



HAL
open science

Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

Stéphane Coillard

► **To cite this version:**

Stéphane Coillard. Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine. Gestion et management. Université de Pau et des Pays de l'Adour, 2022. Français. NNT : 2022PAUU2120 . tel-04094243v2

HAL Id: tel-04094243

<https://hal.science/tel-04094243v2>

Submitted on 29 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

UNIVERSITE DE PAU ET DES PAYS DE L'ADOUR

École doctorale ED SSH 481

Présentée et soutenue le 6 décembre 2022

par **Stéphane COILLARD**

pour obtenir le grade de docteur
de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour

Spécialité : Sciences de gestion

LES FACTEURS ORGANISATIONNELS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL EN AQUITAINE

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT

- **Stéphane TREBUCQ** Professeur des Universités/Université de Bordeaux
Titulaire de la chaire capital humain et performance globale

RAPPORTEURS

- **Véronique CHANUT** Professeur en Sciences de gestion/Université Panthéon-Assas Paris
Directrice du LARGEPA
- **Sophie CROS** Professeur des universités en sciences de gestion/Normandie Université
ISEL -- Directrice déléguée NIMEC - Le Havre

EXAMINATEURS

- **Matthieu SIBE** Maître de conférences en sciences de gestion/Université de Bordeaux
Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement

DIRECTEURS

- **David CARASSUS** Professeur des Universités en sciences de gestion/Université de Pau et des Pays de l'Adour
Chaire Optima/LIREM/IAE Pau-Bayonne
- **Fatéma SAFY-GODINEAU** Maître de Conférences en sciences de gestion/Université de Pau et des Pays de l'Adour
Chaire Optima/LIREM/IAE Pau-Bayonne

*L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation
aux opinions émises dans les thèses.
Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.*

REMERCIEMENTS



Processus solitaire à tendance érémitique, la genèse, puis la production d'une thèse reste indubitablement pendante du soutien de nombreuses personnes.

A tout seigneur tout honneur, viendront en premier David CARASSUS, qui à un demandeur d'emploi en quête d'heures d'enseignement, proposa un projet de recherche, à Fatéma SAFY-GODINEAU dont les encouragements et conseils nombreux ont orienté ma boussole dans le paysage déroutant des ressources humaines.

Mais que seraient les directeurs de recherche sans l'appui sans prix de chercheurs rencontrés au fil des activités universitaires, Thèse en 180 secondes pour Jacques JAUSSAUD, Commission de recherche pour Noëlle BRU. Leur aide experte a été essentielle à ce redoutable parcours.

Tout ce long cheminement n'aurait évidemment pas été possible sans le support financier et les exigences professionnelles des financeurs, Pierrick CHAUSSEE, Patrick BARDET et Sandrine PARADIS pour la CARSAT AQUITAINE, Anne-Marie VASSEUR pour AG2R LA MONDIALE. Ils ont su régulièrement rappelé les objectifs managériaux de la recherche tout en maintenant leur bienveillance pour un monde universitaire dont le langage leur parut parfois idiosyncrasique.

Et puis cette navigation entre sextant et boussole, nous a amené à croiser bien des compagnes et compagnons de traversée, dans le partage des doutes, des découragements, des joies et des réussites. Parmi ceux-ci, je veux tout particulièrement remercié Asmaà ATA dont la complicité a été salutaire entre Charybde et Scilla, entre Centaure managérial et sirènes scientifiques. Ma gratitude ira aussi aux matelots de long cours, Nicolas POUZACQ, Yoann QUEYROI, Mathilde COLLINET, et aux voyageurs de passage, Teïxa IHIDOY, Sofio DIDBERIDZE, Jérémie LAFFARGUE, Hillary NGANAWA qui ont partagé nos humeurs avec indulgence.

Il faut aussi rappeler qu'il n'y a pas de thèse possible sans les services multiples de l'IAE et de l'Université, Nathalie DAVIOT, Marguerite BAGOLLE et Karine OCHEM entre autres.

Enfin, tout ce temps consommé n'a pu être mobilisé pour d'autres travaux plus domestiques, cuisine, peinture, tonte ou menuiserie, ou simplement familiaux, accompagnements sur les devoirs de math ou de physique, résolution des contentieux de téléphonie ou d'électricité. Je veux donc remercier Corinne, Philémon, Daphnis et Mélisande et ma maman pour leur mansuétude face à mes attermoissements et mon indisponibilité fréquente.

RÉSUMÉ



Après avoir baissé longtemps, grâce à l'ingénierie de production et à l'ergonomie, le taux d'accidents du travail croît de nouveau dans le secteur sanitaire et médico-social alors que les conditions physiques d'exercice paraissent améliorées.

A y regarder de plus près, la grande variabilité de ce risque dans des établissements comparables nous incite à suspecter l'existence de facteurs d'accident inhérents à chaque structure, et donc de nature organisationnelle ou gestionnaire.

A partir des données exhaustives fournies par la CARSAT Aquitaine pour la période 2011-2016, apparaissent aussi des constantes territoriales nous permettant de supposer des facteurs d'une autre nature, liés à l'économie ou à la démographie locales. Transparaissent aussi des parallélismes de sinistralité pour des établissements de taille et d'activité similaire, laissant soupçonner la présence de facteurs structurels.

Afin d'approfondir notre réflexion, nous procédons à une revue de littérature dans les sciences de gestion, puis, celles-ci ayant peu traité le sujet, nous décidons d'élargir la recherche aux disciplines connexes, économie, psychologie, sociologie ou organisation.

Ces lectures attentives nous confrontent à plus d'une vingtaine de variables aux effets démontrés, et nous amène, en conséquence, à affirmer une causalité multifactorielle de la sinistralité. En conséquence, dans le droit fil d'auteurs spécialistes du phénomène, Leclercq, Monteau et Cuny (2013) ou Daubas-Letourneux & al. (2012), nous décidons de construire un système à trois niveaux, territoires, établissements, employeurs/employé-es.

A chacun de ces niveaux, nous comparons l'impact de toutes les variables qui lui correspondent, macroéconomiques et démographiques pour les territoires, structurelles et microéconomiques pour les établissements puis organisationnelles et individuelles pour les employeurs et employé-es. Puis, afin de hiérarchiser ces variables pour l'ensemble du système, nous les mettons en relation sur plusieurs niveaux.

La réalisation de ces analyses nous oblige à fourbir une palette étendue d'outils, compilation des données CARSAT, questionnaires à un échantillon d'employeurs et d'employé-es,

catégorisation des employé-es victimes d'accidents pour la collecte des données, arbres de régression, tests d'indépendance, comparaisons de médiane et moyennes pour leur traitement.

Grâce à ces multiples traitements, nous pouvons confirmer au niveau des territoires que la durée et l'évolution du chômage influent sur la sinistralité, à la hausse ou à la baisse selon le niveau des plus bas revenus, que les territoires articulés autour de centres-bourgs et petites villes voient leur sinistralité croître plus fortement que les autres.

Concernant les établissements, nous pouvons affirmer que le couple activité/statut conditionne la sinistralité, de même qu'un taux faible de temps plein et une décroissance de l'activité l'accroissent. De plus, la taille de l'entreprise influe positivement sur les taux d'accidents avec des seuils à 15, 26 et 40 employé-es.

Concernant les employeurs et employé-es, nos résultats corroborent le modèle de Karasek et Theorell (1990), confirmant l'effet préventif de la *latitude décisionnelle* et du *soutien social*. Par contre, ils minimisent l'impact du *genre*, de la *confiance organisationnelle*, du *Soutien Organisationnel Perçu*, de la *qualité de management*, de la *justice organisationnelle*, de l'*implication organisationnelle*, de la *tension de rôle*.

Ils mettent aussi en évidence *L'abnégation*, sous-dimension de la *Motivation de Service Public*, comme facteur-clé, que les structures soient de statut privé ou public. Cette variable apparaît préventive pour les employeurs et aggravante pour les employé-es encourageant les établissements à porter un projet altruiste au profit des bénéficiaires mais à gérer leurs employé-es de manière contractualisée.

Enfin cette thèse permet aussi de valider l'existence d'un nouveau *locus de contrôle, patient/bénéficiaire*, dont l'effet est parallèle à *l'abnégation*, et de catégoriser partiellement les établissements selon les causes de leur sinistralité, invitant à une prévention différenciée selon l'implantation géographique, l'activité, le statut, la taille.

Mots-clés : Accident du travail, Taille d'entreprise, abnégation, Motivation de Service Public, Locus de contrôle, Soutien social, Autonomie

SOMMAIRE

| | |
|--|--------------|
| RÉSUMÉ | p 4 |
| SOMMAIRE | p 5 |
| INTRODUCTION GENERALE | p 7 |
| 1. Un phénomène mythique | p 11 |
| 2. Des conséquences tragiques | p 15 |
| 1^{ERE} PARTIE : | p 23 |
| <i>PRESENTATION DU CONTEXTE ET DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE</i> | |
| 1. Un objet polymorphe | p 25 |
| 2. Une institution séculaire en fermentation | p 34 |
| 3. Une épistémologie constructiviste, un modèle systémique à 3 niveaux | p 91 |
| 4. Notre design de recherche | p 114 |
| 2^{EME} PARTIE : | p 120 |
| <i>PROPOSITION D'UN MODELE DE RECHERCHE SUR LES CAUSES D'ACCIDENT DU TRAVAIL</i> | |
| 1. Une exploration pluridisciplinaire des causes d'accident du travail | p 122 |
| 2. Les mesures descriptives de l'accident du travail | p 203 |
| 3. Des hypothèses imbriquées | p 213 |
| 3^{EME} PARTIE : | p 221 |
| <i>DEFINITION DU CONTEXTE D'ETUDE ET DU PROCESSUS DE RECHERCHE MULTI-NIVEAUX</i> | |
| 1. Niveau 1 : Des territoires d'analyse infranationaux | p 224 |
| 2. Niveau 2 : Les établissements | p 234 |
| 3. Niveau 3 : Les employeurs/employé-es | p 254 |
| 4. Niveau systémique | p 264 |
| 4^{EME} PARTIE : | p 266 |
| <i>PRESENTATION, DISCUSSION ET PROLONGEMENT DES RESULTATS DE LA RECHERCHE</i> | |
| 1. Des résultats dégagant les facteurs déterminants par niveau | p 275 |
| 2. Les apports théoriques, méthodologiques, managériaux | p 407 |
| 3. Préconisations | p 422 |
| CONCLUSION GENERALE | p 429 |
| <i>APPROCHE CRITIQUE DE LA CONNAISSANCE ACTUELLE ET NOUVELLES PERSPECTIVES</i> | |
| TABLE DES MATIERES | p 433 |
| ANNEXES | p 438 |
| BIBLIOGRAPHIE | p 483 |
| Liste des tableaux | p 510 |
| Liste des figures | p 514 |
| TABLE DES SIGLES | p 519 |

Introduction générale



Si on se réfère aux derniers travaux de l'[Organisation Internationale](#) du Travail (OIT ou ILO en anglais) sur le sujet, durant l'année 2014, plus de 350 000 décès par an dans le monde étaient dus à des accidents du travail. Et elle estimait en 2010 que plus de 313 millions d'accidents professionnels non mortels avaient généré au moins quatre jours d'arrêt de travail.

A titre de comparaison, l'Organisation Mondiale de la Santé estime que les accidents de la circulation génèrent 450 000 décès par an.

Pour la France, la Direction des Risques Professionnels de la [CNAM](#) déclarait dans son étude 2020-037-CTN que lors de l'année 2018, plus de 650 000 accidents du travail avaient été déclarés en France, pour l'équivalent de 43 millions 600 000 journées de travail perdues ou plus de 190 mille Equivalents Temps Plein.

Alors que ce phénomène reste prépondérant, la consultation du registre national des thèses est déconcertante. S'il existe onze thèses de médecine à propos des « accident(s) du travail », dix thèses de droit privé, cinq de sociologie, trois de sciences économiques, deux seulement sont listées en sciences de gestion. En explorant des termes connexes tels que « risque », « santé au travail » ou « bien-être au travail », le nombre s'élève à 7. Les quelques dizaines de thèses au catalogue qui citent l'accident du travail ne l'invoquent que comme un indicateur, un symptôme d'une autre variable. Il est alors un phénomène identifié, observé, dénombré, et finalement non questionnable.

Effectuant la même requête sur le site « Open Access Theses and Dissertations », qui répertorie près de 5 millions de thèses du monde entier, à partir des expressions anglaises, "work-related injury" "workplace injury" "occupational accident" "work injury", nous accédons à une liste de cinquante-quatre thèses doctorales, la plupart en médecine et seulement six en sciences de gestion.

La parcimonie de la recherche sur ce phénomène pourtant très significatif en termes de gestion est pour nous une surprise et un questionnement. Comme nous allons le

détailler, quoiqu'il reste rare, ce phénomène a un impact fort sur l'économie, sur le personnel et les entreprises au niveau microéconomique et en termes de coût humain et financier au niveau macroéconomique, ce qui légitime déjà un travail approfondi sur ses causes.

Mais son impact en gestion est plus puissant encore. Un seul accident peut avoir des conséquences graves au niveau individuel (licenciement pour incapacité, voire pour faute, éloignement durable ou définitif de tout emploi...), ou collectif (désorganisation d'un service ou de tout l'établissement, perte durable de confiance et d'implication du personnel, pertes économiques, commerciales et financières, appauvrissement des compétences...).

L'accident de travail est aujourd'hui pour tous les employeurs d'Europe un indicateur-phare de la gestion des ressources humaines, en lien avec la marque employeur, conditions de travail, maintien dans l'emploi, animation... avec des répercussions nombreuses sur les outils administratifs ou juridiques de gestion de l'emploi.

Pourtant, alors que, dans une longue tradition psychologisante d'analyse du travail, les travaux pullulent sur le stress ou le mal-être au travail, les sciences de gestion peinent à se saisir de cet objet multiforme, appartenant autant au travail réel qu'au travail perçu.

Le contexte même d'apparition de l'accident, et tous les phénomènes qui l'accompagnent ont sûrement amené les chercheurs en gestion à sous-traiter cette question à l'ergonomie, plus encline à décortiquer la mécanique du travail, ses processus de production, ses entraves, ses obstacles, ses ruptures, plus accoutumée à modéliser le corps en mouvement dans sa relation avec les outils, avec la machine.

Il nous semble cependant que l'un des objectifs des sciences de gestion, développer « la pertinence instrumentale ou le caractère directement utilisable de la recherche par les managers, grâce à l'identification de leviers sur lesquels agir » ([Abdessemed &](#)

al. ; 2016) incite justement à se pencher sur l'accident du travail, afin d'en déterminer les causes et d'en réduire les effets.

Et la jeunesse des sciences de gestion (début du PHD en management dans les années 60 et création en France de la Fédération Nationale d'Enseignement de la Gestion des Entreprises en 1968) nous apparaît plutôt un avantage pour traiter ce type de manifestation.

En effet, moins engoncées dans une tradition universitaire, les sciences de gestion peuvent se permettre de recycler à la fois les modèles hypothético-déductifs de l'économie dont elles se sont émancipées, mais aussi d'agréger les outils et concepts des autres sciences humaines, psychologie, anthropologie ou sociologie pour mieux appréhender les faits les plus complexes qui apparaissent dans une organisation.

Elles peuvent alors concilier la rigueur méthodologique nécessaire à la construction de modèles scientifiques, avec l'élaboration « des savoirs actionnables facilitant la prise de décision » ([Pearce](#) et Huang, 2012).

L'ambition de notre thèse est donc de combler ce manque en produisant à l'aide des sciences de gestion de la connaissance scientifique sur les accidents de travail et de proposer des comportements aptes à prévenir l'occurrence du phénomène.

Le faible substrat gestionnaire sur ce sujet nous incitera à orienter notre revue de littérature dans deux directions, d'abord en rapportant les conclusions des disciplines connexes, droit, économie, sociologie, psychosociologie, histoire... sur l'accident de travail, puis en mobilisant la recherche en gestion sur d'autres troubles de santé au travail : risques psycho-sociaux, stress, burnout...

Nous présumons qu'après cette large circumnavigation, nous serons en mesure de définir l'accident du travail en tant que phénomène de gestion et de le livrer aux outils et concepts de notre discipline.

Avant d'entamer cette exploration audacieuse, nous voulons dans notre introduction évoquer l'omniprésence de l'accident du travail dans l'art populaire et dénoncer

l'influence que cette mise en scène a sur la perception des causes par les acteurs du travail. Nous aurons parfois à invoquer dans notre recherche cette représentation pour discerner les causes réelles des accidents parmi les raisons fantasmées.

Dans une deuxième sous-partie de notre introduction, nous établirons le coût économique et social de l'accident du travail sur le monde et en France, ainsi que sa prééminence dans le secteur d'activité choisi.

Enfin, nous présenterons à grandes lignes l'architecture de notre thèse.

1. Un phénomène mythique



Alors que l'accident du travail a un impact considérable sur l'organisation et la gestion, il reste, pour la recherche en management, dans l'ombre d'autres phénomènes plus populaires. Connu, décrit depuis des siècles, il apparaît à chacun, intuitivement, comme un élément indissociable de tout emploi, et par là un simple composant de l'expérience commune. Dans la pensée populaire, tout travail comporte un risque, dont la réalisation appartient au moins en partie au hasard, à la « chance ». Ses causes, pourtant plurielles et complexes, semblent abusivement évidentes aux principaux acteurs, qu'ils soient victimes ou témoins, et sont le plus souvent perçues comme les engrenages incontournables d'une fatalité tragique.

A titre d'exemple récent, *The Wire*, ([Simon](#) & Colesberry, 2002), chef d'œuvre des séries de télévision, suit dans la saison 2 la brigade criminelle de Baltimore dans une enquête sur le port.

Un soir, un container tombe sur un docker, « New Charles », surnommé ainsi car à son premier jour de travail, un autre « Charles » mourait écrasé par la porte d'un navire. Devant la jambe broyée de « New Charles » un docker jure « Jésus Christ » quand un autre s'emporte : « le dégroupage de nuit, je déteste ça ! ».

Et quelques jours plus tard, alors que le blessé va être amputé, les dockers se regroupent devant la maison de « New Charles ». Franck Sobotka, délégué syndical, entre pour remettre à son épouse une enveloppe d'argent collecté par le syndicat.

Dans un épisode précédent, l'action mettait en scène un administrateur décrivant à l'aide d'un diaporama l'activité du port de Rotterdam. Il expliquait que la mécanisation des déplacements de charge avait réduit de 60% les blessures des dockers. « Quand on bosse pas on n'a pas d'accident ! » s'énerve Sobotka.

En deux scènes de quelques dizaines de secondes, « *The Wire* » évoque la plupart des causes perçues des accidents du travail, fatalité tragique liée au métier, rappelée inconsciemment par le juron puis consciemment par le leader syndical. Même causalité

évoquée dans la scène introductive de « There will be blood » ([Anderson](#), 2007) où un foreur de pétrole perd une jambe sous un énorme foret avant d'adopter le fils d'un de ses ouvriers mort dans un autre chantier. C'est la nature du travail lui-même qui apparaît ici indissolublement lié au risque et à l'accident. Si le secteur d'activité (mines, construction...) est aussi incriminé, les personnages rappellent aussi les conditions particulières de la tâche (travail nocturne et seul dans « the Wire », fonds marins pour « les travailleurs de la Mer » de Victor [Hugo](#)). Si l'accident ne peut complètement être évité, les conditions du travail peuvent accroître ou réduire ce risque.

Non explicite ici, la responsabilité individuelle est toujours suggérée. « New Charles » a « probablement » effectué une manœuvre imprudente, il n'était pas au bon endroit par rapport à la machine. Un meilleur positionnement, une meilleure posture de l'ouvrier pourrait lui être suggérée, ou imposée par un marquage, un règlement.

Dans cette série télévisée très éthylique, « New Charles » aurait pu aussi perdre sa vigilance sous l'effet de l'alcool ; bref, sa conduite, et peut-être une forme de vice pourrait être à l'origine de l'accident ; insinuant la thèse d'une culpabilité de la victime.

Ce nœud tragique renvoie systématiquement à un conflit de responsabilité entre l'employeur, qui contraint à un travail inhumain et l'employé-e qui ne respecte pas les règles de prudence. Une causalité neutre sauve les acteurs d'un conflit difficile à trancher : la fatalité. Principal défaut, celle-ci pourrait décourager toute prévention. Et cette rhétorique, pourtant présente depuis la tragédie grecque, reste profondément ancrée dans la pensée du travail et sert toujours l'argumentation des tribunaux.

Une fois l'accident arrivé, la série « the Wire » propose aussi deux réponses, une première en termes de réparation, une seconde en termes de prévention. En ce qui concerne la réparation, elle est ici « confraternelle », en l'état un soutien financier volontaire des collègues. Cette pratique, fondée sur un « risque du métier » partagé par tous de manière aléatoire, « lui aujourd'hui, peut-être moi demain », est héritée des cagnottes dont on trouve les premières manifestations dès le XV^{ème} siècle ([Farelo](#), 2013) chez les marins au Portugal.

C'est cette même thèse informulée qui est à l'origine des sociétés de secours mutuel ([Beaudet](#) & Pierron, 2018), avant d'évoluer vers le système assurantiel actuel (cf infra).

Pour « New Charles », la réparation aurait pu être judiciaire ou au moins assurantielle, mais tous les protagonistes de l'histoire, employeur, témoins ou victime, jugent que le drame est le fruit du hasard et du « métier ».

Seconde réponse à l'accident en termes de prévention, la mécanisation est présentée ici comme la solution radicale. Mais elle est très mal reçue par le représentant syndical qui y voit une fin du travail. Si l'observation des ports aujourd'hui lui donne raison, on comprend que pour lui, ce travail et peut-être le travail est dangereux « par Nature », concept que nous développerons dans la suite.

Cette proposition d'explication de l'accident du travail, naturalisant la dangerosité du travail, ou renvoyant à une métaphysique du travail, entre fatalité et responsabilité individuelle, reste comme on le voit prégnante dans la fiction contemporaine.

Dans d'autres œuvres de fiction, ces leitmotifs reviennent en boucle, complétés par d'autres causes supposées de l'accident : la « Nature » et le « Système ». La première est omniprésente dans la littérature maritime ([Melville](#), *Moby Dick*, 1892 ; [Verne](#), *20 000 lieues sous les mers*, 1869), et le second, perçu comme source de souffrance humaine, est surtout représenté dans la littérature réaliste ([Zola](#), *Germinal*, 1898) par « la direction, le patron », « l'actionnaire oisif », « la société anonyme ».

