser non seulement les différentes parties du questionnaire mais également d'explorer une dimension non-évoquée dans celui-ci : l'accréditation. L'accréditation des établissements de santé est une politique lancée depuis bientôt 10 ans en France visant à introduire une rationalisation des pratiques à travers entre autres, la qualité de soins. Il nous a été possible d'identifier dans le questionnaire les établissements et, à partir de là, de créer notre base de données. La structure du questionnaire nous permet d'explorer la question des normes et leurs incidences<sup>14</sup>. Ainsi les premiers résultats de l'enquête « conditions de travail dans les établissements de santé » indiqueraient une nette différence dans la perception des répercussions financières en fonction du statut de l'établissement mais également en fonction de la fonction occupée<sup>15</sup>. Le travail proposé ici s'attachera à approfondir une lecture des résultats en fonction de la situation dans la procédure de l'accréditation. En effet, l'étude des liens entre activité de travail et mise en place de nouvelles formes d'organisation nous paraît cruciale pour cerner les conditions de travail. Certaines études qualitatives montrent, dans le cadre de création de nouvelles procédures, telles que l'information au malade, qu'une oscillation est observée entre l'obligation de respecter la procédure et une tendance à nuancer celle-ci<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> *Op. Cit.* Douguet F., Muñoz J., *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, Document de travail – Série Études, n° 48, 2005

<sup>13</sup> A ce sujet le lecteur peut lire le rapport « Étude préalable à un contrat d'études prospectives dans le secteur sanitaire privé commercial » Rapport final Acker F., Muñoz J et Trehony A, 2000, 144 p. Réalisé pour la Direction des hôpitaux et la Délégation à la formation professionnelle du ministère des Affaires sociales et la solidarité.

<sup>14</sup> Cf. Q. 42 et suivantes.

<sup>15</sup> Voir l'article de Le Lan R., Baubeau D. (coll.) 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 335, DREES.

<sup>16</sup> Amar L. et Minvielle E., 2000, « L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, N° 42, pp. 69-89. D'autres travaux montrent que la marge de manœuvre des médecins que l'on pouvait penser davantage réduite se trouve élargie car ils en font un usage stratégique. Robelet M. 2001, « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels de qualité », *Sciences sociales et santé*, N° 2, Vol. 19, pp. 73-98.

Dans ce sens et dans un autre contexte de travail les travaux de P. Askenazy<sup>17</sup> exposent les conséquences de la mise en place des démarches innovantes dans les entreprises parmi lesquelles la démarche qualité. En se fondant sur les enquêtes européennes et françaises dans ce domaine, il arrive à la conclusion que les pratiques innovantes restent très fortement associées à un surcroît d'accidents du travail de 15 % à 30 %. Plus précisément, il est accepté l'idée suivant laquelle l'intensification du travail résulte d'une double contrainte : une contrainte de production -cadences, rythmes, flux, etc.- et une contrainte dite « marchande » – services, clients, interruptions, etc.<sup>18</sup> – dont les nouvelles formes d'organisation du travail en synthétisent les principaux éléments. P. Askenazy montre ainsi que derrière la mise en place des politiques managériales, à bien des égards innovantes, il y a un angle mort important dans la mesure où ces transformations ne s'accompagnent pas d'une réelle réflexion sur les conséquences en termes de conditions de travail.

Le questionnaire, confectionné par les services de la DREES, comporte une série de questions intéressantes à ce propos et fortement inspirées de l'enquête DARES conditions de travail et SUMER<sup>19</sup>. Notre travail permet, aussi, de tester les résultats obtenus dans le cadre de l'accréditation en milieu hospitalier et de les comparer à d'autres domaines<sup>20</sup>.

Nous constatons avec ce bref rappel de la littérature spécialisée sur les conditions de travail dans le monde industriel que l'introduction des nouvelles formes d'organisation du travail, parmi lesquelles les démarches qualités, génèrent, paradoxalement, des effets négatifs sur les conditions de travail. Qu'en est-il des études effectuées dans le domaine de l'hôpital ?

#### ***1.4 L'accréditation une histoire ancienne dans le monde anglo-saxon et une nouveauté dans le contexte français***

Nous disions que l'accréditation n'est pas une politique strictement française. Elle a vu le jour au début du XX<sup>ème</sup> siècle aux États-Unis. Nous nous proposons de faire le point sur les connaissances acquises dans la mise en place de cette politique aux États-Unis et de les comparer avec la littérature française issue, pour l'essentiel, de l'ANAES.

##### ***1.4.1 L'accréditation aux États-Unis effets et bilans***

Il existe à notre connaissance peu de travaux mesurant l'impact et les effets de la mise en place de l'accréditation dans les établissements hospitaliers malgré une histoire ancienne dans le monde anglo-saxon.

L'histoire de l'accréditation ne peut se comprendre que par rapport à l'histoire du développement des professionnels de santé et à leur fidélité à prodiguer des soins de qualité. Pour reprendre les analyses d'A. Strauss qui s'appuient sur l'hypothèse selon laquelle l'organisation du travail à l'hôpital résulte

---

<sup>17</sup> Askenazy P., 2002, *La croissance moderne. Organisations innovantes du travail*, Paris, Ed. Economica, 288 p.  
Askenazy P., Caroli E. et Marcus V., 2002, « New Organizational practices and working. Conditions : evidence from France in the 1990 », *Recherches économiques de Louvain, Economic review*, Vol. 68, n° 1- 2 pp.91-110. Et Askenazy P. 2004, *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil (Coll. « La république des idées »), 96 p.

<sup>18</sup> Cartron D. et Gollac M., 2003, « Intensité et conditions de travail », *quatre pages*, CEE, n° 58, pp. 1-4.

<sup>19</sup> Cf. Questions 27 et suivantes.

<sup>20</sup> Hamon-Cholet Sylvie, 2002, « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, Dares, n° 20.1, pp.1-10.

de négociations plus au moins explicites sur le fonctionnement quotidien de la prise en charge<sup>21</sup>, la base de départ, de ces négociations, se fonde sur le principe partagé par l'ensemble des professionnels à savoir que le patient doit sortir de l'établissement de santé en meilleur état qu'à son arrivée. « *Cet objectif est le ciment symbolique grâce auquel, en termes de métaphoriques, l'organisation se maintient : le symbole auquel le personnel peut, confortablement et fréquemment, se référer – avec l'assurance que sur ce point au moins, tout le monde est d'accord* »<sup>22</sup>. L'accréditation, dès son début aux États-Unis, tentait de répondre à ce souci d'amélioration de la prise en charge des patients.

En mettant en place des critères minimaux ou des standards que les hôpitaux devaient respecter, les professionnels de santé américains voulaient par ce biais stimuler l'amélioration de la qualité de soins. Mais c'est surtout après la Seconde Guerre Mondiale que l'accréditation connaîtra un essor important aux États-Unis. Dans les années 1970, la commission américaine de l'accréditation développera une relation étroite avec les acteurs et les promoteurs de l'assurance qualité dont elle adoptera une bonne partie de ses méthodes de travail.

Par ailleurs, l'accréditation des établissements hospitaliers s'est longtemps cantonnée à quelques pays anglo-saxons (Canada, Irlande et Australie), ce n'est que depuis les années 1980 que l'Espagne et, dans les années 1990, la France ont adopté cette politique.

En Australie, l'accréditation a été introduite de manière facultative. Une évaluation de son impact a montré qu'elle contribuait à la reconnaissance des services des soins infirmiers et développait d'une manière plus collégiale, l'organisation de la prise en charge des patients<sup>23</sup>. Toutefois, lorsque l'on regarde les autres catégories des professionnels, notamment les médecins, on constate son faible impact (ils ont peu adopté ou participé à la démarche) et du point de vue des établissements, l'accréditation a peu aidé à répondre aux attentes de la population<sup>24</sup>.

Du côté américain, on note certaines études effectuées sur le thème parmi lesquelles, le travail de B. Emmett et Ali<sup>25</sup>. L'objectif de cette étude était de comparer les démarches qualité des soins dans différents hôpitaux mesurées à partir de critères explicites<sup>26</sup>. Il s'agissait d'en étudier les effets sur des pathologies précises à deux périodes distinctes (1981 à 1982 et 1985 à 1986). Les conclusions de cette étude restent assez controversées. En effet, il apparaît que l'accréditation n'a pas permis, de manière évidente, l'amélioration de la qualité de soins. Ce sont d'autres critères, tels que la situation géographique de l'hôpital – urbain ou rural – le statut privé ou public ou encore le fait que ce soit un établissement de formation ou pas, qui interviennent davantage dans les variations constatées. Nous verrons que les résultats de notre étude font écho à ces premières analyses, en tout cas en ce qui concerne la faiblesse des effets de l'accréditation sur les conditions de travail par rapport à d'autres variables contingentes.

---

<sup>21</sup> Sur ce sujet voir l'ouvrage préparé par Baszanger I., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Ed. L'harmattan (Coll. « Logiques sociales »), notamment l'article « l'hôpital et son ordre négocié », pp. 87-112.

<sup>22</sup> *Op. Cit.* p. 95.

<sup>23</sup> Cette conclusion rejoint le même constat effectué dans notre premier rapport.

<sup>24</sup> Voir l'article de Duckett SJ. 1983, « Changing hospitals: the role of hospital accreditation », *Social science medicine*, N°17, (20), pp. 1573-1579.

<sup>25</sup> Emmett B, Keeler, PhD, Lisa V. Rubeinstein, MD, MSPH, Katherine L. Khan, *ali*, 1992, "Hospital characterises ad quality of care", *JAMA*, Oct. 7, Vol. 268, N° 13, pp. 1709-1714.

<sup>26</sup> Tels que le taux de mortalité.

Les études canadiennes se sont, quant à elles, centrées sur la dimension organisationnelle de l'accréditation. Ces différents travaux montrent une variation allant de l'introduction des normes à l'adoption des démarches continue de la qualité (ACQ)<sup>27</sup>. De cette façon dans le cas canadien il apparaît que l'introduction de l'accréditation a permis d'améliorer notamment les processus de communication interne de l'hôpital mais les pratiques cliniques ont été faiblement influencées. Les études ont aussi montré que les indicateurs développés par les groupes d'auto évaluation, constitués lors de la mise en place des démarches de la qualité de soins, se sont avérés peu pertinents pour suivre la performance de l'organisation hospitalière<sup>28</sup>.

#### ***1.4.2 Les travaux français sur l'introduction de l'accréditation***

Dans la réalité française et selon certaines études, l'introduction de la démarche d'accréditation (ou de toute autre forme de démarche d'évaluation et/ou d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé) ne va pas sans susciter des réticences, voire une franche hostilité de la part des professionnels concernés. Ceux-ci peuvent pressentir une certaine remise en cause de leurs capacités professionnelles ou bien redouter une immixtion de l'administration dans le domaine des soins<sup>29</sup>. En outre, les personnels hospitaliers, et les médecins en particulier, n'appréhendent pas toujours la qualité comme la résultante de l'activité de l'hôpital pris dans sa globalité<sup>30</sup>.

Depuis la mise en place de l'accréditation en 1996, les principaux travaux dont nous disposons proviennent de l'ANAES. Il existe depuis le début des années 2000, une série d'études et rapports sur le sujet.

L'ANAES s'est donné pour objectif de commander chaque année une enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif des professionnels concernés par la démarche de l'accréditation. La première enquête menée en 2001 ne concernait que les directeurs d'établissements de santé. Aussi, en 2002 l'ANAES a fait réaliser une seconde enquête auprès de directeurs d'établissements, de soignants (cadres ou directeurs de soins)<sup>31</sup> et de médecins. Son objectif était de mieux connaître l'impact des démarches qualité et d'accréditation sur les personnels<sup>32</sup>.

Il ressort de cette enquête que l'intérêt pour l'accréditation est toujours plus important parmi les professionnels travaillant dans des établissements ayant achevé la démarche. L'ensemble des répondants la juge positivement : elle est enrichissante, génératrice de changements, pédagogique, susceptible de modifier leurs pratiques, mais est aussi caractérisée de formelle et de lourde. Les soignants perçoivent plus positivement encore que les autres groupes de sujets (médecins et directeurs) la démarche d'accréditation. Les soignants travaillant dans des établissements n'ayant pas achevé la procédure déclarent la démarche comme étant significativement moins génératrice de changements et moins susceptible de modifier leurs pratiques. Les comptes rendus d'accréditation sont plus fréquemment consultés par les directeurs et les soignants que par les médecins. Les soignants les

---

<sup>27</sup> Sur ces différents aspects voir : Lozeau D. 2002, « Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics du Québec », *Gestion*, n° 27, (3), pp. 113-122. François P. 2001, « Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec », *La presse médicale*, n° 30, (12), pp. 591-595. Et Le conseil canadien d'Agrément des services de Santé. 1995, *Normes à l'intention des établissements de soins de courte de durée. Une approche centrée sur le patient*. Ottawa, CCASS.

<sup>28</sup> Voir Lemieux-Charles L, Gault N, Champagne, et Alii, 2000, « Use of mid-level indicators in determining organizational performance », *Hospital quarterly*, summer, pp. 48-52.

<sup>29</sup> Leteurtre H., Patrelle I. Quaranta J-F, Ronziere N. 1999, *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault (Coll. Audit Hôpital).

<sup>30</sup> Segouin C. (dir.) 1998, *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin (Coll. Les dossiers de l'AP-HP).

<sup>31</sup> Nous pouvons noter que la catégorie des soignants n'inclut ni les AS, ni les IDE.

<sup>32</sup> Bruneau C., Obrecht O., Lachenaye-Llanas C. 2003, « Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé », *Gestions hospitalières*, n° 422, pp. 13-17.

estiment plus souvent utiles, clairs explicites et susceptibles de modifier les priorités que les directeurs et les médecins. Cette perception est la même dans les établissements visités et non visités.

Enfin, nous pouvons signaler une autre étude<sup>33</sup>, moins récente que les deux premières, dont l'objectif est de rendre compte des pratiques d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé publics et privés. L'enquête montre que les démarches d'amélioration de la qualité sont définies suite à une obligation – et non à une volonté – impliquée par l'accréditation. En tant qu'obligation légale, l'accréditation constitue un levier en matière de réflexion et d'amélioration de la qualité.

Dans l'ensemble, les démarches d'amélioration de la qualité restent verticales, du fait du cloisonnement entre les services et les activités et concernent essentiellement les unités de soins. Ces pratiques impliquent l'ensemble des catégories tant dans leur pilotage, leur élaboration que leur mise en œuvre (auto-évaluation, projet d'amélioration et évaluation). Cependant, l'engagement de la direction dans le pilotage de la démarche est faible. Ce constat pouvant s'expliquer par la faible association de la démarche au projet d'établissement, c'est-à-dire à la stratégie de l'organisation. Le corps médical est également faiblement représenté dans le groupe de travail, contrairement au corps soignant<sup>34</sup> (principalement les IDE générales et les cadres infirmiers supérieurs).

La grande majorité des établissements met en œuvre une phase de détection de la non-qualité (auto-évaluation). En revanche, il n'existe pas d'auditeur interne de la qualité. Cette mission est assurée de manière diffuse essentiellement sur le principe de l'observation directe et d'un audit effectué sur la base des critères d'évaluation. Les propositions d'amélioration de la qualité reposent sur des travaux réalisés par des groupes de travail ou des projets composés, sur le principe du volontariat, d'acteurs de différents niveaux hiérarchiques, mais appartenant au même service la plupart du temps. La majorité des établissements compte réaliser une évaluation de leur démarche, le plus souvent en comparant les résultats obtenus avec les critères de l'accréditation contenus dans le guide de l'ANAES. Les critères utilisés sont alors essentiellement qualitatifs et rarement financiers.

Nous voyons à travers les travaux menés par l'ANAES, une recherche de connaissance du développement de la démarche et sa progressive appropriation. Plus récemment, en 2005, l'ANAES a procédé à un nouveau sondage pour connaître l'évolution de la mise en place de l'accréditation<sup>35</sup>. Contrairement aux autres sondages effectués en 2001 et 2002 portant sur la perception des professionnels de santé, ce dernier s'est concentré sur les établissements ayant mis en place les démarches d'accréditation. De plus, ce sondage intègre des nouvelles catégories du personnel de l'hôpital.

Ses principaux résultats montrent une adhésion importante à la démarche et une perception plutôt positive de celle-ci. L'étude se limite à donner uniquement les résultats les plus extrêmes en termes de réponses alors que les sondés avaient le choix entre plusieurs échelons sur les échelles d'attitudes (« De tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord »)<sup>36</sup>. Ainsi sur les 1409 sondés, il résulte « *un taux assez élevé de réponses favorables à l'ensemble des items quelle que soit la profession* ». Le Directeur de l'information médicale (DIM), le président Commission médicale d'établissement (CME), les médecins, le directeur, le responsable qualité, etc. sont entre **34 %** à **69,8 %** à être tout à fait d'accord

---

<sup>33</sup> Bertezene S., 1996, « Démarches d'amélioration de la qualité : état des lieux », *Gestions Hospitalières*, pp. 710-722.

<sup>34</sup> La catégorie des soignants inclut ici des AS, ASH et IDE.

<sup>35</sup> A. Depaigne-Loth, C. Bruneau, P. Jourdy et P. Burnel, 2005 « À quoi sert l'accréditation ? Résultats d'une enquête sur les effets perçus de la procédure d'accréditation des établissements de santé », étude ronéotypée à paraître dans la revue *Décision santé* en janvier 2006.

<sup>36</sup> Dans le document que nous possédons nous n'avons pas la possibilité de connaître la réelle distribution des réponses.

ou plutôt d'accord avec les variables proposées<sup>37</sup>. En revanche, comme les études précédentes, les auteurs constatent une faible participation des médecins à la démarche globale. Aussi plus de la moitié des sondés considère que la démarche initiée avec les auto-évaluations s'est essoufflée (13 % « tout à fait d'accord », 41 % « plutôt d'accord »). Enfin les auteurs soulignent que la mise en place de l'accréditation, si elle aide les acteurs à étendre les démarches d'amélioration de la qualité, ne s'est pas traduite par la mise en œuvre des évaluations et des mesures systématiques de l'activité et des pratiques.

Ces sondages réalisés par l'ANAES apportent un éclairage intéressant sur la progression de l'accréditation en France. Ils montrent une vision largement positive de sa mise en place avec une adhésion importante des professionnels ayant participé à la procédure. De plus, ils laissent entrevoir une certaine évolution dans le mode de management à l'intérieur de l'hôpital. C'est notamment pour les cadres de santé que les résultats apparaissent les plus intéressants.

Toutefois, comme tout sondage, ils souffrent des limites qu'il nous semble important de souligner ici.

1. **Première limite** : la population concernée par le sondage. Malgré les précautions et les modifications de l'échantillon effectué entre les trois sondages, les auteurs ont toujours exclusivement interrogé soit les responsables (directeur, responsable pharmacie, DSSI, Responsable qualité, etc.) soit les professionnels ayant participé à la mise en place à l'intérieur de groupe mais occupant une fonction de cadre (cadre de santé, responsable accueil, etc.). Nous ne trouvons pas dans les sondages réalisés des professionnels en bas de l'échelle hiérarchique ou peu valorisés<sup>38</sup>. Dans ce cas, il n'est pas étonnant que les professionnels interrogés manifestent une adhésion importante et que l'on obtienne dans les réponses des taux effleurant les 60 % à 70 %. En effet, les enquêtés, dans ces circonstances et au regard de leur engagement dans la procédure, ne peuvent se trouver que dans une situation où il est difficile de porter un jugement négatif à la question posée. Par exemple l'item = l'accréditation a eu des bénéfices « a renforcé le sentiment d'appartenance » ne peut qu'entraîner une réponse plutôt positive. Comment se contredire alors même que l'on s'est engagé dans la mise en place de l'accréditation ? Il serait intéressant de rappeler les résultats du travail de P. François et D. Vinck qui soulignent que la perception de la démarche qualité est largement positive mais cette adhésion répond à des motivations personnelles et varie en fonction de la participation ou pas au groupe de formation.
2. **Seconde limite** : les résultats se fondent sur une perception de la situation et non pas sur des changements effectivement intervenus. Le dernier sondage prend ses précautions par rapport au statut de réponses récoltées à travers cet outil mais sans en tirer toutes les conséquences notamment en termes de construction d'une opinion. Bien au contraire, les auteurs vont jusqu'à souligner le changement de « culture managériale » et donnent par-là une valeur aux résultats qui ne convient pas dans la mesure où les sondés ne répondaient pas à ce type d'enquête. En effet, le sondage ne portait pas sur le changement d'une politique managériale mais sur la perception des bénéfices de l'accréditation.
3. **Troisième limite** : la construction du sondage et le commanditaire. Il est surprenant de ne pas avoir une idée plus claire de la structure du questionnaire (libellée des questions, ordre, titres des parties, etc.) qui permette d'avoir une meilleure compréhension des effets induits par la formulation de questions. En effet, on connaît les biais que peuvent entraîner la présentation

---

<sup>37</sup> Parmi lesquelles on trouve : valorisation de l'image ES, renforce le sentiment d'appartenance, développe les modalités de travail.

<sup>38</sup> Cet argument est d'autant plus fort que les auteurs du dernier sondage soulignent : « on notera cependant que l'échantillon n'est pas strictement représentatif de l'ensemble des professionnels l'option ayant été prise de cibler plutôt des responsables qui auraient, *a priori*, une meilleure connaissance de la procédure d'accréditation ». Une telle remarque ne peut que provoquer une critique radicale des résultats spécialement quand ils s'appuient sur une population « savante » !

de l'enquête et la formulation de questions<sup>39</sup>. Dans un travail qui cherche à évaluer l'impact ou les effets de l'accréditation, il serait plus judicieux d'avoir une maîtrise plus claire des conséquences engendrées par la formulation de question.

L'ANAES s'est donnée les moyens de mesurer sa politique en réalisant des sondages réguliers et en complétant avec des travaux qualitatifs.

Cependant, dans la littérature française ce n'est pas le seul travail effectué sur le sujet. En 2004, M.-P. Pomey, A.-P. Contandriopoulos, P. François et D. Bertrand, publient un article sur l'implantation de l'accréditation en France<sup>40</sup>. L'étude se fonde sur un travail d'analyse d'une étude de cas réalisé entre 1995 et 2001. L'enquête s'appuie sur 67 entretiens semi-structurés et sur des documents récoltés durant ces années. Les principaux résultats soulignent l'écart entre une politique générale visant à englober l'ensemble des services de l'hôpital dans la mise en place de l'accréditation et principalement des services cliniques et médico-techniques qui y ont participé. Toutefois, sur le plan organisationnel, des nouvelles fonctions ont été définies et une réflexion importante s'est instaurée sur la prise en charge des patients. Du côté des médecins, les auteurs ont observé un mouvement partant d'un engagement fort à un engagement plus atone. Du côté des modifications introduites par la démarche d'accréditation, les observations faites par l'équipe de chercheurs aboutissent à souligner que le questionnaire de sortie a été mieux utilisé, la rédaction écrite des protocoles s'est accentuée et un programme d'amélioration de la qualité a été adopté. Les résultats présentés ont été obtenus par entretien. Pour des raisons pratiques la population enquêtée a été essentiellement une population de responsables ou de personnes occupant des fonctions « *leur permettant d'avoir une connaissance potentielle du phénomène étudié* »<sup>41</sup>. Ce choix réduit la portée de l'analyse effectuée comme pour les sondages de l'ANAES qui se limitaient systématiquement à la population occupant des fonctions de responsabilités. Toutefois, les auteurs notent que durant la phase d'autoévaluation, durant laquelle les entretiens ont été réalisés, les acteurs ont découvert l'ampleur du changement que la démarche allait induire. De plus, l'engagement de certaines catégories (directeur général, président du CME ou encore Directeur de Service de Soins Infirmier) a été très limité « *laissant au niveau opérationnel le soin d'agir* ». Aussi assiste-t-on à une redistribution des ressources du pouvoir avec au début un leadership essentiellement médical qui va céder la place, progressivement, à un leadership administratif. Ces derniers constats font écho au travail effectué par M. Robelet sur la profession médicale et la comparaison des manuels de qualité<sup>42</sup>. En effet, l'introduction de l'accréditation dans les établissements de santé provoque une remise en cause de l'autonomie des médecins car des nouveaux acteurs collectifs voient le jour et des nouvelles fonctions apparaissent<sup>43</sup>. Des médecins, sensibilisés déjà aux démarches qualités, peuvent se saisir d'une telle opportunité pour faire un usage stratégique de celles-ci et gagner en autonomie. Aussi, ce phénomène est d'autant plus facilement observable que les conceptions sur la qualité de soins diffèrent. Selon l'auteur l'opposition entre une « *conception médicale et une conception industrielle de la qualité de soins n'est peut-être pas pertinente. Si la qualité médicale est associée à des fortes modalités de contrôle laissant peu de place à l'expression individuelle de la mentalité du clinicien. Les médecins n'y adhèrent plus. Ils peuvent alors préférer une conception industrielle qui standardise les processus de soins sans toucher à la pratique*

---

<sup>39</sup> R. Mucchelli, 1968, *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*, Paris, Ed, Librairies techniques et éditions sociales françaises. Cet auteur soulignait déjà les effets de prestige ou de contamination que l'on pouvait avoir dans la formulation de questions.

<sup>40</sup> Pomey M.-P., Contandriopoulos A.-P., François P. et Bertrand D., 2004, « L'implantation de l'accréditation en France : étude de la perception de l'impact de l'autoévaluation en terme de changement organisationnel dans un centre hospitalier universitaire », *Journal d'économie médicale*, Vol. 22, n° 5, pp. 255-272.

<sup>41</sup> *Op. Cit* p. 260

<sup>42</sup> Robelet M., 2001, « La profession médicale face au déficit de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité » *Sciences sociales et santé*, Vol. 19, n° 2, 73-97.

<sup>43</sup> Voir Setbon M., 2000, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 51-68.

*médicale : en ce cas en effet, le cœur du métier n'est pas atteint par la standardisation »<sup>44</sup>. D'où le peu d'implication des médecins car ces derniers considèrent l'accréditation comme une démarche touchant pour l'essentiel le management et par conséquent du ressort des cadres de santé<sup>45</sup>.*

Tous ces travaux montrent une institutionnalisation récente de l'accréditation dans les établissements de santé et un impact très variable en fonction du statut de l'établissement et des catégories de professionnels. Notre travail prolonge ces aspects et les complète avec un échantillon plus large et non limité aux simples cadres ou responsables des services voire de l'établissement.

### ***1.5 Accréditation et certification : même esprit mais organisation différente***

L'accréditation rassemble à bien des égards à la certification comme démarche car il y a des normes à respecter, des standards à suivre, des groupes d'autoévaluation. Les définitions adoptées par l'ANAES sont celles provenant de l'AFNOR, le principe de participation, l'existence d'un organisme tiers pour l'agrément, etc. L'ensemble de ces éléments milite pour un rapprochement étroit entre l'accréditation et la certification du type ISO 9000. De plus, depuis la loi du 13 août 2004, le terme « d'accréditation » a été changé pour celui de « certification ». La Haute autorité de santé a adopté ce vocable depuis la disparition de l'ANAES fin 2004. Le terme d'accréditation reste réservé aux pratiques médicales.

L'accréditation (certification) des établissements de santé apparaît ainsi finalement comme un processus assez proche de celui observé dans l'industrie. Cela veut-il dire que nous avons affaire à un phénomène totalement similaire à celui observé dans le secteur industriel ou tertiaire ?

Non, car elle s'applique à un secteur particulier, elle est volontaire/obligatoire, elle ne donne pas lieu forcément à une introduction du marché (relation marchande). En revanche, cela peut permettre une visibilité externe plus facilement évaluable par les décideurs politiques

Peut-on considérer que les établissements de santé en France échappent à l'ensemble du mouvement de modernisation des politiques managériales ? En réalité, le secteur hospitalier a fait l'objet de nombreuses réformes visant à restructurer l'offre et la demande des soins. Celles-ci ont ainsi affecté l'organisation interne de l'hôpital depuis la fin des années 1980<sup>46</sup>. En effet, c'est à partir du début des années quatre-vingt et sous la pression de facteurs économiques et concurrentiels, touchant l'ensemble des secteurs public et privé de la santé, qu'est survenue une véritable prise de conscience des professionnels et des pouvoirs publics vis-à-vis du devoir de qualité des pratiques. Les établissements de santé font l'objet d'une multitude de réformes qui vont affecter son organisation interne. De ce fait, l'accréditation vise directement à mettre en place une organisation des soins permettant de maîtriser et de mieux contrôler l'activité de « production des soins » en instaurant les démarches de qualité de soins. Comme le souligne E. Minvielle « *au niveau des principes, l'amélioration continue de la qualité met en exergue une recherche permanente d'excellence dans le travail, le recentrage des*

---

<sup>44</sup> *Op. Cit.* p. 75.

<sup>45</sup> Ces résultats nous les trouvons dans les études citées ci-dessus mais également d'une manière fort bien détaillée dans le rapport de François P. et Vinck D. déjà cité. Aussi les mêmes résultats sont rapportés dans un article récent apparu dans la *revue d'Epidémiologie et de santé publique* De François P. et Pomey M-P, 2005, « Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites », Vol. 53 septembre, P 4-11.

<sup>46</sup> Dans les années 1980 en France, on avait introduit dans les établissements de santé les démarches d'évaluation de la qualité et la fin des années 1990 les démarches d'assurance qualité. A titre d'exemple, nous pouvons citer les différentes réformes dont les plus emblématiques sont la loi du 31 janvier 1984 sur l'évaluation de la qualité, la loi du 31 juillet 1991 -où la recherche de la qualité des soins passe désormais par la mise en œuvre d'actions d'évaluation systématiques des pratiques professionnelles médicales et soignantes et la réforme dite « Juppé » de 1996.

*actions entreprises autour du malade, et la nécessaire maîtrise des conditions de mise en œuvre des stratégies cliniques. Pour instaurer des formes d'action plus coordonnées est également introduite la notion de relation client-fournisseur »<sup>47</sup>.*

Les établissements de santé ne relèvent pas des mêmes principes d'organisation du travail et processus de production (ici le soin) qu'un établissement industriel. Si l'hôpital, d'un certain point de vue, partage avec les établissements industriels, une série de similitudes (services techniques, normes à respecter, manipulation des charges de tout type, etc.), il possède des caractéristiques propres. En effet, nous avons affaire à une organisation qui peut cumuler toute forme de risque classique : biologique, physique et chimique. Mais également de l'ordre organisationnel : horaires atypiques, gardes, travail en 3 X 8, etc. L'établissement de santé apparaît comme une organisation multiservice. Un hôpital peut produire entre 600 à 1500 types de prise en charge. Nous sommes devant une variété de situations qui s'applique à des personnes et non simplement à des objets. Le caractère stochastique de la production des soins se trouve ainsi affirmé.

Par ailleurs, les comparaisons dont nous disposons en termes de conditions de travail entre les établissements de santé et les établissements industriels sont peu nombreuses. De cette façon, la DARES souligne que les conditions de travail entre la fonction publique et le secteur privé ne sont guère différentes hormis pour l'hôpital et les enseignants<sup>48</sup>. Les IDE, selon cette enquête, disposent d'une marge d'autonomie plus grande mais ont le sentiment de manquer de moyens en temps et en information. Les premiers résultats de l'enquête menée par la DREES développent ces éléments et les approfondissent. Ainsi la nécessité d'appliquer des consignes aurait augmenté entre 1998 et 2003 de 11 points<sup>49</sup>. Si les efforts physiques semblent rester stables par rapport à 1998, le poids de la charge mentale paraît prendre le pas sur les conditions physiques du travail (efforts d'attention, les marges de manœuvres, etc.).

Les établissements de santé conservent une caractéristique spécifique dans l'organisation du travail par rapport à d'autres établissements. Ils cumulent des facteurs classiques de conditions de travail tout en ayant un mode de production singulier et propre. Souligner ces éléments, nous permet d'attirer l'attention sur l'intérêt de notre démarche et l'interprétation des résultats que nous pouvons obtenir. Les similitudes évidentes entre la certification de type ISO 9000 et l'accréditation (certification) des établissements de santé ne doit pas occulter ces éléments particuliers à la réalité analysée.

## ***1.6 De la difficulté de mesurer les effets de l'accréditation à l'instar des normes ISO 9000***

Si les études récentes tendent à montrer une relative cohérence de l'incidence des nouvelles formes d'organisation du travail sur la santé de salariés, la construction des indicateurs ainsi que la mesure du phénomène n'est pas aussi aisée. En effet, le domaine sur lequel nous nous attardons pose le problème,

---

<sup>47</sup> Minvielle E., 2003, « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, n° 146, Vol. 29, p. 173.

<sup>48</sup> Guignon N. et Vinck L., 2003, « Les conditions de travail dans la fonction publique », *Premières synthèses*, DARES, n° 40.1, pp. 1-7.

<sup>49</sup> Le Lan R., Baubeau D. (coll.) 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 335, DREES, p. 9 et 10.

non seulement de sa mesure, mais également de son interprétation. Pour présenter cet aspect-là de notre travail et les difficultés auxquelles nous pouvons nous heurter, nous allons présenter trois points non exhaustifs<sup>50</sup> :

- Le rapport ambivalent au travail
- Le problème de l'objectivation des conditions de travail
- Les liens complexes entre initiative (autonomie) et contrainte (contrôle).

### ***1.6.1 Le rapport ambivalent au travail***

Les enquêtes effectuées sur les conditions de travail montrent la difficulté à établir un lien direct et univoque entre position sociale et perception de la situation. Pour illustrer cette idée, M. Gollac et C. Baudelot écrivent qu'il existe un rapport ambivalent au travail. Les réponses contradictoires à un questionnaire ne doivent pas conduire à un rejet immédiat et mécanique des résultats car les acteurs ne sont pas totalement insincères ou irrationnels. « *Si les réponses sur la qualité du travail sont aussi contradictoires, c'est que le travail est en soi une réalité sociale contradictoire* »<sup>51</sup>. De cette façon, une condition de travail objectivement négative pour la santé peut être évaluée positivement par les salariés soumis à celle-ci<sup>52</sup>. C'est la raison pour laquelle, l'introduction des démarches de qualités des soins peut avoir des effets très différents voire opposés dans des contextes organisationnels similaires. C'est pourquoi, nous allons, dans l'interprétation de nos résultats, prêter une attention particulière à la signification de nos analyses.