Les propositions de [Zola](#), empreintes de lutte des classes, présentent l'accident de travail comme un méfait de l'exploitation industrielle. Elles en renvoient la responsabilité à l'Organisation, à la vision d'un travail écrasant l'ouvrier. Ce dernier est contraint par la pauvreté à affronter le risque et ses conséquences. Le Capital, nouveau Moloch, se nourrit de la vie des individus et de leur malheur, pour mieux prospérer. Cette représentation nourrit elle aussi un imaginaire puissant, de la ville-automate de Fritz [Lang](#) (*Metropolis*, 1927) au foreurs pétroliers de [Von Trier](#) (*Breaking the waves*, 1996), en passant par le troupeau d'ouvriers-robots de [Chaplin](#) (*Les temps modernes*,

1936). Et c'est bien ce même imaginaire qui est réinvesti régulièrement par les chercheurs en clinique du travail ([Dejours](#), *Souffrance en France*, 1998).

La fatalité divine des grecs, d'abord remplacé par le hasard est alors supplantée par le système macroéconomique, nouvelle figure de responsabilité de l'accident, plus lointaine et inaccessible à la prévention. Ce changement de paradigme déplace la prévention de l'entreprise vers les états et l'investissement privé. Comme l'évoque la série, le risque est réduit par le remplacement des hommes par des machines.

Ces premiers paradigmes, archaïques, peuvent être résumés dans le tableau ci-joint. Evidemment, les auteurs cités ne sauraient être enfermés dans ces concepts et certains ne relèvent de ce courant de pensée qu'à propos de l'accident.

Tableau 1 : tableau des paradigmes 1

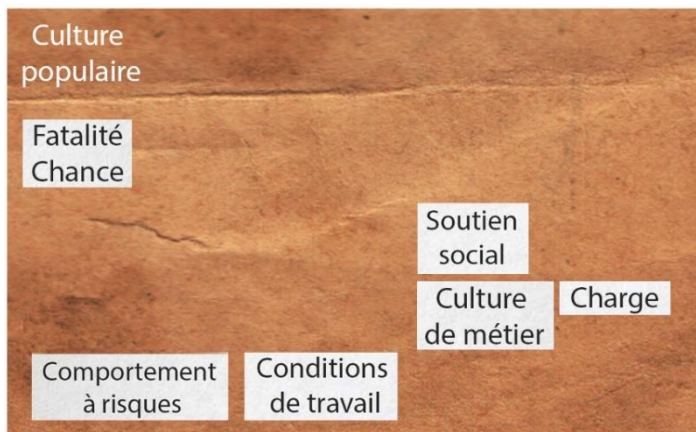
| Paradigmes | Auteurs | Cause de l'accident du travail | Outils d'analyse |
|-----------------------|--|--|---|
| Mythologique | Divers | Punition d'une faute | Recherche de la faute |
| Fataliste | Spencer | Résultat nécessaire, inévitable | Recherche de signes prédisant le phénomène |
| Romantique | Hugo, Verne | Résultat de la confrontation de l'homme avec la Nature, le Réel, la Société | Evaluation des forces et faiblesses, renforcement de l'individu |
| Réaliste | Zola, Marx, Hobfoll | Fruit de l'inégale répartition des moyens et des charges | Mesure et adaptation des ressources |
| Sociotechnique | Heinrich, Faverge, Johnson, Chaplin Keller | Conséquence mécanique du travail et du process de production Occurrence prévisibles et stable | Ingénierie, ergonomie, Assurance, droit probabilités |

Si toutes ces visions gardent une charge surtout mythique, elles ont aussi inspiré des réflexions scientifiques auxquelles nous reviendrons pour définir l'accident du travail.

Et surtout, au-delà des interprétations qu'elles suscitent toujours, elles pourraient induire des comportements néfastes à la prévention primaire (sentiment de culpabilité) ou secondaire (fatalisme).

Les variables qu'elles amènent peuvent être représentées par une première carte à laquelle nous adjoindrons au fil de la thèse de nouvelles pièces :

Figure 1 : Carte des variables 1



D'autres perspectives, beaucoup moins présentes dans l'imaginaire collectif, seront additionnées à ce schéma au fil de notre revue de littérature dans la partie 2.

En effet, les avancées techniques et scientifiques ont été nombreuses depuis le début du XIX^{ème} siècle, du fait d'ingénieurs réfléchissant à la mécanique de l'accident, puis d'ergonomes, attachés à l'adéquation entre l'homme et la tâche, enfin de psychosociologues, considérant l'attitude et le comportement de l'individu au travail.

L'objectif de notre thèse n'est pas d'annihiler cette mythologie populaire mais de la confronter à la réalité des entreprises et aux découvertes les plus récentes afin de vérifier l'influence de chaque variable sur la sinistralité, et de hiérarchiser ses effets en vue de construire des politiques de prévention plus efficaces.

Nous réfléchirons d'abord en théoricien de la gestion en examinant avec soin les concepts scientifiques qui sous-tiennent ces théories puis en praticien de la gestion en proposant aux managers des réponses techniques à ce risque.

Mais avant d'entrer dans cette voie, il convient de s'interroger sur les enjeux de notre recherche. Ils se trouvent en premier lieu dans l'impact économique et social de cet élément tant sur les structures que sur les individus qui les constituent.

2. Des conséquences tragiques



Comme nous l'avons vu, le nombre d'accidents du travail reste préoccupant mais ses conséquences le sont bien davantage.

En termes de coûts globaux, l'Office International du Travail a publié en mars 2006, un rapport de débat et d'orientation, « Occupational safety and health: Synergies between security and productivity », qui estime que quatre pour cent du Produit Intérieur Brut mondial est perdu du fait des maladies et accidents attribuables au travail.

Et en 2004, dans "Statistical analysis of Socio-economic costs of accidents at work in the European Union", [Eurostat](#) estimait à 55 milliards d'Euros le coût total, individuel et collectif, des accidents du travail pour toute l'Europe au titre de l'an 2000. Dans une ambition très globale, les experts incluait les dommages matériels, coûts de réparation et de remplacement, pertes de production, coûts administratifs, mais aussi les charges de formation, justice, réorganisation ou perte d'image, et ce à court et long terme.

A titre de comparaison, la production du secteur agricole européen en 2018 est évalué à 143 milliards d'Euros soit un peu moins du triple (Source: European Commission, Directorate General for Agriculture and Rural Development).

Il reste délicat d'attribuer l'ensemble de ces coûts aux accidents du travail sans envisager aussi d'éventuels gains produits par la prévention, le réaménagement et l'amélioration des conditions de travail, mais il est certain que l'accident du travail a un très lourd impact économique sur les établissements et les pays, sans évoquer l'impact psychosociologique sur les victimes et les coûts sanitaires et sociaux qui en découlent.

La commission européenne estime à ce propos que les 140 000 accidents annuels génèrent une incapacité permanente et un coût proche de trente milliards d'Euros.

Concernant la France, c'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui peut nous aider à évaluer ce coût, grâce aux Déclarations Sociales Nominatives (DSN), document remplaçant les Déclarations Annuelles des Données Sociales (DADS) en 2017 et 2018. C'est sur ces données, produites chaque année par tous les employeurs, que nous développerons une partie de notre thèse.

Pour éclairer notre analyse du coût économique, il est nécessaire de distinguer le coût pour l'Etat et le coût pour la société. En ce qui concerne le premier, la Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale indique une prévision de dépense rectifiée de 13,3 Milliards € pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, soit pour comparaison sur la même année, dix-sept pour cent de la production agricole nationale (Source Agreste, Insee - Comptes de l'agriculture - Base 2014).

Cette situation, terrible, montre de surcroît une évolution inquiétante. L'observation des DADS de 2014 à 2017 montre que durant cette période, contrairement à ce que pourraient suggérer les politiques de prévention, le nombre d'accidents du travail, de salariés impactés et de journées perdues a augmenté. C'est cet élément qui a été un des déclencheurs de notre réflexion.

Plus rassurant, le nombre de décès apparaît stable, le nombre d'incapacités permanentes décroît et surtout l'indice de fréquence, nombre d'accidents pour mille employé-es, poursuit sa baisse.

Tableau 2 : évolution des accidents du travail 2014-2017
CNAM Etude 2020-037-CTN février 2020

| Accidents de travail | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Nombre d'AT en 1er règlement | 621 124 | 624 525 | 626 227 | 632 918 |
| Nombre de salariés | 18 286 989 | 18 449 720 | 18 529 736 | 18 939 650 |
| Nombre de nouvelles Incapacités Permanentes | 36 904 | 36 046 | 34 202 | 33 204 |
| | | | | |
| Nombre de journées perdues | 38 561 861 | 39 617 316 | 40 609 078 | 41 718 338 |
| Indice de fréquence | 34 | 33,9 | 33,8 | 33,4 |

Il est vrai que des décennies de réflexion sur l'économie primaire (mines, construction de chemins de fer puis sidérurgie et métallurgie) ont amené les professionnels à appliquer des solutions techniques, protection des outils et du corps, positions de travail, mise à distance des produits dangereux, organisation des déplacements ou antidotes accessibles à proximité des zones à risques.

Après des améliorations très substantielles, ces modes de prévention atteignent au cours du XX^{ème} siècle une limite à leur efficacité. Les gestionnaires interrogent alors la psychologie ou la sociologie pour répondre à des questions du type : pourquoi certains opérateurs n'utilisent pas les équipements de protection dont ils disposent ? Pourquoi des professionnels expérimentés valorisent-ils certains comportements à risques ?

Les réponses, multiples, ont eu là aussi des résultats probants, avant d'atteindre un nouveau plafond. C'est alors que face à une réflexion plurifactorielle, voire pluridisciplinaire, les sciences de gestion, plus outillées pour ce type de complexité de terrain, se trouvent interpellées.

Car en effet, si le travail paraît globalement moins dangereux, en observant cette évolution par secteur d'activité, la situation est très contrastée. Les Comités Techniques Nationaux, instance dont nous détaillerons infra la constitution et les prérogatives, regroupent les codes activités (NAF ou APE) par types de risques, et fournissent des mesures plus détaillées.

Tableau 3 : Evolution du nombre d'Accidents du travail et indice de fréquence 2017 par CTN
CNAM Etude 2020-037-CTN février 2020

| CTN | Libellé du CTN (selon arrêté du 22 décembre 2000) | Evolution 2014-2017 | Indice de fréquence 2017 |
|----------|--|---------------------|--------------------------|
| A | Industries de la métallurgie | -6,6% | 29,3 |
| B | Industries du bâtiment et des travaux publics | -10,3% | 56,8 |
| C | Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication | 2,5% | 43,8 |
| D | Services, commerces et industries de l'alimentation | 1,5% | 44,0 |
| E | Industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie | -6,6% | 24,5 |
| F | Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement... | -4,9% | 42,0 |
| G | Commerce non alimentaire | -3,0% | 21,6 |
| H | Activités de services I [banques, assurances, administration...] | 5,3% | 10,6 |
| I | Activités de services II [travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage...] | 15,1% | 48,6 |

Comme le montre ce tableau, le secteur du bâtiment et des travaux publics reste à un niveau élevé de risque (représenté par le nombre d'accident pour 1000 employés), mais celui-ci est en décroissance forte. Il en est de même pour l'industrie.

A contrecourant de l'évolution générale, le CTN I, couvrant l'action sociale et la santé, présente un niveau de risque élevé et la plus forte croissance sur la période récente.

Alors que le progrès technique améliore partout la situation, ces secteurs paraissent résistants à ces formes de prévention. Déduisant de cette observation la présence d'autres types de facteurs de sinistralité, et potentiellement l'influence de causes organisationnelles, nous voyons dans ces activités le terrain propice à notre étude.

En effet, comment expliquer qu'après des décennies de baisse ininterrompue de la sinistralité, ce secteur de services, par « nature » moins accidentogène que les emplois industriels ou les activités primaires, montre une telle croissance du phénomène ? S'il est facile pour d'autres activités d'attribuer les accidents à la puissance mécanique des machines ou à l'hostilité de l'environnement, c'est moins crédible dans ce secteur.

Dans une démarche en entonnoir, il est possible de préciser comment l'accidentalité impacte chacune des activités regroupées dans ce CTN.

Tableau 4 : Evolution du nombre d'Accidents du travail et indice de fréquence 2017 par Code NAF du CTN I
 CNAM Etudes 2015-098 novembre 2015 et 2018-196 février 2019

| Code NAF | Libellé | Evolution 2014-2017 | Indice de Fréquence 2017 |
|----------|---|---------------------|--------------------------|
| 8610Z | Activités hospitalières | 4,3% | 48,1 |
| 8710A | Hébergement médicalisé pour personnes âgées | 8,9% | 112,2 |
| 8730A | Hébergement social pour personnes âgées | 8,7% | 104,6 |
| 8810A | Aide à domicile | 24,6% | 101,3 |
| 8899B | Action sociale sans hébergement n.c.a. | 6,3% | 36,5 |

Comme le montre ce tableau, ce sont l'aide à domicile et l'hébergement médico-social qui présentent les indices de fréquence les plus élevés, à hauteur ou très au-dessus du bâtiment et des travaux publics.

Les activités hospitalières, mieux loties, partagent pourtant nombre de métiers et de pratiques avec l'hébergement social ou médicalisé. Pourquoi ne suivent-elles pas la même tendance ? Malgré des pratiques proches, des modes de gestion apparemment comparables, elles résistent mieux à cette lame de fond.

Comme elles représentent plus de la moitié des employé-es du Comité Technique incriminé, nous décidons de prendre les activités hospitalières comme étalon pour l'ensemble du secteur étudié. Nous pourrons ainsi comparer les établissements selon les activités et espérons extraire de leurs différences des enseignements sur les causes organisationnelles de la sinistralité.

Nous voici devant une question typique des sciences de gestion : pourquoi un phénomène du monde du travail, en l'occurrence l'accident, présente-t-il une croissance forte dans un secteur d'activité alors qu'il décroît dans les autres ? Et la question subséquente : des facteurs organisationnels sont-ils impliqués dans cette situation ?

Ces deux questions débouchent sur une problématique large : quels sont les facteurs majeurs de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médicosocial en Aquitaine ?

Il n'est pas anodin que ce secteur, dont les prémices de structuration apparaissent dès le Moyen-âge, soit ainsi spécifiquement touché par ce phénomène. S'il interroge particulièrement les sciences de gestion, c'est aussi parce qu'il est à priori exempt des sources habituelles de dommages au travail, outils et machines dont les mouvements peuvent écraser, couper, fracturer les corps, matières dont la transformation impose des températures élevées, des traitements toxiques, irritants, asphyxiants, contacts avec des tiers hostiles, agressifs, dangereux.

Nous verrons que l'altruisme, attribut originel de ces métiers, explique sans doute que la sécurité ait été si longtemps attachée aux seuls patients et non aux employé-es.

C'est sans doute cette caractéristique qui peut expliquer qu'un personnel essentiellement féminin ait à soutenir quotidiennement, redresser, déplacer des personnes âgées dont le poids est supérieur au leur, ce qui justifie le sacrifice des

soignants d’Ebola en Guinée, au Nigéria et en Sierra-Leone, alors que ce virus atteignit pour eux le record de 120 morts pour 240 professionnels affectés (OMS, 2014).

Dans une autre direction que nous explorerons également, la généralisation dans ces secteurs de pratiques de gestion issues de l’industrie et généralement qualifiées de New Public Management, pourrait aussi percuter, parasiter, troubler les valeurs humanistes de ces emplois. Cette réforme de fond, régulièrement dénoncée par les employé-es des hôpitaux, est suspectée d’accroître la charge de travail, le stress et les erreurs qui en découlent.

Nous verrons comment elle s’immisce de manière parfois conflictuelle mais d’autres fois fructueuse dans la gestion des établissements.

Enfin, si l’on perçoit aisément des différences selon les lieux d’implantation des structures, si les indicateurs sont habituellement déclinés par Région ou département, peu de travaux explorent les liens causaux qui pourraient expliquer ces variations.

Afin de répondre à la problématique supra ainsi qu’aux questions qu’elle induit, nous définirons d’abord notre objet de recherche. Caractérisé juridiquement par une tautologie, « est considéré comme *accident* du travail, quelle que soit la cause, *l’accident* survenu par le fait ou à l’occasion du travail... », le mot *accident* est peu interrogé en tant que catégorie. Nous tenterons d’abord de combler ce lapsus.

Concernant notre terrain d’étude, nous chercherons dans l’histoire les éléments constitutifs d’une culture professionnelle, fondement possible d’une partie des accidents. Puis nous nous attacherons à délimiter et à décrire les différents types d’établissements et leur relation à la sinistralité.

Une lecture attentive et large de la littérature nous permettra ensuite de lister les nombreuses variables incriminées dans l’apparition des accidents. Nous en décortiquerons les mécanismes.

Dès lors, à partir d’un modèle novateur, dont nous expliquerons la genèse, et de méthodes d’observation empruntées à l’épidémiologie, nous confronterons

l'ensemble de ces variables aux mesures principales de l'accident du travail et détaillerons les résultats obtenus. Enfin, forts de ces enseignements nous expliciterons les apports managériaux qu'ils induisent.

Ainsi, sans détailler notre design de recherche (cf [figure 6](#)), nous déroulerons notre thèse selon le schéma suivant :

Figure 2 : design de recherche (partie 1)



PREMIERE PARTIE



Présentation du contexte

Et de la méthodologie de recherche

Notre large revue de littérature nous a étonné par la très faible réflexion sur la nature même de l'accident de travail ou sur son évaluation.

Il est généralement considéré comme prédéfini, et la mesure de son occurrence non questionnée. Comme nous allons le voir, c'est évacuer très vite de possibles biais et c'est surtout prendre le risque de négliger des éléments constitutifs de son existence et plus précisément de sa déclaration ou non-déclaration.

Car au-delà de sa manifestation, les données le concernant sont l'aboutissement d'un long parcours organisationnel et administratif semé d'obstacles et de normes.

De même mais pour des raisons très différentes, les secteurs d'activités sont à priori définis par la nomenclature en vigueur (NAF/APE) et peu auscultés dans leur formation, leur cohérence et leurs limites. Ils sont aussi très peu examinés dans leur culture.

Dans notre cas, le risque est de placer sous le boisseau des valeurs et des normes dont nous avons vu qu'elles induisent des comportements et des jugements, et dont nous verrons qu'elles peuvent aussi accroître la prise de risques et par suite la sinistralité.

Le caractère pluriel de l'accident du travail complique notre choix épistémologique. Dans quelle mesure peut-on considérer l'accident comme un construit individuel ou social ? Quel rapport entretient-il avec le réel ? Quel est le poids de la perception dans l'appréhension du phénomène ? Et enfin, quel impact ce cocktail a-t-il sur les décisions, les comportements, la prévention ?

C'est de l'équation de ces trois analyses que découlera notre modèle de recherche et son design. Nous attendrons de celui-ci qu'il puisse intégrer les différents niveaux de compréhension et de prévention de l'accident.

Mais commençons par définir notre objet.

1. Un objet polymorphe



Du point de vue juridique, il est décrit comme nous l'avons dit par une tautologie stérile. C'est le décret 1353 de l'année 1985 qui le définit dans l'article L.411-1 du Code de la Sécurité sociale : « est considéré comme accident du travail, quelle que soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

Il est frappant de constater que cet article définit « l'accident » comme un « accident », et « du travail » car survenu par le fait ou à l'occasion du « travail ». La Loi qui donne existence au phénomène lui-même ne définit donc ni ce qui constitue l'accident, ni le lien qui l'associe au travail.

Le complément « du travail » est aisé à catégoriser dès lors que la victime se trouve sur son lieu de travail sur une tâche de travail prescrit, mais l'exercice est autrement délicat lorsque l'action de l'employé-e n'est pas associée au travail (repas, distraction par un appel personnel, perturbation par un élément inhabituel...), se situe hors de l'espace assigné au travail (domicile, autres bâtiments de l'entreprise, réfectoire, parking...) ou est au moins partiellement induit par un élément extérieur au travail (fatigue personnelle, vie privée, santé...).

En ce qui concerne le terme « accident », la doctrine et la jurisprudence complètent la Loi en déterminant qu'il n'y a accident du travail que si trois caractères sont avérés, une *lésion* de l'individu, une *soudaineté* de l'évènement qui a provoqué la *lésion*, un *lien avec l'activité professionnelle de la victime*. La définition des termes reste toutefois à l'appréciation des différents acteurs de la déclaration d'Accident du Travail.

Ainsi le lien avec l'activité professionnelle peut ressortir d'une définition stricte de ce lien (fiche de poste, ordre de mission, tâches habituelles, profession) ou d'une définition plus lâche (relation aux objectifs professionnels assignés, compétences optionnelles du métier...) et il en est de même de l'activité professionnelle.

Comme nous pouvons le constater, la qualification d'un évènement comme *accident* dépend de fait de la situation vécue (nous serions tentés de dire « réelle ») et de la conviction par différents acteurs qu'il s'agit bien d'un accident.

Ainsi, la nature de la *lésion* a beaucoup évolué dans la jurisprudence. La piqûre d'une seringue provoquant une maladie est apparue comme accident de travail en période d'apparition du SIDA, et un état psychologique dû à un stress brutal est aujourd'hui parfois considéré comme accident du travail à l'instar d'un écrasement de main dans une machine.

De même le *lien avec l'activité professionnelle* est en pleine évolution du fait des nouveaux modes de participation à la production, télétravail, sous-traitance, intérim, mise à disposition. La jurisprudence est ainsi passée d'une relation contractuelle stricte à un simple lien de subordination caractérisé en 1996 par la Cour de cassation comme « exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné » (Cass. Soc. 13 Novembre 1996 ; Arrêt Société Générale, Bull. civ. V, n° 386).

En fait, la littérature fondatrice du concept juridique définit l'accident du travail plutôt par ses conséquences, et plus précisément par le préjudice subi en lien avec l'activité salariée. Mais ce point est en fait récent. Jusqu'au 21 juin 1841, l'accident est de la responsabilité exclusive du salarié, seul responsable de ses actes et donc de leurs conséquences. « Le droit commun [...] considérait que l'ouvrier n'avait aucun droit à être indemnisé en cas d'accident [...] même lorsque l'accident était dû à un défaut de prévoyance ou de précaution du chef d'entreprise » (rapport Duché, chambre des députés, Documents parlementaires, n° 2150, 28.11.1887, II).

Le 21 juin 1841, pour la première fois, la cour de cassation juge que le patron doit satisfaire à une obligation de sécurité en plus du salaire. C'est le préjudice subi qui ouvre la possibilité d'un droit du travail et d'un regard des tribunaux sur l'usine ([Ewald](#),

1981). Dorénavant, une nouvelle catégorie juridique existe, sous réserve d'un lien démontré entre un dommage physique et une activité rémunérée.

La tradition de prévention au travail, dite sociotechnique, issue d'une pensée d'ingénieurs, part de même du dommage, économique ou médical, pour caractériser l'accident.

[Faverge](#) écrit en 1964 : « Nous définirons l'accident par sa conséquence immédiate. On dira qu'il y a accident à un certain niveau d'étude si [au moins un facteur de production] [...] cesse de fonctionner, [...si par exemple] une blessure arrête le travail de l'homme. »

C'est d'ailleurs aussi ses conséquences, lésions, arrêt de production, qui différencient l'accident de « l'incident » ou « presque accident ». Premier à proposer un modèle scientifique de l'accident du travail, [Heinrich](#) (1941) indique que sur 330 situations « non sûres » de même nature et concernant la même personne, 300 n'auront pas de conséquences, 29 des conséquences mineures, et 1, aléatoire, des conséquences graves. Seul ce dernier est un *accident du travail*. Les autres sont pour [Heinrich](#) des presque accidents, des situations de même nature de risque mais sans conséquences pour l'opérateur.

Dans cette vision, l'accident apparaît au final comme une probabilité, un ratio entre un évènement facteur de dommages et un nombre élevé d'évènements similaires mais sans conséquences. Ainsi, un employé de ménage va glisser de très nombreuses fois sans se blesser et, dans la même période, chuter une fois et se blesser. Il est alors possible de déterminer un risque, défini comme la proportion d'accidents sur les presque accidents ou bien par le nombre d'accidents sur le nombre d'actions similaires.

Avec cette définition fondatrice car causaliste mais très critiquée car déterministe, [Heinrich](#) propose une vision en fait très proche de la représentation populaire de l'accident du travail, préjudice malheureux et prédictible d'une pratique professionnelle habituelle (« le risque du métier »).

En termes lexicaux, il est utile de préciser que les chercheurs de ce courant délimitent de manière différente le signifié d'*accident*, et peuvent donner ce nom à tous les

incidents, certains provoquant des dommages et d'autres non. Ils catégorisent plutôt ces *accidents* selon leurs effets ou leurs causes : « accident technologique », « accident majeur », « accident traditionnel ». On peut aussi rappeler qu'en anglais, le terme « injury » renvoie systématiquement à une blessure, ou à défaut à toute lésion physique. Seule l'expression « occupational accident » peut recouvrir un plus large éventail de faits.

Dans le droit fil de cette vision sociotechnique, l'actuelle réparation des accidents du travail, issue de la Loi du 9 avril 1898, est bien le fruit de cette vision probabiliste, assise de la logique assurantielle. De même que les caisses de secours mutuel collectaient l'argent de chacun pour le remettre à la victime mais en calculant le ratio du nombre d'accident par le nombre d'employé-es, l'accident devient un risque, défini par ce ratio et évalué par ses conséquences. Sa réparation est financée par une « provision comptable », d'abord par les employé-es puis à partir de 1841 par les employeurs selon un ratio calculé sur l'accidentalité des années précédentes. Comme cette provision est constituée d'une cotisation sociale, elle substitue aux cagnottes volontaires une participation obligatoire sur salaire.

Plus précisément, tout dommage physique subi par un-e employé-e « par le fait du travail, ou à l'occasion du travail » est indemnisé à partir de la jurisprudence de 1841, par son employeur dans un premier temps, puis à partir de 1898 par une caisse de mutualisation du risque.

Passionnante réponse au conflit de responsabilité expliqué dans l'introduction, la Loi de 1898 « est le résultat d'un compromis ». Après avoir rejeté toute la culpabilité sur l'employé-e, seul-e maître-sse de ces actes, la jurisprudence de 1841 renoue avec la recherche de responsabilité et la grande difficulté à la déterminer.

Face à ce défi, le législateur propose en 1898 une répartition par principe : sauf dans de très rares cas de «faute inexcusable de l'employeur», l'employeur ne peut plus être mené devant les tribunaux. En contrepartie, la victime n'a plus à prouver la faute

patronale pour être indemnisée. Nous sommes donc passés en « régime de responsabilité civile délictuelle fondé sur le risque » ([Pezé](#) et al., 2011).

Cette loi et ses modifications successives ont généré une procédure administrative, toujours en vigueur, qui donne existence au phénomène « accident du travail » que nous souhaitons étudier : l'employé-e déclare son accident à son employeur démontrant ainsi le *lien à l'activité professionnelle*, consulte un médecin qui constate la *lésion*. Enfin, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) reçoit la déclaration circonstanciée de l'employeur, en déduit le caractère professionnel de l'accident (ou diligente un questionnaire ou une enquête pour s'en assurer). Ce sont ces quatre acteurs (Employé-e, employeur, médecin, CPAM) qui produisent ce qui va être défini comme « accident du travail » et servir d'objet à notre recherche.

Naturellement chacun de ces protagonistes, pour des raisons que nous expliciterons infra, peut ne pas souhaiter déclarer un accident, l'employé-e surtout pour ne pas être mal vu ou par paresse administrative, l'employeur pour son image et les cotisations assises sur le nombre d'accidents, le médecin et la CPAM en cas de désaccord entre les parties.

Une fois l'accident déclaré & reconnu, les données du dossier administratif sont agrégées dans chaque région par les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), et sont considérées, avec des limites que nous détaillerons ultérieurement, comme une excellente source de données sur les accidents du travail pour les contrats de droit privé en France (Askénazy, 2006).

Ce sont ces données que nous utiliserons comme représentation du phénomène étudié et comme variables dépendantes dans notre thèse.

Il nous paraît indispensable ici de rappeler à l'instar de la fiction, que l'accident du travail ne saurait être cantonné à une numération froide. Il génère pour sa victime, pour ses témoins, au-delà du choc physique, un impact psychologique voire philosophique, qui influe à son tour sur l'organisation et les relations dans la structure. L'accident n'est pas uniquement un fait à dénombrer mais aussi un évènement social.

Du point de vue psychologique, nous pourrions le décrire comme une rupture du lien au corps. Comme nous l'avons vu supra, il existe essentiellement par ses conséquences, lésion immédiate (choc, coupure, écrasement...), et séquelles subséquentes (douleur, ecchymoses, perte de conscience, blocage, incapacité temporaire ou permanente...).

Or, comme le rappelle [Revet](#) (1992; cité par [Moustié](#), 2014), inclus dans le contrat de travail : « Le contrat de travail a pour objet la force de travail : fournir un travail en situation de subordination, c'est « fournir » la force de travail ».

Il est juste d'en déduire qu'explicitement ou implicitement, le contrat impose au corps un environnement physique avec ses caractéristiques propres (température, éclairage...), une ergonomie de l'activité (positions, mouvements, rythmes), une instrumentation équipant, outillant le corps, un « cadre social d'obligations et de contraintes », comportant des horaires, des routines.

De fait, l'accident, par l'atteinte portée au corps, constitue une rupture du contrat, juridiquement en entraînant un arrêt de travail, psychologiquement, en générant une incapacité et une crainte de ne pas retrouver ses ressources.

Carcan pour une part, le travail est à l'opposé, comme le rappellent [Yvon](#) et Clot (2011) la possibilité de déployer avec son corps les « gestes professionnels [qui permettent] de dévoiler aux sujets tout ce que l'on met de soi dans son travail, et de transformer cette activité en action sur soi et sur le monde ».

Georges Canguilhem (2002; cité par Yves [Clot](#), 2011) y voit le moyen de se « porter bien ». « Je me porte bien, dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence, et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi ».

Dans le même sens, plus phénoménologique, Michel [Henry](#) parle de «Corpspropriation» du monde (1963) une « appropriation par le corps du monde, laquelle corpspropriation du monde requiert, convoque, une manière d'engagement

du corps, [...] le corps de l'habileté, le corps de l'intelligence, c'est un deuxième corps. C'est le corps que j'habite, le corps que j'éprouve ».

Dans ce rapport de l'individu au travail, l'accident, subi, soudain, interrompt l'accomplissement possible. Il constitue une « défaillance » ([Dejours](#), 1995, 2010) avec deux interprétations possibles pour l'*individu* devenu *sujet*, soit un renvoi à sa propre négligence ou incompetence, en tant que « sujet cognitif », soit un défaut de ressources du système dans lequel il est inclus, le considérant alors comme « sujet social ».

La première interprétation, combattue par les représentants du personnel, est pourtant la seule qui autorise l'individu à être le « sujet » de son accident, le responsable de ses actes. Naturellement, cette posture l'amène aussi à assumer son erreur, sa faute ou ses limites. Juridiquement, elle dédouane l'employeur, la structure, politiquement elle exonère le système.

Nous verrons au fil de notre étude combien ce choix limité de postures, leur imbrication avec les valeurs de l'individu ou la culture métier, peuvent perturber la quête des causes et induire des comportements inadéquats.

Bien sûr, la négligence ou l'incompétence ne peuvent pas toujours être écartées, mais la communauté des chercheurs, en phase avec le monde syndical, mobilise surtout la seconde analyse, celle d'un défaut de moyens, et renvoie le problème à la gestion des ressources, à la microéconomie, aux problématiques de performance, ou à des questions d'ordre politique, interpellant ainsi les sciences de gestion et leur vision interdisciplinaire.

Forts de ce constat, notre recherche intégrera tout de même les deux alternatives, responsabilité individuelle et organisation, afin de ne pas négliger des causes par simple a priori ou posture idéologique.

Nous tenterons de mesurer d'une part les facteurs possibles d'affaiblissement de la capacité du « sujet », d'autre part les ressources organisationnelles procurées par l'environnement de travail.

Un dernier point de définition n'a pas été abordé, le point de vue philosophique. Si cette dimension paraît très éloignée de nos préoccupations, elle est cruciale à la compréhension de l'accident grave.

Lorsque les conséquences de l'accident sont bénignes, celui-ci peut être perçu comme intrinsèque au processus du travail, un défaut du process, un mauvais entretien du matériel, un moment d'inattention, mais dès lors qu'il a des effets graves, il peut muter en catastrophe individuelle au sens de [Baudrillard](#) (1993), cité par Véronique [Bergen](#) (2010), en « événement pur qui laisse le monde en suspens ».

Ce sens, celui du cinéma et de la littérature, est commun dans le travail dangereux jusqu'au XIX^{ème} siècle. L'accident advenait, sidérant, comme un coup du sort, une calamité, sans responsable. Ainsi, dans les mines, le grisou ou l'effondrement de terrain étaient systématiquement considérés comme des phénomènes naturels ([Conus & Escudier](#), 1997) et symptômes de la fragilité de la vie.

Comme nous le montrerons infra, les réactions face à l'accident sont très différentes selon le préjudice subi, et il nous faudra parfois revenir à ce substrat philosophique pour en prendre la mesure.

Dans le même article, Véronique [Bergen](#) propose en contrepoint de Baudrillard la définition de « catastrophe » pour Gille Deleuze, « une plongée dans le chaos [...] figure de l'évènement [...] dans sa capacité à défaire les choses [...] à faire bifurquer l'histoire ».

C'est cette figure du chaos qui nous intéressera dans la partie consacrée aux préconisations. Car l'accident grave, et à fortiori l'accident majeur (hors-champ de la thèse) a bien cette capacité à provoquer une pensée collective, à déclencher une narration partagée, à initier un mouvement de prévention des répliques possible, une alternative aux estimations probabilistes.

Il est à son corps défendant un puissant moteur de changement de l'organisation et comme l'ont montré de nombreuses catastrophes industrielles un levier précieux pour transformer les paradigmes et les pratiques professionnelles.

Il peut atteindre alors les fondements mêmes de la culture professionnelle, qu'elle soit portée par une activité (autorité, solidarité des militaires, respect de la nature dans l'agriculture traditionnelle) ou par les métiers.

Nous allons à présent explorer cette dimension pour les activités qui nous occupent.

Si, comme nous l'avons constaté, le secteur sanitaire et surtout le secteur médico-social connaissent un regain de sinistralité alors que le reste de l'économie améliore ses chiffres, c'est qu'il peut exister dans leur fonctionnement-même des constantes qui leur sont propres, des modalités de décision, de soutien, de management qui peuvent différer d'autres secteurs.

En deçà de cette culture de secteur, ces activités pourraient structurer des cultures-métiers puissantes, développant elles-mêmes des comportements spécifiques. Les deux possibilités paraissent envisageables, la première du fait d'une histoire croisée des activités, la seconde parce que, nous l'allons déjà dit, plusieurs métiers sont fortement présents dans l'ensemble de ces secteurs.

Ce sont ces fondements culturels que nous allons à présent traquer pour en dégager tous les éléments qui pourraient expliquer un surcroît de sinistralité.

2 Une institution séculaire en fermentation



Parler du secteur sanitaire et médico-social comme d'un tout n'est pas inconvenant au regard de l'histoire. Si aujourd'hui, les acteurs de ces deux mondes ressassent leurs divergences et aspirent à un rapprochement toujours ajourné, il n'en a pas toujours été ainsi. A l'exception de l'aide à domicile, dont l'apparition et le développement restent à part, santé et social présentent des racines communes. Ce n'est que récemment, avec l'Etat-providence, que leurs destinées se sont séparées.

2.1 La persistance d'une valeur commune : la charité



Si l'on en croit Jean [Imbert](#) (cité par René [Metz](#), 1949), les activités qui nous intéressent sont d'abord ancrées dans une logique de charité, en partie religieuse, qui va progressivement muter en secours public.

Dès le VI^{ème} siècle, il est possible de catégoriser les « maisons charitables » par population-cible « l'asile pour voyageurs, l'hôpital pour malades, l'hôtellerie gratuite pour pèlerins, les orphelinats, les hospices pour vieillards » ([Imbert](#), 1974) mais toutes restent porteuses d'une seule et même mission, la charité.

Issues de la philosophie grecque, les vertus ont été réinterprétées par les Pères de l'Eglise. La charité est l'une des trois vertus théologiques du fidèle, la seule qui génère une pratique observée régulièrement pour assurer le salut de son âme. Elle lui enjoint d'« accomplir les sept euvres de miséricorde, [... d'abord] heberger les povres trespasans, doner boire et mengier a tous povres malades [...] » ([Niveau](#), 2016).

Pour toutes ces « maisons charitables », les bénéficiaires sont ceux qui souffrent, quelle que soit la nature de cette souffrance, de la pauvreté au grand-âge.

Et contrairement aux idées reçues, ces initiatives restent d'ordre privé. Leurs ressources dépendent essentiellement d'un autre type de charité, non plus *exercée* mais *déléguée* par l'entremise de dons d'argent.

C'est seulement au XII^{ème} siècle que l'Eglise se préoccupe plus officiellement du sujet. De nombreuses institutions sont alors fondées par des « évêques, des chapitres, des

seigneurs, plus rarement par des confréries », et ce, jusqu'au XVI^{ème} siècle. Pourtant, loin de cette mainmise ecclésiale dénoncée par les révolutionnaires, Jean-Pierre [Gutton](#) (1987) écrit qu'au XVII^{ème} siècle, si on « assiste à un véritable foisonnement d'ordres hospitaliers [...] les ordres locaux sont nombreux », ouvrant le chemin d'une responsabilité territoriale sur laquelle nous reviendrons.

« Des veuves et des orphelines [...] se nomment sœurs, mais elles ne dépendent d'aucun ordre ». Et les Filles de la Charité de Vincent de Paul revendiquent leur statut de clercs séculiers.

Ainsi ce premier saut dans l'histoire met à jour une première clé de compréhension de la culture du secteur. La vertu (normative) de charité, qui deviendra progressivement une valeur (partagée et transmise), s'installe très tôt comme une pratique de chacun vis-à-vis de son « prochain », dès lors qu'il se trouve dans le besoin. Elle n'est pas strictement une valeur religieuse mais davantage un leitmotiv inscrit dans l'activité.

Même lorsque le personnel est issu d'ordres monastiques spécialisés (hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem, du Saint-Esprit ou de Saint-Jean-de-Dieu), les « hôpitaux » emploient de nombreux « domestiques », simples salarié-es des institutions et porteurs par fonction plus que par vocation de la même valeur de charité.

Avant de devenir une valeur, celle-ci se mue en secours public. Henri II, en 1551, autorise puis impose une taxe communale – le « droit des pauvres » - répondant à l'obligation des « hôpitaux » de recevoir tout malade, quels que soient son origine et ses moyens, confortant ainsi les fonctions locales des établissements. De son côté, si la charité *déléguée* s'efface derrière des financements d'Etat, la charité *exercée* perdure.

Ces notions de secours public et de politique sociale sont renforcées par la Révolution. En 1789, le Comité de Mendicité de l'Assemblée constituante, présidé par La Rochefoucauld-Liancourt, stipule que l'Etat est responsable de la misère économique des malheureux et que l'assistance doit devenir nationale. Ce faisant, la République

centralise l'administration sans pour autant oblitérer la gestion localisée des services ni supprimer la culture de charité.

Aujourd'hui, après plusieurs mutations, la charité des origines reste prégnante, évidemment dans les organisations humanitaires et les fondations religieuses, mais elle pourrait aussi nourrir indirectement l'éthique managériale, la Responsabilité Sociale ou les « entreprises à missions », et ce, aussi dans les structures privées.

Sous des formes sécularisées, elle pourrait aussi être à l'œuvre dans la pratique même des employé-es des secteurs sanitaire et médico-social, donnant du sens à leurs gestes, nourrissant leur implication dans les établissements.

Nous y reviendrons dans la partie consacrée aux variables car les principes d'*abnégation*, de *compassion*, toutes deux sous-dimensions de la *Motivation de Service Public* paraissent conserver des traces de la Charité originelle.

2.2 La lente construction des cultures de métier



Les « maisons charitables » n'ont pas ou peu de médecins et l'idée du soin reste accessoire. Mis à part les ouvriers en charge des tâches d'entretien ou de cuisine, aucune compétence spécifique n'est attendue des intervenants des premières institutions.

Concernant la culture de métier, possible clé de diverses problématiques actuelles, implication, tension de rôle ou statut professionnel, l'évènement le plus important reste pour [Gutton](#) l'apparition au XVIIIème siècle de « techniciens des soins », précurseur des infirmiers et infirmières. Le besoin créant la fonction, il s'agit parfois de « paysans des environs » recrutés pour les besoins d'un hôpital militaire, ou de forçats désignés dans un bagne.

Processus aujourd'hui normalisé, des formations et des procédures d'intervention se mettent en place et vont instituer cette première profession attachée aux « hôpitaux et autres hospices ». Très vite, le « technicien de soin », rebaptisé « infirmier », va se

féminiser massivement. En 1771, le dictionnaire de Trévoux (Dufay, 1912 ; cité par [Gutton](#)) remplace le terme *infirmier* de 1721 par *infirmière*.

Cette affectation de fonctions selon le genre est encore prégnante aujourd'hui ([Messing & Elabidi, 2002](#)), et elle touche toutes les professions médicales ainsi que les fonctions support. Nous devons rester attentifs à ce point lorsque nous explorerons l'influence des métiers sur la fréquence et la gravité des accidents.

L'argument de cette partition, rappelé par [Gutton](#) dans le même article, cite les Augustines de la Miséricorde au XVII^{ème} siècle : « nous servirons les hommes les femmes et les enfants malades excepté que pour les services qui seraient peu convenables à notre sexe ». Elles se faisaient suppléer par des « serviteurs » masculins pour les tâches qui pourraient atteindre leur « chasteté totale ».

A l'opposé, les chirurgiens, d'abord barbiers, sont systématiquement des hommes. Il en est de même des médecins, rattachés aux facultés de médecine jusqu'au XVIII^{ème} siècle, et peu présents dans les établissements sanitaires.

Leur profession se structure autour de responsabilités que nous qualifierions de scientifiques : « démonstrations » aux étudiants, enquêtes sur le nombre de lits, de salles, de malades, échanges avec les médecins de province sur les méthodes de soins ou les remèdes, collecte d'informations sur les épidémies ou recherche de relations entre climat et fièvre. Elle se cristallise aussi sur un éventail croissant de droits (autopsie, conseil, ordonnances) qui leur sont réservés. En bref, la profession se développe d'abord en corps d'experts, exclusivement masculin, laissant aux infirmières le soin à proprement parler, quelle qu'en soit la forme.

C'est entre le XVIII^{ème} et le XIX^{ème}, à l'hôpital, que leur rôle va s'affirmer, d'abord sous forme de contrats de visites régulières puis par une supériorité hiérarchique sur les chirurgiens et les infirmier-es, enfin à travers leurs conseils, les décisions d'entrées et sorties, le contrôle des régimes alimentaires...

Cette stratification hiérarchique, technique, genrée, aura de nombreuses répercussions dans le présent, tant dans la répartition des rôles que dans la culture professionnelle ou les processus de décision.

2.3 La diversification des statuts juridiques



Point de fixation des critiques actuelles quand il s'agit de traiter des salaires, des conditions de travail, ou de la gestion du temps de travail, le statut juridique des établissements, public ou privé, à but lucratif ou non, occupe conversations et débats.

Pourtant, l'histoire ébranle cette vision trop catégorisée du secteur.

En termes de direction, dès la fin du XV^{ème} siècle, après la guerre de cent ans, les bâtiments des « maisons charitables » sont très endommagés et demandent des finances que l'Eglise n'a plus. La discipline des services se délite, amenant l'exclusion lente des « frères », dont les mœurs et la compétence sont mis en cause, et le renforcement du pouvoir médical.

Par nécessité et parce que la capacité financière des villes s'améliore, des représentants des communes ou des parlements territoriaux entrent dans les instances de décision des hôpitaux.

Les réformes d'Henri II et de son prédécesseur, évoquées supra, modifient d'une part la mission des « hôpitaux » qui acquièrent une compétence pour tout malade dans les limites d'un territoire administratif, d'autre part leur financement qui lie les établissements à une taxe communale.

D'une fonction autodéterminée par des communautés de femmes et d'hommes, les maisons s'institutionnalisent et acquièrent une charge territorialisée. Ce lien à la géographie humaine et politique, dont nous reparlerons, pourrait lui aussi avoir sa part dans les niveaux de sinistralité observés.

Si leur financement se clarifie et se pérennise, leur rôle se brouille à trop s'étendre. Ainsi, l'Hôpital général de Paris créé par Louis XIV surtout pour lutter contre la misère publique, hébergera plus de six milles indigents... et les fera travailler à la fabrication

de tapis « turcs ». Une statistique du temps de Necker (1732-1804) dénombre cent cinq mille personnes hébergées dans les hôpitaux dont quarante mille enfants trouvés, quarante mille vieillards et infirmes, et vingt-cinq mille malades, soit seulement vingt-quatre pour cent des résidants.