### ***1.6.2 Le problème de l'objectivation des conditions de travail***

Liée à la première remarque se pose la question de l'objectivation des conditions de travail. En effet, rendre visible les conditions de travail suppose que des acteurs s'emploient à ce travail d'objectivation. Au-delà des éléments socio-politiques et des processus que les acteurs mettent en œuvre pour évaluer leurs situations, nous nous heurtons à une spécificité technique précise dans notre enquête. En effet, l'enquête réalisée par la DREES n'a pas été conçue au départ pour évaluer l'impact de l'accréditation sur les conditions de travail des salariés des établissements de santé. Deux remarques peuvent être émises. La première concerne les effets propres à l'échantillonnage obtenu des établissements dans un contexte précis et notamment concernant la mise en place de la RTT<sup>53</sup>. Est-ce que les effets observés dans notre étude sont dus à d'autres facteurs que celui de l'accréditation ? La seconde remarque, à l'inverse de la première, consisterait à souligner l'aspect avantageux d'une telle démarche car les salariés interrogés ne répondaient pas spécifiquement à la question de l'accréditation. C'est la raison pour laquelle, nous pouvons nous trouver dans une situation presque expérimentale, dans la mesure où nous allons pouvoir mesurer l'impact sans qu'il y ait un possible biais perceptif.

---

<sup>50</sup> Pour une analyse et une synthèse de ces problématiques le lecteur peut consulter : Bué J., Coutrot T. et Puech I., 2005, *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquête*, Toulouse, Ed. Octares, (Coll. « Travail et activité humaine »), 166 p. Également, Volkoff S. (Cor), 2005, *L'ergonomie et les Chiffres, de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Ed. Octares (Coll. « Travail et activité humaine »), 243 p. Voir le premier chapitre.

<sup>51</sup> Baudelot C. et Gollac M., 2003, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris, Ed. Fayard, p. 78.

<sup>52</sup> Roche P., 1987, *Une santé d'acier*, Paris, Ed. CNRS. Cet ouvrage est un bon exemple de comparaison entre deux ateliers aux conditions de travail contraignantes mais ayant une perception différente du rapport au travail.

<sup>53</sup> C'est en tout cas le sens des résultats de l'enquête « RTT et modes de vie » menée en 2001 par la DARES. Si la mise en place de la RTT a permis de développer le travail en groupe et a favorisé une meilleure articulation entre vie privée et vie professionnelle, à l'inverse la polyvalence et l'introduction des nouvelles procédures encouragent le sentiment de stress et de dégradation des conditions de travail. Bué J., Hamon-Cholet S. et Puech I., 2001, « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement ? », *Premières synthèses*, Dares, n° 24.1, pp. 1-10. Cette enquête a été complétée par une étude réalisée par la DREES D. Tonneau, 2003, *La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics. Des difficultés liées à l'organisation*, Série études, DREES, CGS, écoles des mines, n° 35, 117 p.

### ***1.6.3 Les liens complexes entre initiative (autonomie) et contrainte (contrôle)***

Dans le cadre de l'introduction des démarches de qualité des soins, il existe des principes instaurés par cette politique parmi lesquels il y a l'initiative (participation aux groupes, responsabilité, etc.) et la contrainte (respect de protocoles, traçabilité respect des chartres). Ces deux éléments peuvent avoir des effets très équivoques dans l'analyse statistique. Si nous prenons l'autonomie comme principe d'analyse, nous pouvons constater que celui-ci est également mobilisé par A. Karasek<sup>54</sup> pour élaborer son modèle d'étude. L'autonomie serait cette potentialité qu'ont les acteurs de pouvoir choisir les modes opératoires et la capacité de peser sur les décisions. Aussi, ce modèle intègre-t-il l'usage des compétences c'est-à-dire la possibilité d'utiliser ses compétences ou ses qualifications et d'en développer de nouvelles. Or, ces aspects peuvent être interprétés de manière bénéfique dans un contexte stable et peu évolutif. En effet, la capacité à pouvoir choisir ou à peser sur les décisions dans la perspective de l'auteur est dépendante du contexte. Ainsi la DARES montre que les liens entre initiative et contrainte sont complexes. Une forte autonomie et initiative peuvent être atténuées par un rythme de travail intense. Aussi, le contrôle peut paraître équivoque dans la mesure où l'on constate avec l'introduction des procédures qu' « une plus grande formalisation du travail peut aider le salarié à construire des repères, orienter son activité et délimiter ses responsabilités »<sup>55</sup>. En même temps, la DARES décrivait les effets presque opposés des procédures de formalisation parmi lesquelles les normes qualité : « d'un côté, l'augmentation des marges d'initiative peut avoir pour effet de rendre plus pesants et donc plus apparents des contrôles qui n'auraient pas changé dans leur contenu. Mais de l'autre, la logique marchande et les démarches qualité, introduites de plus en plus dans les entreprises, peuvent se traduire par un double mouvement de responsabilisation des salariés et de formalisation croissante de leurs tâches. (...) Or, du côté des salariés, on constate que les normes de qualité se traduisent par une surveillance accrue de la hiérarchie »<sup>56</sup>.

Ainsi comme le souligne D. Cartron « les effets de l'autonomie procédurale sont en fait très ambigus. De fortes contraintes temporelles vident l'autonomie d'une part de son sens. Il arrive aussi que l'autonomie soit associée à une organisation du travail incohérente ou floue. C'est le cas lorsque l'organisation défaille oblige le travailleur à trouver des solutions pour pallier les conséquences des insuffisances des outils de travail »<sup>57</sup>. Examiner les effets de la mise en place de l'accréditation nous expose à ces interrogations, si bien que nous verrons que nos premiers résultats nous orientent vers un traitement prudent de nos interprétations.

Cette première partie, après une revue de la littérature, nous permet de mieux spécifier notre objectif de départ, à savoir l'étude des effets de l'accréditation sur les conditions de travail. En effet, cette démarche d'accréditation génère trois niveaux aboutissant ainsi à un classement des établissements de soins en fonction de ceux-ci. Notre hypothèse de départ porte donc sur une amélioration progressive et linéaire des conditions de travail passant, entre autres, par l'acquisition de nouvelles normes de travail. Cette optique, nous paraît intéressante car elle va au-delà d'une simple comparaison des organisations accréditées *versus* organisations non accréditées pour nous permettre d'accéder à une étude de l'impact de chaque niveau sur les conditions et pratiques de travail. Certains travaux, précédemment cités, montraient l'aspect singulier du niveau intermédiaire, c'est-à-dire des établissements en cours

---

<sup>54</sup>. Karasek A et Theorell T., 1990, *Healthy work : stress, productivity and reconstruction of the working life*, Basic Books.

<sup>55</sup> Bué J., Hamon-Cholet S. et Puech I., 2001, « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement ? », *Premières synthèses*, Dares, n° 24.1, p. 6.

<sup>56</sup> Bué J. et Rougerie C., « L'organisation du travail entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, Dares, n° 32.1, p. 7.

<sup>57</sup> Cartron D., 2005, « L'intensification du travail », In *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes* (Sous la dir. J. Bué, T. Coutrot et I. Puech), Toulouse, Ed. Octares (Coll. « Travail et activité humaine »), p. 33.

d'accréditation. C'est pour cela que nous attacherons une importance particulière à la mise en évidence des aspects spécifiques de chaque stade de la procédure.

Le choix du personnel soignant (AS et IDE) comme population d'étude s'explique d'une part, par la pauvreté de la littérature portant sur les effets de la procédure d'accréditation auprès de ces salariés. Et d'autre part, par un réel souci de s'intéresser aux acteurs du processus. En effet, ce sont ces catégories professionnelles qui assurent la mise en place « sur le terrain » de l'accréditation.

Ainsi dans la partie suivante, nous vous présenterons la construction de notre base de données et les variables qui ont retenu notre attention. Nous vous proposerons, aussi, un rapide retour sur notre rapport intermédiaire avec une présentation des modifications de notre travail qui en ont découlées. La troisième partie sera consacrée à l'analyse de données et à l'interprétation de nos résultats avant de vous présenter notre conclusion générale.

## **Deuxième partie - Accréditation : unité de lieu et divergence de statut**

### **La situation des professionnels de santé dans les établissements de santé**

#### ***II Introduction : une base des données particulière***

Dans notre rapport intermédiaire nous avons développé longuement les caractéristiques et les démarches entreprises pour constituer notre nouvelle base de données. Nous allons, ici, dans un premier temps en rappeler les grandes lignes ce qui nous permettra de mieux saisir les résultats obtenus à partir de celle-ci. Puis, dans un second temps, nous présenterons l'unité qu'est l'hôpital et la diversité de situations rencontrées au regard des caractéristiques des conditions de travail. Cette approche pointera ainsi l'intérêt de se consacrer à la situation des IDE et des AS pour une meilleure compréhension du processus d'apprentissage lié à la mise en place de l'accréditation.

#### ***II.1 Rapprochement de la base de données de la DREES et de l'ANAES***

Pour mener à bien notre étude et tester les hypothèses présentées ci-dessus, nous avons créé un nouveau fichier d'exploitation statistique avec une nouvelle variable. En effet, comme nous voulions mesurer les éventuelles incidences de l'accréditation sur l'organisation du travail dans les établissements de santé, il fallait identifier à l'intérieur de la base de données, fournie par la DREES, les établissements accrédités au moment de l'enquête fin mai 2003. Ce travail avait été partiellement effectué lors de notre première enquête dans le cadre du rapport post-enquête<sup>58</sup> où nous avons dû sélectionner une trentaine de professionnels exerçant dans des établissements accrédités. Toutefois, cette sélection n'avait pas été faite dans l'optique d'une exploitation statistique et c'est la raison pour laquelle, nous n'avions pas de fichier complet sur une telle situation.

C'est pourquoi, notre première démarche a consisté à nous tourner vers les informations récoltées par la DREES concernant les établissements (nom, département, code Finess, etc.), afin de nous assurer du nombre des établissements et d'en définir le niveau d'accréditation (procédure non commencée, procédure en cours ou procédure achevée) par l'ANAES à la date de la passation du questionnaire.

Après avoir tenté une approche de vérification manuelle (consultation du site de l'ANAES et rapprochement des informations avec le fichier de la DREES), nous avons opté pour une demande directe à l'ANAES à partir de certaines informations que nous lui fournissions. Afin de ne pas commettre d'erreurs dans le rapprochement de notre base de données et de celle de l'ANAES nous avons retenu les critères suivants :

- Numéro de Finess
- Adresse de l'établissement
- Numéro d'enquêté

Ces trois éléments nous donnent la certitude de l'exactitude des informations transmises. Par ailleurs, nous avons demandé à l'ANAES deux informations pour le respect des caractéristiques de la démarche d'accréditation. En effet, celle-ci se caractérise par une procédure en deux grandes étapes. La première démarre à partir du moment où le directeur de l'établissement s'engage auprès de

---

<sup>58</sup> F. Douguet, J. Muñoz, 2005, *Op. Cit.*, 174 p.

l'ANAES (aujourd'hui la Haute Autorité de Santé) à commencer une démarche d'accréditation définie comme un processus permettant l'amélioration de la qualité des soins.

À partir là, un contrat est passé entre l'ANAES et l'établissement pour un suivi et un accompagnement dans la démarche. Cette première étape se traduira par la mise en place, en interne, des équipes d'autoévaluation des pratiques à partir des référentiels proposés par l'ANAES. Lorsque celle-ci prend fin, l'établissement transmet son autoévaluation à l'ANAES qui va diligenter des « experts-visiteurs » pour une visite. Ceux-ci vont explorer tous les points soulevés par le rapport et vont rédiger un deuxième rapport. Ainsi, il est possible de faire référence à des établissements « visités » pour ceux ayant seulement achevé la première phase de la procédure à la date de la passation de l'enquête<sup>59</sup>. La deuxième phase commence lorsque ce rapport, avec les observations de l'établissement, est transmis au collègue de l'accréditation. Ce dernier examine le déroulement de la procédure, valide le rapport d'accréditation (qui comporte des recommandations), fixe les modalités de suivi et arrête le délai au bout duquel une nouvelle procédure devra être engagée. Un compte rendu d'accréditation est effectué à l'issue de ces échanges et l'établissement peut savoir si, oui ou non, il doit reprendre l'ensemble ou une partie de la démarche ou au contraire s'il peut compter sur le label certification (accréditation). Ainsi, il est possible d'évoquer des établissements de santé « passé en collègue » pour ceux ayant achevé cette deuxième phase à la date de passation du questionnaire.

Il nous est apparu important, dans notre travail, de pouvoir différencier ces trois moments (hors-cursus / visite / collègue) définissant trois situations différentes des établissements à la période de l'enquête de la DREES (premier semestre 2003) afin d'éviter toute mauvaise interprétation et analyse des résultats. Nous allons voir par la suite que ce découpage en trois étapes sera maintenu durant toute l'exploitation de la nouvelle base de données.

## ***II.2 Codage et construction du nouveau fichier***

Au départ, notre fichier comportait environ 256 variables et 4977 individus étaient représentés<sup>60</sup>. Nous avons effectué une sélection de ces variables réduisant ainsi notre fichier à 202 variables. Le choix de conservation des variables a été arrêté à partir de la problématique de l'enquête (poids de l'accréditation). D'autres ont été éliminées pour leur non-pertinence vis-à-vis de l'objet de l'étude et de la difficulté de traitement de certaines d'entre elles. Les parties qui suivent se fondent sur ce nouveau fichier.

### ***Introduction des nouvelles variables et première représentation***

#### *La variable accréditation*

Nous le disions, cette étude post-enquête concerne une exploitation du fichier statistique au regard de l'accréditation des établissements. Notre hypothèse générale pose l'accréditation comme un facteur déterminant jouant sur les conditions de travail. Reste à déterminer le sens, voire l'importance, de cet effet. C'est ce que nous nous proposons de faire avec une focalisation plus intense sur certaines variables. Dans un premier temps le fichier a été retraité pour y intégrer la variable indépendante « Accréditation » qui possède trois modalités reflétant les trois stades de l'accréditation décrit plus haut.

Pour une meilleure lisibilité de la suite du rapport nous vous présentons le codage utilisé :

---

<sup>59</sup> L'ANAES nous avait fourni l'état de lieu des établissements par rapport à l'accréditation durant le premier semestre 2003. Cette période couvre la totalité de l'enquête par questionnaire réalisée par la DREES.

<sup>60</sup> En annexe n° 8 le lecteur peut trouver une liste des variables écartées. En annexe n° 9 une note technique des outils mobilisés pour le traitement des données.

Tableau 1 - Présentation du codage des modalités de la variable « Accréditation »

Variable « Accréditation »	
Code de la modalité	Libellé de la modalité
1	Établissement ayant achevé les deux phases de la procédure d'accréditation : visite des experts et passage en collège.
2	Établissement ayant achevé la première phase de la procédure d'accréditation : visite des experts mais pas de passage en collège.
3	Établissement n'ayant pas commencé la procédure d'accréditation à la date de la passation de l'enquête.

Nous verrons ultérieurement que ce découpage aboutit à faire ressortir certaines dimensions que nous ne soupçonnions pas au départ de notre travail et notamment concernant la situation intermédiaire des établissements de santé.

*Présentation de la variable accréditation en fonction du statut juridique de l'établissement.*

Le tableau, ci-après, illustre la répartition de l'échantillon total en fonction du statut de l'établissement (variable STATM) et du niveau d'accréditation. Par ailleurs, nous tenons à souligner que les données présentées représentent la structure des réponses obtenues à travers le questionnaire réalisé par la DREES. Autrement dit, il ne s'agit pas des données pondérées mais une présentation descriptive de la structure des informations obtenues à travers le questionnaire après avoir introduit notre nouvelle variable avec ses trois modalités.

Tableau 2 - Statut juridique de l'établissement et niveau d'accréditation

Statut juridique / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = public	712	42,1	169	31,6	805	29,2	1686	33,8
2 = privé à but non lucratif	593	35,0	225	42,1	786	28,5	1604	32,2
3 = privé à but lucratif	386	22,8	140	26,2	1161	42,1	1687	33,9
Total	1691	33,9	534	10,7	2752	55,2	4977	100,00

Au premier semestre 2003, dans la base fournie par la DREES, le nombre des professionnels exerçant dans un établissement ayant achevé le cursus d'accréditation représente 1691 individus soit **33,98 %** du total. 534 individus se trouvent dans un établissement de santé où il y a eu uniquement la visite, soit **10,7 %** de l'effectif total. Enfin, 2752 répondants travaillent dans un établissement n'ayant pas entamé de procédure d'accréditation et représentent **55,3 %** du total. La faible représentation du niveau intermédiaire permet, malgré tout, une analyse statistique. En revanche, nous constatons au total un relatif équilibre entre les différents établissements pour ce qui est du statut juridique, celui-ci s'estompe lorsque nous regardons leur représentation à chaque stade de la procédure. À titre d'exemple, les enquêtés des établissements accrédités dans notre échantillon d'organisations privées à but lucratif représentent **22,8 %** du total contre **42,1 %** pour les établissements publics. Il est possible que cette structure ait des incidences sur les effets et les analyses. C'est pourquoi nous garderons à l'esprit le statut juridique de l'établissement dans l'interprétation de nos résultats.

Nous pouvons aussi remarquer que le nombre de professionnels des établissements publics, ayant été visités, est proportionnellement plus important que celui des établissements publics accrédités total dans l'échantillon DREES (**33,9 %** contre **42,1 %**). Pour les professionnels exerçant dans un établissement privé à but non-lucratif, la différence n'est pas énorme (**35,1 %** accrédités contre **32,2 %**) alors que pour les professionnels se trouvant dans un établissement privé à but lucratif les informations s'inversent car ils sont moins nombreux à avoir été accrédités (**22,8 %** contre **33,9 %**). Il

est à noter qu'en 2003 le nombre de dossiers examinés par l'ANAES s'élevait à 480. Sur ces 480 dossiers examinés, par le collège de l'accréditation, 11 établissements n'ont pas satisfait à la procédure. Plus intéressant encore pour notre travail, parmi ces établissements passés au collège, nous trouvons une majorité de grands établissements publics (109 centres hospitaliers, 24 CHU, 43 hôpitaux locaux, 15 centres spécialisés, 107 PSPH contre 182 cliniques privées<sup>61</sup>). C'est une raison supplémentaire pour que la représentation des établissements publics soit prise en compte dans la construction de nos analyses. En effet, selon la Haute autorité de santé entre 2000 et 2004 l'état d'avancement de la démarche d'accréditation des établissements se répartit de la manière suivante : Pour le centre hospitalier **67 %** avait déjà entamé une procédure, **69 %** de centres hospitaliers spécialisés s'était engagé, **86 %** des centre hospitalier universitaire, **51 %** des cliniques privées, **46 %** des hôpitaux locaux et **68 %** des établissements PSPH participant au service public<sup>62</sup>. Nous voyons à travers ces données que les établissements publics et notamment les CHU, sont très représentés dans la mise en place de l'accréditation.

Plus particulièrement, au 31 mai 2003, 795 établissements avaient bénéficié d'une visite d'accréditation, soit **26 %** du parc hospitalier français selon l'ANAES<sup>63</sup>. Mais ces établissements se répartissaient de la manière suivant selon le statut :

Tableau 3 - Les visites d'accréditation au 31 mai 2003 selon l'ANAES

Type d'établissements	CHU	CH	CHS	HL	CP	PSPH	CLC	Total
Nombre d'établissements visités	43	187	34	48	319	152	12	795
Nombre total d'établissements	84*	547	85	296	1511	466	19	3008
% Établissements visités/nombre total d'établissement	51 %	34%	40%	16%	21%	33%	63%	26%

\* Plusieurs démarches par entité juridique

À la lecture de ce tableau, nous observons une nette surreprésentation des établissements publics (CHU, CH, CHS, HL) à la date de l'enquête de la DREES (**39 %**). À l'inverse, les établissements privés (CP) sont peu représentés. À titre d'information, au premier janvier 2003, selon la DREES les établissements publics représentaient **34 %** du parc contre **66 %** pour le secteur privé. C'est la raison pour laquelle, les données présentées dans le tableau 2 doivent être lues comme descriptives de la structure du questionnaire après l'introduction de la variable « accréditation ».

Nous pouvons nous poser la question du nombre d'établissements que ces différentes informations recouvrent et notamment en fonction de nos deux nouvelles variables. En effet, une telle information, nous permet d'affiner notre échantillon et de voir s'il n'y a pas une sur-représentation ou une sous-représentation de certaines structures par rapport au fichier originel de la DREES. Toutefois, les données qui seront présentées par la suite ne font que refléter la structure du questionnaire de la DREES et n'ont pas comme objectif de donner une vision fidèle de la représentativité des établissements en fonction de l'accréditation. En revanche, ces informations nous permettent d'effectuer un traitement statistique.

*Présentation de la variable accréditation en fonction du service principal dans lequel travaille le professionnel.*

Le tableau, ci-après, présente le découpage de l'échantillon total en fonction de la variable faisant référence au principal service (ou unité) dans lequel évolue le répondant (SERVUN) et du niveau d'accréditation.

<sup>61</sup> Rapport d'activité de l'ANAES, 2003, *collège de l'accréditation*, p. 7.

<sup>62</sup> Rapport d'activité de la HAS 2004, *Collège de l'accréditation*, p. 9.

<sup>63</sup> Dossier de Presse : *Accréditation et Finalité*, ANAES, juin 2003, p. 2

Tableau 4 - Service principal d'affection des répondants et niveau d'accréditation

SERVUN / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = secteur administratif	192	11,35	52	9,74	293	10,65	537	10,79
2 = secteur hôtelier et services généraux	88	5,20	32	5,99	195	7,09	315	6,33
3 = secteur technique	61	3,61	14	2,62	91	3,31	166	3,34
4 = bloc opératoire, service médico-technique	368	21,76	93	17,42	525	19,08	986	19,81
5 = urgences, SAMU, SMUR	70	4,14	10	1,87	76	2,76	156	3,13
6 = réanimation ou soins intensifs	56	3,31	13	2,43	80	2,91	149	2,99
7 = service de consultations externes...	51	3,02	17	3,18	53	1,93	121	2,43
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	169	9,99	41	7,68	386	14,03	596	11,98
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	170	10,05	54	10,11	258	9,38	482	9,68
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	48	2,84	16	3,00	97	3,52	161	3,23
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	117	6,92	44	8,24	210	7,63	371	7,45
12 = psychiatrie	87	5,14	72	13,48	212	7,70	371	7,45
13 = autres	173	10,23	60	11,24	209	7,59	442	8,88
Valeurs manquantes	41	2,42	16	3,00	67	2,43	124	2,49
<b>Total</b>	<b>1691</b>	<b>33,98</b>	<b>534</b>	<b>10,73</b>	<b>2752</b>	<b>55,29</b>	<b>4977</b>	<b>100,00</b>

D'un point de vue général, dans cet échantillon, chaque service n'est pas représenté dans les proportions identiques. L'effet établissement peut se faire sentir à ce niveau. Le service le plus présent est celui du bloc opératoire et des services médico-techniques (**19,81 %**). A l'opposé nous trouvons le service de consultations externes (**2,43 %**). Ces proportions semblent restées les mêmes, à quelques pourcentages près, dans le découpage en niveau d'accréditation sauf pour certains cas. Les établissements passés en collège sont sur-représentés dans les services du bloc opératoire, des urgences et « autres » et sont sous-représentés en psychiatrie. Les organisations ayant simplement reçu la visite des experts sont sur-représentées, par rapport à l'échantillon total, dans les services de psychiatrie et « autres ». À l'inverse, elles sont sous-représentées dans les services du bloc opératoire, des urgences et du secteur d'hospitalisation en chirurgie. Enfin, les établissements qui n'ont pas entamé la démarche d'accréditation sont sur-représentés dans le seul secteur d'hospitalisation en chirurgie. Ainsi, il faudra rester vigilant, vis-à-vis, de ce constat dans l'analyse de nos résultats.

Comme pour le tableau 2, les résultats montrent aussi la faiblesse de la représentation du niveau intermédiaire d'accréditation sur l'échantillon total mais aussi dans chaque service. Cette variable, comme celle du statut juridique de l'établissement, nous semble réellement importante et incontournable dans le cadre de l'étude des conditions de travail. Ainsi, même si notre travail est axé sur le rôle de l'accréditation, nous ne pouvons faire l'économie de la prise en compte de ces deux facteurs pour mener à bien nos interprétations.

Maintenant que nous avons posé les facteurs que nous allons prendre en compte dans notre analyse : accréditation, statut et service, nous allons vous présenter la méthode utilisée et le cheminement par lequel nous sommes passés en reprenant, tout d'abord les éléments du rapport intermédiaire, puis en présentant notre travail final dans la partie suivante.

### ***II.3 Premiers éléments d'une analyse MULTIVARIÉE : rapport intermédiaire***

Une première analyse des correspondances multiples est effectuée, à titre indicatif et sans tenir compte de la variable « accréditation », en fonction des strates des sujets en 2003 (variable STRAFIN du questionnaire de la DREES) reprises dans le tableau ci-dessous. En effet, nous pensons, pour une analyse plus fine, que l'étude du rôle de l'accréditation ne peut pas se penser sur l'ensemble de l'échantillon toutes catégories professionnelles confondues. Il existe trop de disparités entre les tâches,

de différences d'identités collectives, de différences de normes de relations aux pairs, aux subalternes, à l'équipe de travail ou encore vis-à-vis de la hiérarchie.

Tableau 5 - Effectifs et pourcentages observés pour la variable STRATFIN

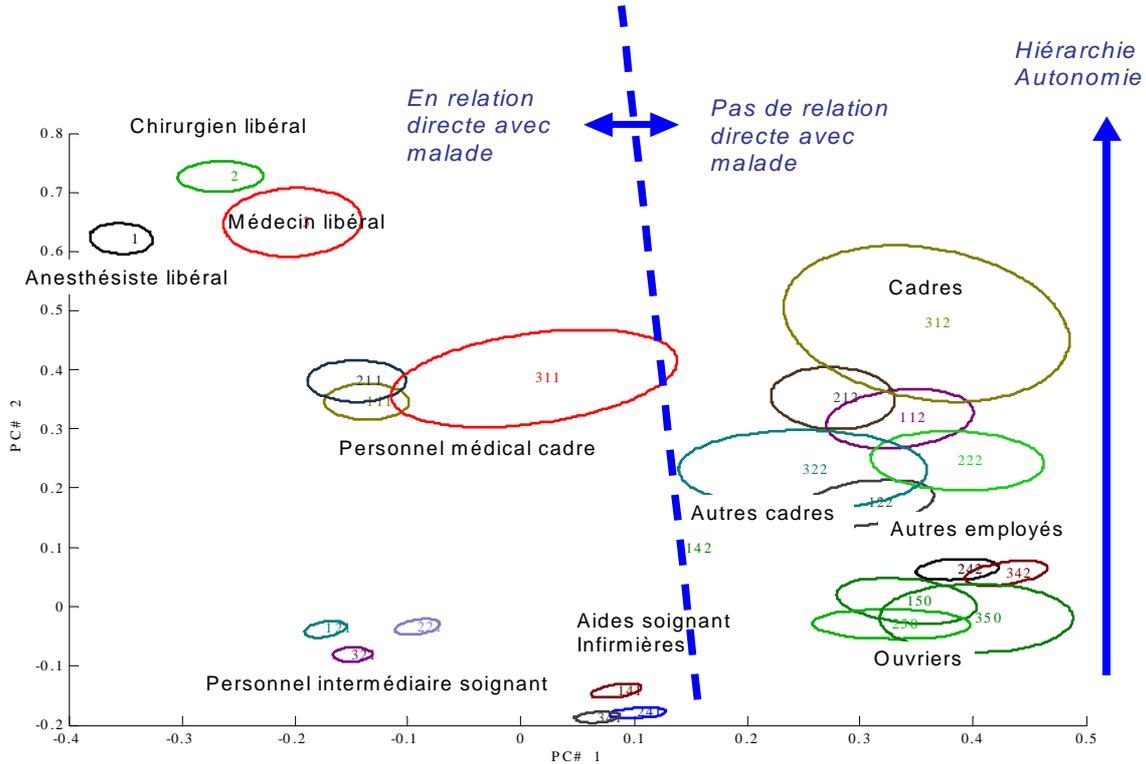
Variable STRATFIN : strate finale prenant en compte les changements d'établissements entre 2001 et 2003			
N°	Libellé	Effectif	%
1	Anesthésiste – médecins libéraux exclusifs	104	2,09
2	Chirurgien – médecins libéraux exclusifs	92	1,85
3	Autres médecins libéraux exclusifs	39	0,78
111	Personnel médical (cadre) du SP	183	3,68
112	Autres cadres du SP	43	0,86
121	Personnel intermédiaire soignant du SP	636	12,78
122	Autres personnes intermédiaires du SP	72	1,45
141	Personnels employés soignants (aides soignants + ASH) du SP	679	13,64
142	Autres employés du SP	7	0,14
150	Ouvriers du SP	66	1,33
211	Personnel médical (cadres) du secteur privé à but NL	109	2,19
212	Autres cadres du secteur privé à but NL	58	1,17
221	PI soignants du secteur privé à but NL	595	11,95
222	Autres PI du secteur privé à but NL	45	0,90
241	Personnels employés soignants (aides soignants + ASH) du secteur privé à but NL	532	10,69
242	Autres employés du secteur privé à but NL	188	3,78
250	Ouvriers du secteur privé à but NL	68	1,37
311	Personnel médical (cadres) du secteur privé à but L	23	0,46
312	Autres cadres du secteur privé à but L	19	0,38
321	PI soignants du secteur privé à but L	567	11,39
322	Autres PI du secteur privé à but L	34	0,68
341	Personnels employés soignants (aides soignants + ASH) du secteur privé à but L	606	12,18
342	Autres employés du secteur privé à but L	179	3,60
350	Ouvriers du secteur privé à but L	33	0,66
Total		4977	100,00

SP : Service Public ; PI : Personnel Intermédiaire ; NL : Non Lucratif ; L : Lucratif.

De plus, cette variable nous paraît aussi pertinente parce qu'elle reprend non seulement le statut du répondant mais aussi le type d'établissement qu'il fréquente (public / privé à but non lucratif / privé à but lucratif). Cette analyse des correspondances est effectuée en fonction des sujets et des réponses aux questions et permet d'obtenir la représentation graphique proposée ci-après<sup>64</sup>.

<sup>64</sup> Pour le détail des variables utilisées et les étapes de l'ACM voir annexe N° 1.

Schéma 1 - Analyse des correspondances multiples en fonction de la strate du sujet



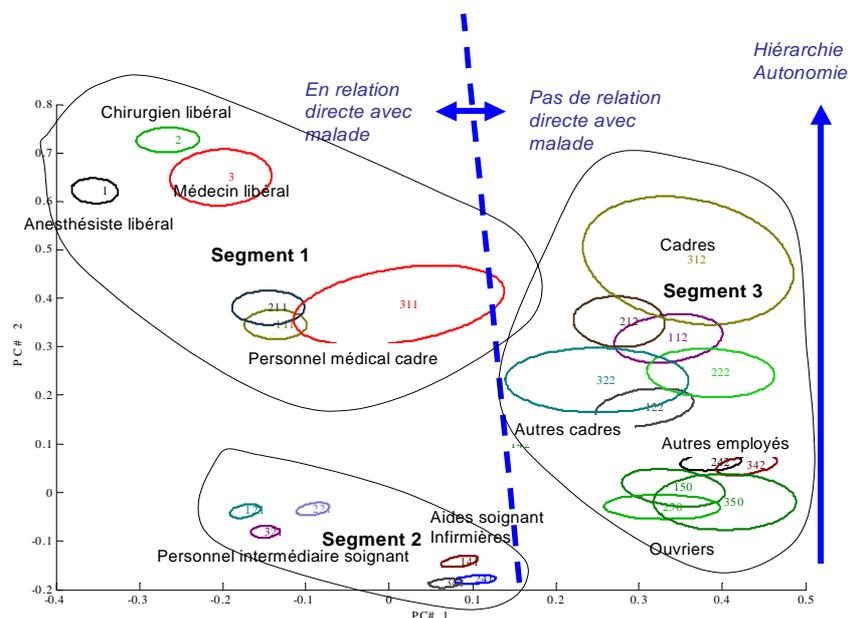
Les ellipses correspondent à des ellipses de confiance qui décrivent la variabilité d'un barycentre. Leur taille est tributaire de la population moyenne des réponses de la strate : plus celle-ci est importante plus l'ellipse est petite.

Deux axes d'explication des résultats sont envisagés : le premier, vertical, fait référence à l'autonomie du sujet. Le second, horizontal, renvoie à la relation au patient ou au malade. En effet, les sujets en fonction de leur strate – ou catégorie socioprofessionnelle – font preuve d'une autonomie plus ou moins importante ainsi que d'un contact avec les usagers plus ou moins fréquent.

Cette base de réflexion va servir à étudier les réponses des salariés en fonction de la place de l'établissement dans le cursus de l'accréditation mais aussi en fonction de son degré d'autonomie et du type de relation qu'il entretient avec l'utilisateur des soins.

À partir du schéma précédent, il est possible de concevoir des regroupements et de scinder l'échantillon en trois parties ou segments (schéma 2).

Schéma 2 - Présentation des 3 segments retenus à l'issue de l'analyse des correspondances multiples



Le segment 1 correspond au personnel ayant de nombreuses relations avec le patient et une autonomie élevée. Il regroupe les médecins, chirurgiens et anesthésistes libéraux ainsi que le personnel médical cadre. Ce segment représente **11, 05 %** de l'échantillon total.

Le segment 2 correspond au personnel ayant des relations avec le patient et une autonomie faible. Il s'agit de l'ensemble des personnels soignants (employés et intermédiaires) et représente **72, 63 %** de l'échantillon. C'est sur ce segment que nous allons centrer notre étude.

Enfin le segment 3 correspond au personnel n'ayant pas ou peu de relations avec le patient et une autonomie plus ou moins importante, c'est-à-dire les cadres, les employés et les ouvriers autres que médicaux ou soignants. Ce dernier segment représente **16, 32 %** de l'échantillon.

C'est à partir de cette approche que nous nous sommes intéressés aux effets de l'accréditation en fonction de ces trois segments représentant des populations bien distinctes au sein du système de soins. Notre rapport intermédiaire portait sur le rôle de l'accréditation en fonction de ses différents niveaux dans le segment 2 c'est-à-dire le personnel soignant. C'est en fonction du retour que nous avons eu de la DREES sur notre travail, et des conseils de celle-ci, que nous avons décidé de changer de variable de référence pour les catégories professionnelles et de recommencer notre étude à partir de cette modification.

Ainsi, nous avons intégré à notre base de données cette nouvelle variable (variable CSR2 présenté dans le tableau 5) et nous avons repris notre étude tout en gardant la même problématique et le même cheminement de construction de notre analyse.

Tableau 6 - Effectifs et pourcentages des catégories professionnelles de l'échantillon total.