Le personnel est employé sans distinction pour l'ensemble de ces populations. Face à ce flot de détresse, nourri de charité par son encadrement, il va développer une culture commune, compassionnelle. Mais il est aussi formé et va aussi décanter une culture technique et professionnelle.

A la révolution, le Comité de Mendicité déjà cité va transformer les Hôpitaux en service public de l'Etat, comprenant un seul grand hospice par départements et de petites « maisons communales de malades ».

Du point de vue des employé-es, les « sœurs », encore très nombreuses, restent en place du fait de leur compétence mais aussi parce que les hôpitaux de province ne parviennent pas toujours à les remplacer. Elles changent seulement de statut en devenant salariées et préservent ainsi l'héritage confessionnel et l'idéal de charité.

L'institutionnalisation, la territorialisation des structures modifie profondément le statut de l'appareil sanitaire. Il intègre des missions de service public en contrepartie de financements de même nature. Il déploie ses prérogatives et met des compétences en regard.

Mais il faut encore attendre 1793 et 1794 pour que les Conventionnels décrètent la nationalisation des biens hospitaliers. Les hôpitaux deviennent alors établissements publics communaux. Les financements locaux remplacent les dons et legs, et les maires deviennent présidents des hospices de leur commune.

Le recours aux financements de charité s'éteignant, des « allocations », embryon de « prix de journée », sont payées pour les militaires, les « enfants trouvés » et les « aliénés » par leur administration de tutelle. Ce mode de financement, mutualisé, va ouvrir la voie à différentes formes de solidarité nationale.

La volonté nationale d'égalité en droits confronte l'Etat à une répartition inégale des établissements sur le territoire et à un tri arbitraire des malades. L'Etat va alors desserrer l'étau communal (qu'il avait mis en place pour réduire l'influence de l'Eglise) pour établir des réglementations nationales.

C'est donc assez tardivement qu'une logique nationale complètera la logique communale, sans jamais la remplacer totalement.

Au cours du XIX^{ème} siècle, confortées par la progression des revenus, de nombreuses institutions privées voient le jour en complément des établissements publics, obtenant du Conseil d'Etat une « reconnaissance d'utilité publique » et reproduisant la double attache des hôpitaux à la mission nationale et aux besoins territoriaux.

Avec ces organisations se constitue un second service de santé associant financement hybride, gestion privée et objectifs publics.

Pourtant, malgré une gestion à but lucratif, du fait de la forte culture de métiers, des racines idéologiques et sans doute du travail lui-même, nous constaterons infra que le personnel des structures publiques ou privées conserve une culture professionnelle très proche.

Pour revenir à notre problématique, comme nous l'avons précisé dans l'introduction, il est surprenant que les établissements du secteur sanitaire, dont les origines, l'activité et les métiers sont très similaires à ceux du médico-social, présentent une sinistralité beaucoup plus basse et davantage en phase avec les tendances générales.

Nous avons posé que cette différence pouvait provenir d'éléments organisationnels distincts selon l'activité. Afin d'explorer ce postulat, il nous faut examiner successivement les différents secteurs et en extraire les éléments divergents.

Nous examinerons tout d'abord le secteur sanitaire avant d'observer la situation du secteur médico-social puis l'aide à domicile dont l'histoire reste singulière.

2.4 Le sanitaire dans les turbulences



Après la longue période de destin commun que nous venons de décrire, le secteur sanitaire se différencie juridiquement par l'entremise de deux lois.

Point de bascule, la loi du 21 décembre 1941 entérine l'accueil dans les hôpitaux « des malades, des vieillards, des infirmes et incurables, des femmes en couche n'appartenant pas aux catégories » indigentes, bref impose de manière détournée l'accueil de tout malade et restreint par défaut l'accueil des « pauvres ».

La Loi de 1970 confirme la séparation des filières en retirant aux administrations hospitalières la possibilité de créer et gérer des hospices (pour vieillards valides) ou « d'autres établissements à caractère social ». La séparation des secteurs sanitaire et médico-social est consommée.

La même loi prévoit l'instauration d'une « carte sanitaire » et des « procédures d'approbation » par l'autorité de tutelle des « programmes et les projets relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements publics de santé » (Loi 70-1318, Art. 48). Elle comporte à l'article 4 une typologie des « centres hospitaliers » selon leur objet et missions, typologie amendée par les lois ultérieures.

Au 31 décembre 2017 ([DREES](#), 2019) ce secteur comprend 3016 structures d'hospitalisation à temps complet (avec hébergement compté en lits) ou à temps partiel (compté en places). 1364 sont publiques (45%), 1002 sont privés à but lucratif (33%), 680 sont privés à but non lucratif (22%).

Pour l'essentiel, les établissements publics sont des hôpitaux (178 régionaux, 947 classiques, 98 psychiatriques, 174 centres de Soins de Longue Durée), les établissements privés à but lucratif sont des cliniques. Les établissements à but non lucratif, quant à eux, présentent un panorama plus varié.

Tableau 5 : Catégories d'établissements de santé en 2013 et 2017

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et 2017

| | Entités | | Nombre de lits | | Nombre de places | |
|--|-------------|-------------|----------------|---------------|------------------|--------------|
| | 2013 | 2017 | 2013 | 2017 | 2013 | 2017 |
| Secteur public | 1458 | 1364 | 256957 | 246395 | 41794 | 42385 |
| CHR/CHU | 183 | 178 | 73656 | 71082 | 9808 | 10510 |
| CH, hors anciens hôpitaux locaux | 721 | 716 | 134776 | 132804 | 16715 | 17041 |
| CH, anciens hôpitaux locaux | 261 | 231 | 10631 | 9555 | 175 | 53 |
| CH spécialisés en psychiatrie | 98 | 95 | 25904 | 23944 | 14648 | 14331 |
| Établissements de SLD | 174 | 127 | 8935 | 7050 | 0 | 0 |
| Autres établissements publics | 21 | 17 | 3055 | 1960 | 448 | 450 |
| Secteur privé non lucratif | 712 | 680 | 58241 | 56482 | 12903 | 13882 |
| CLCC ¹ | 21 | 21 | 2887 | 2732 | 891 | 671 |
| Établissements de SCD ou pluridisciplinaires | 155 | 143 | 19423 | 18805 | 2573 | 2847 |
| Établissements de soins de SSR | 366 | 371 | 25367 | 25669 | 4051 | 4652 |
| Établissements de SLD | 46 | 19 | 2185 | 850 | 0 | 0 |
| Autres établissements à but non lucratif | 124 | 126 | 8379 | 8426 | 5388 | 5712 |
| Secteur privé à but lucratif | 1022 | 1002 | 98008 | 96988 | 17245 | 19185 |
| Établissements de SCD ou pluridisciplinaires | 532 | 498 | 58105 | 53629 | 13387 | 13816 |
| Établissements de soins de SSR | 334 | 350 | 26954 | 29396 | 2661 | 3597 |
| Établissements de lutte contre les maladies mentales | 144 | 145 | 12447 | 13568 | 1197 | 1687 |
| Établissements de SLD | 12 | 7 | 502 | 377 | 0 | 50 |
| Autres | 0 | 2 | 0 | 18 | 0 | 35 |
| Ensemble | 3192 | 3046 | 413206 | 399865 | 71942 | 75452 |

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SCD : soins de courte durée ; SLD : soins de longue durée.

En termes d'organisation, l'apport principal du XX^{ème} siècle vient de la qualité des traitements médicaux. Concentrant l'essentiel de ces compétences grâce à son lien avec la Faculté, l'hôpital se spécialise comme centre de soins et le médecin devient prépondérant.

De leur côté, exclues de toute mission de santé, les structures non sanitaires vont raviver leurs racines dans les institutions de charité ou de bienfaisance issues de l'Ancien Régime. Avant d'en détailler dans le prochain point les principales caractéristiques, reprenons l'histoire maintenant autonome des hôpitaux.

2.4.1 *Hôpital et cultures de métiers*



La Loi de 1941 trace donc une première bifurcation entre institutions pour malades et structures pour « nécessaires ». Elle étatique les activités hospitalières et réduit

l'influence des pouvoirs locaux. Mais elle attribue aussi à la Direction des hôpitaux (nommée par l'Etat mais autonome) le recrutement de tout le personnel à l'exception du personnel médical, nommé quant à lui directement par l'Etat (Préfet ou Ministre).

Cette double désignation divise de fait métiers médicaux et métiers non-médicaux. Cette situation se trouve renforcée par la création le 21 juillet 2009 de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) dont le Président, obligatoirement médecin, coordonne la politique médicale de l'hôpital aux côtés et non sous les ordres de la direction, issue pour sa part de la gestion, généralement diplômée de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Cette situation, très atypique, d'obligation légale de gestion en duo bi-disciplinaire est sans doute une des conséquences et une des causes de la tension entre culture médicale et culture managériale, chacune se consolidant au miroir de l'autre.

Mais loin de se limiter à cette distinction médical/non médical, la hiérarchisation des professions, présente comme nous l'avons montré dès la Renaissance, va se compliquer de l'apparition de nouvelles catégories de métiers.

Nous devons préciser à ce propos que l'évolution de la taxinomie des métiers rend difficile les comparaisons sur le long terme. Nous tenterons pourtant de mettre en regard les années 70 et l'époque actuelle, scrutée depuis le début du XXIème siècle par le Système d'Information des Agents des Services Publics (SIASP) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Si l'on reste dans la période de 2010 à 2018, la DREES, appuyée sur la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), montre une croissance très forte de l'effectif (près de quinze pour cent en huit ans) pour atteindre en 2018 un effectif salarié de plus d'un million trois cent mille employé-es, dont vingt-trois pour cent pour le secteur privé.

En termes de métiers, nous tenterons une comparaison dans le secteur public avec les chiffres de Jean [Imbert](#) (1982) fournis pour l'année 1977 et les données de la SAE produits de 2010 à 2018.

Tableau 6 : Nombre d'employé-es, évolution et distribution par catégories de métiers 1977/2018
Sources : [Imbert](#) (1982) et SAE (analyse DREES)

| Catégories de métiers | Imbert | SAE Secteur Public | | | Distribution par métier | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|------|
| | 1977 (x10 ³) | 2010 (x10 ³) | 2018 (x10 ³) | 2010/2018 | 1977 | 2018 |
| Direction | 1,5 | | | | 0,6% | |
| Administratifs | 20,0 | 99,2 | 101,1 | 1,9% | 7,7% | 9% |
| Technique et ouvrier | 50,0 | 99,9 | 100,4 | 0,5% | 19,2% | 9% |
| Infirmiers | 50,0 | 233,2 | 247,7 | 6,2% | 19,2% | 22% |
| Aides-soignant-es | 46,0 | 176,7 | 184,0 | 4,1% | 17,7% | 17% |
| Agents de service | 82,0 | 73,9 | 67,0 | -9,3% | 31,5% | 6% |
| Médecins | 11,0 | 92,1 | 96,1 | 4,3% | 4,2% | 9% |
| Internes | | 23,7 | 31,9 | 34,6% | | 3% |
| Sages-femmes | | 12,0 | 12,7 | 5,8% | | 1% |
| Autres soignants | | | 116,0 | | | 10% |
| Autres non-soignants | | 159,5 | 157,2 | -1,4% | | 14% |
| Total | 260,5 | 970,2 | 1 114,1 | 14,8% | | |

Concernant les catégories les plus stables dans leur définition, alors que le nombre d'employé-es connaît une forte croissance entre 1977 et 2018, confirmée par la SAE sur les 15 dernières années (près de 20%), la part des médecins sur l'ensemble du personnel hospitalier a quasiment doublé, et la part d'infirmier-es et d'aides-soignant-es reste stable.

Durant cette période, Plus incertaine du fait de l'évolution de ces métiers dans leur dénomination et leur contenu, la part des agents de services montre une très forte baisse entre les années 70 et aujourd'hui.

Toute conjecturale qu'elle soit, cette allégation est corroborée par une baisse similaire observée par la DREES durant les quinze dernières années. De la même manière, la part des techniciens et ouvriers est divisée par deux depuis les années 70, mais reste stable durant les huit années d'analyse de la SAE. Enfin, dans le même temps, la part d'administratifs apparaît en croissance constante.

Si les chiffres restent indécis pour ces dernières catégories, la tendance lourde est incontestable : le secteur se développe à un rythme accéléré, il se bureaucratise sensiblement et se médicalise massivement (tout en diversifiant fortement les métiers du soin). Durant la période les personnels ouvriers voient leur nombre croître à un rythme beaucoup plus faible que les autres, perdant de fait de l'influence.

En terme de métiers, deux catégories doivent être observées avec beaucoup plus d'attention.

Une nouvelle catégorie de personnels « médicotéchniques » est créée par le décret n°89-613 du 1^{er} septembre 1989 (aides de pharmacie, aides de laboratoire, aides d'électroradiologie), et compte en 2017 près de soixante mille employé-es, soit l'équivalent des agents de service (6% de l'ensemble). Ces métiers, d'abord spécifiés comme techniques, puis associés statutairement au personnel de rééducation, se répartissent pour la SAE entre personnel soignant et personnel non-soignant, compliquant leur observation.

Nous pouvons considérer que certains métiers, (bâtiment par exemple) ont subi une forte réduction. C'est en effet ce qui apparaît à la lecture des organigrammes hospitaliers. Les ouvriers autrefois spécialisés deviennent polyvalents et les nouveaux matériaux et outils (en particulier en plomberie, électricité, huisserie, charpente) améliorent leur productivité et encouragent leur mutualisation entre établissements.

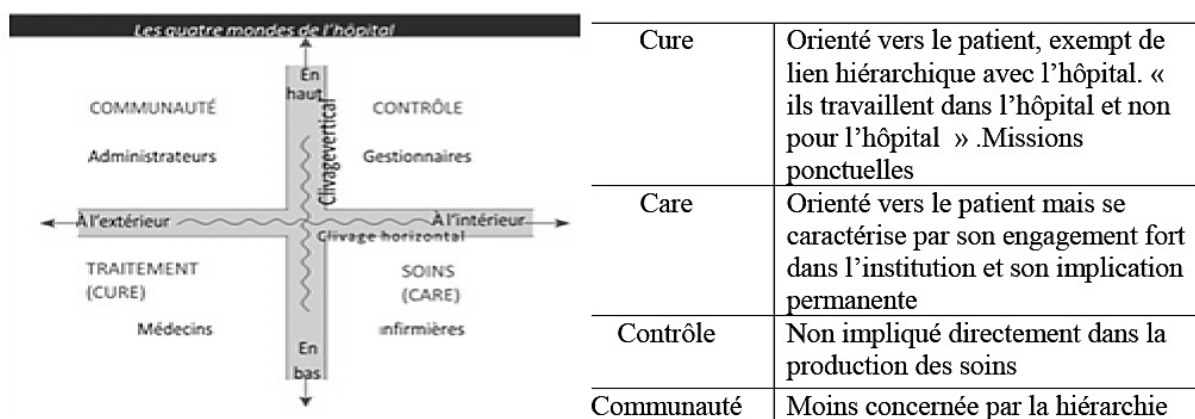
Dans le même temps, de nouveaux métiers techniques apparaissent (imagerie médicale, climatisation, gaz médicaux, chambres stériles, appareillage divers...).

Dans l'ensemble les métiers techniques ont connu une baisse en proportion entre 1977 et 2018, passant de 19,2% à 14% (100 mille techniciens et ouvriers plus 60 mille médicotéchniques). La conséquence est l'affaiblissement de la culture technique dans la création de valeurs, particulièrement lorsqu'elle est considérée comme simple support de la fonction de soin. On peut citer à ce propos Miremont (2014) pour qui le sous-système « technique » est soit associé au management au travers d'outils de

gestion dont nous reparlerons infra, soit associé à la clinique par les outils de diagnostic et d'observation.

La culture ouvrière et (purement) technicienne, pourtant présente depuis toujours à l'hôpital, n'apparaît dans aucun des articles consultés, tous occupés par les conjonctions/disjonctions entre culture médicale et culture managériale. A titre d'exemple, [Glouberman](#) & Mintzberg (2002) conçoivent l'hôpital comme le croisement de quatre mondes (et non cinq) selon le schéma suivant :

Figure 3 : Les quatre mondes de l'hôpital



Cette absence est d'autant plus fâcheuse qu'une étude publiée par l'[ATIH](#) (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) en 2014 plaçait les métiers techniques en troisième et quatrième positions des métiers les plus touchés par les accidents de travail.

Tableau 7 : Métiers les plus touchés par les accidents du travail

| Métiers les plus touchés par les accidents de travail | Nombre d'établissements | % dans l'ensemble des établissements |
|---|-------------------------|--------------------------------------|
| 05C10 - Infirmier(ère) en soins généraux | 238 | 97,94% |
| 05R10 - Aide-soignant(e) | 236 | 97,12% |
| 30F30 - Agent de bio-nettoyage | 188 | 77,37% |
| 20I30 - Agent de maintenance générale des bâtiments | 61 | 25,10% |
| 25R20 - Agent de production culinaire / alimentaire | 30 | 12,35% |
| 25R30 - Agent de restauration et d'hôtellerie | 30 | 12,35% |

Les six métiers les plus touchés par les accidents du travail sont les suivants :

- **Infirmier(ère) en soins généraux** : 238 établissements, soit 97,9% des établissements.
- **Aide-soignant(e)** : 236 établissements ont indiqués ce métier, soit 97,1% des établissements.
- **Agent de bio-nettoyage** : 188 établissements, soit 77,4% des établissements.
- **Agent de maintenance générale des bâtiments** : 61 établissements, soit 25,1% des établissements.
- **Agent de production culinaire / alimentaire** : 30 établissements, soit 12,3% des établissements.
- **Agent de restauration et d'hôtellerie** : 30 établissements, soit 12,3% des établissements.

Si la méthodologie est discutable (déclaratif des 348 établissements sur une question optionnelle), cette unique mesure trouvée confirme que ces métiers occupent une place importante en termes de sinistralité.

Une autre catégorie dénombrée par la SAE est absente en 1977, celle des internes. Statutairement étudiants en médecine, ils représentent en 2018 un tiers de la population des médecins et montrent une croissance exponentielle.

Les législations successives touchant à l'emploi de ces étudiants dans l'hôpital (arrêté du 6 novembre 1995 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des gardes médicales effectuées par les internes, arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes ou arrêté du 6 août 2015 relatif aux astreintes des internes) vont par destination créer un corps professionnel rattaché au corps médical sans y être totalement inclus.

Devenus incontournables, ces « étudiant-es » présentent un temps réel de travail souvent contraire à la législation du travail, et à ce point considérable qu'il rend parfois délicat l'évaluation du coût réel des soins. Leur présence en tant que soignants, si elle affermit la culture professionnelle médicale, renforce aussi la dimension universitaire et ses corolaires, innovation et recherche. Plus intéressant pour notre thèse, les internes développent aussi des éléments-clé de la culture universitaire, pouvoir de la connaissance, hiérarchie des titres...

Ces cultures de métier, très fortes à l'hôpital, pourraient induire des comportements spécifiques en termes de risques, de respect des normes et procédures, de confiance dans la technique ou l'institution. Ils paraissent les véritables piliers de la culture d'entreprise et de secteur et porteurs de valeurs que nous détaillerons dans la partie consacrée aux variables.

A l'opposé, il nous semble utile de rapporter ici combien la littérature cite fréquemment la « culture hospitalière » sans jamais la définir. Elle la qualifie parfois de « biomédicale », la considère souvent comme dipolaire « managériale et médicale », la renvoie généralement à la culture bureaucratique de [Weber](#) mais une large revue

de la littérature nous apporte très peu de précisions sur les valeurs qu'elle colporte. De fait, elle finit par en tracer une image plus proche de ce que nous pourrions appeler « esprit de corps », sentiment d'appartenance, identification à une communauté.

Pour notre part, il nous apparaît que la culture hospitalière (et nous pourrions en dire autant de la culture médicosociale) n'existe pas en tant que telle. Elle ne semble être qu'une extrapolation de deux cultures de métier, celle des médecins et celle des infirmières, mises artificiellement en lien par les objectifs qu'ils partagent, auxquelles s'est ajoutée une culture gestionnaire, issue de la culture bureaucratique dont nous reparlerons à plusieurs reprises, entre autres à propos du NPM ou New Public Management.

L'ensemble des caractéristiques attachées à la culture hospitalière est systématiquement rattaché à un ou des métiers précis, comme nous allons le détailler.

La charité des origines explicitement liée aux métiers AMP/AME et d'infirmier-es rejoint des éléments de la culture universitaire exclusivement détenus par les médecins et internes, et porteuse de légitimité des savoirs, hiérarchisation par les diplômes, distance aux pratiques techniques (elles, statutairement affectées aux métiers de maintenance pour le matériel, aux infirmier-es pour le soin, aux AMP/AME pour l'entretien du corps). Quant aux éléments de la culture managériale que nous détaillerons infra ils sont fonctionnellement propriété des postes de gestion (direction, comptabilité, ressources humaines...). Enfin des éléments de la culture technique apparaissent dans la définition des métiers d'infirmier-es et d'ouvriers, même si elles peuvent marginalement être évoquées par un chirurgien cardiaque se présentant comme un « mécano du cœur ». Ce sont bien ces métiers qui portent les valeurs d'analyse empirique des dysfonctionnements, sens de l'expérimentation, valorisation de l'objet fabriqué et efficace, recours à la machine.

Ces marqueurs des cultures de métier, normalement en dialogue, souvent en concurrence, parfois en conflit, pourraient avoir, du fait de leur influence sur les comportements, un impact indirect sur la sinistralité.

S'il reste difficile d'explorer les relations qu'entretiennent chacune des cultures professionnelles avec la sinistralité, nous pourrions déduire du poids relatif des métiers dans chaque activité une combinaison distincte des variables organisationnelles.

Comme nous venons de le montrer, ce passage par les métiers est aussi la clé de compréhension de ce qui unit (et différencie) les trois secteurs de notre étude.

Pour revenir à l'organisation de l'hôpital, une révolution est en cours, l'installation croissante du New Public Management. Très présente dans la littérature de gestion, associée à l'hôpital à un phénomène de « protocolisation », cette nouvelle forme de gestion pourrait apporter des modifications profondes des pratiques organisationnelles et indirectement une évolution de la sinistralité.

2.4.2 *Protocolisation et New Public Management*



En parallèle de cette dynamique de métiers, la pratique elle-même se modifie en profondeur et se « protocolise ». Dérivé de protocole, en tant qu'ensemble de règles et de gestes garantissant la performativité d'une cérémonie, on parle de « protocolisation » à l'hôpital comme de l'ensemble de consignes, techniques, gestes à accomplir en vue de prodiguer un soin précis conformément à un plan préétabli. Plus succinctement, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) parle d'un « descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer ».