Catégorie professionnelle /	Total	%
1 = médecins salariés	313	6,29
2 = infirmières	1407	28,27
3 = autres professions intermédiaires	592	11,89
4 = aides soignantes	1045	21,00
5 = agents de service	636	12,78
6 = autres employés	510	10,25
7 = ouvriers	167	3,36
8 = médecins libéraux	235	4,72
9 = cadres de direction	72	1,45
Total	4977	100,00

Nous n'avons pas jugé utile de refaire une analyse des correspondances multiples sur la totalité du corpus pour la réserver à chaque catégorie, ou segment, de sujets que nous allons étudier. Ainsi, dans la partie suivante, nous vous présenterons nos résultats pour certaines strates de salariés que nous avons placées au cœur de notre étude. Tout d'abord, les IDE qui représentent un segment de 1 407 répondants soit **28,27 %** de l'échantillon total. Ensuite, les 1045 AS (**21 %** de l'échantillon total) formeront le second segment de notre analyse. Enfin, nous nous intéresserons, de façon plus synthétique, aux médecins (salariés et libéraux soit 548 sujets représentant **11,01 %** des répondants) et aux agents de service et ouvriers (803 salariés soit **16,14 %** de la totalité des sujets).

## **Troisième partie :**

### **La situation des AIDES-SOIGNANTES, des infirmières, des médecins et des agents de services / ouvriers :**

#### **Unité de lieu et divergence des conditions de travail**

##### ***III - Introduction***

L'hôpital se caractérise par la pluralité des professionnels œuvrant à la mise en place de son activité quotidienne. L'organisation du travail de l'hôpital apparaît comme une réalité articulant non seulement des cultures professionnelles différentes (administratives, médicales et paramédicales) mais également, une organisation du travail impliquant la mobilisation de ressources techniques rares et de compétences spécifiques. De plus, l'essentiel de l'activité de travail, dans les établissements de santé, est tourné vers le patient ou l'utilisateur. En l'absence de cette figure, il nous semble difficile de donner une représentation claire de la réalité de l'activité de travail dans les établissements hospitaliers.

Parmi les professionnels ayant la plus forte présence auprès des patients se trouvent les aides-soignantes (AS) et les infirmières (IDE). Ces deux catégories occupent une place centrale dans l'organisation de l'activité hospitalière et, par conséquent, dans le cadre de l'accréditation. S'intéresser à ces salariés nous permet d'avoir un échantillon significatif, par son importance, et intéressant pour le traitement de notre enquête.

Dans cette troisième partie, nous allons dans un premier temps présenter les principales caractéristiques du segment des AS, au regard des variables retenues et décrites dans la partie précédente de ce rapport, pour connaître la structure de cette population. Après quoi, nous présenterons les résultats obtenus aux analyses statistiques pour terminer par un rapide aperçu des variables significatives à l'accréditation. Dans un second temps nous effectuerons le même exercice pour les IDE. Le dernier temps, de cette partie, sera consacré à l'étude des variables répondant significativement au facteur « accréditation » chez les médecins, d'une part puis chez les agents de service et ouvriers, d'autre part. L'ensemble des informations exposé nous permettra de répondre à la question initiale de ce rapport.

##### ***III.1 Les aides-soignantes une situation assez tranchée ?***

L'analyse des correspondances multiples (ACM) requiert, tout d'abord, de présenter les principales caractéristiques du groupe étudié. Dans un premier temps, nous donnerons les spécificités descriptives du segment des AS dans le but d'établir son profil. Dans un second temps seront donnés les éléments de lecture des schémas des ACM que nous avons obtenus pour nous intéresser enfin aux items significatifs des différentes modalités de la variable « accréditation ». Ainsi, nous verrons que la situation des AS se distingue, de façon assez tranchée, de celle des IDE.

##### ***Présentation descriptive du segment des aides-soignantes***

Ce segment représente le plus gros effectif après celui des IDE (n = 1018), les tableaux ci-après permettent de le décrire en fonction de variables de répartition déterminantes pour l'étude des conditions de travail et de l'incidence de l'accréditation sur celles-ci. Pour rappel, la démarche d'accréditation comporte trois niveaux distincts.

Tout d'abord, les établissements ayant achevé les deux phases de la procédure : visite des experts et passage en collègue (modalité de la variable codée : **1**). Ensuite, les établissements ayant seulement achevé la première phase de la procédure d'accréditation : visite des experts sans passage en collègue (modalité de la variable codée : **2**). Enfin, les établissements n'ayant pas commencé la procédure d'accréditation à la date de la passation de l'enquête (modalité de la variable codée : **3**).

Tableau 7 - Répartition des AS en fonction du service principal d'affectation (variable SERVUN) et du niveau d'accréditation de l'établissement

ASSERVUN / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = secteur administratif								
2 = secteur hôtelier et services généraux	3	0,96	1	0,94	2	0,33	6	0,59
3 = secteur technique	1	0,32	0	0	3	0,50	4	0,39
4 = bloc opératoire, service médico-technique	71	22,83	10	9,43	108	17,97	189	18,57
5 = urgences, SAMU, SMUR	13	4,18	5	4,72	12	2,00	30	2,95
6 = réanimation ou soins intensifs	10	3,22	2	1,89	29	4,83	41	4,03
7 = service de consultations externes...	8	2,57	2	1,89	9	1,50	19	1,87
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	46	14,79	12	11,32	114	18,97	172	16,90
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	39	12,54	21	19,81	84	13,98	144	14,15
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	16	5,14	4	3,77	41	6,82	61	5,99
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	54	17,36	22	20,75	107	17,80	183	17,98
12 = psychiatrie	11	3,54	15	14,15	27	4,49	53	5,21
13 = autres	39	12,54	12	11,32	65	10,82	116	11,39
Total	311	30,55	106	10,41	601	59,04	1018	100,00

Comme nous l'indiquions précédemment, le tableau ci-dessus présente les résultats du sous-segment 2 concernant les aides-soignantes. Autrement dit, il s'agit pour nous d'exposer d'un point de vue descriptif la structure interne du segment. L'effet de statut juridique de l'établissement peut par conséquent se faire sentir. D'un point de vue général, il existe une différence de représentativité des différents services pour les AS. Ce résultat est attendu, et il ne semble pas choquant de n'avoir aucune AS dans le secteur administratif et très peu, à titre d'exemple, dans les secteurs hôtelier et technique. Les pourcentages les plus importants se retrouvent dans l'unité du bloc opératoire (**18,57 %**), le secteur d'hospitalisation en chirurgie (**16,9 %**), le secteur d'hospitalisation en médecine (**14,15 %**), le service de gériatrie (**17,98 %**) et les services « autres » (**11,39 %**) soit près de **80 %** de l'effectif de l'échantillon pour ces cinq services. Si nous nous intéressons à ces seules unités, nous constatons des disparités de représentation en fonction du niveau d'accréditation. Ainsi le bloc opératoire est sur-représenté dans le niveau supérieur d'accréditation (**22,83 %**) et sous-représenté dans le niveau intermédiaire (**9,43 %**). Le secteur d'hospitalisation en chirurgie est sous-représenté dans les établissements accrédités (**14,79 %**) et ceux en cours d'accréditation (**11,32 %**) par rapport à l'échantillon total. L'unité d'hospitalisation en médecine est sur-représentée dans le niveau intermédiaire (**19,81 %**) tout comme le service de gériatrie (**20,75 %**). La catégorie de réponse « autres » qui recouvre une pluralité de situations ne connaît pas de variation inter-niveau par rapport à l'ensemble des AS. Il faudra donc garder à l'esprit ces disparités quand nous étudierons nos résultats afin d'éviter de poser des conclusions trop hâtives sur le seul rôle de l'accréditation.

Examinons, à présent, la répartition des AS en fonction du statut juridique de leur établissement d'appartenance (tableau 7, ci-après).

Tableau 8 - Statut juridique de l'établissement et niveau d'accréditation pour le segment des AS

STATM / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = public	137	43,08	40	36,04	184	29,87	361	34,55
2 = privé à but non lucratif	105	33,02	46	41,44	159	25,81	310	29,67
3 = privé à but lucratif	76	23,90	25	22,52	273	44,32	374	35,79
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>30,43</b>	<b>111</b>	<b>10,62</b>	<b>616</b>	<b>58,95</b>	<b>1045</b>	<b>100,00</b>

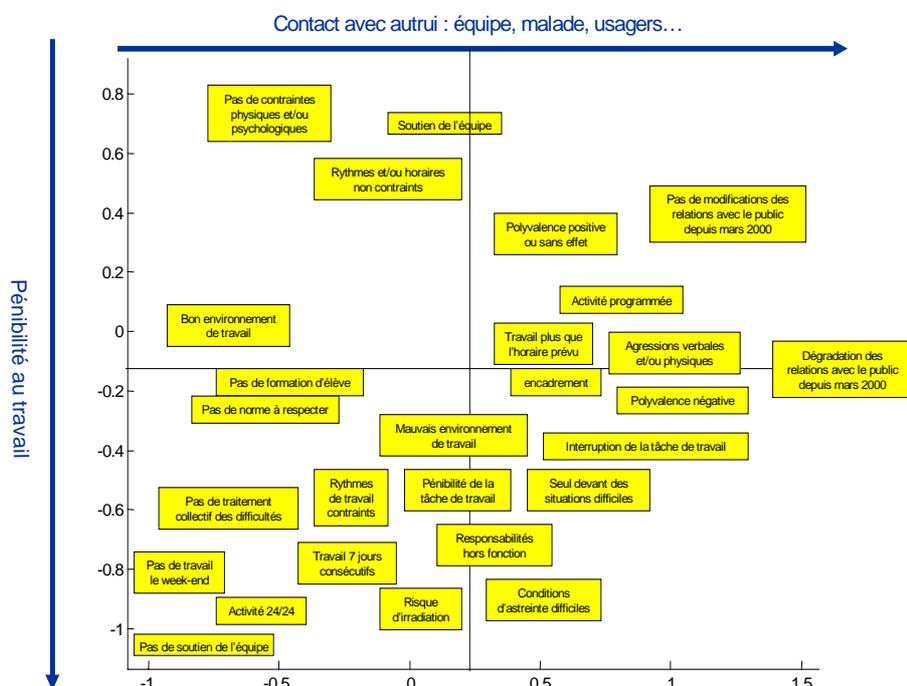
L'ensemble de l'échantillon se répartit de façon quasi-homogène entre les trois statuts juridique (un peu plus de **6 %** d'écart pour les pourcentages les plus éloignés soit une différence de 64 sujets). La répartition dans chaque statut en fonction du niveau d'accréditation ne respecte pas cette proportion. En effet, il existe dans les établissements publics une sur-représentation de ceux ayant achevé le cursus d'accréditation (**43,08 %**) et une sous-représentation de ceux hors-cursus (**29,87 %**). Les établissements en cours de démarche sont sur-représentés chez les organisations privées à but non-lucratif. Enfin, dans le domaine privé à but lucratif, les établissements accrédités, ou en cours, sont sous-représentés (respectivement **23,90 %** et **22,52 %**) alors que les établissements hors-cursus sont surévalués (**44,32 %**) par rapport à l'échantillon total.

Il est à noter que le niveau en cours d'accréditation présente les effectifs les plus faibles des trois stades soit 10 % de sujets. Ce constat sera le même pour les autres catégories de salariés retenues ici. Cependant, le traitement statistique reste possible. Il faudra tenir compte de l'ensemble de ces écarts dans l'analyse de nos données qui se découpe en deux parties. D'abord une analyse des correspondances multiples puis une étude, par item, des variables significatives à l'accréditation.

#### ***L'analyse des correspondances multiples : le cas des aides-soignantes***

Nous avons procédé à deux analyses, une portant sur les réponses et une portant sur les répondants. La première consiste à dégager des variables considérées comme significatives quand leur contribution à l'inertie de l'axe est quatre fois supérieure à son poids *a priori*. Cette position permet d'établir le schéma ci-dessous et de définir les axes de l'analyse.

Schéma 3 : Analyse des correspondances multiples des AS en fonction des variables dont la contribution à l'inertie de l'axe est 4 fois supérieure au poids a priori



La répartition des réponses se présente selon deux axes d'explication :

- Un axe horizontal définissant le taux ou le type de contact avec autrui.
- Un axe vertical représentant la pénibilité au travail.

Cette approche nous donne quatre quadrants définis comme suit :

Tableau 9 - Définition des quadrants selon l'analyse des correspondances multiples des réponses des AS

<b>Quadrant 1 :</b> peu de contacts avec autrui et bonnes conditions de travail	<b>Quadrant 3 :</b> nombreux contacts avec autrui et bonnes conditions de travail
<b>Quadrant 2 :</b> peu de contacts avec autrui et mauvaises conditions de travail	<b>Quadrant 4 :</b> nombreux contacts avec autrui et mauvaises conditions de travail

Le quadrant 1 est caractérisé par une absence de contraintes physiques, psychologiques, de rythmes ou d'horaires. L'environnement de travail est considéré comme bon et en allant vers le quadrant 3, l'équipe est perçue comme un soutien.

Le quadrant 2 montre l'importance de la pénibilité au travail se traduisant par une absence de traitements collectifs des difficultés, des rythmes de travail contraints, une absence de repos sur des cycles circadiens ou hebdomadaires. Un mauvais environnement de travail est mis en évidence ainsi qu'une pénibilité de la tâche et des responsabilités dépassant la fonction.

Le quadrant 3 voit l'augmentation des contacts avec autrui. Il existe une absence de modification des relations avec le public depuis mars 2000, une polyvalence perçue comme positive (ou sans effet) et la présence d'une activité programmée.

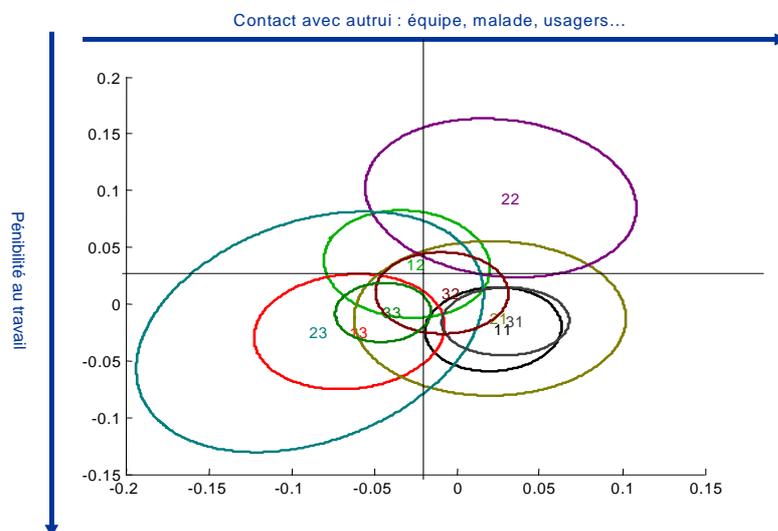
Enfin, en descendant vers le quadrant 4 la dégradation des relations avec le public et le nombre élevé des agressions verbales et/ou physiques se font ressentir. La polyvalence devient négative et les mauvaises conditions de travail se traduisent, en partie, par des interruptions dans la tâche de travail.

Ainsi, se dessine la répartition des réponses des questions en fonction de ces deux axes. C'est à partir de ceux-ci qu'il est possible de replacer les sujets en fonction des critères retenus : le niveau d'accréditation et le statut juridique de l'établissement d'exercice. Ce dernier est nécessaire à l'analyse car son poids est important. Cela donne le tableau des neuf groupes de sujets et le schéma de l'analyse des correspondances multiples suivants :

Tableau 10 - Description de la légende des groupes du segment AS pour l'analyse en correspondances multiples

Numéro du groupe	DESCRIPTION	
11	Cursus d'accréditation terminé pour les AS du secteur public	Secteur Public
21	Cursus d'accréditation en cours (visite) pour les AS du secteur public	
31	Cursus d'accréditation non débuté pour les AS du secteur public	
12	Cursus d'accréditation terminé pour les AS du secteur privé à but non lucratif	Secteur But Non Lucratif
22	Cursus d'accréditation en cours (visite) pour les AS du secteur privé à but non lucratif	
32	Cursus d'accréditation non débuté pour les AS du secteur privé à but non lucratif	
13	Cursus d'accréditation terminé pour les AS du secteur privé à but lucratif	Secteur But lucratif
23	Cursus d'accréditation en cours (visite) pour les AS du secteur privé à but lucratif	
33	Cursus d'accréditation non débuté pour les AS du secteur privé à but lucratif	

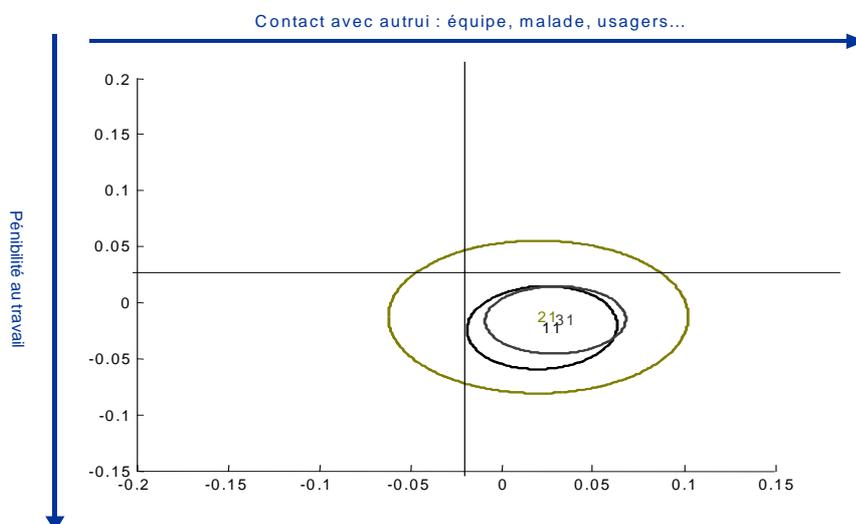
Schéma 4 : Analyse des correspondances multiples des AS en fonction du niveau d'accréditation et du secteur d'activité de l'établissement



Les ellipses de confiances décrivent la variabilité des barycentres, c'est-à-dire à la population moyenne des réponses. La taille de l'ellipse est inversement proportionnelle à la taille du groupe. Ainsi les groupes 21, 22 et 23 qui présentent les effectifs les plus faibles proposent les ellipses les plus grandes.

L'étude du précédent schéma montre des disparités entre les groupes. Si les ellipses ne se recouvrent pas cela veut dire que les groupes sont statistiquement différents -en tenant compte de toutes les variables-. A première vue, il semble que le statut de l'établissement joue un rôle plus significatif que le niveau d'accréditation. Pour une meilleure visibilité, le schéma de l'analyse en correspondances multiples est dissocié. Tout d'abord par statut pour étudier le rôle de l'accréditation dans chacun d'eux, ce qui représente trois schémas comportant trois groupes chacun. Puis, par niveau d'accréditation pour pouvoir en saisir les différences en fonction du statut représentant aussi trois schémas. Pour une meilleure lisibilité, le commentaire suivra chaque série de figures.

Schéma 5 - Analyse des correspondances multiples des AS en fonction du niveau d'accréditation pour le secteur public



Il apparaît, pour le secteur public et privé à but lucratif le très faible rôle du niveau d'accréditation. En effet, pour ces deux domaines les ellipses de confiance se superposent et ne permettent pas de statuer sur des différences significatives entre les groupes en ce qui concerne l'effet de l'accréditation. Par contre, il est intéressant de relever l'importance du secteur d'activité, indépendamment du niveau d'accréditation. Pour ces six groupes, le travail y est jugé pénible mais les rapports avec autrui sont plus fréquents dans le service public que dans le secteur privé à but lucratif.

En ce qui concerne les groupes relevant du secteur privé à but non lucratif (Cf. 6 et 7, ci-après) le niveau d'accréditation semble avoir une incidence car ce sont les sujets en cours d'accréditation qui déclarent les meilleures conditions de travail et un contact avec autrui plus important. Le groupe accrédité présente de moins bonnes conditions de travail, même si elles restent meilleures que le groupe de sujets issus d'établissements non accrédités, et donc une pénibilité plus importante. Ce résultat va à l'encontre des attentes de l'accréditation. En effet, la pénibilité devrait être inversement proportionnelle à l'accès et au déroulement de la démarche d'accréditation puisque que cette dernière est mise en place dans l'optique d'améliorer les conditions de travail. Or, il semble que pour le secteur privé à but non lucratif, cette amélioration ne soit pas linéaire. Nous émettrons des hypothèses à l'égard de ce constat dans notre conclusion.

Schéma 6 - Analyse des correspondances multiples des AS en fonction du niveau d'accréditation pour le secteur privé à but non lucratif

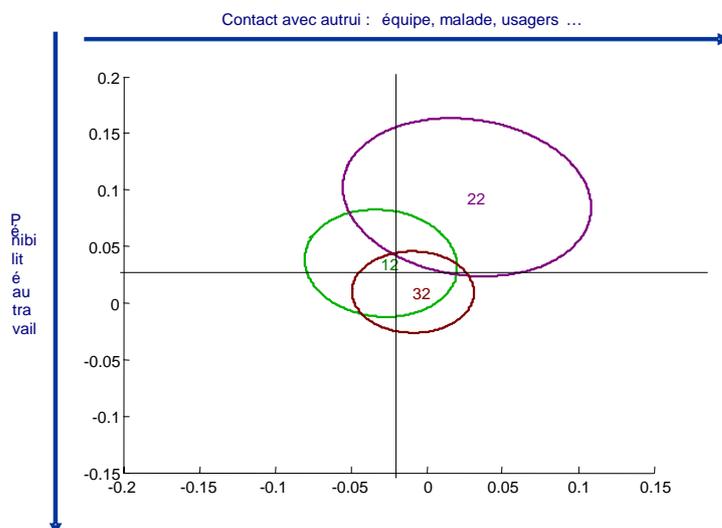
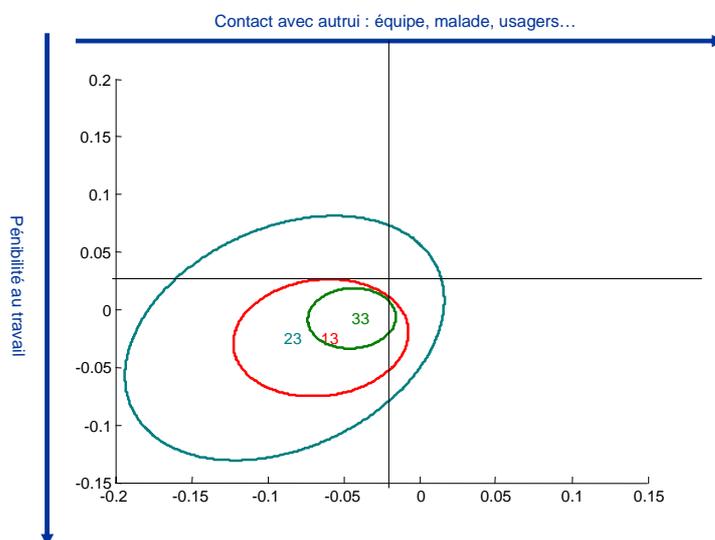


Schéma 7 : Analyse des correspondances multiples des AS en fonction du niveau d'accréditation pour le secteur privé à but lucratif



En ce qui concerne le statut en fonction niveau de l'accréditation, les trois schémas sont les suivants :

Schéma 8 - Analyse des correspondances multiples des AS en fonction du statut pour le niveau d'accréditation passage en collège

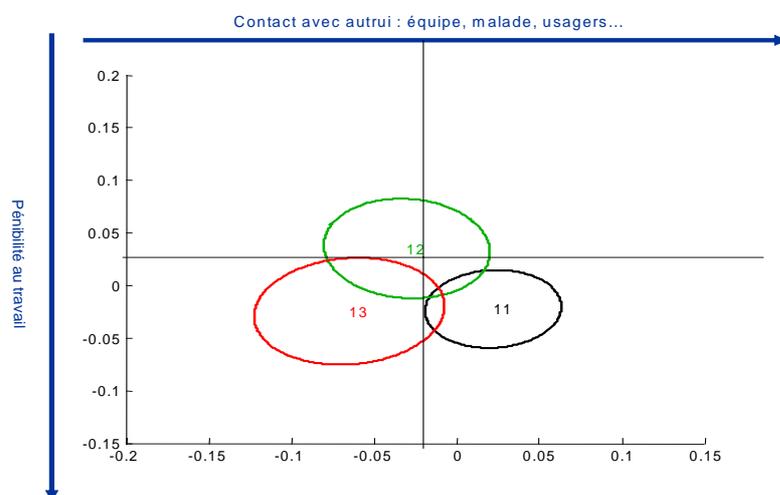


Schéma 9 - Analyse des correspondances multiples des AS en fonction du statut pour le niveau d'accréditation passage en visite mais pas en collège

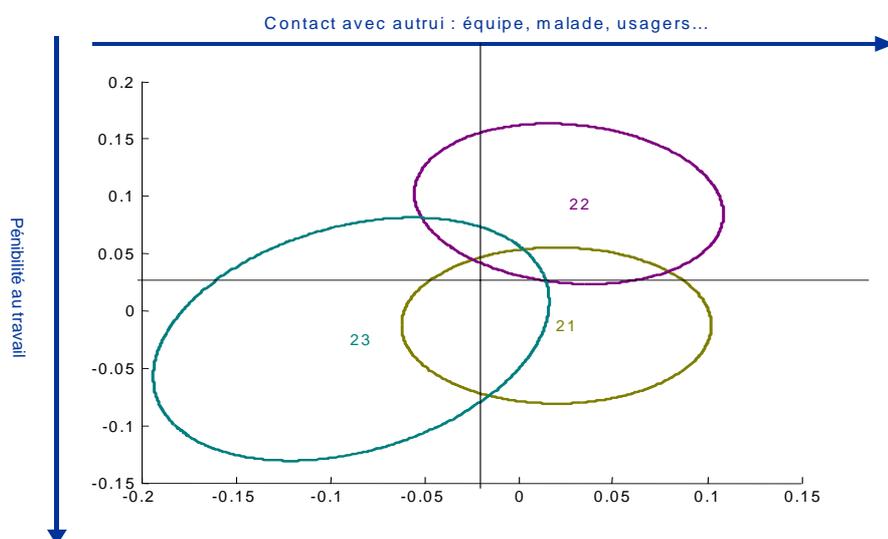
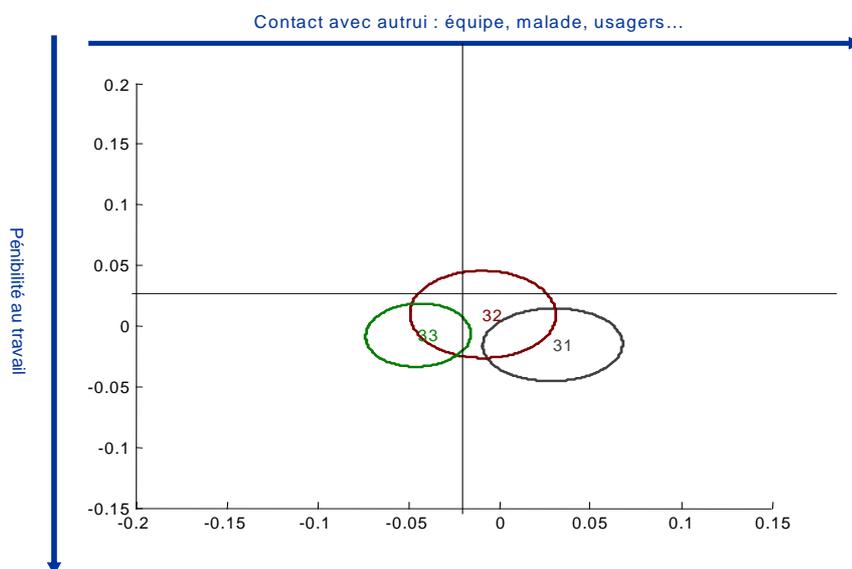


Schéma 10 - Analyse des correspondances multiples des AS en fonction du statut pour le niveau d'accréditation pas de passage en visite ni collègue



Au regard de ces figures, il ne fait aucun doute que le poids du statut juridique de l'établissement est largement plus important que celui du niveau d'accréditation, la place des groupes étant différente pour chaque statut et non pour chaque niveau d'accréditation. Ainsi pour les sujets issus d'établissements accrédités, les conditions de travail sont les moins pénibles dans le secteur privé à but non-lucratif et les contacts avec autrui plus élevés dans la sphère publique.

Le même type constat peut s'établir pour les répondants des établissements en cours d'accréditation (schéma n° 9) et pour ceux appartenant à des établissements n'ayant pas commencé la procédure (schéma n° 10). Il apparaît, là aussi, que ce sont les sujets des organisations privées à but non lucratif qui présentent les meilleures conditions de travail et ceux du secteur public qui échangent le plus avec autrui. Cet état est maximisé dans les établissements en cours d'accréditation (les barycentres des ellipses sont bien séparés) et minimisé dans les organisations n'ayant pas entamé la procédure d'accréditation (les ellipses sont plus rapprochées sans se superposer). Ce résultat peut s'expliquer non seulement par l'incidence patente du statut de l'établissement mais aussi par une représentation hétérogène dans chaque secteur de différents services ou unités. Nous savons que ce dernier facteur a tout son importance mais il était difficile de l'intégrer dans l'ACM pour une bonne visibilité de celle-ci. C'est dans cette optique que nous allons maintenant porter un regard sur les items significatifs à l'accréditation pour les AS.

#### ***Analyse des variables significatives à l'accréditation.***

Comme nous l'avons écrit en début de cette partie, le rôle de l'accréditation est bien moindre que celui du statut de l'établissement de santé ou encore celui supposé du service. Cependant, si nous regardons les réponses faites aux différentes questions en fonction du niveau d'accréditation, il apparaît des effets sur certains points pour les AS. Les différences peuvent être dues à un effet simple de l'accréditation ou corrélées à ceux du statut de l'organisation et/ou du service principal d'exécution du travail. En ce qui concerne les AS, elles concernent les conditions d'exécution de la tâche, la formation, les responsabilités, les relations avec le public et avec l'équipe.

L'ensemble des résultats présentés ci-après est statistiquement significatif. Les tests utilisés sont les suivants : Chi carré, analyse de variance à 1 et 2 facteurs de classification. Les tableaux des effectifs et pourcentages peuvent être consultés en annexe 2.

L'utilisation du matériel informatique et le temps passé sur ordinateur augmente avec le degré d'accréditation. Ce résultat est aussi lié au statut de l'établissement et au service dans lequel le sujet exerce. La transmission d'information est plus souvent effectuée par mail dans le groupe d'accréditation intermédiaire et ce sont les sujets hors-cursus d'accréditation qui déclarent recevoir le plus souvent « ne jamais recevoir de consignes importantes ou d'informations sur la façon de procéder par écrit ». Il semblerait que le groupe « en cours d'accréditation » des AS se tourne vers une formalisation de la transmission d'informations qui ne se retrouve pas chez les répondants du groupe « accrédités ».

Le reste des résultats, traité ici de façon synthétique, montre un détachement du groupe des sujets appartenant à des établissements en cours d'accréditation par rapport aux deux autres groupes et ce, sur plusieurs points.

En effet, ce sont ces répondants qui déclarent le plus souvent « ne jamais assurer des responsabilités qu'ils ne devraient pas assumer » (**49,55 %** contre **44,65 %** chez les sujets issus d'établissement accrédités et **35,71 %** chez les sujets appartenant à des organisations hors cursus). En ce sens, certains objectifs de la démarche sont atteints puisque la proportion de sujets déclarant outrepasser leurs responsabilités diminue, ce qui pourrait indiquer une clarification des rôles. Cependant, la proportion ré-augmente pour les sujets du groupe « accrédités », ce qui laisse penser que cette formalisation nécessite un contexte bien particulier et encadré. Nous voyons à ce stade l'effet que le contexte organisationnel peut avoir et par conséquent le type d'établissement.

Ce sont, aussi, les moins nombreux être perturbés par une interruption dans leur travail pour effectuer une tâche non prévue ainsi qu'à ne pas être obligés d'interrompre leur repas -ou ne pas en prendre- pour faire leur travail. Ceci peut traduire une meilleure gestion de l'organisation liée à l'accréditation.

Pour ce qui est des relations avec l'équipe de travail, il apparaît, toujours pour ce groupe intermédiaire une importance plus nette de la décision collective. Le collectif est mis en avant pour traiter les difficultés morales et affectives rencontrées avec les patients, leur famille ou d'autres publics, dans le cadre de réunions régulières avec une possibilité de soutien si le besoin en est exprimé.

De plus, c'est aussi ce groupe qui donne le taux le plus important d'agressions verbales, physiques ou sexuelles. Ce dernier point retient notre attention car il permet de mettre en avant tout d'abord que ce genre d'agression est très important quel que soit le groupe mais que l'explication de ce taux élevé peut être aussi liée à la procédure d'accréditation qui demande aux sujets de s'interroger sur leurs pratiques. Ainsi, il est difficile de savoir si ces agressions sont plus nombreuses ou si elles sont plus souvent mises en évidence et, par-là, reconnues comme telles. De plus, il existe une autre explication possible de ce résultat. La mise en place de l'accréditation perturberait le rapport qu'entretiennent les AS avec les usagers car celles-ci, à ce stade de la démarche d'accréditation, seraient plus centrées sur la mise en place des procédures que sur l'écoute des besoins des usagers créant ainsi un mécontentement de ces derniers qui se traduirait par une augmentation des agressions.

En conclusion de cette partie, il apparaît pour les AS, un poids assez faible de l'accréditation sur les conditions de travail au regard d'autres déterminants que sont le statut de l'organisation et le service principal d'exercice de la fonction. Pour le statut juridique de l'organisation, il ne fait aucun doute que ce facteur a une incidence cruciale sur les conditions de travail et l'analyse en correspondances multiples le montre bien. Il n'était pas possible de faire l'impasse sur cette variable explicative. Pour le service, le nombre trop important de modalités de cette donnée ne permettait pas une lecture facile des

résultats d'autant plus que certains services n'étaient pas ou peu représentés chez les AS. Mais les analyses de variance à deux facteurs de classification nous ont éclairés sur son incidence patente.

Reste que l'accréditation a un effet sur un petit nombre de variables dans une multitude de domaines recouvrant l'activité de travail. Il serait donc dommage de ne pas le signaler.

Enfin, l'étude de ce segment nous interroge sur le caractère pérenne de l'accréditation. En effet, les sujets appartenant à des établissements en cours d'accréditation se détachent des autres répondants par une meilleure prise en compte du collectif et des normes régissant le travail. Cependant ce résultat ne se retrouve pas chez les salariés issus d'organisation accrédités. C'est un des constats que nous allons retrouver dans les trois autres segments que nous avons étudiés et que nous vous présentons ci-après.

### ***III.2 Les infirmières une situation a double sens ou à double contrainte ?***

Si la situation et ses analyses chez les AS apparaissent assez claires en contraste, celles des IDE s'avèrent plus difficiles. Comme pour les AS nous allons dans un premier temps décrire les caractéristiques de la population du sous segment IDE pour ensuite nous attarder dans un second temps sur les résultats issus des ACM.