Si la formation professionnelle ou le partage de compétences entre pairs participent déjà depuis longtemps à l'acquisition de ces procédures, plusieurs réformes ont accéléré son implémentation.

Le confortement du droit du malade (ou du patient dans la Loi du 4 mars 2002) par les ordonnances de 1996 pose un principe fondamental, celui d'évaluation et d'analyse de l'activité, première pierre du NPM. C'est dans cet objectif qu'est créée l'ANAES qui fixe les « bonnes pratiques cliniques » et de ce fait procédure toute activité médicale. Concrètement, cet objectif amène à évaluer les pratiques de tous les établissements et à en déduire les pratiques les plus efficaces pour les constituer en « pratiques de références ».

A partir de ce benchmarking, des comités d'experts de l'ANAES, tous médecins, vont produire des « référentiels, composés de normes, recommandations ou standards en matière de qualité », en d'autres termes des *protocoles* détaillant les procédures de réalisation de chaque acte de soin.

La Haute Autorité de Santé (HAS) qui remplace l'ANAES le 13 août 2004 voit ces compétences étendues à l'évaluation des actes et prestations, à la certification des établissements de santé et à la formulation de recommandations médicales.

En parallèle de ce mouvement dans la culture médicale, un autre mouvement, du côté de la gestion, instaure les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM). Ceux-ci déterminent aussi des objectifs de qualité et de sécurité des soins mais plus politiques et assortis de moyens financiers fléchés par fonction.

Dans le même sens, le financement, jusque-là une Dotation Globale calculée à partir du nombre de « journées » produites par l'établissement et reconduite d'année en année, se transforme en Tarification à l'Activité (dite T2A).

Pour le dire autrement, au lieu d'ajuster un financement global sur la déclaration des établissements, leur laissant la charge d'estimer leur activité et de répartir leurs ressources, on évalue le coût des actes médicaux qu'ils produisent. D'autre part, le précédent mode de financement, pour éviter de mettre en difficultés les établissements, avait été adapté sur les budgets en cours, quitte à ce que le « prix de journée » varie fortement d'un établissement à l'autre.

Le nouveau mode de financement se fonde sur un algorithme complexe. Chaque acte de soin est catégorisé, son coût moyen évalué, avant d'être remboursé par la Caisse d'Assurance Maladie. Ce dispositif impose un enregistrement strict par chaque établissement de toutes les actions réalisées et leur affectation à une nomenclature détaillée grâce au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Conformément aux vœux de ses concepteurs, la T2A a amené les responsables d'établissements à analyser leurs coûts à l'acte mais contrairement à leurs souhaits, ceux-ci en ont déduit des « conduites d'opportunité et d'optimisation » (Le [Menn](#) &

Milon, 2012). Chaque établissement orientant sa pratique et ses déclarations vers les actes les mieux évalués, la T2A n'a pas enrayé l'inflation des dépenses de santé.

Plus impactante lorsqu'elle est associée à la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), qui oblige tout établissement public à justifier « au premier euro » et à évaluer sa performance en comparant objectifs résultats et moyens consommés, la T2A a instillé une forme de pensée gestionnaire dans toutes les tâches de l'hôpital parfois jusqu'à l'excès (chronométrage des toilettes des patients ou pesage des rations de nourriture). Elle apparaît ainsi, en compagnie des CPOM ou du PMSI, comme de simples avatars du New Public Management ou NPM.

Mais comment définir ce mode de gestion puisqu'il s'agit en fait d'un agrégat disparate de méthodes et d'outils. La « nouvelle gestion publique » ou NPM (pour New Public Management) est généralement traduite comme l'ensemble de réformes visant à rationaliser les dépenses du secteur public par l'application à celui-ci de pratiques développées dans le secteur privé.

Pour [Hood](#) (1995), le NPM est charpenté par cinq principes fondamentaux : le management par les résultats, la mesure des impacts des actions, la recherche de la satisfaction du client, l'assainissement des finances publiques, l'amélioration de la sincérité des comptes.

Tout en défendant la démarche, [Hood](#) reconnaît, en reprenant le tableau de [Sieber](#) (2013), l'existence d'effets néfastes qui peuvent être activés par l'implémentation du NPM. Sans les citer tous, on peut mentionner ceux qui sont le plus susceptibles d'impacter notre secteur d'étude.

Ecueil fréquent, le « déplacement d'objectif » peut transformer un objectif instrumental (économie de moyens, délai de réalisation...) en objectif final, oblitérant les objectifs fondamentaux des opérateurs (soins ou bien-être des patients par exemple). Tout aussi habituel, l'effet de « provocation » répond au renforcement du contrôle par une opposition de principe et une baisse de la confiance organisationnelle. Les employé-es peuvent par exemple refuser de produire les compte-rendu d'activité

ou affecter frauduleusement certains actes à des catégories inappropriées mais plus valorisées.

Troisième piège, la « classification » survalorise des résultats intermédiaires seulement symboliques au détriment de réalisations plus substantielles et difficiles à atteindre (par exemple une économie de consommables plus valorisée qu'une amélioration de l'hygiène des patients). Tout aussi fâcheux le « surinvestissement » peut épuiser les ressources humaines par la poursuite d'objectifs inatteignables (zéro risque, taux élevé de guérison...). Enfin, le « placage » d'une politique sans analyse de la situation peut amener des ruptures de compromis anciens. Une bonne entente entre direction et coordination médicale peut par exemple être mise à mal par le contrôle financier par la première des activités de la seconde.

Avant de préciser les conséquences de cette dialectique, examinons les raisons de l'arrivée du NPM à l'hôpital. [Minvielle](#) (2003/5) y voit une réponse à la croissance exponentielle des dépenses de santé, les financeurs se posant la question des coûts dès les années 1975. Pour Pascal (2003/5), l'entrée du NPM à l'hôpital est aussi due à l'intensification de la concurrence, aux attentes du patient (exigence d'un résultat, d'une réduction des risques et d'une équité de traitement) et au nouveau consumérisme de santé (chirurgie de confort, réduction des douleurs...).

Mais d'autres raisons, médicales celles-là, peuvent aussi l'expliquer. La nécessaire coordination des professionnels autour de pratiques complexes ou les ressources partagées et rares pour répondre aux trajectoires singulières des patients a aussi concouru à ces changements de fond. Et il ne faut pas non plus hypertrophier l'opposition sur ce point entre culture gestionnaire et culture médicale, car l'association de médecins aux décisions de la CME a aussi amené ceux-ci à se questionner sur les limites en moyens et sur la délicate allocation des ressources.

Pour Pascal, ces causes convergent toutes vers une normalisation gestionnaire des processus, même si un « contrôle par les moyens » peut parfois se trouver en contradiction avec les protocoles strictement médicaux de l'HAS. Les soins en « mode

dégradé » durant la crise du COVID disent ce dilemme mais témoignent aussi de la conscience gestionnaire du personnel médical.

En bref, la rencontre d'outils de gestion et d'indicateurs de performance issus de l'industrie avec la protocolisation des soins met en tension le lien entre « coûts de production » et « résultats sanitaires » et peut raviver l'antagonisme toujours latent entre management et médical.

Plus fondamentalement, comme nous l'avons vu supra, la quête du « bon soin » existe depuis le XVIIIème siècle et elle s'appuyait déjà sur des référentiels externes produits par des experts pour répondre à une pathologie précise. C'était un processus hiérarchisé, vertical, soutenue par une répartition genrée des tâches. Il procédait d'une culture universitaire mâtinée progressivement de bureaucratie. Suivant l'évolution générale de notre pays, il s'est appuyé sur une institutionnalisation nationale.

A l'opposé de cette légitimité par un savoir centralisé, le processus organisationnel imposé par le NPM renvoie à l'autonomie (et à la responsabilité gestionnaire) du professionnel, à l'ajustement mutuel et horizontal (inter et pluridisciplinaire), à une formalisation de procédures locales au sein de chaque établissement.

C'est donc aussi dans le mécanisme organisationnel que le NPM peut entrer en conflit avec le protocole médical, même si celui-ci l'intègre, ne serait-ce que par la « disponibilité de plateau technique, du matériel, ou des autres professionnels ».

De fait, qu'il y ait localement conflit ou non, le NPM ébranle par ses desseins les fondements mêmes de la culture sanitaire. Pour anticiper nos réflexions ultérieures il pourrait générer du *conflit de rôle*, de la perte *d'implication*, de *confiance*, de *soutien* entre les employé-es, voire *d'intention de quitter* la structure.

A l'appui de ce raisonnement, en 2009, alors que la Loi HPST est en discussion, un conflit social embrase l'hôpital, se médiatise et trouve des relais syndicaux. Le NPM se heurte au « mouvement de défense de l'hôpital public », refusant qu'une « telle idéologie mette en faillite le soin, le travail social... », et « compromet[te les] métiers et [les] missions » (cité par [Hély](#), 2009). Après une pétition réunissant plus d'un million

de signatures, une manifestation est organisée par une intersyndicale de l'AP-HP contre « l'hôpital-entreprise ». Seul résultat obtenu, la convergence tarifaire entre cliniques et hôpitaux est renvoyée à la décennie suivante.

Suite à ce conflit, Irène [Georgescu](#) & Gérald Naro (2012), tous deux chercheurs en gestion, tentent de mesurer les impacts du NPM sur l'hôpital.

Pour eux, la RAPM pour « Reliance on Accounting Performance Measures » ou « dépendance des mesures comptables de performance » induit une pression budgétaire auprès des praticiens hospitaliers et par contrecoup augmente les risques psychosociaux, principalement pour eux les « tensions au travail, les tensions de rôle ou encore, la propension à la manipulation de données ».

Pour étayer leur hypothèse, ils interrogent les professionnels sur l'effet des outils de management sur les attitudes et comportements du personnel investi dans une mission de service public.

Corroborant [Argyris](#) (1952), ils montrent que les objectifs comptables augmentent les contrôles et les systèmes de sanctions/récompenses individuelles et collectives. Or comme nous l'avons vu, le contrôle médical reste majeur à l'hôpital, du moins pour les métiers de médecin (et interne) et d'infirmier-e. Pour ces deux universitaires, le conflit avec le contrôle gestionnaire se cristallise sur le risque d'infraction aux règles déontologiques, un parasitage de la socialisation (interne au corps médical) des pratiques, une remise en cause de la protocolisation afférente des seuls résultats sanitaires. Pour ces deux auteurs, la pression budgétaire génère donc des conflits de rôle, cause importante de Troubles Médico-Psychologiques.

Brami & al. (2013/3), en prenant l'absentéisme comme indicateur de mal-être, déterminent à partir de dix établissements de santé que les transformations décrites ci-dessus bouleversent les organisations et dégradent les conditions de travail.

Plus récemment, [Rivière](#) et al. (2019/2) montrent à partir d'un questionnaire de quatre-cent-quarante-cinq cadres de santé que le NPM augmente non seulement le

conflit de rôle mais aussi la charge de travail et le conflit travail/famille, augmentant par contrecoup le stress professionnel.

Nous nous appuyerons sur ces travaux pour explorer la relation entre ces variables et les accidents du travail et nous observerons les différences potentielles que le NPM peut engendrer entre les secteurs du sanitaire public, du sanitaire privé et des autres activités.

2.4.3 *Santé et sécurité*



Une des raisons invoquées pour l'implantation du NPM à l'hôpital est l'exigence de sécurité des soins, plus techniquement la prévention des affections nosocomiales. Si la sécurité (des patients) apparaît dès 1996 comme une priorité, celle des soignants est longtemps absente. A titre d'exemple, l'ordonnance du 14 avril 2004 ne parle encore que des risques pour les patients ou pour l'hôpital et non pour les soignants.

Tout aussi étonnant, la revue de littérature évoque abondamment les Risques Psycho-Sociaux (RPS) dans les années 2000 et parfois la pénibilité mais pas les risques physiques ou biologiques, pourtant très présents dans les déclarations d'accidents, et ce, alors que les RPS peinent à trouver une définition partagée.

Ainsi, le rapport [Gollac](#) (du nom du président de la commission) publié en 2011, est consacré aux RPS et n'aborde pas les accidents. Pourtant, il affirme d'entrée combien ces RPS sont à la fois un enjeu de société et un « problème pour les scientifiques » puisqu'il n'y a pas « de consensus dans le monde scientifique sur la façon de concevoir et traiter les Risques Psycho-Sociaux au travail [et qu'il] existe encore moins une théorie unifiée » à leur sujet.

Comme nous le ferons à propos de l'accident du travail, il choisit d'interroger au sujet des Risques Psycho-Sociaux de nombreuses disciplines pour en délimiter le contour et la définition : épidémiologie et épidémiologie psychiatrique, ergonomie, gestion, psychologie et psychiatrie clinique, médecine du travail, sociologie, économie, droit.

Dans une démarche qui nous servira de vademécum, il liste de très nombreuses variables, issues de plusieurs modèles explicatifs, entre autres ceux de [Karasek](#) (1979), [Karasek](#) et Theorell (1994) ou [Siegrist](#) (1996), des modèles que nous examinerons plus en détail infra.

Comme il l'indique, le droit reste muet sur les RPS, à l'exception de la très vague obligation pour l'employeur de prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (Code du Travail Art L4121-1). Et il en est de même pour l'accident du travail.

L'article L6143-2 du code de la Santé Publique crée « le projet d'établissement » qui doit intégrer un « projet social et un projet de gouvernance et de management » sans mentionner de manière explicite les obligations de l'employeur en termes de sécurité. Seul un « Protocole d'accord », signé le 14 mars 2014 avec cinq organisations syndicales sur huit après trois mois de conflit, fait explicitement référence aux conditions de travail des personnels hospitaliers.

Ce protocole enjoint les hôpitaux d'écrire en concertation avec le personnel un volet qualité et amélioration des conditions de vie au travail dont l'objectif est de « prévenir des atteintes à la santé du personnel au travail ».

Une rapide revue actuelle des projets sociaux des hôpitaux montre une grande hétérogénéité sur ce sujet. Si le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse ou l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris en font un volet important de leur projet d'établissement 2018-2022 ou 2021-2025, il apparaît marginal dans ceux de Lille ou celui (en construction) d'Angers.

Malgré une histoire de plusieurs siècles, la consolidation lente des métiers et la présence d'instances de représentation des personnels, la question de la sécurité des employé-es n'apparaît donc que comme le n^{ième} volet des projets d'établissements. Quant au risque physique, il est laissé à la seule ergonomie préventive, jusque-là très efficace mais atteignant peut-être plusieurs limites. En premier lieu la stagnation des chiffres de sinistralité, au moins dans les secteurs qui nous intéressent, nous laisse

supposer que l'amélioration des conditions physiques de travail ne peut indéfiniment réduire le risque. La seconde tient au nombre même d'ergonomes. L'Organisation Représentant les Métiers de l'Ergonomie (ORME) en recense un peu plus de 2500 en 2021, dont un tiers travaille dans des entreprises de plus de 1000 salarié-es, et 54% se retrouvent à deux ou trois ergonomes dans l'entreprise.

Ce petit nombre, même lorsque leur action est démultipliée par les services pour lesquels ils travaillent, centres de santé au travail (17% des répondants), organismes de prévention (4%), centres de gestion (2%) ou cabinets de consultants (32%), ne permet pas un travail étendu aux plus de 4 millions d'entreprises (INSEE, 2019).

Plus inquiétant pour notre recherche, la reconnaissance tardive et partielle des risques pour les employé-es du secteur sanitaire interroge sur les politiques de prévention mises en place et sur leur efficacité, tant est rappelée la nécessité pour la prise en compte des politiques qu'elles soient portées avec force par les cadres dirigeants.

Avant de passer au secteur médico-social, un dernier point nous paraît notable dans l'évolution actuelle du secteur sanitaire, sa (re)-territorialisation.

Après avoir été très localisé à ses origines, le secteur a été puissamment étatisé, d'abord par l'Ancien Régime puis par la République. Aujourd'hui, de décentralisation en déconcentration, de métropolisation en clusterisation, un retour au territoire se fait jour, interrogeant la mise en réseau des établissements.

2.4.4 *Soin et Territoires*



Comme nous l'avons vu à propos des origines du système sanitaire, le territoire est immédiatement au cœur des enjeux. Mais il ne s'agit du même territoire partout. Les initiatives étant d'ordre privé, chaque institution a son organisation. Peu structurée, elle va s'étendre sur un territoire plus ou moins ample selon les ressources et la volonté des gestionnaires.

Du côté du personnel, longtemps le recrutement se fait au plus proche, sans égard pour les compétences, employant indifféremment des agriculteurs pauvres ou des

indigents venus trouver du secours alimentaire et finalement employés à s'occuper d'autres indigents ([Clément](#), 2001).

Le tournant municipal est pris avec les lois déjà citées d'Henri II (1551) associant à une taxe communale affectée aux pauvres une entrée des édiles locaux dans l'administration des « hôpitaux ». La nationalisation de la Révolution assortie du devoir de secours public, réduira sans l'éradiquer cette mainmise locale.

L'apparition du territoire en tant qu'espace d'exercice des compétences de soins apparaît avec la Loi de 1970 (cf supra). L'hôpital est alors pensé uniquement comme pourvoyeur de services, mais une première hiérarchisation est mise en œuvre d'une part avec la gradation des obligations assignées à chaque type d'hôpital, d'autre part par l'élaboration de la carte sanitaire.

Même si elle est sous-jacente auparavant, la responsabilité de l'hôpital sur la coordination des soins dans un territoire n'apparaît implicitement que dans l'ordonnance du 24 avril 1996 qui encourage dans le Titre III à « favoriser la constitution de réseaux de soins [...] et les actions de coopération ». Pour donner corps à ces réseaux, le Titre VII incite à l'organisation de « groupements de coopération sanitaire » avec mise en commun de moyens.

L'impulsion politique est donnée, et la loi du 21 juillet 2009 va préciser les modalités de ces coopérations. En créant les Communautés Hospitalières Territoriales (CHT) elle permet la mise en œuvre de stratégies communes territorialisées ainsi que la gestion en commun de fonctions et d'activités, elles-aussi territorialisées. Elle autorise aussi la constitution de Groupements de Coopération Sanitaire de Moyens (GCSM), regroupant des établissements de santé (publics et privés), mais aussi des établissements médico-sociaux et d'autres structures de soin, pour organiser et gérer des activités de tous types.

La territorialisation des soins dispose alors d'outils juridiques et elle sera encore renforcée par la Loi du 24 juillet 2019 dont l'article 22 exige en amont un « diagnostic territorial partagé [donnant] lieu à un l'établissement de projets territoriaux de santé »

Voilà l'hôpital devenu un acteur territorial, non seulement comme fournisseur de soins et comme employeur majeur, mais aussi comme coproducteur d'un diagnostic de santé des habitants d'un territoire et potentiel coordinateur de l'offre sanitaire et médico-sociale sur ce territoire.

En tant qu'employeur, la DREES fait état en 2017 d'un million trois cent mille emplois hospitaliers, soit deux cent mille de plus que l'Education Nationale la même année. Et l'hôpital est généralement le plus gros employeur de la commune, voire de la zone d'emploi. A ce titre il pèse sur le marché de l'emploi et sur l'offre locale de formation. En contrepartie, plus il est éloigné des métropoles et plus il est captif de la démographie locale, non seulement en ce qui concerne la patientèle, plus ou moins lourde pour les employé-es mais aussi pour le recrutement (niveau de formation, âge moyen, niveau de santé).

Ses fonctions de diagnostic et de coordination peuvent l'amener à induire des politiques territoriales ou à adapter les politiques nationales. L'hôpital peut à ce titre être associé aux programmes de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences Territoriales (GPECT) et il participe à la singularisation économique et sociale des territoires.

Cet aspect et d'autres que nous développerons infra nous encouragent à questionner l'éventuel impact des territoires sur la sinistralité des établissements.

En synthèse de ce rapide portrait du secteur sanitaire on peut affirmer que de nombreuses valeurs accumulées au cours des siècles paraissent toujours vivaces même si certaines semblent fragilisées par les nouvelles pratiques de gestion.

Quant à la sécurité du personnel, son retour en grâce dans les enjeux stratégiques renvoie à diverses variables que nous décortiquerons infra : charge de travail, autonomie, relations avec les collègues et la hiérarchie, conflits de valeurs et tensions de rôle.

Enfin, le retour du territoire dans la gestion des hôpitaux les incite à étendre leur compétence au-delà du soin et à coordonner celui-ci avec les fonctions du secteur

médico-social. La partie suivante nous aidera à comprendre en quoi cette coordination apparaît aujourd'hui incontournable mais aussi ce qui la rend difficile à mettre en œuvre. En effet, la législation, en poussant ces deux activités à se séparer et à se spécialiser, a généré dans les deux des spécificités organisationnelles dont nous supputons un impact sur la sinistralité.

Pour aider à cette comparaison, examinons maintenant l'évolution du secteur médico-social après sa séparation du secteur sanitaire.

2.5 Le médicosocial en émancipation confuse



Séparé en 1941 du secteur sanitaire, le secteur médico-social ne peut plus se contenter de cette finalité générale de soutien aux indigents, peu à peu mâtiné au cours des siècles de soin médical.

Délestés de la partie sanitaire, ses professionnels sont condamnés à repenser leur projet collectif. Retournant aux racines des institutions originelles, ils y rencontrent bien des ambiguïtés. En effet celles-ci oscillent régulièrement entre charité, sécurité y compris sanitaire, obligation de travail et enfermement des mauvais pauvres.

Ainsi, par exemple, le décret impérial du 5 juillet 1808 a pour objectif d'enfermer les « individus mendiants n'ayant aucun moyen de subsistance ». Comme le manifestent les débats qui le précèdent, les motivations se trouvent davantage dans la sécurité publique que dans la charité ou la fraternité.

D'un autre côté, sans doute inspirées par la condamnation biblique au labeur, les « maisons de force » cherchent la « rédemption » des vagabonds par le travail obligatoire, entre autres pour les ponts et chaussées. cependant, comme le rappelle Peny (2011/1) en citant [Gutton](#) (1974), il faut reconnaître que cet enfermement de mendiants se double presque toujours d'une forme d'assistance minimale, entre autres une ration alimentaire parfois supérieure à celle des pauvres « libres ».

A l'opposé des « maisons de travail » c'est bien l'assistance qui apparaît prépondérante dans les institutions charitables dont nous avons détaillé le développement supra.

Même si ces controverses ont été largement tranchées au profit d'un traitement social de la pauvreté, les débats parlementaires sur le RMI puis RSA montrent combien ces arguments restent d'actualité.

Dans cette perspective, les structures actuelles proposent en réalité un kaléidoscope de mobiles et de pratiques.

2.5.1 *Une pluralité d'objectifs et de moyens*



Une représentation globale du secteur ressemblerait pour Philippe [Camberlein](#) (2011) à un millefeuille tant se croisent trois « modes d'intervention, une approche catégorielle centrée sur un public particulier [jeunes, personnes âgées, mères seules...], l'approche sectorielle centrée sur un champ particulier de la vie sociale [pauvreté, logement, emploi...] et [...] l'approche transversale » qui cherche à répondre à des problématiques multifactorielles par des réponses globalisées, développement territorial, prévention spécialisée ou médiation sociale par exemple.

Les établissements et services se situent souvent à l'intersection de plusieurs de ces modalités d'intervention, contraignant leurs professionnels à solliciter l'une ou l'autre selon leur analyse de la situation du bénéficiaire.

Les mobiles eux-mêmes restent souvent hybrides ou indécis : charité ou solidarité nationale, maintien de l'ordre et hygiénisme, moralité, fraternité empathique... finalités que le secteur doit réinterroger en seconde partie du XX^{ème} siècle et qui rend diverse et trouble la culture d'établissements qui en découle.

Du côté des territoires, jusqu'au XIX^{ème} siècle, comme nous l'avons vu, les mouvements globaux (mouvements internationaux laïques ou religieux) se métissent d'initiatives locales (associations d'usagers, corporations), de manière très hétérogène, pour générer des structures plus ou moins adaptées aux besoins du territoire.

Puis la Révolution industrielle, l'exode rural et le « paupérisme » qui en découle mettent à mal les modes de prise en charge traditionnels décrits par [Esping-Andersen](#)

(2015). La famille, le marché et l'assistance communale ne sont plus en mesure de soutenir les populations qui s'entassent en périphérie des villes.

Pour répondre à ces défis, perçus comme menaçants en termes de santé et de sécurité publique, les acteurs vont ouvrir un débat médiatique et politique très riche. Expression de ce mouvement, le Congrès International de l'Assistance Publique de 1889 trace des perspectives encore valides. Il préconise deux modalités de soutien, l'assistance sociale et l'assurance obligatoire.

La première est conçue comme une solidarité communale ou nationale (la « dette sacrée » inscrite dans la constitution de 1793), avec une contrepartie faible ou nulle pour la victime et une cotisation du plus grand nombre en fonction de ses revenus. Chacun peut être compensé financièrement ou en nature en fonction des dommages subis et non de sa participation financière.

Dans ce schéma, le secteur médico-social doit répondre, au nom de la collectivité et sans contrepartie du bénéficiaire, à tout besoin non couvert par les outils traditionnels. On retrouve au niveau des professionnels une pratique proche de la charité des débuts. Les valeurs associées sont la motivation de service public et ses sous-dimensions de compassion et abnégation.

L'assurance, quant à elle, est calculée en fonction des cotisations payées par la victime ou ses représentants, et le dommage est indemnisé de manière forfaitaire à la réalisation du risque. Dans ce cadre, le soutien ne peut être apporté sans investissement de la personne, participation financière, travail, actions bénévoles...

La première s'adresse plutôt aux personnes à capacités réduites, « indigent, vieillard, infirme, femme en couche » ou à revenu insuffisant, « famille nombreuse ». La seconde est accessible à toute personne en capacité de travailler. Pour notre thèse, les valeurs associées à cette alternative sont à chercher du côté du soutien, de la justice.

Rendue partiellement obligatoire, c'est l'assurance qui permet, aujourd'hui encore, de financer les retraites, la maladie ou les accidents du travail... Sur ce point fondamental de notre recherche, l'assurance a d'abord été appliquée à des secteurs à haut risque,

mines en 1894, chemins de fer en 1909, avant de s'étendre à d'autres métiers sensibles (et organisés syndicalement).

A la fin de la guerre, sur ces principes, le rapport Laroque trace les grandes lignes de la Sécurité Sociale, organisme fondé par l'ordonnance du 4 octobre 1945 pour tous les « travailleurs et leurs familles », et couvrant plusieurs risques : maladie (maternité, invalidité, décès), famille (handicap, logement...), retraite (vieillesse et veuvage), et enfin accidents du travail et maladies professionnelles.

Quoique fruit de cette double filiation assistance/assurance, le médico-social apparaît plutôt fondé sur l'assistance, en tant que responsabilité collective face aux risques. Héritant d'initiatives religieuses ou privées charitables des siècles antérieurs, il s'est davantage axé sur le soutien humain et financier du « nécessiteux ».

A la différence du sanitaire, comme nous venons de le voir, les finalités du médico-social demeurent indéfinies. Nous en déduisons pour le personnel des risques de conflit de rôle, des questionnements éthiques moins cadrés par les protocoles médico-techniques, une probable exigence de justice, des attentes supérieures de positionnement et d'exemplarité de leurs cadres.

2.5.2 *Des fondateurs inspirés, des gestionnaires pragmatiques* ‹‹

Ces attentes spécifiques aux établissements médico-sociaux trouvent leur source dans la référence aux fondateurs charismatiques, chrétiens comme John Bost et l'abbé Pierre ou humanistes comme Fernand Deligny.

Protagonistes incontournables du secteur, les fondations ont ainsi été créées pour deux tiers d'entre elles avant 1945 par des « Philanthropes », chefs d'entreprise paternalistes, riches héritières ou épouses de notables.

Du côté des fondements religieux, si la laïcisation des établissements est achevée depuis des décennies dans le sanitaire, elle est encore en cours dans de nombreuses activités médico-sociales, orphelinat, handicap mental, grand âge... ([Baumann](#) & Gillig, 2012/1).

Au regard de notre thèse, cette prévalence de fondateurs inspirés et cette empreinte religieuse devraient entraîner des exigences de haute qualité de management, exigence étendue à tout l'encadrement. On pourrait aussi conjecturer une attente de soutien organisationnel, particulièrement émotionnel.

Du côté des employé-es, la persistance d'une « mission » sociale pourrait générer une forte implication normative vis-à-vis des dirigeants, voire de l'organisation.

Car cette « mission », généralement implicite, est souvent reprise dans le projet d'établissement ou dans d'autres documents non contraignants mais très incitatifs, chartes, manuel de bonnes pratiques... qui imprègnent l'ensemble des pratiques de la structure.

Quoiqu'elles aient été animées à l'origine par des besoins « de proximité », sans exclusive d'indigence, les structures se sont portées d'abord par pénurie de moyens puis par choix politiques ou compétences, vers des publics-cibles, appuyées sur « des particularismes, des intérêts privés, des valeurs spécifiques ».

Ces empathies sélectives s'apparentent pour [Jaeger](#) (2014/4) à une autolégitimation téléologique. Les textes fondateurs sont à ce titre remarquables de rigidité dans les termes et d'inconsistance dans la définition lorsqu'ils distinguent les bons « nécessaires » (à assister) des mauvais, « mendiants professionnels » et « réfractaires au travail » (à ne pas assister).

Pour autant, si cet aspect « missionnel » reste très présent (sondage IFOP du 25 janvier 2021), le secteur médico-social ne s'est jamais départi des autres mobiles détaillés supra, l'attente de contrepartie du bénéficiaire pour les acteurs de l'insertion professionnelle (recherche d'emploi du chômeur ou contrat d'insertion du « RMIste »), la sécurité publique pour les employé-es de la prévention spécialisée ou l'hygiénisme toujours présent dans les objectifs du mouvement HLM (Habitat à Loyer Modéré).

Comme nous allons le voir, il s'est aussi ouvert à d'autres logiques, économiques et libérales.

2.5.3 *Des modes de gestion concurrents*



Ces finalités parfois contradictoires se retrouvent dans le mode de gestion des établissements. Concernant le domaine du handicap ou des personnes âgées, l'INSEE estimait en 2018 que 49% d'entre eux dépendaient d'une gestion publique (communes ou Centres Communaux d'Action Sociale), 29,3% étaient privés à but non lucratif (associatifs surtout) mais 21,7% étaient gérés par des entreprises privées, à but lucratif.

Si l'on s'en tient aux seuls établissements d'hébergement des personnes âgées, trois groupes, Korian, Orpea et DomusVi possèdent d'après le Monde Diplomatique de mars 2019 plus de la moitié du parc. Korian, après son rachat de Medica, génère à lui seul trois milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2016, avec 15,5% de marge et un doublement en cinq ans des dividendes versés aux actionnaires. Dix ans plus tôt, l'Institut SilverLife dénombrait onze groupes commerciaux dans les vingt premiers gestionnaires de résidences de personnes âgées et estimait qu'ils possédaient près de 60% des résidences et lits de ce panel.

Le développement exponentiel d'ORPEA, gérant d'après leur site plus de mille établissements et près de cent douze milles lits dans vingt-trois pays, affichant une croissance de 65% en cinq ans et un chiffre d'affaires de près de quatre milliards d'euros, est un facteur puissant de bouleversement du secteur et de ses orientations, comme nous le verrons infra.

Cette irruption d'entreprises explicitement capitalistiques (développement prédateur par achat/acquisition, accumulation de patrimoine, objectifs de rentabilité, développement d'un actionnariat de rente) a un impact direct sur le personnel à travers des indicateurs de productivité et par conséquent une croissance de la charge de travail, variable que nous intégrerons à notre modèle.

Le gommage, au moins partiel, des valeurs de solidarité publique pourrait muter chez les salarié-es l'implication normative en implication calculée, d'un engagement de devoir moral vers un investissement avec retour attendu.

Les exigences d'exemplarité des cadres pourraient quant à elles muer en vigilance sur la justice distributive entre les salarié-es.

2.5.4 *Une professionnalisation toujours en chantier*



Logiquement, cette pluralité d'objectifs, cette diversité de publics, engendrent des difficultés de professionnalisation du personnel. Alors que l'hôpital construit les métiers à partir des compétences, le médico-social les a d'abord activés à partir de leur public-cible (compétences spécifiques), ou de leur mission, savoir-être (soft skills) lorsque les finalités sont davantage transcendantes ou savoir-faire (hard skills) lorsque les finalités sont plus techniques.

Pour Miramon (2001, cité par [Bouquet](#), 2006) le personnel est resté longtemps non-qualifié, sans diplôme. Il était employé pour son investissement dans le projet, son partage des valeurs du fondateur ou de la fondatrice.

Ce n'est que tardivement que les métiers apparaissent. Le métier d'assistante sociale n'est créé qu'en 1932, par le décret du 12 janvier, des siècles après les premiers métiers du soin. Ce décret institue conjointement un diplôme, le « brevet de capacité professionnelle » et un statut « le titre d'assistant et d'assistante de service social de l'Etat français ».

Six ans plus tard, un nouveau décret fusionne les brevets d'infirmière-visiteuse, instauré en 1922 par Léon Bourgeois pour « porter la bonne parole [...] et préserver [la santé de] la race » (Küss, 1915 ; cité par [Henry](#), 2009) et d'assistante sociale, créant ainsi le premier métier à proprement parler médico-social.

Théoricien du radicalisme, apôtre du « solidarisme », entre laisser-faire libéral et collectivisme socialiste, Léon Bourgeois affecte à ce nouveau métier une mission nationale et laïque de solidarité entre citoyens, auquel il donne une mission sanitaire de prévention. Dans l'esprit de ces pionniers, au corps médical le soin et au service médico-social la prévention.

Les premiers métiers médico-sociaux n'apparaissent en fait dans la nomenclature de l'INSEE qu'en 1975 (Ion & Tricart, 1985), sous les indices 4331 pour assistantes sociales (au féminin), 4332, 4333 et 4334 pour éducateurs spécialisés, animateurs et conseillers familiaux (tous trois au masculin).

Du côté des diplômés, la plupart voient le jour entre 1956 et 1976, aide-soignant en 1956, éducateur spécialisé en 1967, moniteur-éducateur en 1970, conseiller en économie sociale et familiale en 1973, technicien de l'intervention sociale et familiale en 1974 et éducateur technique spécialisé en 1976, suivis des diplômés de cadres échelonnés jusqu'en 2004.

L'accélération du processus dans les années 70 est concomitante de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Celle-ci vise à normaliser les établissements et leur activité et aborde succinctement la question des compétences professionnelles. Elle répond aussi à la médiatisation d'affaires de violences, maltraitance de personnes âgées, pédophilie ou malversation financières (Jaeger, 2014/4) et à des soupçons de « violence institutionnelle ».

Loin de concevoir un système rationnel de connaissances et de techniques adaptées aux besoins, le législateur cherche davantage à rassurer les bénéficiaires et leurs familles. Il ne peut naître de ce processus qu'un conglomérat de professionnels sans autre culture de métier que celle donnée par l'expérience.

Après des décennies de développement informel hors du champ sanitaire, la loi de 1975 régit enfin la création et l'extension des établissements. Reprise de la loi de 1970 pour les centres hospitaliers, elle impose l'avis motivé de commissions régionales ou nationales, jugeant de l'adéquation entre besoins et moyens, et prescrit la signature de conventions précisant les objectifs, les bénéficiaires et les moyens mis en œuvre. En réponse aux « affaires », elle autorise aussi la fermeture totale ou partielle d'une structure, dès lors que « la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des usagers se trouvent menacés ou compromis ».

Dans une vision parallèle aux politiques de gestion de l'hôpital, elle donne aux collectivités territoriales une part de pouvoir que celles-ci ont perdu sur le sanitaire.

De fait, elle rend ces structures beaucoup plus sensibles aux enjeux locaux, ce que nous espérons retrouver dans notre analyse territoriale de la sinistralité, mais elle assume aussi une plus grande iniquité entre territoires, ceux-ci s'appuyant sur des projets nouveaux et sur ce qui subsiste des établissements plus anciens, eux-aussi localisés de manière hétérogène.

Cette loi sera complétée par la Loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » qui tente enfin de définir les finalités de ce secteur. Elle affirme leur devoir de « promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, [...] prévenir les exclusions et en corriger les effets », tout en restant très floue sur le contenu des actions à mener.

Du côté des métiers, ces deux lois fondamentales règlementent dans le même sens les création, extension et fermeture des établissements de formation des travailleurs sociaux, cadrant mieux les compétences et les statuts des différents métiers. Sans lever de nombreuses équivoques, elles ouvrent la voie d'une professionnalisation effective et amorcent la création de cultures de métiers.

Celles-ci dépendent aussi du nombre de professionnels, de leur organisation, des relations qu'ils tissent entre eux : échanges de pratiques, transmission de compétences, représentation politique, obtentions de droits et de responsabilités.

En 2018, l'enquête emploi de l'UNIFAF, organisme en charge des formations de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, montre que 6 métiers représentent la moitié des salarié-es de ces secteurs : aide-soignant-e (10,5%), Educateur-Spécialisé (7,6%), Infirmier-e Diplômé d'Etat (7,4%), Agent de Service Hospitalier (6,8%), Agent de Services Généraux (6,4%) et Aide Médico-Psychologique (6,7%).

Moins déterminants, viennent ensuite : agent administratif (3,8%), moniteur-éducateur (3,3%), agent de soins (3%), psychologue (2,4%). Dans la même enquête l'UNIFAF fait état de l'existence de 90 métiers supplémentaires.

Ainsi, parmi les dix premiers métiers en nombre, quatre appartiennent majoritairement au secteur sanitaire, deux explicitement au secteur social, les quatre derniers aux deux à la fois. En d'autres termes, si l'autodéterminée culture hospitalière est portée par des métiers anciens et constituées depuis longtemps en corps, la culture médico-sociale tient à l'existence de métiers très jeunes, aux missions aussi variées que les publics et les établissements.

Cet émiettement, l'absence de relation directe entre titre et fonction et le flou des frontières entre postes, expliquent des *tensions de rôle* récurrentes et une *culture professionnelle* beaucoup plus incertaine que dans le sanitaire. « Autant d'emplois, autant de métiers » pourrait-on dire, en constatant une plus faible protocolisation des tâches que dans le sanitaire et la quasi-absence de cahiers de procédures.

2.5.5 *L'implantation du NPM et ses effets*



Sans doute grâce au morcellement du secteur, le New Public Management ne peut entrer par la voie de la protocolisation. Il s'immisce par d'autres ouvertures. La concentration progressive des acteurs, soixante établissements de plus de mille salarié-es en 2018 (INSEE), des budgets provenant à 82% de recettes d'activité et la concurrence croissante du secteur privé justifient le développement des services de gestion, qu'ils soient commerciaux, financiers ou de ressources humaines (RH).

L'apparition de services financiers, à priori antinomiques avec les finalités humanistes, passe surtout par la gestion de l'immobilier, stratégique dans ce secteur, comme le rappelle par exemple le rapport d'activité 2020 d'ORPEA.

Pour ce groupe très puissant, le poste immobilier représente 44% des actifs et 87% de la dette, dont 28% reste bancaire. De plus les cessions annuelles de bâtiments valent près d'une fois et demi le bénéfice net. Cette situation, quoiqu'exacerbée ici, se retrouve de manière comparable dans les secteurs public et privé non lucratif, eux aussi impactés par l'inflation des normes de construction, sécurité des bâtiments, adaptations aux handicaps, durabilité des matériaux...

Du côté des ressources humaines, les enjeux sont aussi puissants. Leur poids comptable (plus de 70% des budgets), le rachat des structures associatives par des groupes privés ou leur intégration à des fédérations nationales, le transfert des résidences municipales aux Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (communauté des communes ou d'agglomération) enjoint les organisations à se doter d'outils de gestion RH : plan de développement des compétences, gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC), grille de salaires, campagne d'entretiens professionnels, plan de promotion interne...

Levier important du NPM, la contractualisation apparaît dans les lois de 1975 et 2002, conventions avec l'Etat ou les collectivités dans la première, projet d'établissement et contrats de séjour dans la seconde. Les objectifs y afférents induisent la mise en place d'indicateurs de résultats, et l'implémentation d'un système d'évaluation interne et externe assorti de dispositifs de sanctions/récompenses.

Dans les années 2000, le NPM se renforce au travers des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et de la convergence tarifaire enjoignant les structures de privilégier les pratiques les plus « performantes ». Sans être dans un processus aussi rigide que dans le sanitaire, on retrouve ici les principes de la protocolisation des actes médicaux.

C'est à deux organismes (avatars de l'ANAES et de l'HAS du sanitaire), l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) que revient la tâche de définir les principes « performants » de prise en charge. Diffuseur du NPM, l'ANAP est chargée de produire un Tableau De Bord commun à vingt catégories d'établissements et services.

En plus de ces contraintes, dans notre secteur d'étude, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont assujettis au financement tripartite, Etat pour la dépendance, Départements pour l'hébergement et Agence Régionale de Santé (ARS) pour le soin. Ce financement démultiplie la

« dépendance des mesures comptables de performance » en imposant une triple évaluation des résultats assortie de financements disjoints.

Enfin, le NPM se nourrit de la croissance du secteur privé lucratif. Si l'on peut considérer que les organismes non commerciaux tels que la mutualité française, les Petites Sœurs des Pauvres ou l'AREPA (gérant chacun entre soixante et cent soixante-dix résidences) maintiennent des finalités non-financières, il est probable que par isomorphisme normatif ou mimétique (DiMaggio & Powell, 1983), les normes gestionnaires du lucratif influent sur le non lucratif.

De manière factuelle, ce n'est pas la rentabilité financière nécessaire aux groupes cotés en bourse (Medica France ou Orpea) qui est recherchée par les EHPAD publics. Par contre, les indicateurs de gestion tels que le taux de remplissage, le nombre de résidents par employé-e, le poids relatif des frais de gestion ou le coût moyen au mètre carré ou par résident, sont autant observés par les actionnaires du privé lucratif que par les administrateurs des établissements non lucratifs.

Ainsi, pour des raisons distinctes du sanitaire, le NPM entre de plus en plus dans la gestion des établissements médico-sociaux avec là aussi, un risque d'accroissement de la *charge de travail* et des *conflits de rôle*.

Leur apparaissant en contradiction avec les missions fondatrices des établissements, le NPM est généralement perçu par les professionnels du médico-social comme une mise en cause de leur travail lui-même.

Dans cette perspective, [Andrien](#) (2014) écrit par exemple « peut-on gérer un établissement social ou médico-social comme une entreprise ? ». Peut-être inspiré par l'impératif catégorique de Kant, il affirme qu'un ESMS « n'est pas réductible à une unité de production, une fabrique » et que « l'utilisateur [n'est pas] un simple client ». Avec la contractualisation, les financeurs passent pour Andrien d'un financement basé sur les charges à une gestion à partir des recettes. Ils conditionnent leur participation sur la valeur économique du service rendu et non sur une valeur morale ou sociale, toutes deux délicates à mesurer.

En fait, comme le synthétise [Bezes](#) et al. (2011), l'arrivée du NPM dans le médico-social s'apparente davantage à un « puzzle doctrinal », mêlant des manières de penser, des « prescriptions issues de savoirs de management » et des pratiques transférées de manière plus ou moins cohérente dans chaque établissement.

L'opposition qui s'exprime alors se réfère pour lui à une polarisation récurrente entre « organisation » et « professions », managerialism et professionalism ([Gleeson & Knights, 2006](#)), à l'idée déjà développée pour le sanitaire que les outils de gestion font abstraction des régulations produites en autonomie par les professionnels. Mais comme la stratification professionnelle, très affirmée et ancienne dans le sanitaire, est beaucoup plus lâche dans le médico-social, ce point de tensions reste mineur ici.

Par ailleurs, davantage local par son conventionnement et son recrutement, le médico-social peut moins déclencher de manifestations nationales que le sanitaire. Aux manifestations des professionnels soignants en France, des infirmières en Suède ou aux Pays-Bas, des médecins au Danemark et en Grande-Bretagne ([Belorgey, 2009](#) ; [Blomgren, 2003](#) ; [Oomkens, 2010](#) ; [Kuhlmann & al., 2009](#) ; cités par [Bezes](#) et al., 2011) répondent très peu de mouvements issus du médico-social. Les manifestations du printemps 2018, intersyndicales et exceptionnelles, défendaient d'ailleurs le « personnel des EHPAD » en général et non une corporation de métier ou le secteur dans son ensemble. Dans les cortèges, fleurissaient les noms des établissements, seule identité partagée, et non le métier des manifestants ou l'intitulé des activités.

Les chercheurs eux-mêmes, pourtant solidaires du sanitaire en 2009, se montrent circonspects sur le NPM dans le médico-social. Trois attitudes émergent.

La première, portée par les politistes, est défendue par le néo-travaillisme britannique et les tenants de managerialism. Elle soutient que le NPM sert d'abord l'utilisateur. Par l'exigence de résultats et la concurrence entre établissements, il lui soumet un choix et le positionne en citoyen-consommateur. Le NPM n'est alors qu'un ensemble d'outils mis à disposition de l'action publique pour la rendre plus performante et plus à l'écoute du bénéficiaire.