#### ***III.2.1 Quelles est la situation des infirmières ?***

La population des IDE occupe une place centrale dans le cadre de l'enquête conditions de travail dans les établissements de santé (DREES 2003), Dans notre base de données les IDE se répartissent de la manière suivante :

Tableau 11 - Répartition des infirmières en fonction du statut juridique de l'établissement et des phases de l'accréditation pour les IDE

STATM / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = public	227	45,95	51	32,9	234	30,87	512	36,39
2 = privé à but non lucratif	154	31,17	62	40,00	199	26,25	415	29,50
3 = privé à but lucratif	113	22,87	42	27,10	325	42,88	480	34,12
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>35,11</b>	<b>155</b>	<b>11,02</b>	<b>758</b>	<b>53,87</b>	<b>1407</b>	<b>100,00</b>

Les IDE des établissements publics sont, de loin, les plus représentées parmi les établissements accrédités au moment de l'enquête avec **45,95 %** alors que les IDE des établissements privés à but non lucratif et à but lucratif représentent respectivement **31,17 %** et **22,87 %**. Si l'on compare ces pourcentages au total de la population IDE, on observe qu'il y a une sur-représentation des IDE du secteur public parmi les établissements accrédités. A l'inverse, les IDE du secteur privé lucratif sont majoritaires parmi les établissements n'ayant pas entamé, à l'époque de l'enquête, la procédure de l'accréditation. Enfin, les établissements en cours d'accréditation sont également diversement distribués.

Dans ce cas, ce sont les IDE du secteur privé non lucratif qui sont les plus nombreuses notamment par rapport aux IDE du secteur public et privé à but lucratif. De notre point de vue, ces différences traduisent pour l'essentiel, probablement une mise en route très variable de la démarche entre les secteurs. Toutefois, nous verrons que nos analyses portent sur des effectifs parfois faibles. Par exemple : les IDE en cours d'accréditation ne sont que 155 dont 42 dans le secteur privé à but lucratif, 51 pour le secteur public et 62 pour le secteur privé non lucratif. Cette phase ne représente que **11 %** de notre segment.

Une autre manière de voir la structure de notre population est de s'intéresser à la distribution par services. En effet, nous avons noté plus haut que la nouvelle base des données pouvait contenir

quelques imperfections notamment liées au type d'établissement. Si les établissements publics sont plus nombreux parmi les accrédités, ils sont le plus souvent de taille plus importante et possèdent une diversité des services, notamment de pointe, plus grande par rapport au secteur privé à but lucratif ou au secteur privé à but non lucratif. L'objectif étant ici de présenter une première vision du segment 2 concernant les IDE et par conséquent s'intéresser à la simple description de la structure.

Il apparaît, dans le tableau ci-dessous, que parmi les IDE se trouvant dans un établissement accrédité, à l'époque de l'enquête, ce sont surtout les services de bloc opératoires et médico-technique les plus représentés avec **27,22 %**. Le secteur hospitalisation en chirurgie suit avec **15,26 %** et le secteur de médecine avec **13,4 %**. A l'opposé, les secteurs hôtelier et administratif sont très peu représentés<sup>65</sup>.

Parmi les IDE se trouvant dans les établissements en cours d'accréditation, il ressort que le service de psychiatrie regroupe la part la plus importante des IDE avec **27,63 %** suivi du bloc opératoire et du service médico-technique avec **24,34 %**. Enfin parmi les IDE se trouvant dans les établissements n'ayant pas de procédure en cours, c'est le bloc opératoire et le secteur d'hospitalisation en chirurgie qui sont les plus représentés. Ce dernier constat peut s'expliquer par la représentation plus importante des établissements privés à but lucratif à l'intérieur des établissements n'ayant pas entamé de procédure d'accréditation à l'époque de l'enquête<sup>66</sup>. Parmi ces derniers, on retrouve un nombre important de cliniques spécialisées en chirurgie (ORL, odontologie, etc.).

Tableau 12 - Répartition des infirmières en fonction du service principal d'affectation (variable SERVUN) et du niveau d'accréditation de l'établissement

SERVUN / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = secteur administratif	6	1,24	2	1,32	6	0,81	14	1,02
2 = secteur hôtelier et services généraux	1	0,21	0	0,00	0	0,00	1	0,07
3 = secteur technique	2	0,41	0	0,00	1	0,14	3	0,22
4 = bloc opératoire, service médico-technique	132	27,22	37	24,34	175	23,65	344	24,98
5 = urgences, SAMU, SMUR	27	5,57	2	1,32	42	5,68	71	5,16
6 = réanimation ou soins intensifs	36	7,42	6	3,95	38	5,14	80	5,81
7 = service de consultations externes...	16	3,30	7	4,61	19	2,57	42	3,05
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	74	15,26	17	11,18	150	20,27	241	17,50
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	65	13,40	14	9,21	95	12,84	174	12,64
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	9	1,86	3	1,97	18	2,43	30	2,18
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	29	5,98	8	5,26	50	6,76	87	6,32
12 = psychiatrie	50	10,31	42	27,63	112	15,14	204	14,81
13 = autres	38	7,84	14	9,21	34	4,59	86	6,25
Total	485	35,22	152	11,04	740	53,74	1377	100

Pour analyser le segment des IDE nous allons procéder en deux parties. D'abord une analyse des correspondances multiples puis une étude par item des variables significatives à l'accréditation.

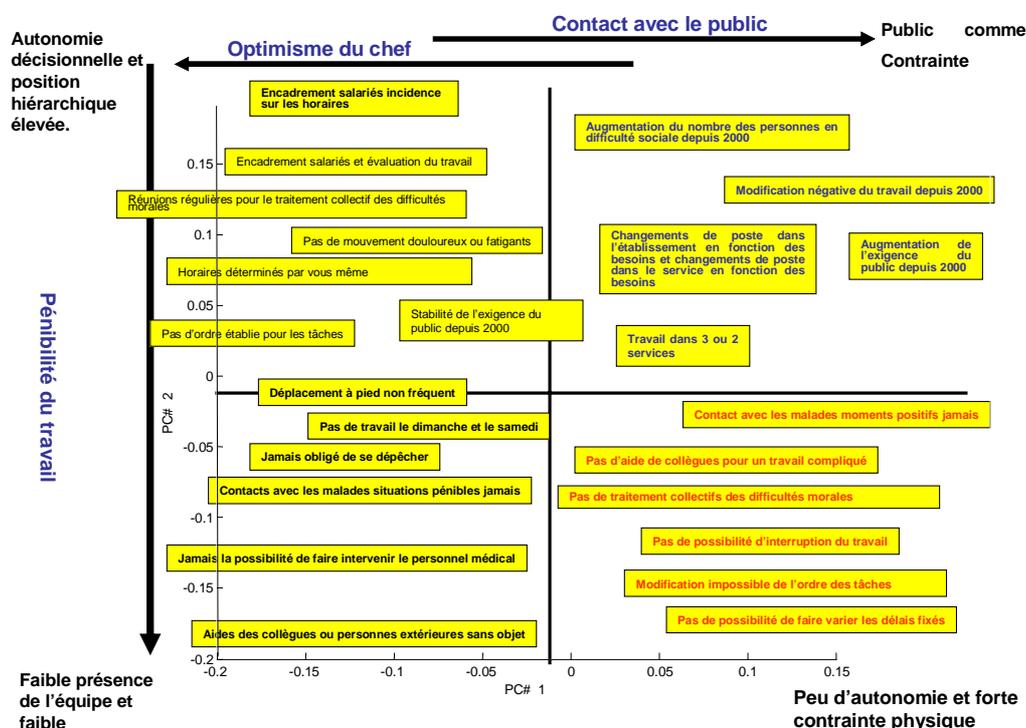
### III.2.2 L'analyse des correspondances multiples : le cas des infirmières

L'Analyse des Correspondances Multiples a permis de diviser la population des IDE exerçant dans les différents établissements en fonction de la variable accréditation. Il ressort de ce traitement que nous pouvons présenter la population infirmière de la manière suivante :

<sup>65</sup> Ceci est assez logique étant donné la nature de ces services et l'activité des IDE.

<sup>66</sup> Nous rappelons que la part des établissements privé à but lucratif n'ayant pas entamé des procédures à l'époque de l'enquête représente 42,2% des établissements.

Schéma 11 - Analyse des correspondances multiples des infirmières en fonction des variables dont la contribution à l'inertie de l'axe est 4 fois supérieure au poids a priori



Contrairement aux AS, les IDE se caractérisent par un double mouvement en haut du schéma ACM. D'une part, un sens partagé avec les AS qui va vers une augmentation des contacts avec le public considéré, au fur et à mesure que l'on avance vers la droite de la représentation, comme un élément plutôt contraignant. En effet, dans ce quadrant (haut-droite), nous retrouvons les modalités du type « augmentation du nombre des personnes en difficulté sociale depuis 2000 », « Modification négative du travail depuis 2000 », « Augmentation de l'exigence du public depuis 2000 », « Modification négative du travail depuis 2000 ». D'autre part, et en même temps, dans le sens inverse de la flèche (droite-gauche), si les contacts avec le public ne s'effacent pas totalement, il apparaît une population d'IDE dans une position hiérarchique plus élevée occupant des fonctions de cadre, avec une autonomie décisionnelle plus importante. Les mouvements sont peu douloureux et fatigants, il s'agit souvent d'IDE exerçant des activités programmées, pouvant plus fréquemment déterminer leurs horaires de travail malgré une activité exercée parfois dans plusieurs services. Par conséquent, nous avons un mouvement qui possède une double orientation pour expliquer le changement de perception des conditions de travail. D'une part, le contact plus fréquent du public et d'autre part la position hiérarchique qui permet de se détacher ou de prendre des distances.

À l'inverse l'autre axe est à sens unique comme pour les AS plus nous descendons davantage se fait ressentir la pénibilité du travail. Ce mouvement est visible à droite mais pas à gauche.

Ainsi cette approche nous donne quatre quadrants que nous pouvons synthétiser de la manière suivante :

Tableau 13 - Définition des quadrants selon l'analyse des correspondances multiples des réponses des IDE.

<b>Quadrant 1</b> : peu de contacts avec autrui (public, familles, etc.), position hiérarchique élevée et bonnes conditions de travail	<b>Quadrant 3</b> : nombreux contacts avec autrui vécues comme se dégradant
<b>Quadrant 2</b> : peu de contacts avec autrui (équipe notamment) mais faibles contraintes des conditions de travail	<b>Quadrant 4</b> : nombreux contacts avec autrui et mauvaises conditions de travail

Ainsi les quadrants, peuvent se lire de la manière suivante. Plus nous descendons, et plus nous allons vers la droite (bas) et plus les conditions de travail sont perçues négativement. Toutefois, si les contraintes sont plutôt faibles pour le quadrant 2, il dessine une population d'IDE souvent seules ou, en tout cas, avec peu de possibilités de faire intervenir d'autres professionnels notamment médical. À l'opposé de cette situation, le quadrant 4 nous montre une situation avec des nombreux contacts avec autrui couplés avec l'impossibilité d'agir sur la tâche de travail ou sur le rythme de travail.

Par conséquent, la répartition des réponses se présente selon deux axes d'explication :

- Un axe horizontal définissant le taux ou le type de contact avec autrui comme pour les AS mais avec une nuance concernant l'articulation avec la situation hiérarchique.
- Un axe vertical représentant la pénibilité au travail.

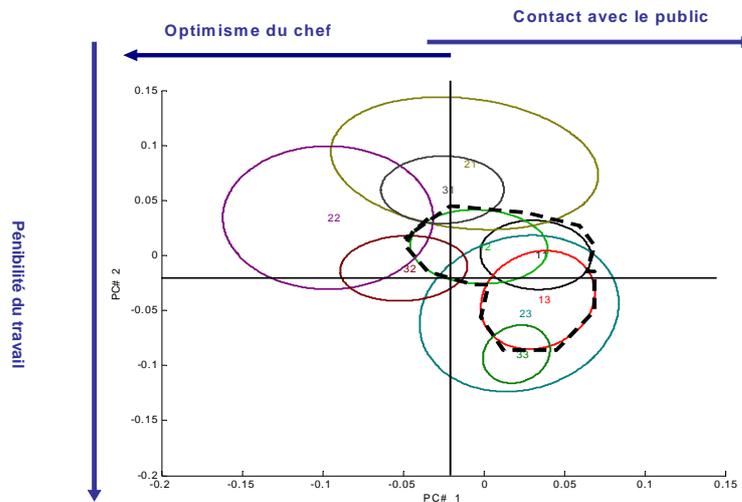
Ainsi, il est possible de répartir les sujets en fonction de ces axes. Les critères retenus sont le niveau d'accréditation et le statut de l'établissement du sujet. Ce dernier est nécessaire à l'analyse car son poids est important. Cela donne le tableau des neuf groupes de sujets et le schéma de l'analyse des correspondances multiples suivants :

Tableau 14 - Description de la légende des groupes du segment IDE pour l'analyse en correspondances multiples

Numéro du groupe	DESCRIPTION	
11	Cursus d'accréditation terminé pour les IDE du secteur public	Secteur Public
21	Cursus d'accréditation en cours (visite) pour les IDE du secteur public	
31	Cursus d'accréditation non débuté pour les IDE du secteur public	
12	Cursus d'accréditation terminé pour les IDE du secteur privé à but non lucratif	Secteur But Non Lucratif
22	Cursus d'accréditation en cours (visite) pour les IDE du secteur privé à but non lucratif	
32	Cursus d'accréditation non débuté pour les IDE du secteur privé à but non lucratif	
13	Cursus d'accréditation terminé pour les IDE du secteur privé à but lucratif	Secteur But lucratif
23	Cursus d'accréditation en cours (visite) pour les IDE du secteur privé à but lucratif	
33	Cursus d'accréditation non débuté pour les IDE du secteur privé à but lucratif	

Ce tableau permet d'avoir la clé de lecture des schémas ACM que nous allons mobiliser afin de trouver les éléments de réponse à notre interrogation, et voir le rôle que l'accréditation peut jouer dans le secteur hospitalier à partir du cas des IDE. Pour comprendre le sens de cette analyse, nous présentons ci-dessous un premier schéma général qui sera par la suite découpé pour illustrer le poids de chaque variable.

Schéma 12 - D'ACM des infirmières



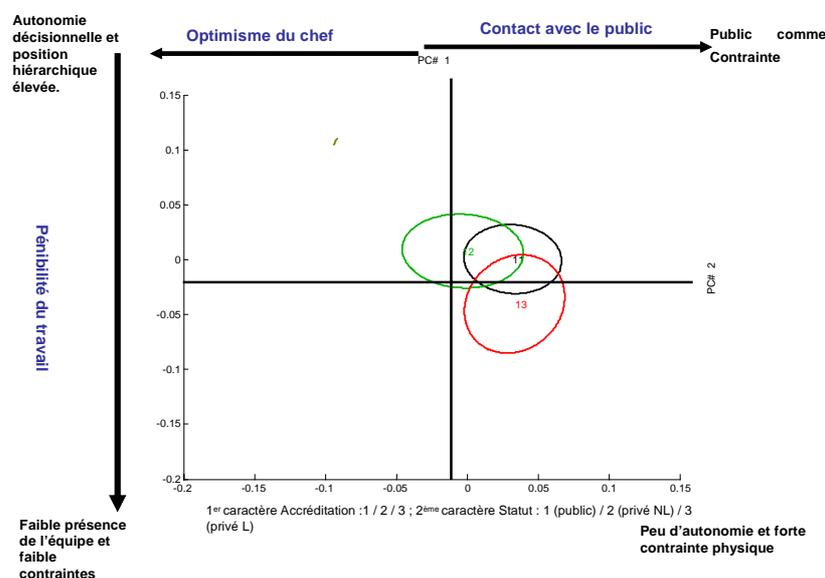
**Légende :** les ellipses de confiances décrivent la variabilité des barycentres, c'est-à-dire à la population moyenne des réponses. La taille de l'ellipse est inversement proportionnelle à la taille du groupe. Comme pour les AS les groupes 21, 22 et 23 qui présentent les effectifs les plus faibles proposent les ellipses les plus grandes.

*Procédure d'accréditation et statut de l'établissement.*

Une des premières questions que l'on peut se poser concernant l'adoption de l'accréditation dans les établissements de santé, c'est de connaître l'influence que celle-ci peut avoir en fonction du statut de l'établissement (Public, Privé à but lucratif ou privé à but non lucratif). Nous tentons de connaître, si la mise en place de l'accréditation modifie ou fait varier les réponses des IDE. Notre idée de départ étant que l'accréditation, revêt un caractère progressif et d'apprentissage, qui se traduit par l'observation de situations différentes en fonction de chacun de ses stades et ceci quel que soit le statut de l'établissement.

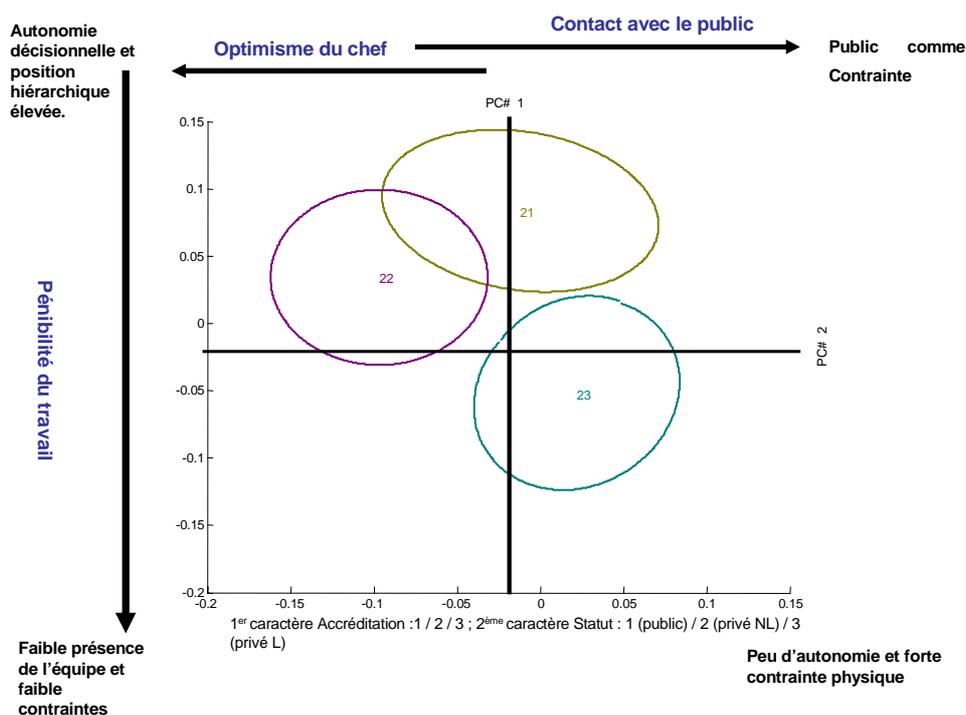
La lecture des schémas présentés ci-dessous doit se faire de la manière suivante. Si les ellipses ne se recouvrent pas cela veut dire que les groupes sont statistiquement différents -en tenant compte de toutes les variables-.

Schéma 13 – Accréditation et les établissements publics, privés et privés à but non lucratif



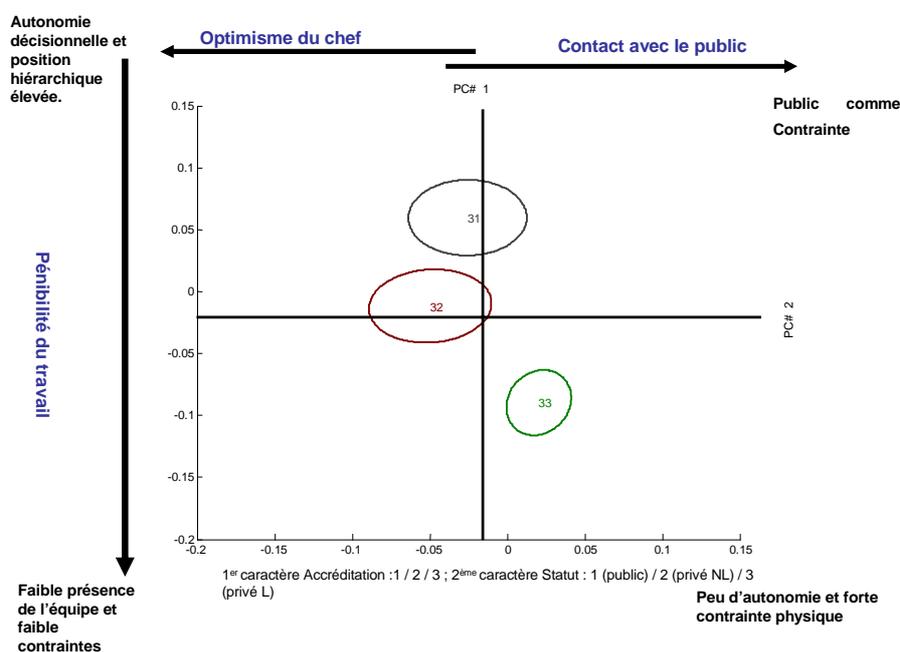
Le schéma 13 nous montre une situation avec peu de contrastes. Les IDE des établissements accrédités ne se distinguent guère. Il semblerait que l'accréditation ne joue pas un rôle majeur dans la modification des conditions de travail des IDE. Toutefois, la situation des IDE du secteur privé à but lucratif semble moins favorable même lorsqu'elles se trouvent dans un établissement accrédité alors que les IDE des établissements privés à but non lucratif semblent dans une meilleure situation.

Schéma 14 - En cours d'accréditation et les établissements publics, privés et privés non lucratifs



En revanche, le schéma 14 se différencie nettement par rapport au premier. Nous pouvons constater une nette dissemblance entre les trois situations. Les IDE des établissements en cours d'accréditations sont diversement affectés. Les IDE des établissements publics se trouvant dans une situation intermédiaire entre la perception du public comme une contrainte et l'autonomie décisionnelle. À l'opposé, les IDE des établissements privés à but lucratif en cours d'accréditations se rapprocheraient davantage des conditions de travail perçues comme plus pénibles alors que les établissements de santé du secteur privé à but non lucratif apparaissent au cours de l'accréditation en bien meilleure situation que les autres deux secteurs.

Schéma 15 – Établissements non accrédités et les établissements publics, privés et privés à but non lucratif



Le schéma 15 représente les IDE des établissements n'ayant pas débuté de procédure d'accréditation à la date de l'enquête. Il ressort une différence importante et qui montre le poids du statut de l'établissement. En effet, si nous comparons le schéma 15 au schéma 13 nous constatons un léger progrès pour les IDE des établissements privés et un recul ou, en tout cas, un rapprochement des IDE des établissements publics vers la perception du public comme contrainte. Les IDE des établissements privés à but lucratif apparaissent comme ayant les plus mauvaises conditions de travail et ce, quelle que soit la phase de l'accréditation.

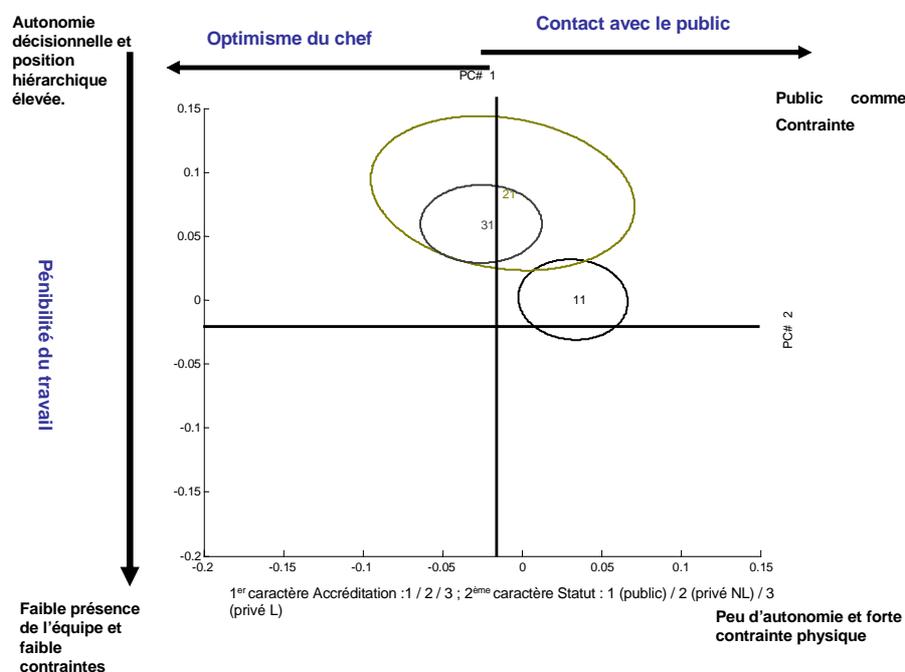
Pour approfondir ces premiers constats, nous allons examiner à l'intérieur de chaque type d'établissement si la procédure d'accréditation a introduit une variation. En effet, nous pouvons nous demander quelle est l'incidence à l'intérieur des IDE des établissements publics de l'introduction de l'accréditation. Celle-ci modifie-t-elle la perception ? Change-t-elle les réponses des enquêtés ?

#### *La progression de la procédure d'accréditation*

La procédure d'accréditation introduit un certain nombre des modifications et outils à travers des groupes de formation ou d'auto évaluation censés mettre en place les analyses et les démarches correctrices. Ainsi dans chaque service émergent et sont constitués des groupes plus au moins élargis ayant pour fonction d'animer la mise en place de l'accréditation. Concernant les IDE, nous pouvons

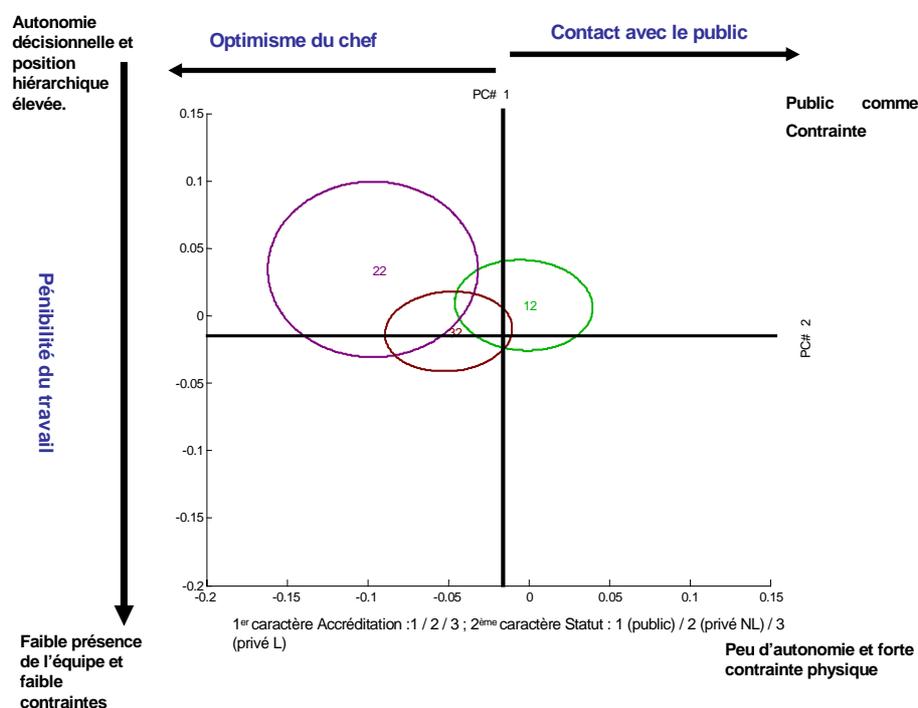
nous demander s'il y a des différences à observer à chaque stade de la procédure à l'intérieur d'un même secteur. Les schémas ci-dessous représentent les résultats d'un tel traitement.

Schéma 16 - L'accréditation dans les établissements publics IDE



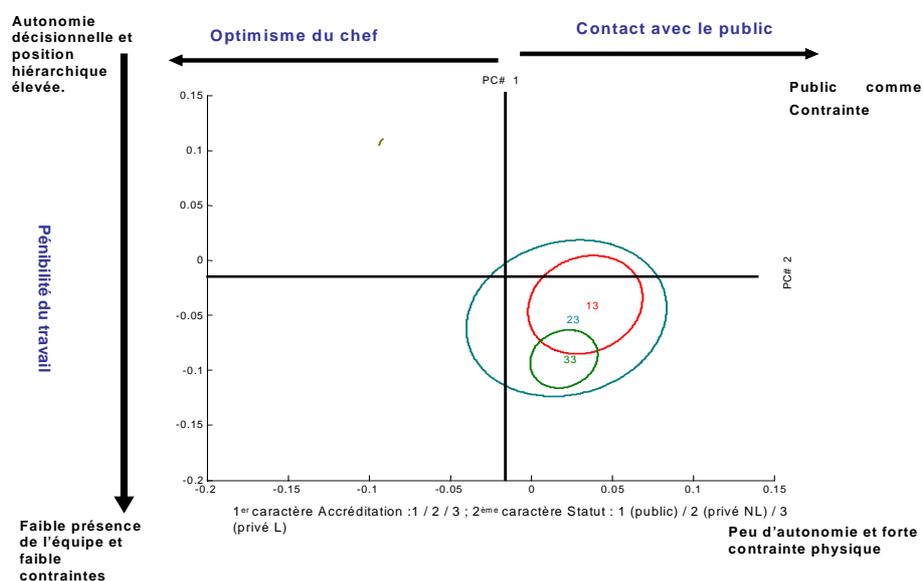
Le schéma 16 nous représente l'évolution de l'accréditation et la perception des conditions de travail par les IDE dans les établissements publics. Il ressort, de la lecture de cette représentation, que les IDE des établissements publics en cours d'accréditation et les IDE des établissements n'ayant pas entamé de procédure ne se distinguent guère tandis que les IDE des établissements publics ayant adopté l'accréditation se différencient nettement des deux autres. En réalité, tout se passe comme si les IDE des établissements publics accrédités exprimaient plus facilement leurs mauvaises conditions de travail. On sait par ailleurs que les IDE du secteur public sont plus critiques que les collègues du secteur privés (Cf. l'étude de R. Le Lan et D. Baubeau, 2004). Aussi peut-on se demander, à l'instar des AS, si l'accréditation n'a pas favorisé ce genre d'expression plus facilement ou si celle-ci n'a fait qu'accentuer les contraintes.

Schéma 17 - L'accréditation dans les établissements privés à but non lucratif IDE



Le schéma 17 montre les IDE des établissements privés à but non lucratif. Nous constatons un mouvement assez singulier. Les IDE exerçant dans les établissements hors accréditations semblent se trouver dans une situation neutre tant du point de vue de la pénibilité que de l'autonomie décisionnelle. En revanche, les IDE des établissements en cours d'accréditation gagnent en autonomie et s'éloignent du contact avec le public. Enfin, les IDE des établissements à but non lucratif accrédités se rapprochent davantage de la contrainte de service (usager comme contrainte). Nous pouvons attirer l'attention sur les IDE en cours d'accréditation. En effet, il peut exister un effet position hiérarchique. Nous disions au début de notre présentation de ce segment que les IDE du quadrant 1 se trouvent dans une situation hiérarchique élevée. De ce point de vue, les réponses peuvent s'en trouver affectées.

Schéma 18 - L'accréditation dans les établissements privés à but lucratif IDE



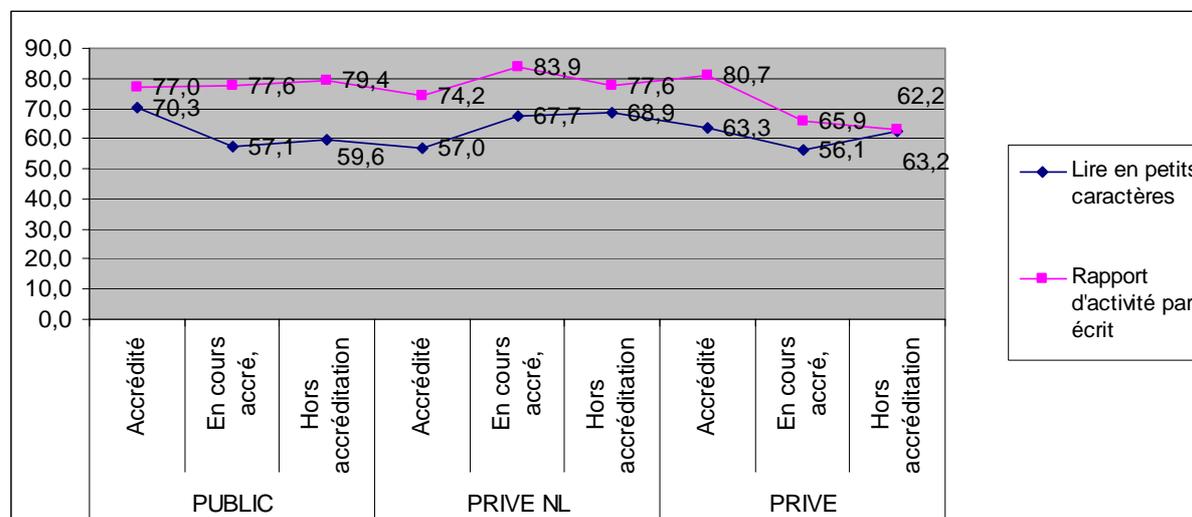
Le schéma N° 18 concerne les IDE des établissements privés. Nous observons que l'accréditation, quelle qu'en soit sa phase, n'a aucune incidence sur la perception des conditions de travail des IDE. Les ellipses restent pour l'essentiel dans le même quadrant (n°4). Il semble assez nettement ici que l'effet statut de l'établissement est bien plus fort que l'accréditation. Toutefois, une légère différence semble s'amorçait entre les IDE dans les établissements privés à but lucratif hors cursus et les IDE dans les établissements privés à but lucratif accrédités. Celles-ci effleurant le quadrant N° 3 et se rapprochant de la situation des IDE des établissements publics accrédités.

### III.2.3 Analyses des variables significatives à l'accréditation

Toutefois, existe-t-il des variables sensibles aux phases de l'accréditation ? Pour aborder cet aspect, nous allons nous intéresser à certaines variables qui pourraient illustrer un passage à l'accréditation. Cette procédure suppose l'acquisition et la mise en place d'un certain nombre d'outils. Parmi ceux-ci nous pouvons citer les dispositifs qui permettent de conserver une trace des actes effectués au cours de l'activité de travail. Ainsi, l'usage de l'ordinateur apparaît comme un bon exemple de cristallisation de l'accréditation. À la lecture des résultats des tris croisés, cette variable ne paraît pas discriminante. Un autre indicateur que l'on peut mobiliser pour mesurer l'effet accréditation peut être évoqué à partir de deux autres variables : la lecture des petits caractères et la production des rapports écrits.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution de deux variables. On posait la question suivante aux professionnels : « *Devez-vous consigner ou faire des rapports de votre activité par écrit (papier ou messagerie électronique) ?* » Et si « *L'exécution de votre travail vous impose-t-elle de lire des lettres ou des chiffres de petites tailles, mal imprimés, mal écrits* ».

Graphique 1 - La lecture des petits caractères et les phases de l'accréditation  
L'activité écrite et les phases de l'accréditation (en %)



Nous constatons que la lecture de petits caractères et la consignation des rapports par écrit varie sensiblement. Toutefois, cette variation n'est pas la même en fonction du secteur concerné. Ainsi pour les IDE des établissements publics la proportion des professionnels déclarant lire des petits caractères passe de **59,6 %** pour les IDE dans les établissements hors accréditation à **70,3 %** pour les IDE des établissements publics accrédités. Cette tendance n'est pas la même pour les IDE des établissements privé à but non lucratif où l'on observe au contraire une baisse de **68,9 %** à **57 %**. Enfin les IDE des établissements privés à but lucratif se trouvent dans une situation de stabilité car les IDE des établissements privés à but lucratif hors cursus, lisant des petites caractères représentent **63,2 %** alors que les IDE de mêmes établissements mais accrédités représentent **63,3 %**.

L'activité écrite n'est pas une activité introduite par la procédure de l'accréditation. Celle-ci existait bien avant la mise en place de l'accréditation dans les pratiques professionnelles des IDE. F. Acker rappelle dans un récent rapport que ce travail d'écriture fait partie intégrante de l'activité infirmière<sup>67</sup>. Nous observons que l'accréditation affecte peu les IDE des établissements publics alors que les IDE des établissements privés à but lucratifs sont plus nombreuses à déclarer effectuer des rapports écrits dans les établissements accrédités (**80,7 %**) que les IDE des établissements privés à but lucratif hors cursus d'accréditation (**62,2 %**). Ces résultats méritent de s'arrêter sur les discours et les constats effectués par les professionnels des établissements de santé qui considèrent la procédure d'accréditation comme une forme de bureaucratisation de l'activité hospitalière<sup>68</sup> :

<sup>67</sup> Acker F, 2004, *Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*. Rapport DREES-MIRE, voir notamment le Chapitre 1 et la conclusion. Lire aussi la communication présentée par F. Acker, 2000, « Ecriture du travail et travail d'écriture. Elaborer les outils qui conviennent », In *Diagnostic infirmier. Un langage pour le 3<sup>e</sup> millénaire*, n° 8, actes des journées d'études de l'AFEDI, Association francophone pour l'Etude des Diagnostiques Infirmiers. Il existe une littérature professionnelle nombreuse sur le sujet qui atteste de l'intérêt à porter à ce travail d'écriture. Voir par exemple Bizet M.P., 1993, « Vous avez dit protocoles ? Les protocoles dans la pratique infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, pp. 61-74.

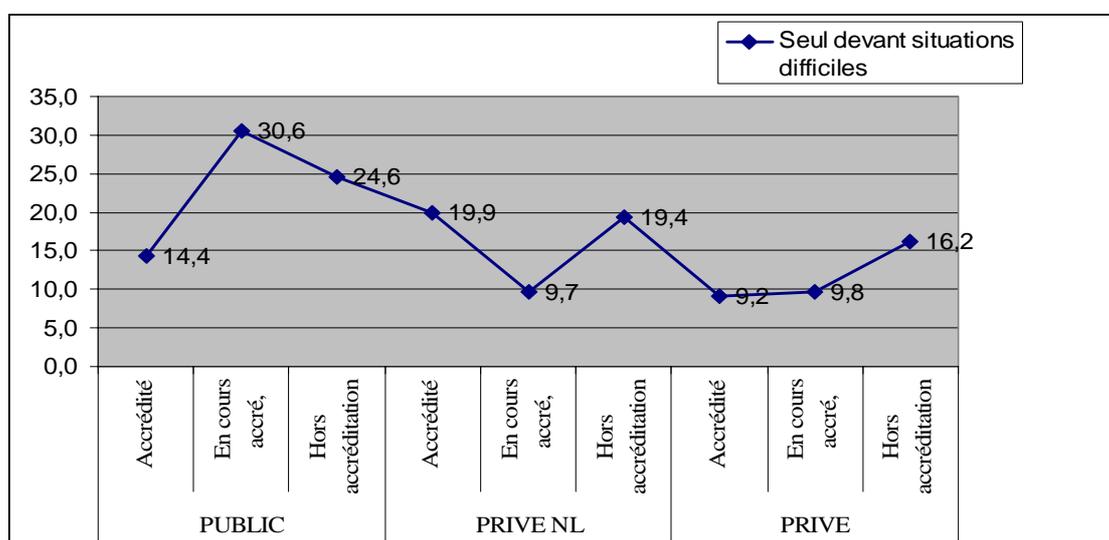
<sup>68</sup> Voir les ouvrages de Segouin C. (dir.) 1998, *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin (Coll. Les dossiers de l'AP-HP) et l'ouvrage de San Jullian M. (1999), « Plaidoyer pour une démarche qualité, *Objectif Soins*, n° 81, p. III. Ces deux auteurs expliquent largement les discours et les craintes des professionnels face à l'accréditation.

- Tout d'abord, l'écrit n'est pas une activité étrangère aux IDE.
- L'accréditation dans le travail a eu d'autant moins d'effet que les services concernés étaient habitués à une certaine forme de formalisation des actes.<sup>69</sup>
- Il peut exister une « adhésion paradoxale » dans le cadre de rédaction des procédures. D'une part, la gestion de la qualité passe presque exclusivement par la rédaction des protocoles et d'autre part les professionnels redoutent la dérive bureaucratique de l'accréditation<sup>70</sup>.

La situation des IDE des établissements privés à but non lucratif est un peu différente. Elles sont plus nombreuses à déclarer effectuer des rapports écrits durant la phase intermédiaire que les IDE des établissements privé à but non lucratif accrédités ou hors cursus.

Nous avons vu que la représentation des ACM des IDE nous donnait un axe de lecture portant sur le contact avec le public. Si nous nous intéressons à cette réalité du travail c'est que l'accréditation contient un volet important de consignes et de recommandations concernant l'analyse des relations avec le public (analyse des dysfonctionnements, questionnaire de sortie, satisfaction, etc.). Par ce biais, est recherchée l'instauration des groupes de travail permettant de réfléchir sur les situations de tensions éventuelles que les professionnels peuvent rencontrer avec le public. L'accréditation vise à une rationalisation de l'organisation du travail à l'hôpital pour réduire, ou éviter, les situations au cours desquelles certains membres de l'équipe soignante peuvent se trouver seuls, sans consignes ou encore à devoir assumer des fonctions que ne leur sont pas conférées. Par conséquent, nous pouvons espérer quelques évolutions des déclarations à la lumière des différentes phases de l'accréditation. Le questionnaire permet de poser une série de questions telles que « *Y a-t-il des moments où vous êtes obligé de vous débrouiller tout seul dans des situations difficiles ?* ». Le graphique ci-dessous représente les pourcentages des réponses des IDE à cette question en fonction du statut de l'établissement et la phase de l'accréditation.

Graphique 2 - Les infirmières devant une situation difficile seules et les phases de l'accréditation (en %)



<sup>69</sup> Nous avons déjà mentionné l'effet du service. Voir annexe 4 l'ensemble de Test.

<sup>70</sup> *Op. Cit.* François P. et Vink D., notent que les groupes d'auto-évaluation avaient la possibilité de choisir d'autres outils et les professionnels, dans le cas analysé, se sont investis dans les activités les plus décriées. Les auteurs émettent 4 hypothèses pour expliquer un tel paradoxe. 1. L'ambiguïté du message des promoteurs des démarches qualité, 2. L'ancienneté de cette activité chez les professionnels de santé, 3. Le fait que cette activité sert de ressource pour le maintien d'un statu quo 4. Et la compatibilité avec les formes d'organisation et la régulation. ». p. 203.

À la lecture de ce graphique, il semble que les IDE des établissements privés à but lucratifs connaissent un changement selon qu'elles évoluent dans un établissement accrédité ou hors-cursus d'accréditation. Alors que la situation des IDE des établissements privés non lucratif et les IDE des établissements publics semble similaire en terme de dynamique. En effet, nous constatons qu'il n'y a pas de différence entre les IDE hors accréditation **19,4 %** et les IDE accrédités **19,9 %** des établissements privés à but non lucratifs déclarant se débrouiller seules contre seulement **9,7 %** dans les établissements privés à but non lucratifs en cours d'accréditation. Le mouvement est le même pour les IDE des établissements publics avec respectivement **30,6 %** et **14,4 %**. Pour les IDE des établissements privé à but lucratifs accrédités, il semblerait que dans ce domaine les résultats aillent dans le sens d'un meilleur accompagnement. Les IDE des établissements publics et les IDE des établissements privés à but non lucratif en cours d'accréditation nous interrogent. En effet, nous pouvons nous poser la question de savoir, quel est l'effet de réponse à une telle question dans un contexte de mise en place de groupes de travail (auto-évaluation) où l'on doit précisément aborder, entre autre, ce genre de phénomène ? N'existe-t-il pas une conséquence de l'accréditation à accentuer ce genre de réponse ?<sup>71</sup> Si l'on suit le raisonnement et les résultats obtenus dans le travail effectué par P. François et D. Vinck, il apparaît, durant les phases de formations des équipés d'auto-évaluation, *« qu'une difficulté à faire émerger des dysfonctionnements internes au service. (...) Dans l'identification des problèmes, les participants peinent à repérer leurs propres dysfonctionnements, ceux qui peuvent avoir des répercussions sur leurs « clients », tant ils pensent d'abord aux problèmes qu'ils rencontrent, à savoir ceux qu'ils subissent dont la cause vient tantôt des autres services, tantôt d'un manque des moyens »*<sup>72</sup>. Dans cette perspective, la tendance des groupes d'auto-évaluation seraient d'extérioriser les causes des dysfonctionnements à l'extérieur de l'équipe pour ne pas remettre en cause ou ne pas aborder de thèmes plus délicats qui pourraient briser le consensus acquis ou pour employer la terminologie d'A. Strauss « l'ordre négocié ». Ainsi, les IDE dans les établissements en cours d'accréditation témoignent plus facilement de situations difficiles car la procédure elle-même permettrait d'aborder ces questions.

Cependant, l'accréditation ne se limite pas aux modifications entraînées dans les activités en contact avec le public ou les consignes face aux situations difficiles. L'accréditation permet aussi de formaliser, d'une manière plus claire, le rôle et la fonction des professionnels de santé au sein des équipes. Dans ce sens, on peut s'attendre à voir émerger également un contrôle accru des horaires et du temps de travail. L'accréditation introduit une réflexion sur le processus de prise en charge des patients.

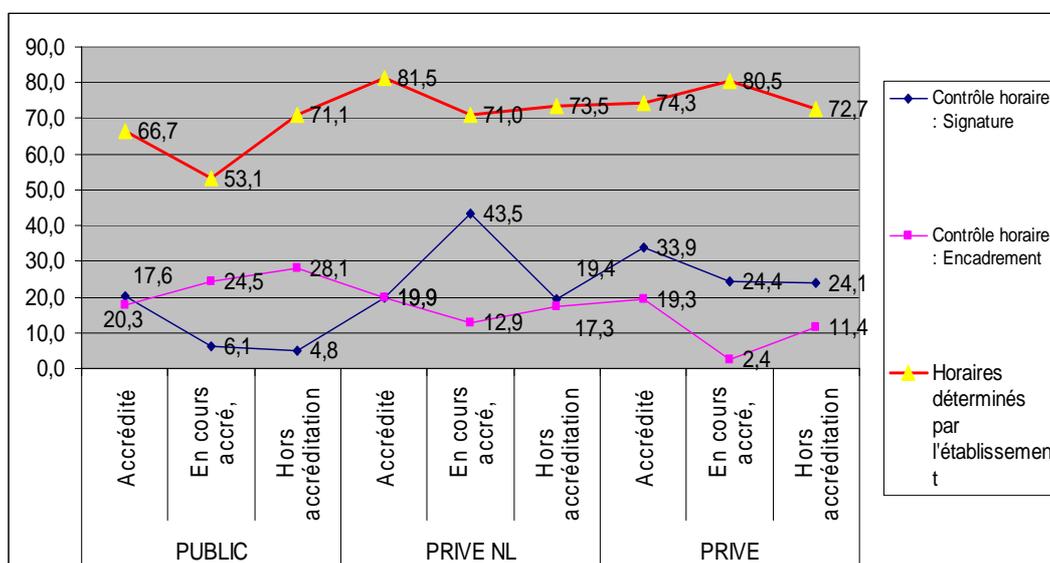
Elle pose clairement la question de la coordination des activités des services et des professionnels. Prendre les horaires de travail comme élément discriminant, nous permet de voir dans quelle mesure, la politique du contrôle des horaires évolue.

---

<sup>71</sup> Le lecteur peut regarder en annexe 4 les représentations graphiques à la question portant sur la possibilité d'aborder collectivement ou pas des situations difficiles pour les IDE en fonction de l'accréditation. Nous constatons des différences entre les 3 situations.

<sup>72</sup> *Op. Cit.* P. François et D. Vinck, 2002, p. 195.

Graphique 3 - Contrôle horaire par signature, par encadrement, horaires déterminés par l'établissement et les phases de l'accréditation (en %)



Dans le graphique ci-dessus sont repris trois indicateurs issus des questions suivantes : « À quel type de contrôle d'horaire êtes-vous soumis ? » Les enquêtés avaient la possibilité de choisir parmi 4 modalités « Aucun contrôle, Horloge pointeuse ou badge, signature par fiche, contrôle par l'encadrement ». Par ailleurs, une autre question permettait d'avoir une idée plus précise des conditions des horaires. « Comment sont déterminés vos horaires ? ». Les enquêtés pouvaient choisir entre 4 modalités dont la première modalité « Ils sont déterminés par l'établissement sans possibilité de modification ».

Il ressort de ces réponses que pour les IDE travaillant dans les établissements privés à but non lucratifs, les horaires déterminés par l'établissement se sont accrus ou sont plus importants dans les établissements accrédités (81,5 % des IDE des établissements privés à but non lucratif contre 73,5 % des IDE des établissements privés non lucratifs hors cursus). Chez les IDE des établissements privés à but lucratif accrédités et hors cursus la situation reste stable. Aussi les IDE des établissements privés à but lucratif semblent plus contrôlés. La situation des IDE des établissements publics apparaît aussi différente car les trois situations sont dissemblables. Les IDE du public hors accréditation sont les plus nombreuses à avoir des horaires déterminés par l'établissement : 71,1 %. Ce pourcentage baisse pour les IDE exerçant dans les établissements en cours d'accréditation, soit 53,1 %, pour remonter à 66,7 % dans les établissements accrédités.

Le contrôle horaire à l'aide d'une pointeuse ou d'une signature poursuit un chemin similaire pour les IDE des établissements publics et pour les IDE des établissements privés à but lucratif. En effet, dans ces deux secteurs les IDE connaissent une hausse. Les établissements accrédités étant plus rigoureux dans la mise en place des horaires contrôlés par signature. En même temps, les IDE des établissements privés à but lucratif connaissent un mouvement de retour à la situation de départ après une hausse.

Enfin le contrôle des horaires par l'encadrement s'est accru pour les IDE des établissements privés à but lucratif ou non lucratif accrédités alors que leurs homologues du secteur public des établissements accrédités déclarent moins de contrôle<sup>73</sup>.

Que pouvons-nous conclure de ce rapide aperçu de la situation des IDE au regard de l'accréditation ?

Premièrement que nous avons exposé clairement que l'effet de l'accréditation apparaît moindre par rapport aux deux autres variables qui sont le statut juridique de l'établissement et le service principal d'affectation du sujet. En effet, les IDE se distinguent des AS sur l'ACM car il y a des conditions d'exercices différentes liées à la fonction exercée. En revanche, les effets escomptés de l'accréditation n'apparaissent pas aussi déterminants. Tout d'abord, les variables sensibles à l'accréditation sont peu nombreuses et sont, presque systématiquement, corrélées au statut de l'établissement ou au service<sup>74</sup>. À titre d'exemple, ce sont les IDE des services des urgences et de l'hospitalisation en médecine qui semblent le plus proche de l'axe contact avec le malade alors que ce sont les IDE du service de réanimation et du bloc opératoire qui déclarent les modifications des conditions de travail les plus pénibles.

Plus encore, ce sont aussi dans ces services que les démarches de qualités se sont introduites le plus facilement et rapidement. Comme le souligne M. Robelet « *En effet, la présence d'un appareillage coûteux, l'interdépendance avec les autres services de l'établissement, et la forte mortalité qui règne dans les services de réanimation peuvent rendre les praticiens de cette discipline plus sensibles à la recherche de l'efficacité* »<sup>75</sup>. Cet auteur montre bien la conjugaison favorable dans ces services du développement des démarches qualité. C'est la raison pour laquelle, nous avons souligné du départ que le service apparaissait comme un élément clef de compréhension de l'effet de l'accréditation.

Nous pouvons retenir plusieurs informations des ACM concernant les AS et les IDE au regard des différentes phases de l'accréditation. Nous partions de l'idée qu'il existe dans l'introduction de l'accréditation un processus d'acquisition des normes

- Premièrement, ce processus d'acquisition, varie considérablement en fonction du statut de l'établissement, du service et de la fonction des acteurs. Ce qui confirme la nécessité de prendre en compte ces facteurs pour l'étude des effets de la démarche d'accréditation.
- Deuxièmement, les AS et les IDE semblent peu influencées par la mise en place de l'accréditation. En réalité, tout se passe comme si l'arrivée de l'accréditation s'inscrivait dans un contexte déjà suffisamment « chargé » pour que nous ne puissions pas y observer de réelles modifications.
- Troisièmement, malgré ces premiers constats, il apparaît pour les AS, et à moindre échelle pour les IDE, que la situation intermédiaire du cursus d'accréditation dessine une situation particulière et singulière. Il semble que durant cette phase, les acteurs soient plus sensibles aux critères d'évaluation.

---

<sup>73</sup> Toutefois, ces résultats sont aussi à mettre en parallèle avec l'introduction de la RTT. D. Tonneau conclut à ce sujet que « *au total, on peut dire que la RTT actuelle a été conduite en fonction d'une logique avant tout sociale permettant d'accorder aux agents davantage de temps libre, mais au détriment d'une logique professionnelle qui aurait permis d'éviter un impact défavorable sur les conditions de travail sans référence à une logique organisationnelle de fonctionnement de l'hôpital* », Op.cit. p. 117. La RTT s'est aussi traduite par un contrôle plus important des horaires note cet auteur.

<sup>74</sup> Nous n'avons pas présenté d'analyse concernant le service car les comparaisons étaient pratiquement impossibles entre les établissements et de plus ces derniers ajoutaient une variable supplémentaire qui complexifiait davantage notre modèle. Toutefois, le lecteur peut regarder en annexe N°4 une tentative de représentation ACM des IDE par service.

<sup>75</sup> Op. Cit. p. 87.

Afin, de terminer notre analyse et de trouver de possibles points de ressemblances ou de dissemblances, nous allons étudier, de façon synthétique, les items répondants significativement au facteur d'accréditation pour les médecins d'une part et pour les agents de service et ouvriers d'autre part.

### ***III.3 Le cas des médecins et des agents de service et ouvriers : une situation en évolution partielle ?***

Suite à l'étude des AS et IDE, nous vous proposons, dans ce chapitre, d'exposer la situation de deux autres segments de sujets qui nous semblent intéressants pour l'analyse et la compréhension de l'introduction de l'accréditation dans les établissements de santé.

Le premier correspond à la catégorie des médecins. Le choix de celle-ci se justifie pour plusieurs raisons. La première concerne la place que les médecins occupent au sein de l'organisation hospitalière, notamment par rapport à la place des AS et des IDE. Ce sont eux qui se trouvent à la tête des services et sont les seuls prescripteurs de l'activité. La seconde raison se fonde sur l'idée suivant laquelle les médecins, avec l'introduction de l'accréditation, connaissent un changement d'importance dans leurs pratiques professionnelles. En effet, cette démarche introduit un regard externe, en particulier, sur l'organisation des services et la prise en charge des patients. Enfin, la littérature sur l'accréditation tend à montrer que, souvent, les médecins restent « en retrait », voire sont réticents, à la mise en place de cette procédure. Ce constat se retrouvera, peut-être, dans nos résultats.

L'autre segment regroupe deux catégories professionnelles rarement étudiées : les agents de service et les ouvriers<sup>76</sup>. Ces salariés sont généralement affectés dans des services souvent standardisés et sujets à des cadences (par exemple, les services de blanchisserie et de restauration). D'un certain point de vue, ce segment de l'échantillon est plus facilement comparable aux populations du secteur industriel.

#### ***III.3.1 Les médecins et les effets de l'accréditation : une situation similaire aux infirmières et aux aides-soignantes ?***

Les médecins représentent une catégorie particulière à plusieurs égards dans l'univers des établissements de santé. Dans le cadre de l'enquête « *conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003 de la DREES* », les médecins ont été différenciés en deux groupes. D'une part les médecins salariés et d'autre part les médecins libéraux. Cette distinction a, déjà, permis de montrer quelques différences entre les réponses de ces deux catégories. Pour les médecins libéraux « *le sentiment de responsabilité* » est plus présent que chez les médecins salariés. Par exemple, la proportion des médecins déclarant « *devoir répondre toujours ou souvent à une demande dans un délais de moins de*

---

<sup>76</sup> L'étude effectuée par Le Lan R. et Baubeau D. est un de rares travaux sur le sujet. Dans cette étude, les auteurs divisent les professionnels des établissements hospitaliers en 7 catégories chacune représentant des conditions d'exigence du travail, des marges d'autonomie et de l'environnement de travail différentes. Ces 7 classes ne sont pas systématiquement liées à une catégorie professionnelle. Ainsi les agents de service hospitaliers se trouvent dans la classe N° 3 se caractérisant « *par une autonomie limitée et un travail calibré, accompagné d'un sentiment d'un environnement souvent inadapté* ». Ce sont ces spécificités que nous voulions examiner au regard de l'accréditation. Le Lan R. et Baubeau D., 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *Études et résultats*, n° 373, février, p. 5.

5 minutes » est plus importante chez les médecins libéraux que chez les médecins salariés<sup>77</sup>. Sans ignorer ces différences, nous avons opté par un regroupement des deux catégories afin de mieux comparer les effets éventuels de l'accréditation<sup>78</sup>. En effet, dans le cadre de la procédure de l'accréditation les médecins salariés ou libéraux des établissements de santé sont invités à y participer. À partir de là, les médecins se retrouvent face à l'accréditation devant une situation similaire en termes de participation.

Par ailleurs, ces professionnels se caractérisent par une autonomie importante dans le travail et leur latitude décisionnelle est comparable. Nous pouvons de cette manière voir si la perception des conditions de travail se trouve affectée par le processus d'introduction de l'accréditation. Nous espérons, par là, compléter le travail réalisé par la DREES<sup>79</sup>.

### III.3.1.1 Présentation descriptive du segment des médecins

D'un point de vue descriptif cet échantillon est diversement réparti en fonction du statut de son établissement et de son principal service d'appartenance comme le montrent les deux tableaux récapitulatifs présentés ci-après.

Tableau 15 - Statut juridique de l'établissement et niveau d'accréditation pour le segment des médecins

STATM / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = public	105	49,76	18	34,62	58	20,35	181	33,03
2 = privé à but non lucratif	39	18,48	13	25,00	66	23,16	118	21,53
3 = privé à but lucratif	67	31,75	21	40,38	161	56,49	249	45,44
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

En règle générale, le nombre de médecins relevant d'un établissement privé à but lucratif est plus important (249 sujets soit **45,55 %** de l'échantillon) que celui du service public (181 sujets représentant **33,03 %**) ou encore des organisations privées à but non lucratif (118 sujets représentant **21,53 %**). Notons, en ce qui concerne le découpage en niveau d'accréditation, que les établissements publics sont sur-représentés, par rapport à la proportion de l'échantillon total, au niveau supérieur de l'accréditation. Ils sont sous-représentés dans la phase « hors-cursus ». Ce constat s'inverse pour les organisations privées à but lucratif. Par contre, la répartition dans le niveau intermédiaire est similaire à celle de l'échantillon total. De plus, les établissements privés à but non lucratif ne rencontrent pas de différence patente de dispersion en fonction des trois niveaux d'accréditation.

Enfin, en ce qui concerne l'accréditation, le niveau intermédiaire est faiblement représenté (inférieur à **10 %**), et c'est le cas pour l'ensemble des segments étudiés dans ce rapport, mais il permet tout de même une analyse, toute chose égale par ailleurs, de l'incidence de l'accréditation sur les pratiques.

<sup>77</sup> Voir pour le détail Le Lan R. et Baubeau D., 2004, *op cit.* pp. 7 et 8.

<sup>78</sup> D'un point de vue technique et suite au retour effectué par la DREES sur notre rapport intermédiaire, nous avons utilisé la variable CSR2 pour le repérage des catégories professionnelles. Ainsi ce segment regroupe les médecins salariés (csr2 = 1) et les médecins libéraux (csr2 = 8) sous l'appellation « médecins ». Ce choix peut paraître étonnant au regard des disparités que peut entraîner le fait d'être « salarié » ou « libéral » mais il nous semblait important d'effectuer ce genre de rassemblement car il existe une identité collective très importante chez ces professionnels qui peut transcender l'environnement de travail.

<sup>79</sup> Le Lan R. et Baubeau D. 2005, *Op. Cit.*, Etudes et résultats, N° 373, pp. 1-12.

Tableau 16 - Répartition des médecins en fonction du service principal d'affectation (variable SERVUN) et du niveau d'accréditation de l'établissement

SERVUN / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = secteur administratif	2	0,96	0	0,00	1	0,36	3	0,56
2 = secteur hôtelier et services généraux	-	-	-	-	-	-	-	-
3 = secteur technique	-	-	-	-	-	-	-	-
4 = bloc opératoire, service médico-technique	60	28,85	15	30,00	110	39,71	185	34,58
5 = urgences, SAMU, SMUR	10	4,81	0	0,00	12	4,33	22	4,11
6 = réanimation ou soins intensifs	7	3,37	4	8,00	7	2,53	18	3,36
7 = service de consultations externes...	7	3,37	2	4,00	3	1,08	12	2,24
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	28	13,46	7	14,00	64	23,10	99	18,50
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	36	17,31	6	12,00	31	11,19	73	13,64
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	9	4,33	3	6,00	5	1,81	17	3,18
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	11	5,29	3	6,00	7	2,53	21	3,93
12 = psychiatrie	11	5,29	7	14,00	19	6,86	37	6,92
13 = autres	27	12,98	3	6,00	18	6,50	48	8,97
Total	208	38,88	50	9,35	277	51,78	535	100,00

Nous pouvons constater une absence logique de la représentation des médecins dans les secteurs technique et hôtelier. Les deux tiers des médecins se trouvent dans les services du bloc opératoire, d'hospitalisation en chirurgie et en médecine. Par rapport à l'échantillon total, nous observons une sur-représentation des médecins issus d'établissements hors-cursus d'accréditation dans le secteur d'hospitalisation en chirurgie (**23,10 %** contre **18,50 %** pour la proportion globale du service) contrebalancée par une sous-représentation des deux autres niveaux d'accréditation (**13,46 %** pour le niveau accrédité et **14 %** pour celui en cours d'accréditation). Les pourcentages rencontrés pour le secteur du bloc opératoire suivent cette même logique. Enfin, pour le service d'hospitalisation en médecine, les différences constatées pour les différentes phases du processus d'accréditation nous apparaissent comme marginales.

Le reste de l'échantillon se répartit diversement dans tous les secteurs avec souvent des effectifs inférieurs à 10 sujets. Il faudra donc rester vigilant sur l'incidence possible du service principal d'exercice de la fonction dans l'analyse et l'interprétation de nos résultats traitant des variables significatives au facteur « accréditation ».

### III.3.1.2 Analyse des variables significatives à l'accréditation pour les médecins

À titre introductif, les résultats présentés ci-après sont tous statistiquement significatifs. Les tests utilisés sont les suivants : Chi carré, analyse de variance à 1 et 2 facteurs de classification. Les tableaux des effectifs et pourcentages peuvent être consultés en annexe 5.

De façon synthétique, il apparaît que l'accréditation ne joue pas un rôle majeur sur la modification de la perception de l'environnement de travail et/ou des pratiques. Souvent, quand certaines variables se révèlent significatives à l'accréditation, il existe aussi un effet du statut et/ou un effet du service ou encore des effets d'interaction entre ces trois facteurs. Nous pouvons néanmoins signaler que, pour les médecins, l'accréditation a une incidence simple, ou corrélée, sur les horaires, temps et rythmes de travail, les relations avec l'équipe, la responsabilité, les conditions de travail et les relations avec le public.

Un premier élément est la rigidité des horaires de travail. En effet, si l'établissement est passé en collège la possibilité de modifier les horaires de travail est moins évidente que dans les deux autres niveaux d'accréditation.

L'accréditation semble aussi augmenter le temps passé dans l'établissement pour terminer des tâches, assister à des réunions ou encore transmettre l'information aux collègues. Les sujets issus des établissements ayant été accrédités passent plus de temps que ceux du niveau intermédiaire qui, eux même, restent plus longtemps que les répondants des établissements non accrédités. Cet accroissement de la durée peut être le fruit de la mise en place et de l'application de protocoles plus stricts, liée à l'accréditation et concernant la transmission de l'information. En revanche, la partie que nous avons exploitée du questionnaire ne nous permet ni de savoir comment cet état de fait est perçu par les médecins, ni d'en qualifier l'effet<sup>80</sup>.

Ce qui émerge aussi du traitement des résultats, et qui pourrait être lié à ce que nous avons développé dans le paragraphe précédent, c'est qu'il existe une dépendance immédiate du rythme de travail vis-à-vis du travail du personnel médical et des collègues et que celle-ci varie en fonction du niveau d'accréditation. De plus, ce résultat n'est significatif que pour la variable en question (aucun effet du statut ou du service). Plus le niveau d'accréditation est élevé plus la dépendance est grande. Une conséquence positive de cela c'est que l'aide trouvée dans l'établissement pour faire un travail délicat ou compliqué est plus importante dans les établissements accrédités (**62,09 %** des sujets répondent pouvoir se faire aider) que dans les établissements hors-cursus (**48,77 %**). Ce constat prend toute sa valeur en comparaison aux premiers résultats exploités par la DREES qui soulignait « *que les médecins libéraux sont proportionnellement les plus nombreux à devoir souvent gérer seuls des situations délicates* »<sup>81</sup>. Notre étude apporte un complément en précisant l'environnement de travail de ces médecins notamment dans un cadre légal en évolution.

En ce qui concerne les responsabilités, en règle générale les sujets n'en assurent pas au-delà de leur fonction mais c'est d'autant plus significatif pour le personnel d'établissements accrédités où seuls **8,06 %** des médecins assurent des responsabilités hors-fonction contre **14,39 %** pour les médecins relevant d'établissements non-accrédités<sup>82</sup>.

Les résultats suivants, concernant toujours les médecins, montrent que ce sont les personnes des établissements en cours d'accréditation qui dégagent des résultats significatifs et que les résultats concernant les sujets issus d'organisation accrédités ou non sont similaires.

C'est le cas pour les conditions de travail et surtout pour la pénibilité au travail. En effet, en ce qui concerne la lecture de lettres ou de chiffres de petites tailles mal imprimés ou mal écrits, il apparaît que se sont les sujets au cœur du cursus d'accréditation qui en pâtissent le moins. **44,23 %** d'entre eux déclarent cette difficulté contre **62,02 %** pour les sujets issus d'une procédure achevée d'accréditation et **62,46 %** chez les « hors accréditation ». Si ce résultat concerne un aspect particulier des conditions de travail et de la pénibilité, il est révélateur d'un effet de l'accréditation (seule variable significative dans ce cas) qui met en évidence un retour à une norme antérieure, une fois le processus d'accréditation achevé. Sur ce même registre de la modification des conditions et rythme de travail non pérenne d'autres facteurs comme la mise en place de pauses officielles réagissent à la procédure d'accréditation. En effet, les sujets dans des établissements en cours de cursus déclarent significativement plus de pauses officielles que les deux autres groupes et attestent aussi moins de difficultés à mettre en place des rythmes de travail organisés sur plusieurs semaines. Ainsi les effets de l'accréditation peuvent se faire sentir sur plusieurs plans : individuel, groupal, inter-groupal et structurel tout en rencontrant des difficultés pour parvenir à maintenir ses transformations positives dans le temps.

Enfin, le dernier aspect qui nous relèverons ici porte sur les relations entre les médecins et le public. La majorité des répondants a déjà été, à titre personnel, agressée verbalement de la part des usagers

---

<sup>80</sup> En effet, nous avons exclu la partie consacrée à la RTT pour des raisons de faisabilité et de temps.

<sup>81</sup> Le Lan R. et Baubeau D., 2004, *Op. Cit.* p. 11.

<sup>82</sup> Dans notre introduction nous parlions de ce résultat obtenu par la DREES.

mais il existe des différences significatives entre les trois groupes de sujets. Pour le groupe hors-cursus cela représente **61,75 %** des sujets ; **73,08 %** des individus du groupe en cours de cursus et **54,50 %** pour le groupe ayant achevé son cursus d'accréditation. C'est cette modification non linéaire que nous venons, ici, souligner. En effet, il est heureux que le nombre d'agression diminue avec l'augmentation du niveau d'accréditation mais il est étonnant que ce chiffre soit si élevé pour le groupe intermédiaire. Même s'il faut se poser la question du rôle avéré du service comme facteur déterminant (le statut de l'organisation n'a pas d'incidence), il est aussi possible de se questionner sur celui de l'accréditation comme facteur contextuel des déclarations. Le nombre des agressions pour ce groupe peut s'expliquer aussi par la procédure d'accréditation en elle-même qui demande aux sujets de s'interroger sur leurs conditions de travail et pointe ainsi des dysfonctionnements qui dans un autre contexte n'auraient pas été pris en compte. Ainsi, l'accréditation peut mettre en évidence des comportements « aberrants » pas parce qu'ils sont plus nombreux mais parce qu'ils sont jugés comme tels à ce moment-là et ne le seront plus, une fois le processus achevé. En ce sens, l'accréditation est une procédure importante car elle permet au sujet un réel questionnement sur ces pratiques et conditions de travail<sup>83</sup>.

Pour conclure sur ce segment, il apparaît que l'accréditation joue un rôle sur les conditions de travail des médecins même si celui-ci reste parcellaire et bien moindre que ceux que peuvent jouer d'autres variables comme le statut juridique de l'établissement ou encore le service dans lequel évolue le sujet. En revanche, si son effet semble limité, il touche un grand nombre de domaines du travail des médecins, autres que la tâche en elle-même, comme les normes de relations avec le public, l'équipe, les rythmes et temps de travail.

Voyons à présent, quels sont les effets de la procédure d'accréditation pour un autre segment de notre échantillon : les agents de services et les ouvriers.