Dans notre thèse, nous intégrerons cet argument grâce au *locus de contrôle* « patient/bénéficiaire », concept selon lequel une part des tâches de travail est justifiée aux yeux des salarié-es par les besoins, attentes du patient.

Vont dans le sens du *locus* « patients » : la participation d'usagers aux Instances de décision, les aides financières laissées à discrétion du bénéficiaire, la personnalisation de l'accompagnement, et toutes les initiatives d'empowerment du demandeur. On entend par empowerment (ou capacitation) le gain de pouvoir du bénéficiaire (ou de l'employé-e) sur la situation qu'il vit. Ce pouvoir peut être octroyé par le détenteur du pouvoir (supérieur, travailleur social, législateur) ou acquis par la personne elle-même.

Si ces pratiques rencontrent bien les finalités générales du médico-social, elles peuvent aussi mettre en cause l'expertise professionnelle et son éthique (par exemple lorsque le bénéficiaire préfère aux solutions proposées des pratiques qui le mettent en danger).

La deuxième attitude défendant le NPM dans le médico-social postule une complémentarité des missions du secteur et des outils du management. Ceux-ci admettent toutefois l'existence possible de conflits, par exemple en cas de confusion entre fins et moyens (cf [Hood](#), déjà cité). Cette situation peut se manifester par un contrôle gestionnaire de pratiques éducatives, des indicateurs strictement comptables d'un accompagnement social...

Tenants de cette position, Bartoli et al. (2011) décrivent trois cas de figures possibles à cette équation performance/éthique. Si la complémentarité leur paraît possible, permettant une poursuite des missions de manière plus efficace et pertinente, ils reconnaissent que la priorité donnée à des objectifs de bonne gestion peut mettre en péril la mission de l'établissement (par exemple quand un personnel réduit ne peut garantir l'hygiène des résidents). A l'opposé, le respect des considérations éthiques (réponse à toute demande ou service universel, par exemple) peut détériorer l'équilibre financier de la structure ou toucher à l'intégrité du personnel (sacrifice du bien-être de l'employé-e au profit du patient par exemple).

Comme pour le sanitaire, ces arguments touchent à la fois à *l'implication* des salariées (normative ou calculée) et à leur *rôle* (bien-être du bénéficiaire ou équilibre financier de la structure ou satisfaction professionnelle).

La troisième attitude, proposée par la recherche-intervention en gestion, suppose une appropriation créative des outils de la « nouvelle gestion publique » par les acteurs de terrain. Dominique [Phanuel](#) et Isabelle Lemaire (2015) avec l'association AIDER ou Florent [Giordano](#) et al. (2015/2) à partir d'une Union Régionale Mutualiste, envisagent pour le secteur médico-social le dépassement d'une « simple hybridation » des idéologies.

Convaincus comme nous d'une dimension locale des établissements, ces chercheurs analysent les tensions avec le NPM sous deux angles différents, la posture du dirigeant et le discours organisationnel.

Sous l'angle de la posture des dirigeants, [Phanuel](#) rappelle en premier point que pour les dirigeants d'une structure médico-sociale, la question d'articulation des fins et des moyens est consubstantielle à sa fonction et ne relève pas seulement d'une logique de performance. Il est intrinsèque à la fonction d'économiser les ressources, forcément limitées, et d'atteindre les objectifs éthiques avec un coût minimal.

Quoique de manière différente pour la direction et pour le personnel, chacun garde un œil sur le temps consacré et les moyens utilisés. La question financière, dont on entend les employé-es dire que « c'est l'affaire de la Direction » ou « de la comptabilité », les préoccupe dès lors qu'ils-elles souhaitent un intervenant extérieur ou le déplacement d'un groupe. L'utilisation de deniers publics impose à tous une contrainte d'efficacité.

En second point [Phanuel](#) rappelle qu'au regard de la mission, une seconde évaluation apparaît, le crible de la légitimité des moyens. La fin, aussi éthique soit-elle, ne peut justifier tout type de moyens. Les débats qui agitent les professionnels en France sur les assistantes sexuelles en sont un bon exemple. Si l'assistance à un couple handicapé rencontre en général l'adhésion des professionnels, la rémunération d'une intervenante (au féminin car l'intervention est quasi-toujours genrée) fait débat avec

deux saisines sur le sujet du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) en 2012 et 2020. L'avis du CCNE est resté négatif à deux reprises alors que la profession est légale en Belgique ou en Suisse.

Ce filtre est aussi indispensable lorsque certains moyens pour atteindre une fin acceptable en mettent une autre en péril. Tous les Etablissements d'Hébergement de Personnes Agées sont confrontés à la dialectique sécurité/liberté : doit-on verrouiller toutes les huisseries parce qu'un résident s'est déféstré ? Peut-on interdire un aliment familier à une personne du fait qu'il nuit à sa santé ? Faut-il limiter les promenades, les visites, les relations affectives ou sexuelles ? Aucune réponse ne peut être apportée sans interroger l'éthique des moyens, ici la restriction de liberté pour renforcer la prévention.

De fait, oscillant entre recommandations nationales et régulation locale, tous les EHPA se trouvent au fil des débats à définir un ensemble de règles qui leur est propre, s'éloignant encore des protocoles nationaux, homologués ou non par l'ANESM.

En troisième point, enfin, [Phanuel](#) réaffirme avec [Gibert](#) (2008) la légitimité de la performance pour toute organisation, dans son besoin d'objectifs partagés avec ses parties prenantes, financeurs, usagers, parents, Etat.

Il affirme qu'au lieu d'opposer ces deux finalités, le dirigeant d'établissement passe toutes ses décisions stratégiques, consciemment ou non, au crible des « S.P.I.N.S. » (événements Souhaitables, Possibles, Impossibles, Non Souhaitables).

A l'aide de cette grille, la direction, tout comme le personnel d'ailleurs, évalue les objectifs et les pratiques. Et si le NPM questionne les objectifs sociaux, l'éthique interroge aussi les finalités managériales. Au lieu de cristalliser cette dichotomie au niveau des concepts, elle la tranche au niveau du terrain. Plutôt que limiter le dirigeant à une dialectique moyens gestionnaires/éthique de mission, cette rencontre génère pour [Phanuel](#) davantage de débat que de conflit.

Plus concrètement, les principes de neutralité, d'intérêt général ou d'équité, propres au service public, peuvent être utilisés pour mesurer la répartition des moyens, et les

indicateurs de résultats, propres au management, pour estimer le niveau d'atteinte des finalités humanistes.

Pour compléter notre analyse, la relative autonomie des structures médico-sociales favorise les ajustements mutuels externes (avec les parties prenantes surtout), le travail de personne à personne les oblige à une adaptation constante au bénéficiaire, la complexité des situations les condamne à la pluridisciplinarité et aux ajustement mutuels internes (dans l'usage des moyens par exemple).

Tous ces éléments réunis pourraient donc protéger l'éthique professionnelle de tout renversement managérial et la constituer comme « dimension ontologique » de toute pratique médico-sociale.

Si tel est le cas, la contractualisation peut alors être réinvestie dans le sens déjà explicité de la capacitation (empowerment) avec le bénéficiaire et d'un contrat psychologique avec les employé-es.

Nous devrions alors trouver dans ce secteur une présence marquée des variables de *soutien* et de *confiance organisationnelle* mais aussi de *justice procédurale et informationnelle*, garanties d'un respect des missions sociales de l'établissement.

Par contre, cette forte présence de l'ajustement mutuel, interne et externe, devrait rendre la sinistralité dépendante de l'organisation propre à chaque structure et donner encore plus de prégnance au territoire. C'est le cas, par exemple de l'Union Régionale de Mutualité observée par [Giordano](#) & al (2015/2) qui revendique son autonomie, en tant que « partenaire actif dans la régulation territorialisée du système de santé ».

En phase avec cette analyse, un point de vue a attiré notre attention. Dans le même sens de dépassement de la dialectique éthique/performance, [Hireche-Baiada](#) (2004), se défie d'une éthique qui resterait strictement formelle, contrats-types, engagements moraux, « normes sociales ou environnementales, labels, codes de bonnes conduites », liste de valeurs dans le projet d'établissement (cf [Giordano](#) et al. ,2015/2, démontrant la coexistence des « deux rhétoriques » dans le corpus discursif de la

Mutualité, éthique comme fondement de l'activité et contractualisation comme outil de gestion).

S'éloignant de cet idéal abstrait, elle s'enquiert de modes de réalisation de l'éthique professionnelle. Dans une réflexion qui rappelle les entreprises « à mission » elle imagine que celle-ci pourrait améliorer la performance organisationnelle au lieu de l'affronter.

Dans son raisonnement, si l'entreprise reste par principe amonale, les managers gardent la possibilité d'exprimer cette éthique par leur comportement. Plusieurs concepts de gestion surgissent d'ailleurs des questionnements des employé-es à propos de leurs supérieurs.

Ils-elles attendent une *qualité de management*, exemplarité, empathie, participation aux décisions (renvoyant à l'empowerment), mais ils-elles attendent aussi de la *justice organisationnelle* tant dans la répartition des moyens, rémunérations, primes, congés, représentations (*justice distributive*), que dans le processus de répartition (*justice procédurale*) ou sur la transparence et la pertinence de l'information des salarié-es (*justice informationnelle*). [Hireche-Baiada](#) en déduit que l'application de ces valeurs par les cadres est porteuse de *confiance organisationnelle* de la part des employé-es.

A partir de recherches déjà abouties sur les relations entre *justice organisationnelle* et *confiance organisationnelle* puis entre *confiance organisationnelle* et performance (grâce à la coopération et au comportement citoyen), elle montre un lien entre comportement éthique des managers et performance.

En s'appuyant sur [Mercier](#) (1999) et [Posner & Schmidt](#) (1984), elle montre aussi que le comportement des dirigeants est d'autant plus important que la structure est petite. Élément nouveau dans notre exploration des secteurs d'activité, la *taille* des structures apparaît pour la première fois comme caractère-clé des organisations et possible modérateur de sinistralité.

Si ce modèle se vérifie, les spécificités du secteur médico-social (taille des établissements, ancrage local, faible protocolisation, cultures professionnelles moins

nettes), pourraient assurer au niveau du terrain non un conflit mais une dynamique positive entre finalités sociales et outils de gestion. Cela pourrait expliquer pourquoi l'intégration du NPM dans ce secteur se réalise de manière moins conflictuelle que dans le secteur sanitaire.

Cette première présentation des secteurs sanitaire et médico-social montre combien, malgré une longue histoire commune, ces deux secteurs ont développé des caractéristiques organisationnelles qui leur sont propres. Ces différences seront précieuses pour éclairer notre recherche des causes de l'accident du travail. Elles pourront, par l'observation des similitudes et des dissemblances au regard de la sinistralité, discriminer entre variables influentes ou non.

Cet examen rapide nous permet aussi de dégager une première série de variables de gestion qui pourraient influencer sur la sinistralité et que nous décrirons plus précisément dans la deuxième partie.

Auparavant, intéressons-nous au troisième secteur de notre étude : l'aide à domicile. Quoique rattaché par ses métiers et ses financements aux deux secteurs dont nous venons de broser l'histoire, l'aide à domicile a des racines très distinctes. On pourrait se risquer à dire qu'alors que sanitaire et médico-social s'éloignent depuis cent ans l'un de l'autre, l'aide à domicile, née d'une autre culture, s'en rapproche aujourd'hui.

2.6 Le cheminement singulier de l'aide à domicile



Etrangement, la majorité des articles rappelant l'histoire des services à domicile la font démarrer dans un passé lointain comme une forme archaïque d'entraide familiale ou vicinale, une extension charitable ou économique de la gestion du foyer, un renvoi aux catégories d'[Esping-Andersen](#) (2015) de soutien collectif aux dépendances individuelles.

Quelques chercheurs dont [Devetter](#) & al. (2009) y voient le regroupement en secteur économique de nombreuses activités par un « coup de force politique ». Les services à

la personne seraient alors issus de l'adjonction de services d'action sociale et de services personnels et domestiques.

Plus enclins à les voir comme un avatar moderne des services domestiques, nous considérerons qu'ils existent de manière organisée depuis au moins plusieurs siècles. Quoique les études soient peu nombreuses sur ce sujet et que les données accessibles soient très parcellaires, il est possible de tracer à grands traits une perspective de ces activités et d'en déduire une partie des problématiques actuelles.

2.6.1 *Une profession dès l'origine féminine et isolée*



Le XVIII^{ème} siècle, qui paraît une limite infranchissable de cette analyse, fournit néanmoins quelques informations. S'intéressant aux « nounous », Luce [Dupraz](#) (2008) décrit le « trafic nourricier » de la fin de ce siècle des Lumières, ses nourrices « à emporter » qui élèvent les nourrissons urbains dans leur village agricole ou de nourrices « sur lieu » qui se placent dans les familles bourgeoises avec salaire et gratifications (vêtements, chaussures...). Elle écrit qu'en 1780, des documents comptabilisent, sur 21 000 enfants nés à Paris, seulement 1000 nourris par leur mère. Cette première citation montre l'existence « d'entremetteurs », les « meneurs ou meneuses », entre employées et maîtres, dont le rôle est de mettre en relation deux personnes, un besoin et une offre de service. Nous ne sommes pas ici en présence d'une organisation, mais de simples intermédiaires.

Deuxième constatation, c'est dès les prémices un travail de femmes. Si notre évocation des nourrices exacerbe ce point, les travaux d'Antoinette [Fauve-Chamoux](#) (1998) sur la féminisation du secteur sont plus probants. Elle fait état au tout début du XIX^{ème} siècle du « surplus urbain des femmes » et de son impact sur la domesticité. Prenant l'exemple de Reims en 1802, elle dénombre cent-vingt-deux femmes pour cent hommes. Ce surnombre, déjà conséquent, ne dit pas le déséquilibre encore plus impressionnant attaché à certaines tranches d'âge, cent-quatre-vingt-cinq femmes pour cent hommes entre vingt-cinq et vingt-neuf ans, cent-soixante-six femmes pour cent hommes entre trente et trente-quatre ans.

Les guerres et la surmortalité masculine expliquent une petite part de cette proportion, mais c'est surtout l'immigration intérieure des jeunes paysannes qui l'explique. Beaucoup d'enfants quittent la campagne pour servir les familles bourgeoises et se constituer un pécule en vue d'un mariage dans leur province. Ainsi un registre recense, toujours à Reims en 1802, 79% des servantes non natives de la ville, 91% pour la tranche d'âge de trente à trente-quatre ans.

Cette population de domestiques, très nombreuse, représente d'après cette chercheuse 14,1% de la population totale et travaille pour près de 10% des habitants, premiers « employeurs de maison ».

Bien qu'il soit difficile de se faire une idée précise des conditions de travail, il semble d'après [Gutton](#) (1981) que le salariat ait été rare et plus tardif que pour le travail agricole. Le dévouement des unes s'échangeait contre un devoir de sauvegarde, surtout moral, et la promesse d'une dot, indispensable au retour dans son pays.

Ce personnel, pourtant très nombreux, reste très isolé et les contestations sont rares ([Guiral](#) & Thuillier, 1978). Les organes d'expression sont inexistantes, seuls huit numéros du « journal des gens de maison » paraissent en 1869 et il faudra attendre 1885 pour que soit distribué « l'organe spécial des gens de maison ». Les premiers signes de représentation apparaissent en 1926 quand le « Syndicat général des employés de maisons bourgeoises et professions similaires de la région parisienne » débute la publication quasi-mensuelle du « Réveil des gens de maison ».

En bref, pas d'organisation réelle, pas d'organe d'expression, pas même de statut précis pour ce nombre considérable de travailleuses... et de travailleurs. On comptait en effet en 1880 trois cent mille hommes pour un million cent mille domestiques ([Merouze](#) & Maruani, 2014) mais la répartition genrée des tâches est très forte.

Cette absence de statut a frappé les chercheurs intéressés par le sujet et explique sans doute une part de la problématique actuelle. Avant 1914, aucune loi ne se préoccupe de ces employé-es. Même l'âge minimal des enfants (13 ans en 1892) ne concerne pas le travail de maison, et l'inspection du travail n'a pas compétence sur le sujet. La

première convention collective des salariés du particulier-employeur est signée en 1999, soit plus de cinquante ans après que s'est constituée la Fédération des Particuliers Employeurs de France (FEPEM).

Face à cette situation d'a-réglementation, naturellement, des formes invisibles de ces emplois se développent, mutant en clandestinité lorsque la Loi tente de normaliser le secteur. [Maruani & Méron](#) comptabilisent ainsi un nombre équivalent d'employé-es en 1880 et 2008 (un million quatre cent mille) mais seulement sept cent mille en 1979, leur faisant suspecter un nombre considérable d'employé-es non-déclaré-es.

La position de l'Etat lui-même reste ambiguë. Entre maintien de l'ordre public et lutte contre le placement rémunéré ou même frauduleux, il cultive la non-intervention et tente de réguler l'activité par la mise en place de bureaux de placement municipaux et gratuits.

Peu à peu se séparent d'une part la gestion des « pauvres valides », renvoyés au travail soit de façon légale par le placement municipal, soit de manière illégale par un placement clandestin et rémunéré et d'autre part l'assistance publique des invalides, parfois aussi affectés à divers travaux.

Comme Benjamin [Jung](#) (2014/1) le montre, inspirée par des valeurs religieuses de l'ancien Régime ou au contraire par la municipalisation révolutionnaire, l'activité de placement reste privée, avec une hybridation des financements, dons charitables et recettes d'activité pour les premiers, subventions d'Etat ou des collectivités pour les seconds.

2.6.2 *Une tentative fragile de modernisation du statut*



Un siècle plus tard, le chômage de masse ravive les mêmes débats, assistance ou autonomie ? allocation avec ou sans contrepartie ? répression/clandestinité ou légalisation/précarité ?

Face à des menaces pourtant nouvelles, mondialisation, vieillissement de la population, chômage de masse, [l'Union européenne](#) publie en 1993 le Livre Blanc

« Croissance, Compétitivité et Emploi » où elle propose de développer des emplois non-délocalisables afin de répondre aux besoins émergents. Elle cite explicitement comme réservoirs d'emplois l'accueil et la garde d'enfants ou l'aide à domicile des personnes dépendantes.

Comme un siècle plus tôt, la proximité est revendiquée comme clé de bon fonctionnement auprès de populations peu mobiles. Comme un siècle plus tôt, la question est bien la remise en emploi de « personnes qu'un long chômage rend apathiques » (Le Bailly, 1890 ; cité par [Jung](#), 2014/1) et qui n'ont pas ou que peu de qualifications. Comme un siècle plus tôt, la société ouvre un champ économique, un quasi-marché à « un ensemble diversifié d'opérateurs, qu'ils soient marchands ou non-marchands, publics, privés lucratifs ou d'économie sociale et solidaire » ([Laville](#) & Nyssens, 2006).

Evidemment, l'Etat-providence fourbit ses propres armes pour soutenir ce retour de l'activité de maison. Il entreprend de solvabiliser ce conglomérat d'activités. Pour ce faire, il verse des subventions directes aux gestionnaires et des allocations aux personnes âgées ou handicapées : Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), et Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Mais il paraît surtout en quête de légalisation d'une activité souvent informelle. En réduisant les impôts des particuliers-employeurs en 1991, en simplifiant l'embauche et en atténuant les cotisations sociales avec le chèque-emploi-service en 1993, en réduisant la TVA à 5,5% en 1999, l'Etat neutralise économiquement la dissimulation du travail et encourage la déclaration.

Enfin, il reprend une fonction d'autorité de tutelle par la mise en place de l'agrément qualité accessible au privé en 1996 puis par son extension en 2006 aux services prestataires et mandataires.

Si le travail à domicile sort globalement de la clandestinité, il reste une relation entre un-e travailleur-se et un-e client-e, facilitée par un intermédiaire, plus ou moins structurée.

Comme nous le détaillerons infra, nous avons affaire ici à des établissements au sens administratif mais dont l'organisation reste souvent ténue. Il est vrai que le modèle économique génère peu de marge et offre peu de capacité à couvrir les coûts de fonctions supports.

La question de taille, évoquée à propos du médico-social, est pour l'aide à domicile encore plus remarquable tant l'écart entre les établissements est important.

A ce titre, pour réduire la fragilité des petits acteurs, était encouragée dans le plan Borloo (2006) l'émergence d'entités nationales adossées aux acteurs économiques de la finance ou de l'assurance. Ce plan, plus classique sur ce point, incitait aussi à la professionnalisation des employé-es.

Pour le premier objectif, on peut considérer qu'il est aujourd'hui réalisé par les fédérations d'associations. L'UNA, Adedom, l'ADMR et la FNAAFP/CSF revendiquent ensemble cinq mille structures adhérentes et deux-cent-vingt-cinq mille salarié-es. Mais il s'agit de regroupements d'entités autonomes, dotés de leviers plus ou moins puissants sur celles-ci. Si certains s'engagent sur des formes de protocolisation des pratiques, d'ajustement des finalités, sur des analyses statistiques ou économiques, la plupart constitue plutôt une représentation politique de leurs membres, l'interlocuteur privilégié des décideurs.

Malgré l'émergence de ces groupes privés non lucratifs, le secteur est encore bien plus morcelé que le médico-social. Le journal « Alternatives économiques » du 1^{er} avril 2015 dénombre plus de cinq mille organismes délivrant des services à domicile. Parmi ceux-ci les associations monopolisent 68% du secteur et répondent aux trois quarts du million six cents mille bénéficiaires, mais nombreuses sont celles qui emploient moins de trois équivalents-temps-plein.

Par contre, d'après le même article, le budget global de ce secteur atteint en 2012 vingt-deux milliards d'euros, à comparer avec les vingt milliards de l'hébergement social et médico-social des personnes âgées (INSEE 2011). Il constitue donc un marché

de plus en plus attractif pour les entreprises à but lucratif qui pourraient investir le secteur soit par rachat, soit par développement indépendant.

Si l'on suit les raisonnements des deux autres secteurs, on comprendra que le NPM est encore peu présent dans ce secteur. Il apparaît pourtant déjà dans l'évaluation de coûts moyens à l'heure par intervention et dans la progressive homogénéisation des rémunérations (tarif horaire, prime de repas, frais de déplacement...).

Si le NPM était incriminé dans l'évolution de la sinistralité, comme de nombreux chercheurs le prétendent, nous aurions donc affaire à trois secteurs situés dans des phases différentes de son implantation, autorisant une analyse comparative de ce facteur.