### ***III.3.2 Analyse du segment des agents de service et ouvriers***

Les agents hospitaliers et les ouvriers sont deux catégories peu étudiées dans les travaux sur l'organisation du travail à l'hôpital. La cartographie des professionnels des établissements de santé est assez exhaustive pour les IDE, les médecins, les AS, les sages-femmes. Mais nous connaissons peu de choses de l'environnement de travail des agents de service hospitaliers et des ouvriers<sup>84</sup>.

Selon l'étude de la DREES les agents hospitaliers considèrent l'environnement de travail comme inadapté et les agents de service hospitaliers se distinguent des autres catégories par une autonomie relativement faible. Ils ont « *en effet beaucoup moins la possibilité de varier les délais* ». Les exigences de travail sont diversement perçues et dépeignent un groupe soumis à des cadences d'une machine et aussi à des demandes pour exécuter une tâche en moins d'une heure<sup>85</sup>. Alors que les ouvriers se retrouvent dans un groupe où les contacts avec le public sont peu nombreux, il en va de même avec le corps médical et les risques physiques sont moins importants. Comme pour les médecins, nous cherchons à tester, au niveau de ces catégories, les effets de la mise en place de l'accréditation dans différents contextes.

D'un point de vue plus technique, nous avons décidé de faire un segment commun avec les agents de service (csr2 = 5) et les ouvriers (csr2 = 7) parce qu'une analyse en correspondance multiple rend possible ce regroupement.

---

<sup>83</sup> Nous retrouvons, ici, les constats effectués dans le rapport cité de François P. et Vinck D., *Op.Cit.* 2002.

<sup>84</sup> Nous avons un aperçu des activités des agents de services hospitaliers dans l'ouvrage de Jean Peneff, 1992, *L'hôpital en urgence, Étude par observation participante*, Paris, Ed. Métaillé, (Coll. « Leçons de choses »), voir les pages 60 à 63.

<sup>85</sup> Le Lan R. et Baubeau D. 2005, *Op. Cit.* p. 5.

### III.3.2.1 Présentation descriptive du segment des agents de service et ouvriers

Ce segment est détaillé en fonction des variables SERVUN et STATM dans les tableaux ci-après.

Tableau 17 - Répartition des agents de service et ouvriers en fonction du service principal d'affectation (variable SERVUN) et du niveau d'accréditation de l'établissement

SERVUN / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = secteur administratif	16	6,81	4	4,60	29	6,36	49	6,30
2 = secteur hôtelier et services généraux	73	31,06	28	32,18	172	37,72	273	35,09
3 = secteur technique	36	15,32	12	13,79	51	11,18	99	12,72
4 = bloc opératoire, service médico-technique	25	10,64	9	10,34	51	11,18	85	10,93
5 = urgences, SAMU, SMUR	8	3,40	2	2,30	4	0,88	14	1,80
6 = réanimation ou soins intensifs	1	0,43	1	1,15	4	0,88	6	0,77
7 = service de consultations externes...	4	1,70	1	1,15	7	1,54	12	1,54
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	15	6,38	4	4,60	42	9,21	61	7,84
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	13	5,53	4	4,60	20	4,39	37	4,76
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	-	-	-	-	-	-	-	-
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	14	5,96	6	6,90	26	5,70	46	5,91
12 = psychiatrie	4	1,70	2	2,30	12	2,63	18	2,31
13 = autres	26	11,06	14	16,09	38	8,33	78	10,03
Total	235	30,21	87	11,18	456	58,61	778	100,00

Plus d'un tiers (**35,09 %**) des ouvriers et agents de service est issu du secteur hôtelier et services généraux. Viennent ensuite trois services regroupant, chacun plus de 10 % de l'échantillon total : secteur technique (**12,72 %**), bloc opératoire / service médico-technique (**10,93 %**) et secteur « autres » (**10,03 %**). La répartition sur les autres services reste très restreinte. Il est à noter, contrairement aux autres segments, que la dispersion des sujets en fonction du niveau d'accréditation ne connaît pas de variation (ou celles-ci sont jugées infimes) par rapport à la proportion totale de chaque service ou unité sauf pour la catégorie de réponse « autres ». Il existe, dans cette dernière, une sur-représentation du niveau intermédiaire du cursus d'accréditation (**16,09 %** contre **10,03 %** pour la proportion totale).

Le dernier point porte sur le faible nombre de sujets appartenant aux établissements en cours d'accréditation (87 répondants soit **11,18 %**) et déjà constaté dans les autres segments de l'étude.

Voyons, à présent, la répartition des sujets de ce segment en fonction du statut juridique de leur établissement d'appartenance.

Tableau 18 - Statut juridique de l'établissement et niveau d'accréditation pour le segment des agents de service et ouvriers

STATM / Accréditation	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
1 = public	84	34,15	24	26,97	142	30,34	250	31,13
2 = privé à but non lucratif	106	43,09	35	39,33	148	31,62	289	35,99
3 = privé à but lucratif	56	22,76	30	33,71	178	38,03	264	32,88
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Il existe une répartition à peu près similaire des sujets en fonction du statut juridique de leur établissement dont les modalités englobent, chacune, environ un tiers des sujets de l'échantillon total. Ce constat est remis en cause quand les proportions sont étudiées pour chaque niveau d'accréditation. Le pourcentage des répondants appartenant à des organisations accréditées est nettement plus élevé

quand il s'agit de salariés issus du secteur privé à but non-lucratif (**43,03 %** contre **35,99 %** en règle générale) compensant par-là, la faible proportion représentant les agents de service et ouvriers du secteur privé à but lucratif (**22,76 %** contre **32,88 %**). Par contre, ces derniers sont sur-représentés dans les établissements hors-cursus d'accréditation (**38,03 %** contre **32,88 %**).

À la suite de cette description nous pouvons, nous intéresser, dans la section suivante, aux variables réagissant à la démarche d'accréditation.

### *III.3.2.2 Analyse des variables significatives à l'accréditation pour les agents de service et ouvriers*

Comme pour le segment précédent, il apparaît un poids très faible de la variable accréditation à l'inverse de celles du statut et du service (l'ensemble des tableaux des effectifs et pourcentages est consultable en annexe 6). Peu de variables sont significatives et elles concernent l'utilisation du matériel informatique, l'organisation collective du travail, la formation, la responsabilité ou encore les sanctions de l'erreur de travail.

En corrélation avec le statut et le service, l'accréditation a un effet sur l'utilisation du matériel informatique qui est plus importante dans le groupe ayant achevé le cursus. Mais cet aspect ne va pas de paire avec la transmission d'informations par voie électronique. Il s'agit bien de l'utilisation de matériel informatique pour exécuter la tâche de travail et non, d'une amélioration des conditions de transmission de l'information qui passerait par l'outil informatique.

L'organisation collective du travail est importante dans ce segment. Il semble, en effet, que la procédure d'accréditation améliore la prise de décision collective, et la participation au fonctionnement et à l'organisation de l'unité de travail, par la mise en place de réunions organisées régulièrement. C'est d'autant plus significatif pour les répondants appartenant à des établissements en cours d'accréditation. Ainsi, cette dernière permet une institutionnalisation de la participation à la prise de décision qui souvent entraîne une amélioration du climat social.

Sur un autre plan, il apparaît que les sujets issus d'organisations accréditées ou en cours d'accréditation bénéficient d'une formation adaptée à la réalisation de leur tâche de travail et ce, sans effet du statut ou du service. De plus, ce sont chez ces mêmes salariés que l'on retrouve les pourcentages les plus élevés de personnes qui n'assument jamais de responsabilités qu'ils ne devraient pas assurer (respectivement **44,31 %** et **51,69 %** contre **38,46 %** chez les sujets hors-cursus).

Un dernier élément à relever, et qui varie seulement avec le niveau d'accréditation, est la sanction de l'erreur de travail. En effet, il apparaît que le risque de sanction est plus élevé dans le groupe hors-cursus (**72,22 %** des sujets y déclarent risquer des sanctions suite à une erreur de travail) contrairement au groupe accrédité (**66,26 %**) et à celui en cours de cursus (**58,43 %**). Ce résultat est intéressant par rapport aux présupposés que l'on peut avoir sur la notion de traçabilité inhérente à la mise en place de l'accréditation. Nous savons que celle-ci est étroitement liée à celle de responsabilité et que les effets de ces deux éléments sont très équivoques<sup>86</sup>. L'accréditation, ici, entraînerait la création d'un environnement de travail discuté et négocié par les acteurs locaux. Par conséquent, la régulation des sanctions ne se ferait plus de la même manière.

Sans pouvoir le démontrer, hélas, il serait aisé d'attribuer un rôle à l'accréditation dans une meilleure gestion de l'environnement de travail. L'incidence de cette démarche serait alors la mise en place d'une formation adaptée à la réalisation du travail, avec une meilleure participation à l'organisation et

---

<sup>86</sup> Le travail de G. Rot à ce propos est assez illustratif. 1999, « La gestion de la qualité dans l'industrie automobile : les vertus de l'opacité », *Sciences de la société*, n° 46, pp. 19-34. et ROT G., 1998, « Autocontrôle, traçabilité, responsabilité », *Sociologie du travail*, n° 1, XL, pp. 5-20.

au fonctionnement du service, diminuant ainsi le nombre de responsabilités outrepassées, et entraînant une réduction significative de la sanction individuelle de l'erreur.

Comme nous l'avons évoqué précédemment peu de variables sont significatives à l'accréditation pour ce segment de salariés. En premier lieu parce que l'accréditation a un poids plus faible que le statut, ou encore le service, mais aussi parce que le nombre de questions de l'enquête pouvant intéresser directement ce groupe était moindre.

## ***Conclusion***

En conclusion de cette partie, il apparaît un rôle modéré de l'accréditation comme facteur explicatif des conditions de travail au contraire du statut, voire du service. En effet, pour l'ensemble des segments étudiés, nous notons l'incidence patente du statut juridique de l'établissement de santé. Les schémas des ACM en sont la preuve. La pénibilité au travail dépend plus du statut juridique que de la démarche d'accréditation, dont la portée est très nuancée. Pourtant, l'effet de cette dernière est plus contrasté dans les établissements privés à but non lucratif et permet de faire sortir l'aspect singulier du niveau intermédiaire de l'accréditation, qui semble proposer les meilleures conditions de travail. C'est aussi ce caractère particulier, inhérent aux organisations en cours d'accréditation, qui émerge du traitement statistique portant sur les items significatifs à notre principale variable et qui transcende le découpage en catégories socioprofessionnelles. C'est à ce stade que nous trouvons une approche collective du travail plus élevée et une application plus importante des protocoles qui entrent dans les résultats escomptés de la démarche d'accréditation. Cependant, certains de ces constats ne se retrouvent pas dans le niveau supérieur de la procédure et nous interrogent sur son caractère pérenne. Ainsi, notre hypothèse d'un apprentissage progressif et linéaire des normes de qualité est remise en cause. Il existe plusieurs raisons à cela que nous développerons dans notre conclusion générale. Cependant, ce résultat doit être manié avec précautions car nous avons une approche transversale du processus d'accréditation et non longitudinale. Ainsi, pour conforter cette conclusion, il faudrait interroger les mêmes sujets aux différentes étapes de la démarche d'accréditation.

Si nous devons conclure, dans cette partie, sur la faiblesse de l'incidence de l'accréditation notons, tout de même, qu'elle est loin d'être négligeable car elle touche de nombreux aspects de l'environnement du salarié que ce soit pour l'exécution de la tâche ou les relations avec autrui. De plus, ces aspects sont différents en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du répondant et ne font pas forcément partie de la procédure en elle-même. Nous reviendrons, plus longuement, sur ce résultat dans la conclusion générale, ainsi que sur les conséquences de la démarche d'accréditation vis-à-vis du type de relations que l'équipe soignante peut entretenir avec les usagers des établissements de santé, élément au cœur du processus.

## Conclusion générale

L'accréditation une procédure aux effets équivoques ?

L'accréditation représente, pour les autorités publiques, un énorme investissement financier et humain pour faire évoluer les établissements et les pratiques des professionnels de santé. La recherche d'une meilleure efficacité passe par un approfondissement des connaissances des pratiques professionnelles et par une optimisation de l'organisation des soins. Nous assistons à un tournant important dans les politiques publiques de la gestion des établissements de santé avec l'introduction d'un acteur tiers extérieur qui modifie considérablement le paysage interne de l'hôpital.

A ce titre, étudier les effets de la mise en place d'une telle politique pour en évaluer l'impact sur les pratiques des professionnels de santé, nous paraissait intéressant. De plus, les expériences du secteur industriel synthétisées et compilées dans la littérature sociologique, nous ébauchaient un tableau assez complexe des effets de la mise en place de procédures de certification du type ISO 9000. Dans certains cas, les représentations sociales des acteurs impliqués dans les processus déterminent considérablement la construction d'une telle démarche. Dans d'autres études, la certification peut donner lieu à des effets inattendus, parfois à l'opposé du but recherché, voire entraîner des conduites et des calculs stratégiques de la part des individus impliqués. La certification et l'introduction des normes ISO 9000 complexifient les relations et les rapports entre les acteurs. Dans cette perspective, ces démarches sont liées aux transformations les plus profondes dans les entreprises dans un contexte d'une intensification du travail. La certification et les normes ISO 9000 représentent, de ce point de vue, un effet plutôt négatif sur le plan des conditions de travail.

Du côté du secteur hospitalier, les études sont peu abondantes et notre travail visait à compléter et pallier un peu ce vide. Cependant, nous avons constaté à travers la littérature existante que les effets de l'accréditation étaient multiples, et n'allaient pas forcément dans le sens voulu par les animateurs d'une telle politique. Dans le cas français, les principaux travaux cités émanent de l'ANAES et ont été effectués dans le cadre d'évaluations régulières. Si les résultats de ces enquêtes tendent à montrer des professionnels plutôt satisfaits de l'accréditation, elles se limitent à une population située dans les sphères des responsabilités des établissements de santé. Or, les travaux de la DREES montrent qu'il existe un biais important en termes de perception des conditions de travail en fonction de la place occupée dans la hiérarchie hospitalière. C'est la raison pour laquelle, en nous intéressant en priorité aux AS et aux IDE nous voulions compléter les connaissances acquises sur ce sujet et examiner l'accréditation comme un processus intégrant différentes phases. Que pouvons-nous retenir au terme de ce travail ?

Il nous apparaît important de faire ressortir trois conclusions majeures dans notre rapport :

- L'accréditation ne semble pas avoir des effets structurants. Son incidence reste bien en deçà d'autres facteurs déterminant tels que la catégorie socioprofessionnelle, le statut juridique de l'établissement ou encore le service principal d'affectation.
- L'effet de l'accréditation varie en fonction du niveau atteint dans son processus. Ce constat remet en cause l'aspect progressif et linéaire de l'apprentissage de nouvelles normes et pose le caractère particulier de l'évocation des conditions de travail dans la phase intermédiaire de la démarche.
- La faiblesse des différences observées entre les déclarations des sujets issus d'établissements accrédités de ceux appartenant à des organisations « hors cursus » questionne le caractère pérenne de l'accréditation.

Ces 3 points représentent les effets équivoques d'un processus d'apprentissage en cours d'acquisition dans les organisations hospitalières. Le point de vue que nous avons développé a privilégié une

démarche d'abord descriptive de la situation plutôt qu'une vision *a priori* positive ou négative de l'accréditation.

### ***L'accréditation une démarche avec peu d'effets structurants***

Nous nous attendions à observer un effet progressif dans la mise en place de l'accréditation en fonction des différents stades de la démarche qui en représentent les moments-clefs. Finalement, nos analyses nous conduisent à ne retenir que son faible effet sur les conditions de travail des IDE et des AS. Dans le contexte hospitalier actuel, l'accréditation ne semble pas apporter d'améliorations ou de détériorations des conditions de travail. Notre travail cherchait à mesurer cet effet principal en partant de l'idée que le contexte organisationnel joue un rôle de temporisateur. Plus précisément, nous concevions l'accréditation comme un processus d'apprentissage au cours duquel l'enjeu était d'intégrer de nouvelles normes et de nouvelles pratiques. Or, durant tout processus d'apprentissage, les acteurs sociaux ne sont pas inertes ou passifs. Ils peuvent réagir très différemment. Ainsi, selon le contexte, la fonction occupée, le service, les effets de l'accréditation varient.

Par conséquent, là où nous pouvions espérer un effet graduel de l'accréditation, nous observions des effets plus importants liés à la fonction occupée ou au statut de l'établissement. L'environnement du travail jouant-là un rôle plus structurant que l'accréditation. Il ne nous a pas semblé opportun, dès le début de l'étude, de traiter des effets de l'accréditation sans prendre en compte la fonction des répondants. Les identités collectives de chaque groupe de salariés, les tâches spécifiques de chaque métier rendaient absurde l'analyse du processus d'accréditation sur l'ensemble de l'échantillon. Cette position était renforcée par l'étude de la littérature qui montrait la complexité extrême du monde hospitalier. Nous avons donc découpé l'ensemble des sujets en quatre segments suivant leur catégorie professionnelle car celle-ci a, pour nous, un effet structurant.

Pour être plus sûrs de bien mesurer les conséquences escomptées de l'accréditation, nous nous sommes intéressés à un autre facteur jugé déterminant : le statut juridique de l'établissement d'exercice. L'étude des ACM pour les IDE et les AS a conforté notre jugement. En effet, c'est ici, au-delà du processus d'accréditation, que nous touchons à l'importance avérée du statut juridique des organisations. C'est lui qui détermine, en grande partie, la pénibilité au travail. Cet axe, commun aux deux segments de soignants, permet de placer les établissements en fonction de bonnes ou de mauvaises conditions de travail. Les salariés des établissements privés à but lucratif apparaissent comme les plus mal « lotis ». Les conditions de travail semblent plus favorables pour les IDE et AS dans le secteur privé à but non lucratif. Enfin, seules les IDE déclarent une pénibilité au travail bien moindre dans le service public. Ce qui n'est pas le cas des AS qui ressentent une importance élevée de la pénibilité, quasi-équivalente aux IDE et AS du secteur privé à but lucratif. Le dernier point qui concerne typiquement l'incidence du statut de l'organisation d'exercice, est que les IDE du service public ont beaucoup plus de responsabilités et de marge de manœuvre que celles du privé à but lucratif. Ce constat sur l'aspect structurant de la variable du statut de l'établissement est à nuancer quand nous nous intéressons de plus près au secteur privé à but non lucratif. En effet, c'est seulement dans ce contexte que les effets du niveau d'accréditation se font le plus ressentir car, pour les deux groupes, ce sont les salariés en cours d'accréditation qui présentent les meilleures conditions de travail déclarées.

C'est ici, que notre hypothèse posant l'accréditation comme un processus d'apprentissage linéaire et progressif est infirmée. En effet, l'étude des ACM et des items significatifs à l'accréditation pour l'ensemble des segments montre l'aspect singulier et particulier de cette phase intermédiaire de la démarche d'accréditation. C'est ce que nous développerons dans la partie suivante.

Avant cela, il nous semble nécessaire de rappeler (sans pour autant être exhaustifs) les points jugés importants dans tous les domaines de l'environnement de travail affectés, de façon positive ou

négative, par la procédure d'accréditation pour chaque segment étudié. Tout en sachant que son effet peut être, parfois, corrélé aux facteurs structurants cités-ci-dessus.

Chez les AS la procédure d'accréditation touche les conditions d'exécution de la tâche à travers une augmentation du temps passé sur ordinateur, une formalisation accrue de la transmission d'information, une baisse de l'interruption de la tâche de travail. Une baisse des responsabilités outrepassées est observée ainsi qu'une augmentation de la prise de décision collective souvent formelle avec un soutien collectif plus important pour faire face aux difficultés. Il existe aussi une augmentation de tous les types d'agression et nous reviendrons, plus tard, sur ce point.

Pour les IDE, les domaines touchés semblent peu nombreux. L'accréditation augmente le contrôle horaire. Les conditions de travail sont améliorées par l'utilisation du matériel informatique, la possession de logiciels bien adaptés et une transmission d'information formalisée. L'approche collective des difficultés est accrue et formalisée, ce qui réduit le sentiment d'isolement face à celles-ci.

Dans le segment regroupant les médecins, l'accréditation augmente le temps passé dans l'établissement et la dépendance de leur rythme de travail à l'équipe contrebalancé par une possibilité plus grande de trouver une aide pour l'exécution d'une tâche délicate. La procédure d'accréditation entraîne, aussi, une baisse des responsabilités outrepassées.

Enfin, pour les agents de service et les ouvriers, l'accréditation permet une augmentation de l'utilisation du matériel informatique, un accroissement de la prise de décision collective et de la participation au fonctionnement l'unité de travail. Notons aussi, pour ce segment, la possibilité de bénéficier d'une formation adaptée, une baisse des responsabilités outrepassées et de la sanction de l'erreur.

Cette rapide synthèse nous montre que la procédure d'accréditation joue, malgré tout, un rôle sur l'environnement de travail des acteurs des établissements de santé même si celui-ci est moins structurant que d'autres facteurs tels que la fonction, le statut ou encore de service d'exercice de la fonction (en annexe 7, des tableaux croisés des variable statut – STATM – et service – SERVUN – sont proposées).

Cependant, les résultats nous montrent aussi que ce processus d'apprentissage et de modification des normes n'est pas linéaire et le niveau intermédiaire de l'accréditation n'est pas le reflet d'un stade moyen entre mauvaises conditions de travail (établissements non-accrédités) et bonnes conditions de travail (établissements accrédités). Au contraire, les sujets des organisations en cours d'accréditation dessinent un portrait singulier des conséquences de la démarche.

### ***Les effets les plus saillants se situent dans les établissements en cours d'accréditation***

Si l'accréditation n'apparaît pas affecter les conditions de travail, en revanche sa mise en place semble bouleverser les professionnels de santé notamment les IDE et les AS. En effet, nous l'avons déjà signalé, les établissements en fin de procédure d'accréditation ne semblent guère différents des établissements hors procédure pour une partie des aspects étudiés. Il nous semble qu'à cette phase nous observons plus facilement les effets de l'intériorisation des nouvelles normes. Les professionnels de santé réagissant face aux nouvelles directives seulement durant la mise en place de l'accréditation.

Parmi les résultats saillants les plus étonnants, nous pouvons retenir la tendance à extérioriser plus facilement certaines questions telles que les agressions (physiques, verbales et/ou sexuelles), les

situations de solitude, le poids de responsabilités hors fonctions, etc. Tout se passe comme si durant le processus de mise en place de l'accréditation, les professionnels avaient plus tendance à exposer ces doléances ou revendications. En fait, plusieurs interprétations sont possibles si nous prenons le cas, par exemple, des agressions de toute nature. Tout d'abord, et par le jeu du hasard statistique, elles sont déclarées plus nombreuses dans les établissements en cours d'accréditation parce qu'elles le sont effectivement. Une autre possibilité, c'est que ces sujets sont dans un processus de mise à plat de leurs pratiques et de questionnement de leur environnement de travail. De cela, peut découler une perception plus importante des agressions parce qu'elles sont pointées comme telles, ce qui n'était pas le cas avant. Une autre possibilité, c'est que le processus même d'accréditation crée les agressions. En effet, les soignants étant impliqués dans la mise en place de la démarche sont moins à l'écoute des usagers et par-là, moins disponibles. Ce qui aurait pour conséquence d'augmenter les agressions de la part du public, celui-ci se sentant délaissé. C'est aussi ce qui expliquerait que les agressions seraient moins fréquentes dans les établissements ayant achevé le cursus d'accréditation car l'apprentissage des nouvelles normes serait effectif. Enfin, une dernière possibilité, c'est qu'en fonction du niveau d'accréditation la représentation proportionnelle des services ne soit pas équivalente à celle de l'échantillon total en question et qu'il y ait, ainsi, un biais. Dans ce cas, le processus d'accréditation aurait un effet moins structurant que celui du service. Cet état interrogerait donc sur les réels aspects bénéfiques d'une telle démarche.

### ***Le caractère pérenne de l'accréditation***

Notre travail ne visait pas à évaluer le caractère durable de l'accréditation. Nous recherchions à partir de l'idée de processus d'acquisition des normes, dans quelle mesure celui-ci affectait les conditions de travail des AS et IDE.

Cependant, à la lumière des résultats, nous pouvons nous interroger sur les faibles différences relevées entre les IDE et AS des établissements hors-cursus et accrédités. Il semblerait qu'il y ait un relâchement après l'obtention de l'accréditation. Est-ce à dire que l'accréditation n'a pas de réalisation concrète sur le terrain ? Nous ne pensons pas que l'accréditation ne s'est pas traduite par la mise en place des dispositifs. Bien au contraire, dans les établissements hospitaliers un nombre important des groupes de travail ont vu le jour pour évaluer les pratiques et réfléchir sur l'organisation des soins. La création des nouvelles fonctions, les nouvelles dénominations (accréditation --- certification), les formations, etc. sont autant d'indicateurs qui témoignent de la concrétisation du dispositif. Peut-être que les effets observés dans notre étude sont liés au processus lui-même et notamment au message des promoteurs de l'accréditation ? Cette piste avait été évoquée par François P. et Vinck D. lorsqu'ils ont analysé et observé les groupes de formation. Pour les auteurs, il existe un double message dans la formation. Tout d'abord l'accréditation dans sa philosophie générale recherche *une amélioration continue de la qualité*. Selon les observations faites par ces deux chercheurs, la formation véhicule un autre message plus proche de l'assurance qualité. Les effets observés seraient inhérents à toute démarche de gestion de la qualité. L'amélioration continue de la qualité peut paraître plus dynamique et vise clairement à instaurer une activité pérenne. En même temps, l'accréditation met en place un processus plutôt normatif donc plus proche de *l'assurance qualité* car elle vise à permettre aux établissements de montrer qu'ils maîtrisent la qualité de ce qu'ils produisent. Autrement dit, les établissements de santé doivent se conformer à des processus précis. Comme le soulignent les auteurs « *l'accréditation des établissements de santé cristallise cette ambiguïté. L'objectif affiché par l'ANAES est d'inciter les établissements à implanter des activités d'amélioration continue de la qualité. Cependant, le processus est normatif par essence, les établissements étant évalués sur leur conformité à des références et à des critères* »<sup>87</sup>.

---

<sup>87</sup> *Op. Cit.* p. 204.

Dans cette perspective, l'accréditation, pas de manière exclusive, repose pour l'essentiel sur la rédaction de procédures écrites. Or, les professionnels de santé, AS et IDE, ne sont pas étrangers à ce genre d'activité rédactionnelle. L'accréditation s'installe sur un terrain déjà préparé et sensibilisé à ces démarches. Ainsi, nous pouvons, nous interroger sur l'effet final d'une telle activité qui viendrait « renforcer » des comportements déjà acquis.

Sur cet aspect, nous voyons que par rapport à l'industrie, l'accréditation dans le secteur hospitalier n'a pas exactement les mêmes effets ne serait-ce que parce que les professionnels peuvent plus facilement jouer de leur autonomie en s'appuyant sur des pratiques déjà acquises.

Si nous voulions, réellement, mettre en évidence le caractère durable ou non du processus d'accréditation, il faudrait proposer une autre méthodologie. En effet, notre constat de non-pérennité s'appuie sur la comparaison transversale de groupes de sujets à un moment donné. Une approche longitudinale sur une même groupe d'individus au trois moment de l'accréditation serait plus rigoureuse et permettrait une comparaison terme à terme afin statuer réellement sur la permanence des effets de la procédure d'accréditation.

## Bibliographie

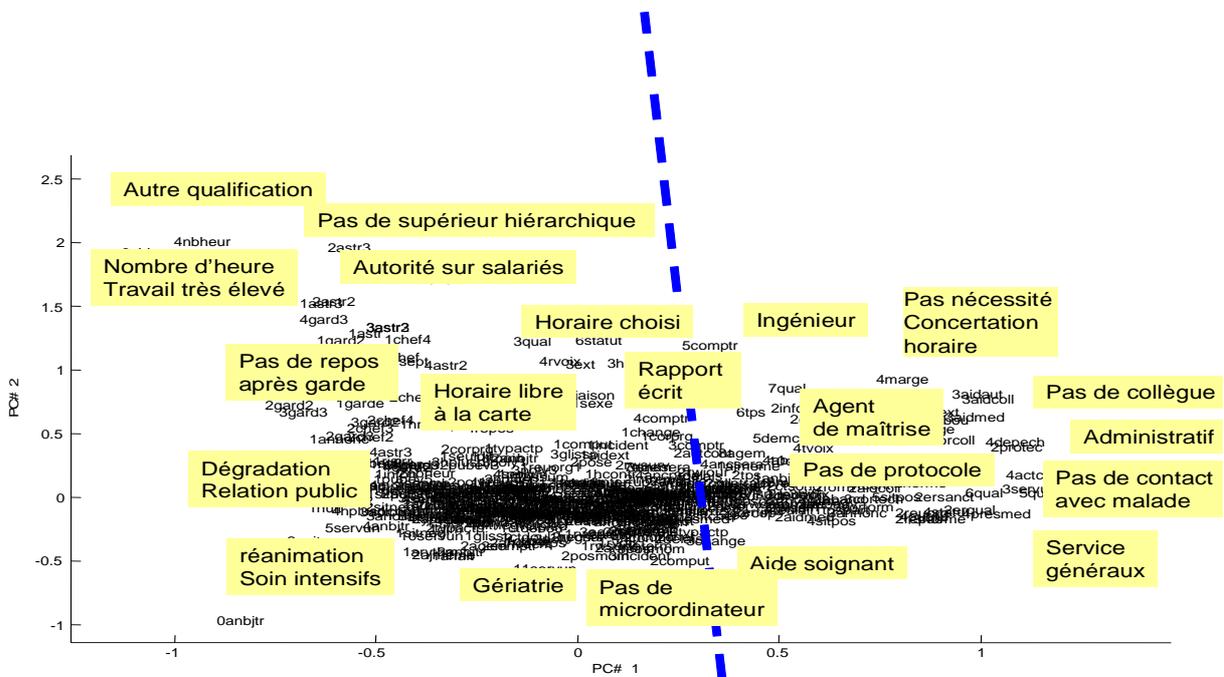
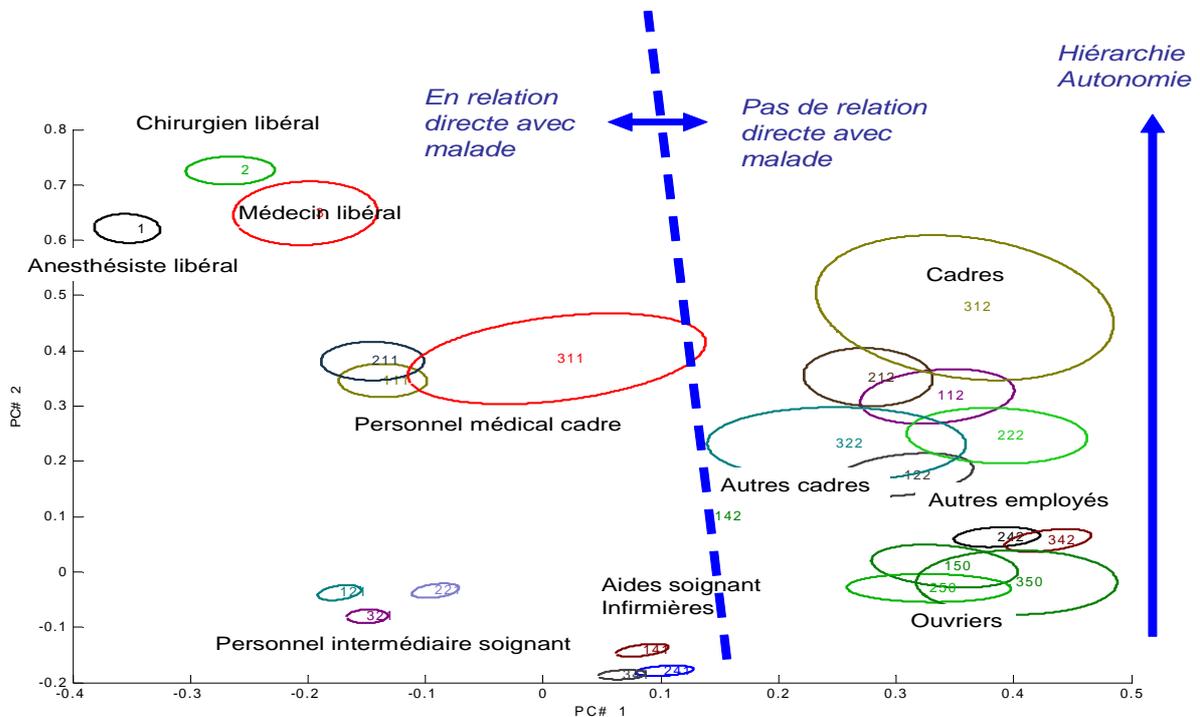
- Collectif 1994, *Souffrances et précarité au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Ed. Syros, 356 p.
- Association de Santé et médecine du travail, 1998, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, Ed. Syros, 400 p
- Rapport d'activité de l' ANAES, 2003, *collège de l'accréditation*, p. 7
- ANAES, 2003 « Accréditation finalité » Dossier de presse, juin, pp.1-10.
- Conseil économique et social 2004 sur « L'organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », Rapport présenté par Elyane Bressol, Conseil économique et social, Paris, Ed. Journaux officiels, 129 p.
- Acker F., Muñoz J et Trehony A, 2000,. « Etude préalable à un contrat d'études prospectives dans le secteur sanitaire privé commercial » Réalisé pour la Direction des hôpitaux et la Délégation à la formation professionnelle du ministère des Affaires sociales et la solidarité. 144 p.
- Acker F., 2004, *Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*. Rapport DREES-MIRE, CERMES, 237 p.
- Allvin M., Aronsson G., et Al., 1998, *Gränslöts arbete aller arbetets nya gränser. Arbeite och Hälsa*, 1998:21, Stockolm : Arbetslivsinstitutet.
- Amar L. et Minvielle E., 2000, « L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 69-89.
- Askenazy P., 2002, *La croissance moderne. Organisations innovantes du travail*, Paris, Ed. Economica, 288 p.
- Askenazy P. et Caroli E. et Marcus V., 2002, « New organizational practices and working conditions : evidence from France in the 1990's », *Recherches économiques de Louvain*, n° 68, (1-2), pp. 91-110..
- Baudelot C. et Gollac M., (Sous la Dir.), 2003, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris, Ed. Fayard, 351 p.
- Bertezene S., 1996, « Démarches d'amélioration de la qualité : état des lieux », *Gestions Hospitalières*, pp. 710-722.
- Bruneau C., Obrecht O., Lachenaye-Llanas C. 2003, « Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé », *Gestions hospitalières*, n° 422, pp. 13-17.
- Bué J. et Rougerie C., 1999, « L'organisation entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, Dares, n° 32.1, pp. 1-8.
- Bué J., Coutrot T. et Puech I., 2005, *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquête*, Toulouse, Ed. Octares, (Coll. « Travail et activité humaine »), 166 p.
- Bué J., Hamon-Cholet S. et Puech I., 2001, « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement ? », *Premières synthèses*, Dares, N° 24.1, pp. 1-10.
- Bouvet M. et Yahou N., 2001, « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières synthèses*, Dares, n° 31.1, pp.1-7.
- Burling T.E. Lentz E.M., Wilson R.N. 1956, *The give and take in hospitals: a study in human organization*, New York, G.P. Putnam's sons.
- Capdevielle P. 1995, « Évolution des accidents du travail et des maladies professionnelle : un point de vue statistique », In *L'évaluation des risques professionnels*, Strasbourg, Ed. Pus, pp. 97-108.
- Cartron D. et Gollac M., 2003, « Intensité et conditions de travail », *quatre pages*, CEE, n° 58, pp. 1-4.
- Cartron D., 2005, « L'intensification du travail », In *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, (Sous la dir. J. Bué, T. Coutrot et I. Puech), Toulouse, Ed. Octares, (Coll. « Travail et activité humaine »), pp. 25-35.
- Cézard M. et Vinck L., 1998, «En 1998, plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail », *Premières synthèses*, Dares, n° 53.2, pp. 1-9.
- Clarke L. et Short J.F., 1993, « Social organization at risk : some current controversies », *Annual review of Sociology*, Vol. 19, pp. 375-399.
- Claveranne J-P, Vinot D., Fraisse S. et all. 2003, *Les perceptions de la qualité chez les professionnels de santé des établissements de santé*, Rapport au ministère de la Santé, GRAPHOS et LCPE/LNST, 124 p.

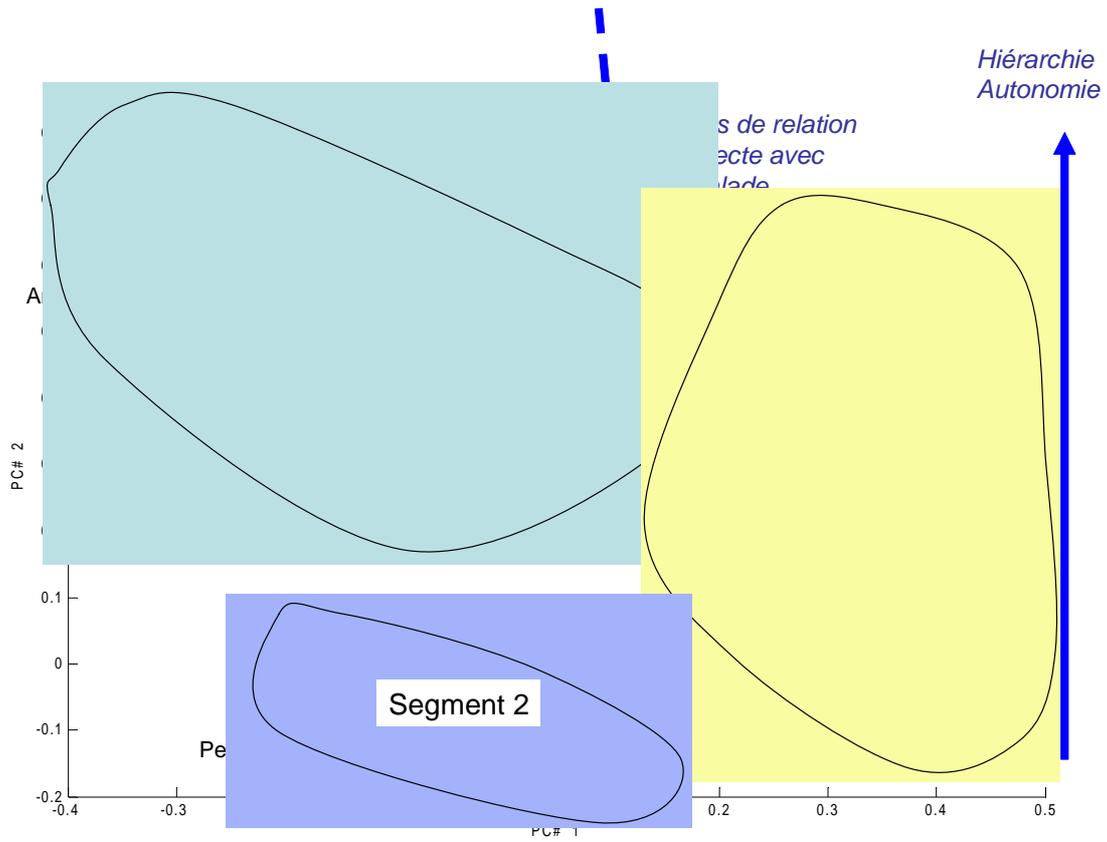
- Cristofari M-F., 1997, « Les accidents du travail. Indicateurs de précarisation de la santé au travail », in *Précarisation sociale, travail et santé* ; (Sous la Dir. B. Appay et A. Thébaud-Mony), Paris, Ed. Iresco, pp. 47-59.
- Coutrot T., 2000, « Innovations dans le travail : la pression de la concurrence internationale, l'atout des qualifications », *Dares, Premières synthèses*, n° 09.2, pp. 1-11.
- Coutrot T., 2000, « Innovations et gestion de l'emploi », *Premières synthèses*, *Dares*, n° 12.1, pp. 1-9.
- Cuny X. et Leplat J., 1974, *Les accidents du travail*, Paris, Ed. Puf, (Coll. « Que sais-je ? »), 125 p.
- Depaigne-Loth A., Bruneau C., Jourdy P et Burnel P., 2005 « À quoi sert l'accréditation ? Résultats d'une enquête sur les effets perçus de la procédure d'accréditation des établissements de santé », étude ronéotypée à paraître dans la revue *Décision santé* en janvier 2006.
- Douguet F., Muñoz J., 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*, Série Études, DREES, 174 p.
- Duclos D., 1984, *La santé et le travail*, Paris, Ed. La découverte, (Coll. « Repères »), 123 p.
- Duckett SJ. 1983, « Changing hospitals: the role of hospital accreditation », *Social science medicine*, N°17, (20), pp. 1573-1579.
- Dwyer T., 1991, *Life and death at work. Industrial accidents as a case of socially produced error*, New York, Ed. Plenum, (Coll. "Plenum studies in work and industry"), 318 p.
- Emmett B, Keeler, PhD, Lisa V. Rubeinstein, MD, MSPH, Katherine L. Khan, *alli*, 1992, "Hospital characterises ad quality of care", *JAMA*, Oct. 7, Vol. 268, N° 13, pp. 1709-1714.
- Faverge J-M., 1967, *Psychosociologie des accidents du travail*, Paris, Ed. Puf, (Coll. « Sup »), 160 p
- Françoise M. et Liévin D., 1986, « Approche des risques professionnels des travailleurs intérimaires », *ND, INRS*, pp. 305-317.
- François M., 1991, « Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs », In *Travail humain*, N° 54, pp. 21-41.
- François P. et Vinck D. (sous la dir.). 2002, *Maîtrise de la qualité des soins dans les services médicaux de l'hôpital dynamique de mise en œuvre et transformations induites*, Rapport Inserm, CNRS, MIRE, sept. 214 p.
- François P. 2001, « Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec », *La presse médicale*, N°30, (12), pp. 591-595.
- François P. et Pomey M-P, 2005, « Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* Vol. 53 septembre, P 4-11.
- Daubas-Letourneux V., Hamon-Cholet S., Lorient D. et Thébaud-Mony A., 2005, « La difficile (re)connaissance des accidents du travail », In *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, (Sous la direction de Bué J., Coutrot T. et Puech I.), Toulouse, Ed. Octares, pp. 101-117.
- Gollac M. et Volkoff S., 1996, « Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, pp. 54-67.
- Gollac M., 1996, « Le capital est dans le réseau : la coopération dans l'usage de l'informatique », *Travail et emploi*, n° 68, pp. 3-96.
- Gollac M., Mangematin V., Moatty F. et De saint Laurent A-F, 1998, « Informatisation : l'entrée du marché dans l'organisation », *Revue française de gestion*, n°118, pp. 102-114.
- Green F., 2001, "It's been a hard day's night : the concentration and intensification of work in late twentieth century Britain", *British journal of industrial relations*, 1
- Greenan N., Hamon-Cholet S. et Walkowiak E., 2003, « Autonomie et communication dans le travail : les effets des nouvelles technologies », *Premières synthèses*, *Dares*, n° 20.1, pp.1-11.
- Guignon N. et Vinck L., 2003, « Les conditions de travail dans la fonction publique », *Premières synthèses*, *DARES*, N° 40.1, pp. 1-7.
- Guignon N. et Hamon-Cholet S., 2003, « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières synthèses*, *Dares*, N° 09.3, pp.1-7.
- Hamon-Cholet S., 2002, « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, *Dares*, n° 20.1, pp.1-10.
- James S., Roberts, M.D, Jack. G., Coale M.A. and Redman, M.A., 1987, « A history of the joint commission on accreditation of hospitals », *JAMA*, Aug. 21, Vol. 258, N° 7, pp. 936-940.
- Karasek A. et Theorell T., 1990, *Healthy work : stress, productivity and reconstruction of the working life*, Basic Books.

- Karlsson J. and Eriksson B., 2000, *Flexibla arbetsplatser och arbetsvillkor. En empirisk prövning av en retorisk figur*. Arkiv förlag.
- Letourneux V. et Thébaud-Mony A., « Les angles mort de la connaissance des accidents du travail », *Travail et emploi*, n° 88, pp. 25-42.
- Leteurtre H., Patrelle I., Quaranta J-F, Ronziere N. 1999, *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital).
- Le Lan R., Baubeau D. (coll.) 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 335, DREES.
- Le Lan R. et Baubeau D., 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *Etudes et résultats*, N° 373, DREES, pp. 1-11.
- Lorient D., 2001, « Accidents et organisation du travail : les enjeux de l'arrêt de travail », *Travail et emploi*, N° 88, pp. 43-64.
- Lozeau D. 2002, « Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics du Québec », *Gestion*, N° 27, (3), pp. 113-122.
- Minvielle E., 2003, « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, N° 146, Vol. 29, pp. 165-189.
- Monchatre S., 2004, « De l'ouvrier à l'opérateur : chronique d'une conversion », *Revue française de sociologie*, N° 45-1, pp. 69-102.
- Perilleux T., 2001, *Les tensions de la flexibilité. L'épreuve du travail contemporain*, Paris, Ed. Desclée de brouwer, (Coll. « Sociologie clinique »), 221 p.
- Perrow C., 1984, *Normal accidents. Living with high-risk technologies*, New york, Ed. Basics books.
- Pomey M-P., Contandriopoulos A-P., François P. et Bertrand D., 2004, « L'implantation de l'accréditation en France : étude de la perception de l'impact de l'autoévaluation en terme de changement organisationnel dans un centre hospitalier universitaire », *Journal d'économie médicale*, Vol. 22, n° 5, pp. 255-272.
- Robelet M., 2001, « La profession médicale face au déficit de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité » *Sciences sociales et santé*, Vol. 19, N° 2, 73-97.
- Roche P., 1987, *Une santé d'acier*, Paris, Ed. CNRS.
- Segouin .C (dir.) 1998, *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin (Coll. Les dossiers de l'AP-HP).
- Setbon M. 2000, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 51-68.
- Solins B., 1976, « Une exploitation nationale statistiques des accidents du travail », *Revue Économique*, Vol. XXVII, n° 3 mai, pp. 433-482.
- Strauss A, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par I. Baszanger, Paris, éd. L'harmattan, 311 p.
- Tomasi M., 2003, « Depuis 10 ans le turnover est en phase avec l'activité économique », *Premières synthèses*, Dares, n° 38, pp.1-6.
- Tonneau D., 2003, *La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics. Des difficultés liées à l'organisation*, Série Études, DREES, CGS, École des mines, n° 35, 117 p
- Volkoff S. (Cor), 2005, *L'ergonomie et les Chiffres, de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Ed. Octares, (Coll. « Travail et activité humaine »), 243 p.
- Zarifian P., 2004, *Le modèle de la compétence*, Paris, Ed. Liaisons sociales, (Coll. « Entreprises et carrières »), 144 p.

# **Annexes**

# Annexe 1 - Analyse des correspondances multiples sur données mises sous la forme d'indicateurs (y compris les valeurs numériques).





## Annexe 2 - Récapitulatif des tableaux CHI<sup>2</sup> concernant les aides-soignantes et la situation par rapport à l'accréditation

« Utilisation du matériel informatique moins de 2 heures par jour » / ACCREDIT								
1infoh	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	98	30,82	24	21,62	109	17,69	814	22,11
non	220	69,18	87	78,38	507	82,31	231	77,89
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 20,99228 ; p<.001

« L'unité (ou le service) dans laquelle (lequel) vous travaillez pratique toujours une activité programmée » / ACCREDIT								
1actcont	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	84	26,42	15	13,51	115	18,67	20,48	214
non	234	73,58	96	86,49	501	81,33	79,52	831
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	100,00	1045

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 11,42746 ; p<.004

« En dehors des élèves ou étudiants, vous arrive-t-il de former des nouveaux ou des intérimaires à la tenue de leur poste ? » / ACCREDIT								
1nvx et 2nvx	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	168	52,83	48	43,24	345	56,01	561	53,68
non	150	47,17	63	56,76	271	43,99	484	46,32
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,296004 ; p<.043

« Vous occupez différents postes ou fonctions. C'est plutôt mieux du point de vue des résultats de votre travail » / ACCREDIT								
3poly1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	10	3,14	2	1,80	4	0,65	16	1,53
non	308	96,86	109	98,20	612	99,35	1029	98,47
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,722098 ; p<.013

« Vous n'exercez jamais ou presque votre activité professionnelle hors de l'enceinte de l'établissement » / ACCREDIT								
1ext	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	316	99,37	110	99,10	595	96,59	1021	97,70
non	2	,63	1	,90	21	3,41	24	2,30
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,302516 ; p<.016

« Vous exercez pour moins d'un quart de votre temps votre activité professionnelle hors de l'enceinte de l'établissement » / ACCREDIT								
2ext	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	0	0,00	0	0,00	13	2,11	13	1,24
non	318	100,00	111	100,00	603	97,89	1032	98,76
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 9,167619 ; p<.016

« Vous êtes en contact direct avec des patients ou des malades (y compris par téléphone). Il vous arrive de leur annoncer une nouvelle difficile » / ACCREDIT								
1annonc	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	42	13,21	20	18,02	117	18,99	179	17,13
non	276	86,79	91	81,98	499	81,01	866	82,87
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,015337 ; p<.082

« vous êtes exposé(e) à un risque d'agression verbale de la part du public. Vous avez, vous-même, déjà été agressé(e) verbalement » / ACCREDIT

1pubagv1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	118	37,11	57	51,35	259	42,05	434	41,53
non	200	62,89	54	48,65	357	57,95	611	58,47
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,038671 ; p<.030

« vous êtes exposé(e) à un risque d'agression physique ou sexuelle de la part du public. Vous avez, vous-même, déjà été agressé(e) physiquement ou sexuellement » / ACCREDIT

1pubags1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	37	11,64	24	21,62	73	11,85	134	12,82
non	281	88,36	87	78,38	543	88,15	911	87,18
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,609419 ; p<.014

« Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics ? » / ACCREDIT

1reudif	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	181	56,92	79	71,17	381	61,85	641	61,34
non	137	43,08	32	28,83	235	38,15	404	38,66
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,213646 ; p<.027

« Vous avez l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics. Ces échanges se déroulent régulièrement dans le cadre de réunions organisées ? » / ACCREDIT

1reudif1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	56	17,61	32	28,83	84	13,64	172	16,46
non	262	82,39	79	71,17	532	86,36	873	83,54
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 16,22778 ; p<.001

« Vous avez l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics. Vous pouvez bénéficier d'un soutien si vous en exprimez le besoin. » / ACCREDIT

1reudif2	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	123	38,68	64	57,66	233	37,82	420	40,19
non	195	61,32	47	42,34	383	62,18	625	59,81
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 15,82516 ; p<.001

« Vous avez l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics. Vous ne pouvez pas bénéficier d'un soutien si vous en exprimez le besoin. » / ACCREDIT

2reudif2	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	58	18,24	15	13,51	148	24,03	221	21,15
non	260	81,76	96	86,49	468	75,97	824	78,85
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,553024 ; p<.014

« Vos relations avec le public se sont modifiées depuis mars 2000. C'est plutôt moins bien du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification » / ACCREDIT

2pubev5	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	16	5,03	11	9,91	59	9,58	86	8,23
non	302	94,97	100	90,09	557	90,42	959	91,77
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,204440 ; p<.045

« Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes vous sont-elles données en permanence de vive voix (y compris par téléphone) ? » / ACCREDIT

1rvoix	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	94	29,56	49	44,14	224	36,36	367	35,12
non	224	70,44	62	55,86	392	63,64	678	64,88
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,699933 ; p<.013

« Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes vous sont-elles données occasionnellement de vive voix (y compris par téléphone) ? » / ACCREDIT

3rvoix	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	79	24,84	13	11,71	112	18,18	204	19,52
non	239	75,16	98	88,29	504	81,82	841	80,48
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,74446 ; p<.005

« Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes ne vous sont jamais données par écrit (y compris messagerie électronique ou intermédiaire d'une machine) ? » / ACCREDIT

4recrit	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	30	9,43	8	7,21	84	13,64	122	11,67
non	288	90,57	103	92,79	532	86,36	923	88,33
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,995620 ; p<.050

« Dans le cadre de votre travail, vous utilisez un micro-ordinateur ou autre matériel informatique (terminal, console, robot médical, automate d'analyse, matériel médical avec clavier et écran, etc.) (*même occasionnellement*) ? » / ACCREDIT

1comput	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	112	35,22	34	30,63	136	22,08	282	26,99
non	206	64,78	77	69,37	480	77,92	763	73,01
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 19,22211 ; p<.001

« Dans le cadre de votre travail, vous n'utilisez pas un micro-ordinateur ou autre matériel informatique (terminal, console, robot médical, automate d'analyse, matériel médical avec clavier et écran, etc.) (*même occasionnellement*) ? » / ACCREDIT

2comput	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	205	64,47	77	69,37	480	77,92	762	72,92
non	113	35,53	34	30,63	136	22,08	283	27,08
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 20,02438 ; p<.001

« Vous transmettez ou vous recevez des informations par mail ou liaison informatique. » / ACCREDIT

1liaison	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	32	10,06	16	14,41	35	5,68	83	7,94
non	286	89,94	95	85,59	581	94,32	962	92,06
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 12,61976 ; p<.002

« Vous ne transmettez pas ou vous ne recevez pas des informations par mail ou liaison informatique. » / ACCREDIT								
2liaison	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	80	25,16	18	16,22	102	16,56	200	19,14
non	238	74,84	93	83,78	514	83,44	845	80,86
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,70574 ; p<.005

« Votre rythme de travail vous est-il imposé par la cadence automatique d'une machine ? » / ACCREDIT								
1rwcad et 2rwcad	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	82	25,79	15	13,51	149	24,19	246	23,54
non	236	74,21	96	86,49	467	75,81	799	76,46
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,234929 ; p<.027

« Pour faire votre travail, il vous arrive de ne pas prendre de repas ou de l'écourter » / ACCREDIT								
1repas	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	215	67,61	62	55,86	417	67,69	694	66,41
non	103	32,39	49	44,14	199	32,31	351	33,59
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,204028 ; p<.045

« Pour faire votre travail, il ne vous arrive pas de ne pas prendre de repas ou de l'écourter » / ACCREDIT								
2repas	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	95	29,87	47	42,34	190	30,84	332	31,77
non	223	70,13	64	57,66	426	69,16	713	68,23
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,494449 ; p<.039

« Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, vous réglez personnellement l'incident (ou le problème) mais dans des cas bien précis prévu d'avance. » / ACCREDIT								
2incident	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	49	15,41	28	25,23	150	24,35	227	21,72
non	269	84,59	83	74,77	466	75,65	818	78,28
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,75819 ; p<.005

« Il ne vous arrive jamais d'assurer des responsabilités que vous ne devriez pas assumer » / ACCREDIT								
4assum	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	142	44,65	55	49,55	220	35,71	417	39,90
non	176	55,35	56	50,45	396	64,29	628	60,10
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 11,80750 ; p<.003

« Votre travail ou votre lieu de travail, présente-t-il les inconvénients suivants : travail à la lumière artificielle ? » / ACCREDIT								
1hyglum et 2hyglum	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	222	69,81	60	54,05	428	69,48	710	67,94
non	96	30,19	51	45,95	188	30,52	335	32,06
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 11,00906 ; p<.005

« Votre lieu de travail présente-t-il les avantages suivants : crèches, gardes d'enfants ou jardins d'enfants ? » / ACCREDIT								
1avenf et 2avenf	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	97	30,50	15	13,51	102	16,56	214	20,48
non	221	69,50	96	86,49	514	83,44	831	79,52
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,74316 ; p<.001

« Vous êtes soumis à un contrôle horaire effectué par l'encadrement. » / ACCREDIT								
4hcontr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	47	14,78	25	22,52	130	21,10	202	19,33
non	271	85,22	86	77,48	486	78,90	843	80,67
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,190659; p<.045

« Vous avez des pauses officielles au cours de votre travail, déterminées seul(e) sans devoir prévenir personne. » / ACCREDIT								
1posmom	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	72	22,64	12	10,81	132	21,43	216	20,67
non	246	77,36	99	89,19	484	78,57	829	79,33
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,550016 ; p<.023

« Le type d'activité pratiqué dans l'unité ou le service dans laquelle (lequel) vous travaillez est l'hospitalisation complète. » / ACCREDIT								
2typactp	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	149	46,86	68	61,26	323	52,44	540	51,67
non	169	53,14	43	38,74	293	47,56	505	48,33
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,185343 ; p<.028

« Vous devez fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue. Cette interruption d'activité perturbe votre travail. » / ACCREDIT								
1aban2p	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	146	45,91	37	33,33	280	45,45	463	44,31
non	172	54,09	74	66,67	336	54,55	582	55,69
Total	318	30,43	111	10,62	616	58,95	1045	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,077645 ; p<.048



### Annexe 3 : Récapitulatif des tableaux CHI<sup>2</sup> concernant les infirmières et la situation par rapport à l'accréditation

«Vous avez entre 30 ans et moins de 35 ans. » / ACCREDIT								
3agem	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	92	18,62	26	16,77	102	13,46	220	15,64
non	402	81,38	129	83,23	656	86,54	1187	84,36
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,224257 ; p<.045

«Vous avez entre 50 ans et moins de 55 ans. » / ACCREDIT								
7agem	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	57	11,54	23	14,84	120	15,83	200	14,21
non	437	88,46	132	85,16	638	84,17	1207	85,79
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 4,575217 ; p<.11

«Vous avez entre 0 et 8 ans d'ancienneté dans la profession. » / ACCREDIT								
1ancproa	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	158	31,98	43	27,74	206	27,18	407	28,93
non	336	68,02	112	72,26	552	72,82	1000	71,07
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 3,480486 ; p<.18

«Utilisation du matériel informatique plus de 2 heures par jour. » / ACCREDIT								
2infoh	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	76	15,38	17	10,97	59	7,78	152	10,80
non	418	84,62	138	89,03	699	92,22	1255	89,20
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 17,93700 ; p<.001

«Vous êtes professeur, médecin, personnel de catégorie A de la fonction publique. » / ACCREDIT								
3qual	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	6	1,21	6	3,87	8	1,06	20	1,42
non	488	98,79	149	96,13	750	98,94	1387	98,58
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,512708 ; p<.023

« L'unité (ou le service) dans laquelle (lequel) vous travaillez pratique toujours une activité programmée » / ACCREDIT								
1actcont	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	155	31,38	35	22,58	192	25,33	382	27,15
non	339	68,62	120	77,42	566	74,67	1025	72,85
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,367551 ; p<.026

« Vous exercez tout le temps ou presque votre activité professionnelle hors de l'enceinte de l'établissement. » / ACCREDIT								
4ext	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	4	0,81	4	2,58	19	2,51	27	1,92
non	490	99,19	151	97,42	739	97,49	1380	98,08
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 4,980688 ; p<.083

« Vous avez plusieurs personnes sous vos ordres ou votre autorité. L'augmentation des salaires, les primes ou la promotion de ces salariés dépendent étroitement de vous. » / ACCREDIT

1chef1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	26	5,26	1	0,65	12	1,58	39	2,77
non	468	94,74	154	99,35	746	98,42	1368	97,23
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 17,95246 ; p<.001

« Vous n'avez pas l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics. » / ACCREDIT

2reudif	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	76	15,38	11	7,10	136	17,94	223	15,85
non	418	84,62	144	92,90	622	82,06	1184	84,15
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 11,47168 ; p<.004

« Vous avez l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics. Ces échanges se déroulent régulièrement dans le cadre de réunions organisées ? » / ACCREDIT

1reudif1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	71	14,37	38	24,52	115	15,17	224	15,92
non	423	85,63	117	75,48	643	84,83	1183	84,08
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 9,757503 ; p<.008

« Vos relations avec le public se sont modifiées depuis mars 2000. C'est plutôt mieux du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification » / ACCREDIT

1pubev5	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	31	6,28	20	12,90	65	8,58	116	8,24
non	463	93,72	135	87,10	693	91,42	1291	91,76
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,088874 ; p<.029

« Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes ne vous sont régulièrement données par écrit (y compris messagerie électronique ou intermédiaire d'une machine) ? » / ACCREDIT

2reelit	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	204	41,30	72	46,45	285	37,60	561	39,87
non	290	58,70	83	53,55	473	62,40	846	60,13
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 4,850060 ; p<.089

« Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes ne vous sont occasionnellement données par écrit (y compris messagerie électronique ou intermédiaire d'une machine) ? » / ACCREDIT

3reelit	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	94	19,03	25	16,13	172	22,69	291	20,68
non	400	80,97	130	83,87	586	77,31	1116	79,32
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 4,647566 ; p<.098

« Une partie de votre travail consiste-t-elle dans la surveillance de machines ou d'installations en fonctionnement. » / ACCREDIT								
1survct et 2survct	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	294	59,51	77	49,68	396	52,24	767	54,51
non	200	40,49	78	50,32	362	47,76	640	45,49
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,020103 ; p<.019

« Dans le cadre de votre travail, utilisez-vous un micro-ordinateur ou autre matériel informatique (terminal, console, robot médical, automate d'analyse, matériel médical avec clavier et écran, etc.) (même occasionnellement) ? » / ACCREDIT								
1comput et 2comput	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	319	64,57	94	60,65	386	50,92	799	56,79
non	175	35,43	61	39,35	372	49,08	608	43,21
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 23,76991 ; p<.001

« Vous transmettez ou vous recevez des informations par mail ou liaison informatique. » / ACCREDIT								
1liaison	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	150	30,36	43	27,74	156	20,58	349	24,80
non	344	69,64	112	72,26	602	79,42	1058	75,20
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 16,15524 ; p<.001

« Pour faire votre travail, il vous arrive de ne pas prendre de repas ou de l'écourter » / ACCREDIT								
1repas	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	422	85,43	128	82,58	600	79,16	1150	81,73
non	72	14,57	27	17,42	158	20,84	257	18,27
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,957770 ; p<.019

« Pour faire votre travail, il ne vous arrive pas de ne pas prendre de repas ou de l'écourter » / ACCREDIT								
2repas	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	68	13,77	24	15,48	148	19,53	240	17,06
non	426	86,23	131	84,52	610	80,47	1167	82,94
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,318257 ; p<.026

« Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, vous réglez personnellement l'incident (ou le problème) mais dans des cas bien précis prévu d'avance. » / ACCREDIT								
2incident	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	147	29,76	60	38,71	204	26,91	411	29,21
non	347	70,24	95	61,29	554	73,09	996	70,79
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,770230 ; p<.013

« Souvent, il y a des moments où vous êtes obligé de vous débrouiller tout seul devant des situations difficiles. » / ACCREDIT								
1seuldif	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	75	15,18	26	16,77	150	19,79	251	17,84
non	419	84,82	129	83,23	608	80,21	1156	82,16
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 4,465305 ; p<.108

« Pour effectuer correctement votre travail, vous avez en général des logiciels ou des programmes informatiques bien adaptés. » / ACCREDIT

1corprg	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	156	31,58	37	23,87	171	22,56	364	25,87
non	338	68,42	118	76,13	587	77,44	1043	74,13
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 13,05044 ; p<.002

« Pour effectuer correctement votre travail, vous avez en général des moyens matériels ou des aides techniques adaptés et suffisant. » / ACCREDIT

1cortech	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	315	63,77	90	58,06	435	57,39	840	59,70
non	179	36,23	65	41,94	323	42,61	567	40,30
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,249862 ; p<.073

« Pour effectuer correctement votre travail, vous n'avez pas en général des moyens matériels ou des aides techniques adaptés et suffisant. » / ACCREDIT

2cortech	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	171	34,62	62	40,00	310	40,90	543	38,59
non	323	65,38	93	60,00	448	59,10	864	61,41
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,125482 ; p<.078

« Vous devez personnellement respecter des normes de qualités précises. » / ACCREDIT

1norme	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	454	91,90	139	89,68	656	86,54	1249	88,77
non	40	8,10	16	10,32	102	13,46	158	11,23
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,761147 ; p<.013

« Vous ne devez pas personnellement respecter des normes de qualités précises. » / ACCREDIT

2norme	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	37	7,49	16	10,32	93	12,27	146	10,38
non	457	92,51	139	89,68	665	87,73	1261	89,62
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,346223 ; p<.026

« Une erreur dans votre travail peut-elle ou pourrait-elle entraîner des conséquences graves pour la qualité du service (ou du produit) ? » / ACCREDIT

1erqual et 2erqual	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	467	94,53	138	89,03	695	91,69	1300	92,40
non	27	5,47	17	10,97	63	8,31	107	7,60
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,250640 ; p<.044

« L'exécution de votre travail vous impose-t-elle de porter ou déplacer des charges lourdes ? » / ACCREDIT

1ctflour et 2ctflour	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	398	80,57	108	69,68	584	77,04	1090	77,47
non	96	19,43	47	30,32	174	22,96	317	22,53
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,185367 ; p<.017

« Votre travail ou votre lieu de travail, présente-t-il les inconvénients suivants : locaux mal adaptés ? » / ACCREDIT								
1hygloc et 2hygloc	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	229	46,36	82	52,90	403	53,17	714	50,75
non	265	53,64	73	47,10	355	46,83	693	49,25
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,873516 ; p<.053

« Votre lieu de travail présente les avantages suivants : crèches, gardes d'enfants ou jardins d'enfants ? » / ACCREDIT								
1avenf	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	181	36,64	21	13,55	135	17,81	337	23,95
non	313	63,36	134	86,45	623	82,19	1070	76,05
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 68,56705 ; p<.001

« Votre lieu de travail <u>ne</u> présente <u>pas</u> les avantages suivants : crèches, gardes d'enfants ou jardins d'enfants ? » / ACCREDIT								
2avenf	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	312	63,16	134	86,45	622	82,06	1068	75,91
non	182	36,84	21	13,55	136	17,94	339	24,09
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 69,00880 ; p<.001

« Dans le cadre de votre travail, êtes-vous amené à manipuler ou être en contact avec des produits toxiques ou allergisants ? » / ACCREDIT								
1rispdt et 2rispdt	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	413	83,60	116	74,84	592	78,10	1121	79,67
non	81	16,40	39	25,16	166	21,90	286	20,33
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,106175 ; p<.018

« Dans le cadre de votre travail, vous êtes amené à risquer des blessures avec des instruments ou du matériel. » / ACCREDIT								
1risbles	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	446	90,28	131	84,52	652	86,02	1229	87,35
non	48	9,72	24	15,48	106	13,98	178	12,65
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,194095 ; p<.046

« Dans le cadre de votre travail, vous <u>n</u> êtes <u>pas</u> amené à risquer des blessures avec des instruments ou du matériel. » / ACCREDIT								
2risbles	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	48	9,72	23	14,84	106	13,98	177	12,58
non	446	90,28	132	85,16	652	86,02	1230	87,42
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,761044 ; p<.057

« Dans le cadre de votre travail, êtes-vous amené à risquer des irradiations ? » / ACCREDIT								
1risirr et 2risirr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	173	35,02	32	20,65	232	30,61	437	31,06
non	321	64,98	123	79,35	526	69,39	970	68,94
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 11,54284 ; p<.004

« Dans votre travail, vous utilisez des masques, des gants, ou autres équipements de protection individuelle. » / ACCREDIT								
1protec	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	457	92,51	136	87,74	668	88,13	1261	89,62
non	37	7,49	19	12,26	90	11,87	146	10,38
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,842402 ; p<.033

« Dans votre travail, vous n'utilisez pas des masques, des gants, ou autres équipements de protection individuelle. » / ACCREDIT								
2protec	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	37	7,49	19	12,26	89	11,74	145	10,31
non	457	92,51	136	87,74	669	88,26	1262	89,69
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,566886 ; p<.038

« Vous travaillez toujours le même nombre de jours chaque la semaine. » / ACCREDIT								
1anbjtr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	197	39,88	66	42,58	368	48,55	631	44,85
non	297	60,12	89	57,42	390	51,45	776	55,15
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 9,451580 ; p<.009

« Vos horaires de travail ne sont pas, en général, les mêmes tous les jours. Ils sont différents d'un jour à l'autre et variables d'une semaine à l'autre. » / ACCREDIT								
3ahdiff	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	173	35,02	52	33,55	196	25,86	421	29,92
non	321	64,98	103	66,45	562	74,14	986	70,08
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 13,06740 ; p<.002

« Vous n'êtes soumis à aucun contrôle horaire. » / ACCREDIT								
1hcontr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	228	46,15	80	51,61	408	53,83	716	50,89
non	266	53,85	75	48,39	350	46,17	691	49,11
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,080390 ; p<.029

« Vous êtes soumis à un contrôle horaire effectué par horloge pointeuse (badge). » / ACCREDIT								
2hcontr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	113	22,87	40	25,81	127	16,75	280	19,90
non	381	77,13	115	74,19	631	83,25	1127	80,10
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,83882 ; p<.005

« Vous disposez parfois de 36 heures consécutives de repos au cours d'une semaine. » / ACCREDIT								
3repos	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	103	20,85	28	18,06	111	14,64	242	17,20
non	391	79,15	127	81,94	647	85,36	1165	82,80
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,180919 ; p<.017

« Le type d'activité pratiqué dans l'unité ou le service dans laquelle (lequel) vous travaillez est l'hospitalisation complète. » / ACCREDIT								
2typactp	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	195	39,47	69	44,52	380	50,13	644	45,77
non	299	60,53	86	55,48	378	49,87	763	54,23
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 13,79856 ; p<.001

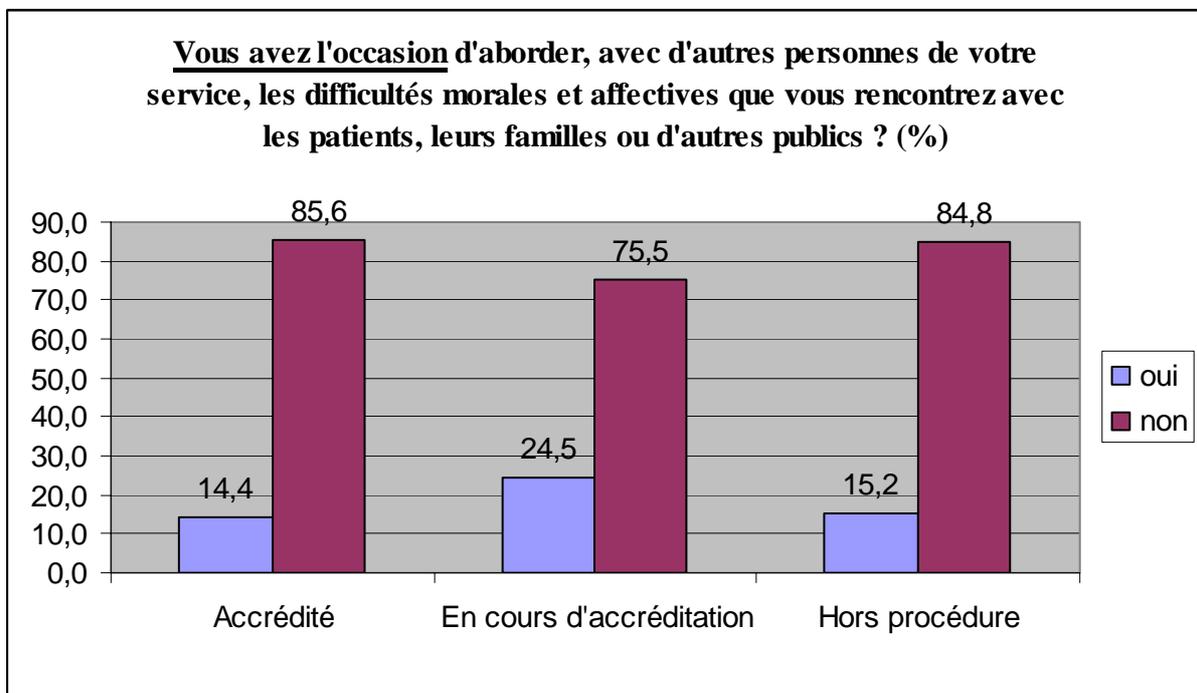
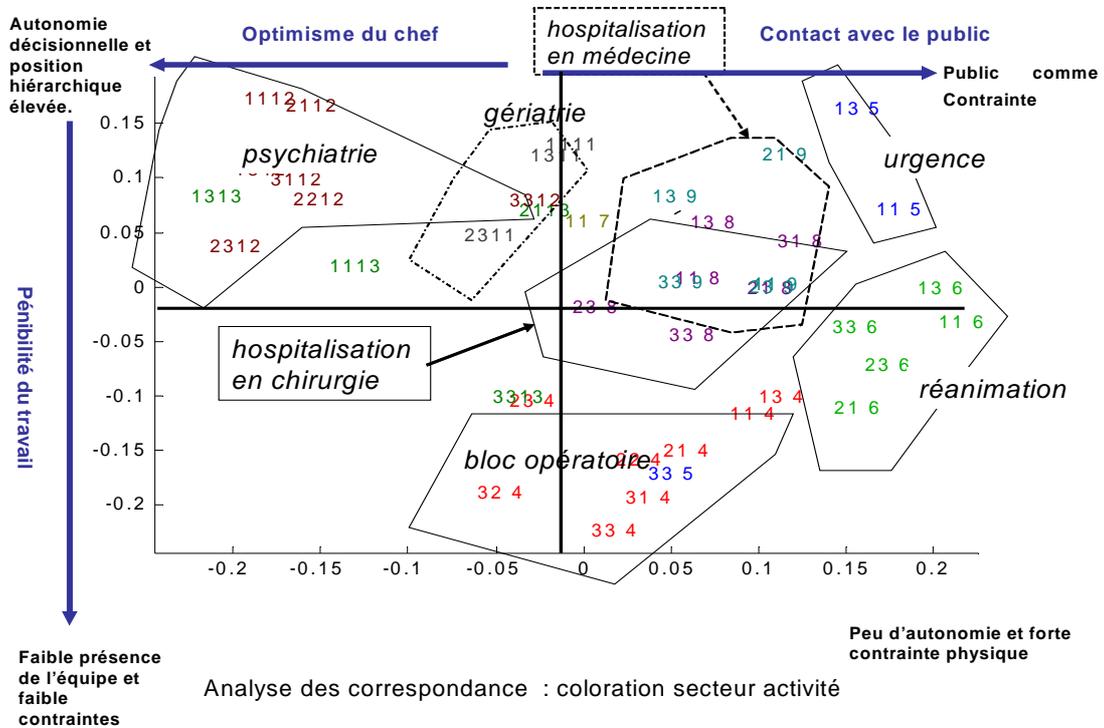
« Vous travaillez le matin. » / ACCREDIT								
1hortyp	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	414	83,81	144	92,90	648	85,49	1206	85,71
non	80	16,19	11	7,10	110	14,51	201	14,29
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,043233 ; p<.018

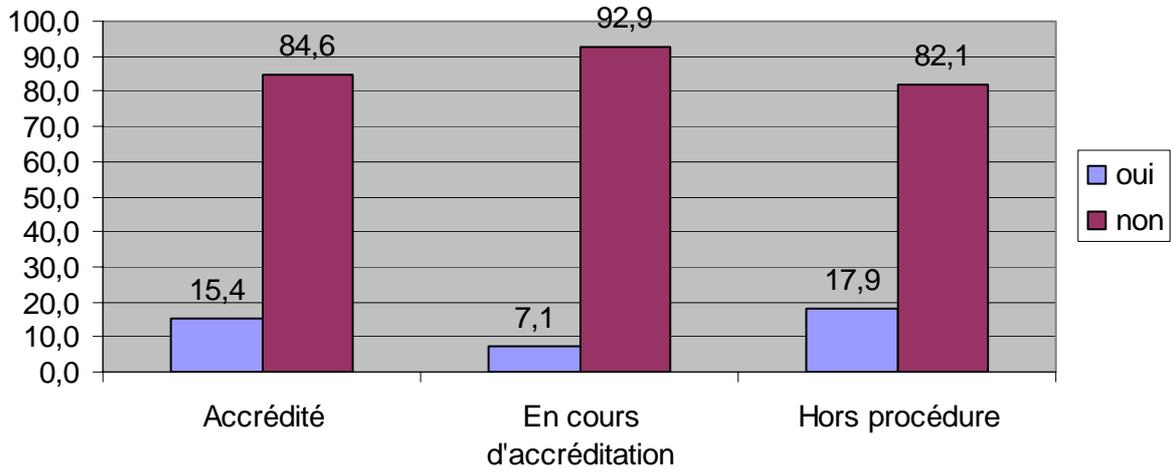
« Il vous arrive de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire habituel pour des raisons de surcroît de travail. » / ACCREDIT								
1hplusp	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	381	77,13	107	69,03	522	68,87	1010	71,78
non	113	22,87	48	30,97	236	31,13	397	28,22
Total	494	35,11	155	11,02	758	53,87	1407	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,72595 ; p<.005

## Annexe 4 - Représentation ACM des IDE : niveau d'accréditation, statut de l'établissement et service d'affectation.



**Vous n'avez pas l'occasion d'aborder collectivement avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs enfants, leurs familles ou d'autres publics ? %**



## Annexe 5 - Récapitulatif des tableaux CHI<sup>2</sup> concernant les médecins et la situation par rapport à l'accréditation

«Vous avez entre 17 et 24 ans d'ancienneté dans la profession. » / ACCREDIT								
3ancproa	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	46	21,80	12	23,08	103	36,14	161	29,38
non	165	78,20	40	76,92	182	63,86	387	70,62
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 13,11518 ; p<.002

«Vous avez effectué, la semaine dernière, entre 81 et 90 heures de travail. » / ACCREDIT								
6nbheur	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	3	1,42	4	7,69	6	2,11	13	2,37
non	208	98,58	48	92,31	279	97,89	535	97,63
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,265499 ; p<.027

«Vous travaillez actuellement à moins de 50 %. » / ACCREDIT								
6nbheur	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	11	5,21	4	7,69	5	1,75	20	3,65
non	200	94,79	48	92,31	280	98,25	528	96,35
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,795069 ; p<.034

« Vous exercez pour un quart ou plus de votre temps votre activité professionnelle hors de l'enceinte de l'établissement. » / ACCREDIT								
3ext	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	29	13,74	1	1,92	22	7,72	52	9,49
non	182	86,26	51	98,08	263	92,28	496	90,51
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,953136 ; p<.012

« Vous êtes exposé(e) à un risque d'agression verbale de la part du public. Vous avez, vous-même, déjà été agressé(e) verbalement. » / ACCREDIT								
1pubaqv1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	115	54,50	38	73,08	176	61,75	329	60,04
non	96	45,50	14	26,92	109	38,25	219	39,96
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,729559 ; p<.035

« Vous transmettez, vous-même les informations de vive-voix en permanence. » / ACCREDIT								
1tvoix	1	%col.	2	%col.	3	%col.	Total	%
oui	79	37,44	27	51,92	86	30,18	192	35,04
non	132	62,56	25	48,08	199	69,82	356	64,96
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,00940 ; p<.007

« Vous transmettez, vous-même les informations de vive-voix régulièrement. » / ACCREDIT								
2tvoix	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	87	41,23	18	34,62	145	50,88	250	45,62
non	124	58,77	34	65,38	140	49,12	298	54,38
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,350966 ; p<.026

« Votre rythme de travail vous est-il imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ? » / ACCREDIT								
1rwcot et 2rwcot	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	127	60,19	23	44,23	144	50,53	294	53,65
non	84	39,81	29	55,77	141	49,47	254	46,35
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,602389 ; p<.037

« Votre rythme de travail vous est-il imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail du personnel médical ? » / ACCREDIT								
1rwmed et 2rwmed	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	147	69,67	35	67,31	167	58,60	349	63,69
non	64	30,33	17	32,69	118	41,40	199	36,31
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,752122 ; p<.035

« Vous avez toujours la possibilité de joindre ou de faire intervenir facilement le personnel médical. » / ACCREDIT								
1presmed	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	129	61,14	26	50,00	164	57,54	319	58,21
non	82	38,86	26	50,00	121	42,46	229	41,79
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 2,236208 ; p<.327

« Vous avez souvent la possibilité de joindre ou de faire intervenir facilement le personnel médical. » / ACCREDIT								
2presmed	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	43	20,38	13	25,00	79	27,72	135	24,64
non	168	79,62	39	75,00	206	72,28	413	75,36
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 3,522423 ; p<.171

« Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué vous pouvez vous faire aider par d'autres personnes de l'établissement. » / ACCREDIT								
1aidaut	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	131	62,09	23	44,23	139	48,77	293	53,47
non	80	37,91	29	55,77	146	51,23	255	46,53
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,60722 ; p<.005

« Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué vous ne pouvez pas vous faire aider par d'autres personnes de l'établissement. » / ACCREDIT								
2aidaut	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	75	35,55	26	50,00	139	48,77	240	43,80
non	136	64,45	26	50,00	146	51,23	308	56,20
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 9,515563 ; p<.009

« Il vous arrive souvent d'assurer des responsabilités que vous ne devriez pas assumer. » / ACCREDIT								
2assum	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	17	8,06	10	19,23	41	14,39	68	12,41
non	194	91,94	42	80,77	244	85,61	480	87,59
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,928287 ; p<.032

« L'exécution de votre travail vous impose-t-elle de lire des lettres ou des chiffres de petites tailles, mal imprimés, mal écrits ? » / ACCREDIT								
1ctletr et 2ctletr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	131	62,09	23	44,23	178	62,46	332	60,58
non	80	37,91	29	55,77	107	37,54	216	39,42
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,440900 ; p<.040

« Votre lieu de travail présente-t-il les avantages suivants : crèches, gardes d'enfants ou jardins d'enfants ? » / ACCREDIT								
1avenf et 2avenf	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	40	18,96	2	3,85	37	12,98	79	14,42
non	171	81,04	50	96,15	248	87,02	469	85,58
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,710479 ; p<.013

« En période d'activité normale, vos rythmes de travail sont organisés en cycles s'étendant sur plusieurs semaines. » / ACCREDIT								
1arythm	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	37	17,54	2	3,85	48	16,84	15,88	87
non	174	82,46	50	96,15	237	83,16	84,12	461
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,268905 ; p<.044

« Vos horaires de travail sont-ils des horaires alternants ? » / ACCREDIT								
1ahalt et 2ahalt	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	7	3,32	0	0,00	19	6,67	26	4,74
non	204	96,68	52	100,00	266	93,33	522	95,26
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,870609 ; p<.054

« Vos horaires de travail sont déterminés par l'établissement sans possibilité de modification. » / ACCREDIT								
1determ	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	63	29,86	11	21,15	50	17,54	124	22,63
non	148	70,14	41	78,85	235	82,46	424	77,37
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,57190 ; p<.006

« Avez-vous des pauses officielles au cours de votre travail ? » / ACCREDIT								
1pose et 2pose	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	44	20,85	14	26,92	34	11,93	92	16,79
non	167	79,15	38	73,08	251	88,07	456	83,21
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 11,13449 ; p<.004

« Vous travaillez le samedi, même occasionnellement. » / ACCREDIT								
1sam	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	146	69,19	39	75,00	222	77,89	407	74,27
non	65	30,81	13	25,00	63	22,11	141	25,73
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 4,818592 ; p<.090

« Vous ne travaillez pas le samedi, même occasionnellement. » / ACCREDIT								
2sam	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	64	30,33	13	25,00	63	22,11	140	25,55
non	147	69,67	39	75,00	222	77,89	408	74,45
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 4,322731 ; p<.116

« Assurez-vous des gardes ou des permanences ? » / ACCREDIT								
1garde et 2garde	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	112	53,08	32	61,54	125	43,86	269	49,09
non	99	46,92	20	38,46	160	56,14	279	50,91
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,688503 ; p<.022

« A l'issue d'une période de garde vous bénéficiez toujours d'une période de repos. » / ACCREDIT								
1gard3	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	30	14,22	12	23,08	21	7,37	63	11,50
non	181	85,78	40	76,92	264	92,63	485	88,50
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 13,16307 ; p<.002

« Assurez-vous des astreintes ? » / ACCREDIT								
1astr et 2astr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	111	52,61	37	71,15	203	71,23	351	64,05
non	100	47,39	15	28,85	82	28,77	197	35,95
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 19,51703 ; p<.001

« Vous assurez des astreintes. À l'occasion de celles-ci, vous êtes <u>souvent</u> amené à rejoindre votre lieu de travail. » / ACCREDIT								
2astr2	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	28	13,27	7	13,46	80	28,07	115	20,99
non	183	86,73	45	86,54	205	71,93	433	79,01
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 17,97709 ; p<.001

« Il vous arrive de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire habituel pour terminer des tâches (administratives par exemple). » / ACCREDIT								
2hplusp	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	129	61,14	28	53,85	127	44,56	284	51,82
non	82	38,86	24	46,15	158	55,44	264	48,18
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 13,43679 ; p<.002

« Il vous arrive de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire habituel pour assister à des réunions. » / ACCREDIT								
3hplusp	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	116	54,98	26	50,00	119	41,75	261	47,63
non	95	45,02	26	50,00	166	58,25	287	52,37
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,626767 ; p<.014

« Il vous arrive de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire habituel pour assurer les transmissions et mettre au courant vos collègues. » / ACCREDIT

4hplusp	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	62	29,38	9	17,31	50	17,54	121	22,08
non	149	70,62	43	82,69	235	82,46	427	77,92
Total	211	38,50	52	9,49	285	52,01	548	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,63929 ; p<.005

## Annexe 6 - Récapitulatif des tableaux CHI<sup>2</sup> concernant les agents de service et ouvriers et la situation par rapport à l'accréditation

«Vous avez entre 17 et 24 ans d'ancienneté dans le service principal actuel dans lequel vous travaillez. » / ACCREDIT								
1ancsera	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	55	22,36	12	13,48	55	11,75	122	15,19
non	191	77,64	77	86,52	413	88,25	681	84,81
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 14,30303 ; p<.001

«Utilisation du matériel informatique moins de 2 heures par jour. » / ACCREDIT								
1infoh	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	33	13,41	9	10,11	38	8,12	80	9,96
non	213	86,59	80	89,89	430	91,88	723	90,04
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,042304 ; p<.081

« En dehors des élèves ou étudiants, vous arrive-t-il de former des nouveaux ou des intérimaires à la tenue de leur poste ? » / ACCREDIT								
1nvx et 2nvx	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	112	45,53	36	40,45	172	36,75	320	39,85
non	134	54,47	53	59,55	296	63,25	483	60,15
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,196310 ; p<.043

«Vous êtes en permanence en contact direct avec des fournisseurs, des familles, des visiteurs ou d'autres publics que les patients ou malades (y compris par téléphone). » / ACCREDIT								
1public	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	35	14,23	8	8,99	47	10,04	90	11,21
non	211	85,77	81	91,01	421	89,96	713	88,79
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 3,332953 ; p<.189

« Vos relations avec le public se sont modifiées depuis mars 2000. C'est <u>sans effet</u> du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences ou de votre qualification » / ACCREDIT								
3pubev5	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	9	3,66	0	0,00	7	1,50	16	1,99
non	237	96,34	89	100,00	461	98,50	787	98,01
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,897333 ; p<.053

« Dans le cadre de votre travail, utilisez-vous un micro-ordinateur ou autre matériel informatique (terminal, console, robot médical, automate d'analyse, matériel médical avec clavier et écran, etc.) ( <i>même occasionnellement</i> ) ? » / ACCREDIT								
1comput et 2comput	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	57	23,17	13	14,61	64	13,68	134	16,69
non	189	76,83	76	85,39	404	86,32	669	83,31
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 10,76900 ; p<.005

« Vous ne transmettez pas ou vous ne recevez pas des informations par mail ou liaison informatique. » / ACCREDIT								
2liaison	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	37	15,04	6	6,74	44	9,40	87	10,83
non	209	84,96	83	93,26	424	90,60	716	89,17
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,042926 ; p<.030

« Pour faire travail, vous avez la possibilité de faire varier les délais fixés. » / ACCREDIT								
1delais	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	127	51,63	45	50,56	198	42,31	370	46,08
non	119	48,37	44	49,44	270	57,69	433	53,92
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,445280 ; p<.040

« Pour effectuer correctement votre travail, vous avez une formation adaptée. » / ACCREDIT								
1corform	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	176	71,54	66	74,16	300	64,10	542	67,50
non	70	28,46	23	25,84	168	35,90	261	32,50
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,094676 ; p<.048

« Il ne vous arrive jamais d'assurer des responsabilités que vous ne devriez pas assumer. » / ACCREDIT								
4assum	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	109	44,31	46	51,69	180	38,46	335	41,72
non	137	55,69	43	48,31	288	61,54	468	58,28
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,356939 ; p<.042

« Une erreur dans votre travail peut-elle ou pourrait-elle entraîner des sanctions à votre égard (risque pour votre emploi, diminution importante de votre rémunération, plaintes devant les tribunaux, etc.) ? » / ACCREDIT								
1ersanct et 2ersanct	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	163	66,26	52	58,43	338	72,22	553	68,87
non	83	33,74	37	41,57	130	27,78	250	31,13
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 7,761368 ; p<.021

« Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement avec d'autres personnes de votre service des questions d'organisation ou de fonctionnement de votre unité de travail ? » / ACCREDIT								
1reuorg et 2reuorg	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	186	75,61	70	78,65	313	66,88	569	70,86
non	60	24,39	19	21,35	155	33,12	234	29,14
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 8,893963 ; p<.012

« Vous avez l'occasion d'aborder collectivement avec d'autres personnes de votre service des questions d'organisation ou de fonctionnement de votre unité de travail. Ces échanges se déroulent dans le cadre de réunions organisées régulièrement. » / ACCREDIT								
1reuorg1	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	56	22,76	31	34,83	86	18,38	173	21,54
non	190	77,24	58	65,17	382	81,62	630	78,46
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 12,29188 ; p<.003

« Vous n'êtes soumis à aucun contrôle horaire. » / ACCREDIT								
1hcontr	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	101	41,06	47	52,81	247	52,78	395	49,19
non	145	58,94	42	47,19	221	47,22	408	50,81
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 9,387261 ; p<.010

« Avez-vous des pauses officielles au cours de votre travail ? » / ACCREDIT								
1pose et 2pose	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	158	64,23	68	76,40	300	64,10	526	65,50
non	88	35,77	21	23,60	168	35,90	277	34,50
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 5,264157 ; p<.072

« A l'issue d'une période de garde vous <u>ne</u> reprenez <u>jamais</u> immédiatement votre activité habituelle sans interruption. » / ACCREDIT								
4gard2	1	% col.	2	% col.	3	% col.	Total	%
oui	9	3,66	2	2,25	4	0,85	15	1,87
non	237	96,34	87	97,75	464	99,15	788	98,13
Total	246	30,64	89	11,08	468	58,28	803	100,00

Chi<sup>2</sup> de Pearson = 6,993662 ; p<.031

## Annexe 7 : Répartition des sujets des différents segments en fonction des variables SERVUN (service principal d'affectation) et STATM (statut juridique de l'établissement de santé)

Tableau 1 - Répartition du segment des AS en fonction du service principal d'affectation (SERVUN) et du statut juridique de l'établissement (STATM)

SERVUN / STATM	Public	% col.	PNL	% col.	PL	% col.	Total	%
0 = valeur manquantes	5	1,39	13	4,19	9	2,41	27	2,58
1 = secteur administratif	-	-	-	-	-	-	-	-
2 = secteur hôtelier et services généraux	3	0,83	2	0,65	1	0,27	6	0,57
3 = secteur technique	1	0,28	3	0,97	0	0,00	4	0,38
4 = bloc opératoire, service médico-technique	41	11,36	68	21,94	80	21,39	189	18,09
5 = urgences, SAMU, SMUR	15	4,16	9	2,90	6	1,60	30	2,87
6 = réanimation ou soins intensifs	13	3,60	8	2,58	20	5,35	41	3,92
7 = service de consultations externes...	10	2,77	7	2,26	2	0,53	19	1,82
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	37	10,25	24	7,74	111	29,68	172	16,46
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	61	16,90	51	16,45	32	8,56	144	13,78
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	25	6,93	8	2,58	28	7,49	61	5,84
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	95	26,32	58	18,71	30	8,02	183	17,51
12 = psychiatrie	15	4,16	22	7,10	16	4,28	53	5,07
13 = autres	40	11,08	37	11,94	39	10,43	116	11,10
Total	361	34,55	310	29,67	374	35,79	1045	100,00

PNL : Privé à but Non Lucratif ; PL : Privé à but Lucratif

Tableau 2 - Répartition du segment des IDE en fonction du service principal d'affectation (SERVUN) et du statut juridique de l'établissement (STATM)

SERVUN / STATM	Public	% col.	PNL	% col.	PL	% col.	Total	%
0 = valeur manquantes	10	1,95	5	1,20	15	3,13	30	2,13
1 = secteur administratif	5	0,98	8	1,93	1	0,21	14	1,00
2 = secteur hôtelier et services généraux	1	0,20	0	0,00	0	0,00	1	0,07
3 = secteur technique	2	0,39	1	0,24	0	0,00	3	0,21
4 = bloc opératoire, service médico-technique	109	21,29	85	20,48	150	31,25	344	24,45
5 = urgences, SAMU, SMUR	30	5,86	13	3,13	28	5,83	71	5,05
6 = réanimation ou soins intensifs	31	6,05	24	5,78	25	5,21	80	5,69
7 = service de consultations externes...	20	3,91	10	2,41	12	2,50	42	2,99
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	58	11,33	49	11,81	134	27,92	241	17,13
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	81	15,82	58	13,98	35	7,29	174	12,37
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	14	2,73	3	0,72	13	2,71	30	2,13
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	36	7,03	34	8,19	17	3,54	87	6,18
12 = psychiatrie	80	15,63	98	23,61	26	5,42	204	14,50
13 = autres	35	6,84	27	6,51	24	5,00	86	6,11
Total	512	36,39	415	29,50	480	34,12	1407	100,00

PNL : Privé à but Non Lucratif ; PL : Privé à but Lucratif

Tableau 3 - Répartition du segment des médecins en fonction du service principal d'affectation (SERVUN) et du statut juridique de l'établissement (STATM)

SERVUN / STATM	Public	% col.	PNL	% col.	PL	% col.	Total	%
0 = valeur manquantes	8	4,42	4	3,39	1	0,40	13	2,37
1 = secteur administratif	1	0,55	1	0,85	1	0,40	3	0,55
2 = secteur hôtelier et services généraux	-	-	-	-	-	-	-	-
3 = secteur technique	-	-	-	-	-	-	-	-
4 = bloc opératoire, service médico-technique	31	17,13	32	27,12	122	49,00	185	33,76
5 = urgences, SAMU, SMUR	14	7,73	3	2,54	5	2,01	22	4,01
6 = réanimation ou soins intensifs	10	5,52	1	0,85	7	2,81	18	3,28
7 = service de consultations externes...	7	3,87	5	4,24	0	0,00	12	2,19
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	14	7,73	11	9,32	74	29,72	99	18,07
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	39	21,55	22	18,64	12	4,82	73	13,32
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	10	5,52	2	1,69	5	2,01	17	3,10
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	7	3,87	12	10,17	2	0,80	21	3,83
12 = psychiatrie	15	8,29	13	11,02	9	3,61	37	6,75
13 = autres	25	13,81	12	10,17	11	4,42	48	8,76
Total	181	33,03	118	21,53	249	45,44	548	100,00

PNL : Privé à but Non Lucratif ; PL : Privé à but Lucratif

Tableau 4 - Répartition du segment des agents de services et ouvriers en fonction du service principal d'affectation (SERVUN) et du statut de l'établissement (STATM)

SERVUN / STATM	Public	% col.	PNL	% col.	PL	% col.	Total	%
0 = valeur manquantes	-	-	-	-	-	-	-	-
1 = secteur administratif	14	5,79	19	6,88	16	6,15	49	6,30
2 = secteur hôtelier et services généraux	81	33,47	116	42,03	76	29,23	273	35,09
3 = secteur technique	38	15,70	39	14,13	22	8,46	99	12,72
4 = bloc opératoire, service médico-technique	14	5,79	23	8,33	48	18,46	85	10,93
5 = urgences, SAMU, SMUR	6	2,48	6	2,17	2	0,77	14	1,80
6 = réanimation ou soins intensifs	5	2,07	0	0,00	1	0,38	6	0,77
7 = service de consultations externes...	8	3,31	2	0,72	2	0,77	12	1,54
8 = secteur d'hospitalisation en chirurgie	10	4,13	12	4,35	39	15,00	61	7,84
9 = secteur d'hospitalisation en médecine	15	6,20	12	4,35	10	3,85	37	4,76
10 = secteur d'hosp. en gynéco-obstétrique	-	-	-	-	-	-	-	-
11 = secteur de gériatrie, soins de suite...	27	11,16	12	4,35	7	2,69	46	5,91
12 = psychiatrie	7	2,89	5	1,81	6	2,31	18,00	2,31
13 = autres	17	7,02	30	10,87	31	11,92	78,00	10,03
Total	242	31,11	276,00	35,48	260	33,42	778,00	100,00

PNL : Privé à but Non Lucratif ; PL : Privé à but Lucratif

## Annexe 8 - Fiche technique

### Construction du fichier d'exploitation

Le fichier d'exploitation utilisé dans ce rapport a été constitué à partir du fichier fourni par la DREES. Celui-ci avait été élaboré à partir du logiciel SAS. Un enregistrement sous différents formats (Excel, Txt.) nous a permis de récupérer les informations et de manipuler notre nouvelle base.

Le fichier a été ainsi reconstitué sous Access et sur Excel. Dans ces deux programmes, nous avons procédé à sélectionner les variables que nous intéressaient pour l'exploitation secondaire ainsi qu'insérer les nouvelles variables créées telles que : « **VIS0503** » (visité), « **COL0503** » (passage en collège de l'accréditation) et « **CSR2** » (nouvelle variable CSP).

Ce maniement nous permettait de vérifier que nos informations correspondaient au numéro d'enquête et à ses caractéristiques. Aussi nous pouvions préparer plus facilement le fichier pour le traitement ultérieur (items numériques, questions ouvertes, etc...).

### Liste de variables effacées.

Variable	Motifs d'exclusion
Vill.quest.	Pas d'intérêt pour l'enquête
Dep.quest.	Pas d'intérêt pour l'enquête
Reg.Quest	Pas d'intérêt pour l'enquête
Q-Etab	Pas d'intérêt pour l'enquête
SIREN01	Pas d'intérêt pour l'enquête
EJFINES01	Pas d'intérêt pour l'enquête
EJRS01	Pas d'intérêt pour l'enquête
EJRSL	Pas d'intérêt pour l'enquête
EJSTAT	Pas d'intérêt pour l'enquête
STRATINIT	Pas d'intérêt pour l'enquête
IDPCS	Pas d'intérêt pour l'enquête
ANNAI	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information.
ENF1	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
ENF2	
ENF3	
ENF4	
ENFTOT	
SERVD1	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD2	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD3	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD4	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD5	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD6	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD7	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD8	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD9	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD10	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD11	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD12	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVD13	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVDAU	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SERVUNL	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
ANCPROM	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information

ANCSERM	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
ANCSERA	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
ANCPROA	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
DIPLOM	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT1	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT2	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT3	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT4	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT5	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT6	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT7	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
EXT8	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SURVLIB	Pas d'intérêt pour l'enquête
INFOF	Pas d'intérêt pour l'enquête
TRAJ	Pas d'intérêt pour l'enquête
TRAJHR	
TRAJMN	
P1DEB	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
P1FIN	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
P2DEB	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
P2FIN	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
DIMF	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SAMF	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
SAMNB	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
GARDF	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
ASTRF	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
• CHGH1	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
CHGH2	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information
CHGH3	Problème de traitement. Une autre variable complète cette information

Dans un premier temps deux logiciels de traitement ont été employés pour l'exploitation. De manière marginale, le logiciel Sphinx<sup>®</sup> a été employé. De manière plus approfondie, le logiciel Statistica<sup>®</sup> a été utilisé notamment pour réaliser les premiers tests.

Pour les analyses multifactorielles et les premières représentations schématiques de notre population, Dominique Bertrand a employé un programme qu'il a conçu pour le traitement de bases des données lui permettant d'effectuer l'ensemble des analyses multifactorielles (ACP, AFC, régression logistique, calculs de variance, etc..). Une fiche plus détaillée du programme est présentée ci-dessous.

## Annexe 9 - Note sur les traitements statistiques des données dans l'enquête

### *Condition et organisation du travail à l'hôpital Exploitation secondaire des données de l'enquête DREES 2003*

Les données correspondant aux réponses du questionnaire ont été mises sous la forme d'indicatrices, prenant la valeur 0 (réponse non réalisée) ou 1 (réalisée). Dans le cas des valeurs numériques (comme « nombre d'heures par jour de travail informatique » ou « ancienneté dans la fonction en années »), celles-ci ont été divisées en classe, puis transformées en indicatrices.

Le tableau des indicatrices a été traité par analyse des correspondances multiples (décrite par exemple dans le manuel de Saporta, 1990).

Cette méthode permet de représenter les observations (ici chaque personne interrogée) comme un point dans un espace multidimensionnel. Deux personnes ayant donné des réponses comparables sont proches sur les cartes factorielles. On peut également représenter les variables (ici les indicatrices associées à chaque question). Deux variables « ayant le même sens » sont également proches sur les cartes factorielles.

En ce qui concerne les observations (personnes), il n'est pas possible de représenter de manière lisible plus de 4000 points. Pour cette raison, les personnes ont été regroupées en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle. Chaque groupe de catégorie professionnelle est représenté par une ellipse de confiance qui indique la variabilité du point moyen de la catégorie socioprofessionnelle considérée. Ces ellipses sont ici dessinées avec un seuil de confiance de 95 % à l'intérieur de l'ellipse (ou, de manière équivalente, 5 % à l'extérieur). Cela veut dire que, si on pouvait refaire un essai avec le même nombre d'observations dans le groupe considéré, le point moyen aurait environ 95 % de chance de tomber à l'intérieur de l'ellipse. Pour dessiner cette ellipse, on fait l'hypothèse que, dans l'espace factoriel considéré (carte à deux dimensions), les données suivent une loi normale à deux dimensions. Cette démarche est très proche de l'analyse de variance. Lorsque deux ellipses ne se recouvrent pas, cela signifie que les catégories socioprofessionnelles correspondantes donnent en moyenne des réponses différentes. Il faut remarquer que la variabilité d'une moyenne dépend du nombre d'observations qui participent au calcul : plus ce nombre est grand, plus la variabilité est faible. Pour cette raison, une catégorie socioprofessionnelle comprenant beaucoup de membres aura en général une ellipse de confiance de petite taille.

Une analyse des correspondances effectuées sur l'ensemble des données disponibles a permis d'identifier les facteurs de variations dans la population hospitalière et de mettre en évidence plusieurs groupes de population suffisamment homogènes, appelés « segment » dans la suite.

Un seul segment (catégories 41, *personnels employés soignants* et 21, *personnel intermédiaire ensemble*) a été analysé actuellement.

On a créé tout d'abord le tableau des indicatrices correspondant à ce seul segment. On associe à chaque personne la nature de son établissement en ce qui concerne le degré de certification :

Groupe 1 : Visité, et réunion du collègue

Groupe 2 : Visité, pas de réunion du collègue

Groupe 3 : Pas visité, pas de réunion du collègue.

À partir de ces informations, on peut, pour chacune des indicatrices, établir un tableau de contingence formé de 3 lignes (associées aux degrés dans la certification) et deux colonnes (indicatrice égale à 0 ou à 1). Une case de ce tableau donne le nombre d'observations répondant simultanément au critère de la ligne et de la colonne. On effectue alors un test de Khi2 sur ce tableau de contingence. Cette méthode est décrite, par exemple dans le manuel de Wonnacott et Wonnacott, 1995. Le test du Khi2 permet de déterminer si la répartition des effectifs dans les cases du tableau est différente de celle que donnerait le hasard. Nous avons considéré qu'une variable (indicatrice) était significative lorsque la probabilité de l'hypothèse nulle (hasard) était inférieure à 0,05.

L'ensemble des traitements informatiques et statistiques a été effectué dans l'environnement MATLAB, version 7.

Références :

G. Saporta . 1990, *Probabilités, analyse des données et statistiques*, Edition Technip ; Paris, Chapitre 11.

T.H. Wonnacott , R.J. Wonnacott. 1995, *Statistique. Economie, Gestion, Sciences, Médecine* ; 4<sup>ème</sup> édition, Economica, Paris, pp. 627 et suivantes.