Concernant les métiers, comme au siècle dernier, l'activité principale reste de très loin l'aide au ménage incluse dans 69% des interventions, suivie de l'aide à la vie quotidienne (toilette, repas, couchage...) pour 36% et le soin à domicile pour 30%.

Malgré cette standardisation des tâches, le second objectif du plan Borloo, la professionnalisation, reste très partiellement atteint. Concernant les métiers, celui de « travailleuse familiale » est créé dans les années vingt et il est officialisé par le décret du 9 mai 1949 mais la première qualification, le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD), n'apparaît que très récemment, en 1988.

Aujourd'hui de nombreux diplômes s'y ajoutent, en niveau trois, CAPA Option services aux personnes et vente en milieu rural, Titre Professionnel Assistant(e) de vie aux familles (ADVf) ou Assistant-e de vie aux Familles ; en niveau quatre, Baccalauréat Professionnel Services aux personnes et aux territoires ou Baccalauréat Professionnel Accompagnement, soins et services à la personne. Comme on le voit, les compétences restent peu valorisées avec aucun diplôme de l'enseignement général, une simple option sur un diplôme à vocation agricole, et une difficulté à distinguer sur le contenu les deux baccalauréats.

Malgré cet effort, ou plutôt du fait de sa faiblesse, d'après la DARES, en 2014, 44% des salarié-es n'ont aucun diplôme et 38% ont un niveau cinq. La formation professionnelle

ne palie pas ce manque comme le montre le tableau d'Emploi 2015 cité par ([Devetter & Puissant, 2018/3-4](#)). Entre 10 et 12% des employé-es ont suivi un stage ou un cours dans les trois derniers mois (sauf par les particuliers-employeurs) et ces formations courtes ne donnent pas accès à qualification.

Il est vrai aussi que l'objectif de départ de développer des niches d'emplois locaux pour des demandeurs d'emploi peu ou pas qualifiés n'a encouragé ni employeurs ni employé-es à développer la formation professionnelle.

Ces formations sont d'ailleurs perçues par les employeurs comme un risque d'augmentation de salaire ou de départ, inquiétude qui en dit beaucoup sur la question du salaire, facette incontournable de la professionnalisation.

Pour l'année 2021, le salaire horaire moyen d'une aide à domicile est de 10,42€ (source indeed.com pour 4576 emplois publiés) alors que le salaire minimum est de 10,25€, soit moins de 2% au-dessus du plancher légal. Qui plus est, ce taux très bas est affecté à des temps partiels, aboutissant à des salaires annuels très en-dessous du SMIC annuel. A titre d'exemple, les données 2010 rapportées par [Devetter](#) et al. (2017/2) montrent que le salaire annuel d'une aide à domicile employée par un CCAS est de 5% inférieur au salaire minimal annuel alors que le taux horaire est supérieur de 7% au taux horaire minimal.

La situation est encore pire avec les autres types d'employeurs du fait à la fois de taux horaires inférieurs et d'un temps de travail moins complet. Le salaire annuel moyen est alors entre 28 et 37% inférieur au SMIC annuel. Même les départements qui appliquent une politique volontariste d'amélioration de leurs rémunération (Landes, Yvelines ou Dordogne) ne corrigent que pour moitié la différence.

La question du temps de travail apparaît donc cruciale pour cette activité, puisqu'elle est pour beaucoup d'employé-es une source de précarité économique et *d'incertitude professionnelle*, l'accès au *temps plein* permettant au moins d'assurer un revenu minimum.

Mais même à temps plein, la rémunération reste faible au départ, avec une progression minimale, et une influence quasi-nulle des qualifications. Elle ne peut donc constituer un outil efficace de professionnalisation. Elle est même régulièrement accusée de précariser les aides à domicile, rendues de ce fait dépendantes d'un compagnon salarié et/ou confrontées à l'inflation des logements et du transport (cf les aides à domicile en première ligne des Gilets Jaunes).

Pourquoi alors poursuivre un travail qui ne permet pas d'atteindre un standard de vie plancher ? Pourquoi investir du temps et des moyens sur la formation alors que l'on souhaite changer de métier ? Comment s'impliquer dans un établissement qui rétribue si peu ses employé-es ? Pourquoi alors en apprendre les normes, les règles de prévention ?

Ces réflexions nous encouragent à intégrer le *temps de travail*, la *rémunération* et la *qualification* dans notre recherche. Ces variables pourraient en effet, en affaiblissant l'investissement professionnel, réduire les efforts de prévention et favoriser l'occurrence d'accidents du travail dans ce secteur.

Elles nous confortent aussi à observer *l'implication* et nous questionnent sur *l'incertitude professionnelle*.

Troisième pied de la professionnalisation, l'activité, déclinée en fonctions et en tâches, s'avère aussi peu valorisante.

Perçues comme « de simples prolongements des aptitudes développées dans la sphère domestique » ([Jany-Catrice](#) et al, 2009) puis tenues économiquement pour « banales, substituables, ou encore abondamment disponibles » ([Gadrey](#) et al., 2014), les besoins des aides à domicile se prêtent aussi peu à l'industrialisation qu'à la rationalisation, pour reprendre les deux catégories de professionnalité proposées par [Gadrey](#) (2014).

La standardisation des gestes et procédures, la protocolisation des activités, tellement prégnantes dans le sanitaire, paraissent inaccessibles à ce secteur, tant chaque prestation est centrée sur la situation du client, dans ses besoins et son habitat.

La rationalisation, appliquée à la gestion du temps, ne parvient que difficilement à mesurer la durée des actes. S'il est possible de calculer la durée moyenne d'une toilette ou de la confection d'un repas, il est impossible d'affecter ce temps à toute toilette et à tout repas. Quelques départements ont tenté de le faire pour évaluer les coûts, mais l'application s'est avérée hasardeuse. Les modalités, appliquées avec difficultés dans l'hébergement des Personnes âgées ou handicapées, s'avèrent inadaptées au fonctionnement à domicile.

Standardisation, rationalisation, ces processus ne sont possibles que si l'organisation est structurée dans ce sens : centralisation des décisions, coordination des tâches, division du travail ([Mintzberg, 1982](#)). Or l'organisation des structures d'aide à domicile et leur diversité ne favorisent pas cette démarche.

Quant au statut des structures il varie entre service public (essentiellement CCAS et CIAS), service privé sans but lucratif (associations) et service marchand à but lucratif. Comme nous l'avons déjà observé à propos du médico-social, les indicateurs de performance de ces trois catégories sont distincts.

La part éthique, « ontologique » pour les deux premiers, reste formelle pour le secteur marchand. Elle est au pire strictement déclarative, au mieux déléguée au professionnel dans sa relation au bénéficiaire.

A ces trois natures de statuts, s'ajoutent trois modalités de fonctionnement, de nature si différente qu'elles induisent un travail très distinct car les organismes peuvent être mandataire, prestataire ou particulier-employeur. Selon la modalité, l'aide à domicile se trouve elle-même dans une situation de travail très dissemblable, subalterne salariée, travailleur indépendant ou employé-e de maison.

La régulation du travail réel est dans tous les cas très lâche, qu'elle soit effectuée par des ordres, une commande, un contrat ou une adaptation au client/bénéficiaire.

L'aide à domicile dépend ainsi d'un assemblage disparate de normes, issues de la sphère domestique (transmission parentale par exemple), de la formation professionnelle (par la qualification ou l'échange avec ses pairs), ou encore d'une co-

production avec le client, « relation d'usage [...] institutionnalisée de négociation et d'adaptabilité conjointe » ([Jany-Catrice](#) & al., 2009).

Dans ce contexte, l'évaluation ne peut que rester évanescence. Dans le cas des services mandataires, l'organisme ne fournit que l'appui juridique et comptable et l'aide reste employé-e du bénéficiaire. Tout contrôle des tâches effectuées s'avère entaché d'illégitimité. Comment juger autrement que par le regard du client/employeur ? Comment arbitrer entre les avis discordant du bénéficiaire et de ses proches ? Comment vérifier la bonne application des gestes et postures ou des consignes de sécurité ?

La situation des services prestataires, facturant un service au client, n'est guère meilleure même si l'aide à domicile est bien employée par l'organisme. Si un contrôle du service effectué est ici légitime, il est très intrusif pour le client et trop chronophage pour le réaliser de manière régulière. Même la durée du travail, point essentiel de tout contrat de travail, s'avère le plus souvent déclarative.

Quant au million quatre cent mille salarié-es des particuliers-employeurs, ils sont rémunéré-es par les Chèques Emploi Service Universel (CESU), et dépendent quasi-exclusivement de l'avis et des desideratas du particulier qui les emploie. Peu d'arbitrage possible en cas de désaccord ou de conflit. Qui pour déterminer si le ménage est correctement réalisé, le repas goûteux et diététique ? Qui pour éviter des demandes hors statut, déblaiement de gravats, changement d'ampoule électrique, coup de peinture ou déplacement de meubles ? Qui pour éviter des conduites délictueuses, vol ou harcèlement ?

Cette situation apparaît encore plus périlleuse pour deux cent quarante-sept mille assistantes de vie (FEPEM 2020), chargées auprès de personnes dépendantes des tâches les plus variées, des soins d'hygiène à l'accompagnement aux courses, du lever et coucher à l'appareillage des personnes handicapées.

La seule organisation à vocation de régulation, la FEPEM, créée en 1948, s'est donnée comme mission politique de défendre ses trois millions six cent mille adhérents-employeurs et endosse peu de responsabilités vis-à-vis des employé-es.

Comme on le découvre après ce bref tour d'horizon, l'émiettement des financements, la faible régulation de l'Etat et des départements, dont les taux horaires vont du simple au double, rendent ces emplois très vulnérables.

L'application même de la législation du travail et des conventions collectives reste inconsistante.

Comment s'assurer que les tâches correspondent bien au contrat ? Comment éviter des amplitudes horaires de plus de douze heures dans la journée ? Comment garantir l'absence de risques lorsque la salariée utilise les produits fournis par le client ou que l'habitat impose des mouvements périlleux ?

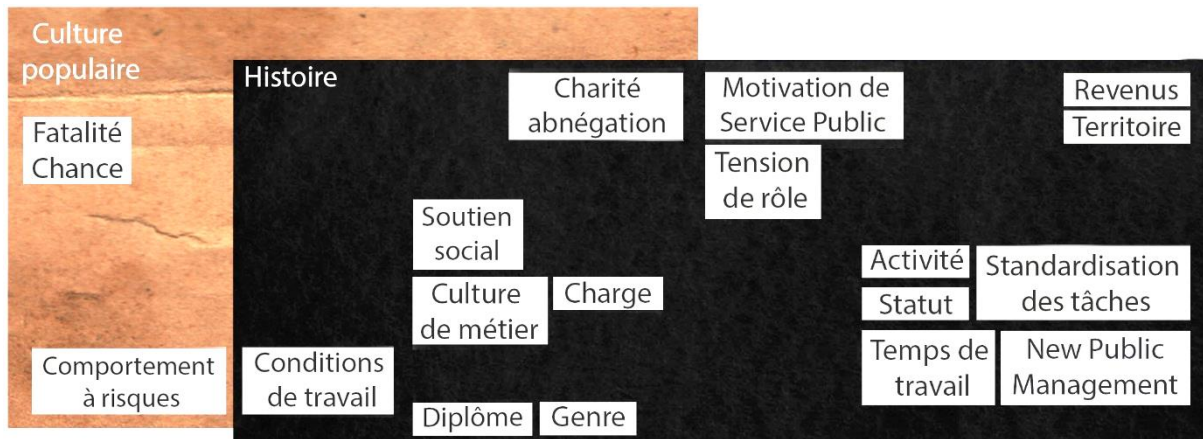
Le NPM, dont l'impact a été détaillé sur les autres secteurs, est ici moins pressant. Dépendant d'une régulation étroite, il ne s'insinue que par quelques indicateurs, le temps moyen d'intervention chez le client, dont nous avons déjà explicité les limites, ou une recherche de rentabilité financière par le plafonnement des salaires, déjà contraints par la prise en charge publique.

Dans ce secteur, les variables auxquelles nous nous intéresserons pour notre recherche touchent surtout aux *marges de manœuvres* des employé-es et à leur *implication organisationnelle*.

L'incertitude professionnelle, due à la *rémunération* et à la nature des *contrats* (temps partiel, CDD, CESU), pourrait aussi avoir un rôle dans la survenue d'accidents du travail.

Après ce tour d'horizon des secteurs qui nous intéressent, nous sommes en mesure de produire une deuxième carte de variables superposable à la précédente.

Figure 4 : Carte des variables 2



Mais revenons à l'objet de notre recherche. Faute de définition gestionnaire stable, nous devons effectuer un détour par d'autres disciplines pour tenter de répondre à ce questionnement.

Il nous faut d'abord déterminer la nature scientifique de ce phénomène. Que pouvons-nous et que souhaitons-nous observer ? le process de recherche dépendra de cette posture.

3 Une épistémologie constructiviste...



Lors de sa manifestation, l'accident est d'abord appréhendé comme un fait réel. Il advient brutalement et ses effets modifient matériellement le corps et les objets affectés. Si cette physique de l'accident est incontestable, son mécanisme concerne d'autres sciences dont nous avons déjà indiqué l'intérêt. Pour les sciences de gestion et l'ensemble des disciplines que nous allons solliciter, il est surtout considéré comme un construit social.

En termes épistémologiques, il a été pensé alternativement selon deux perspectives.

3.1 L'accident du travail comme fait social



La première perspective peut être attribuée à [Durkheim](#) (1894) qui, souhaitant faire de la sociologie, à l'instar de la physique ou de la chimie, une « science de réalités », postule en incipit du chapitre 2 des *règles de la méthode sociologique* « La première règle et la plus fondamentale est de considérer les faits sociaux comme des choses. » Le travail du scientifique est alors de dissiper les « représentations » qui « sont comme un voile qui s'interpose entre les choses et nous ». Il s'inscrit ainsi dans le positivisme de [Comte](#) (1830, 1842) qui, dit-il, « a proclamé que les phénomènes sociaux sont des faits naturels, soumis à des lois naturelles ».

Dans ce paradigme, comme toute chose, l'accident dispose de l'attribut d'existence. Il existe ou n'existe pas. Et s'il existe, il est mesurable. Pour reprendre [Condorcet](#) (1794), Newton « apprit aux hommes à n'admettre, dans la physique, que des théories précises et calculées, qui rendissent raison non seulement de l'existence d'un phénomène, mais de sa quantité, de son étendue ».

[Durkheim](#) (1897) va ainsi, dans « le suicide : étude de sociologie », définir le phénomène, en délimiter l'acception (il considère « l'iconoclaste [...] qui meurt de la main du bourreau » comme suicidaire mais non « l'halluciné qui se précipite d'une fenêtre élevée »), procéder « comme un botaniste » au regroupement d'évènements singuliers (chaque suicide étant différent par ses causes et ses modalités), le

dénombrer de façon binaire (1 pour un suicide, 0 pour un non-suicide) sur une période et un territoire donnés. C'est alors à l'aide d'outils statistiques qu'il cherchera les « lois » qui président à son occurrence et à ses particularismes. C'est cette méthode qui fait de [Durkheim](#) l'un des pères de la sociologie.

Alors que cette action humaine était perçue comme un élément strictement personnel et réfractaire à toute réflexion sociale, [Durkheim](#) mesure, grâce à sa méthode, des ratios et démontre la stabilité de certains d'entre eux (période dans l'année, genre, proportion d'un groupe donnée...). Il fait d'un fait rare et singulier un fait social et prévisible, ouvrant la voie à des traitements préventifs du phénomène. C'est ce processus que nous souhaitons suivre dans notre recherche.

Pourtant cette méthode a un défaut, elle tend à réifier les faits et les relations entre ces « choses ». Le risque est de considérer que ces lois statistiques sont « d'airain » et ne permettent pas d'évolution. A propos de l'accident, (cf [Jarrige](#) & Reynaud, 2014 ; [Wright](#) & al., 1986), au XIXème siècle, des statisticiens comme [Keller](#) (1890) penseront démontrer que les explosions d'appareils à vapeur suivent « une sorte de régularité fatale », un taux invariant, décourageant les volontés de prévention : *peu important les efforts de formation ou d'organisation, un ratio immuable d'accidents se produira, accompagné de son cortège inévitable de morts et de blessés.*

C'est aussi cette pensée, quoique non fataliste, qui sous-tend les études annuelles de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) ou de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). On peut par exemple citer [Euzénat](#) (2009), ou [Algava](#) & Vinck (2015) qui montrent les différences de probabilité d'occurrence des accidents du travail selon le genre, l'âge, le statut ou plus rarement des variables de gestion telles que les « changements d'organisation du travail » ([Euzénat](#), Mortezapouraghdam, Roux, 2011).

Si ce courant « dévoile » par ces régularités des relations entre diverses variables et l'accident du travail, il laisse à l'état d'hypothèses les mécanismes explicatifs de ces relations et pendant les possibles procédés de prévention.

Tout en reconnaissant l'intérêt fondamental de ces analyses, nous citerons [Weber](#) (1903) en guise de mise en garde : « plus le phénomène est précisé scientifiquement, et plus il est un produit d'abstraction, et plus il s'écarte de l'idée primitive d'une donnée sensible, d'une idée imposée à l'esprit par la perception passive et contrainte ». A trop vouloir regrouper des éléments disparates, on en fait une « idée » platonicienne, nécessaire au langage ou à la compréhension d'évènements toujours uniques mais parfois trop abstraite pour appréhender les spécificités de la réalité.

Le second courant, en phase avec notre vision et la littérature, répond à cette limite et nous éloigne de Durkheim. Quoiqu'aboutissant à des résultats similaires, il lui est opposé, puisqu'il part de l'expérience singulière. Il s'inscrit pour l'objet qui nous occupe dans une tradition beaucoup plus ancienne.

En effet, l'accident a d'abord été considéré comme un évènement vécu, qu'il soit individuel ou collectif, qu'il soit la manifestation d'une fatalité, « c'était son heure », la sanction d'une faute, « il y a une justice ! », ou le fruit d'une imprudence, « s'il nous avait écouté ! », et il est naturellement observé d'abord à proximité de la victime, par celle-ci ou ses témoins, puis plus à distance par procuration ou compassion, par le récit et la recherche de responsabilité.

Cette position d'observateur sensible oriente aussi le regard du scientifique, dans une perspective de témoin, à hauteur d'homme. Il enquête alors à partir de l'individu lésé, sur les causes directes ou indirectes de *cet accident-là*. Ainsi [Heinrich](#) (1941), en resituant le fait-accident dans une séquence de faits comme on place un domino dans un alignement de ses semblables, décrit un enchaînement logique de situations successives, ouvrant la voie à la « modélisation » de *chaque* accident du travail.

Afin d'objectiver l'accident, il part de sa singularité, et ce faisant, il autorise l'objectivation de *chaque* accident du travail, dans son unicité, puis par homomorphisme, à l'instar du « botaniste » [Durkheim](#), il regroupe les accidents similaires pour concevoir des *types* d'accidents qu'il peut à son tour modéliser.

Partant de ce processus, par un changement progressif de focale, conduisant à l'éloignement graduel du lieu physique de l'accident, [Faverge](#) et sa hiérarchie de « cellules » (1964), [Johnson](#) et le « MORT » pour « Management Oversight and Risk Tree (1975) et bien d'autres vont imaginer un arbre puis un faisceau de causes de chaque accident puis de chaque type d'accidents. De proche en proche, en élargissant progressivement la focale, ils vont agréger à leurs modèles des facteurs très proches de l'accident (le geste, la posture, l'outil, le matériel) à des facteurs de plus en plus éloignés (l'équipe, la structure, l'organisation de l'établissement, l'environnement économique ou juridique).

Ce faisant, en chargeant un nombre croissant d'acteurs d'une part de responsabilité au phénomène, ils les intègrent à un fait social. Ils passent de l'analyse technique d'un choc ou d'une chute à une narration, un récit collectif et temporel, pour aboutir à une représentation partagée de l'évènement, qui pourra se transmettre comme élément de l'histoire de l'établissement (cf « new Charles » de la série « Sur écoute »), voire de la culture de métier (à travers un type d'accident récurrent), ou même l'histoire du secteur (au travers d'accidents majeurs ou d'évènements judiciairisés par exemple). Dès lors, l'accident du travail peut s'extraire de son statut de « chose » et s'assimiler à un construit social immergé dans le bain d'autres construits sociaux. Grâce à sa représentation partagée, l'accident réel, vécu, permet d'imaginer d'autres accidents similaires. La chute du toit d'un couvreur identifié sert de matrice à la crainte de tous les autres couvreurs.

A l'instar de [Piaget](#) (1970) qui situe dans l'expérience corporelle la connaissance inséparable des objets et de soi, c'est par assimilations successives, d'abord sensori-motrices (pour l'accident, les mouvements et leurs effets de glissades, torsions, pressions, brûlures, douleurs...), puis conceptuelles (représentation mentale des accidents possibles ou « idéals ») que les accidents et presque accidents (cf supra : accidents sans dommages) génèrent des schèmes, pour [Piaget](#), une forme mentalisée d'action-type.

Ainsi le dérapage d'un serveur, vécu puis raconté : « j'ai failli me casser un bras », « j'aurais pu tomber avec le plateau », génère par cette narration une représentation dotée d'un nom (glissade, chute, fracture, entorse...) et d'une signification partagée.

Ce schème socialisé ne constitue pas pour autant obligatoirement un accident ou un presque-accident. Selon le métier et l'époque, tel type de lésion (ecchymoses par glissade par exemple) sera considéré ou non comme un accident du travail.

C'est cette appréciation de ce qui fait accident du travail dans un secteur donné qui donne leur cohérence aux données disponibles sur le phénomène. Ainsi recevoir des coups par des enfants handicapés est encore perçu comme « normal » en établissement spécialisé tant que cela ne génère pas d'arrêt. A l'inverse, les maux de dos sont aujourd'hui motif d'arrêt de travail alors que s'en plaindre était honteux dans les années 80 ([Jounin](#), 2008).

Etendu à tous les phénomènes du travail, ce mécanisme propre au métier et/ou au secteur dépend de nombreux paramètres, degré de risque du métier, impact sur la pratique et l'organisation, niveau d'acceptation de la douleur dans le groupe social, réponse médicale disponible ou non.

Fort heureusement, une forme de consensus naît de l'évaluation croisée des juristes (Lois, jurisprudence), des médecins du travail (formation, revues professionnelles, échanges de pratiques) et par l'entremise des Instances de Représentation du Personnel (IRP). La succession de validations qui atteste de l'existence de l'accident du travail dépasse le cadre de l'établissement et réduit le risque d'une interprétation trop ou insuffisamment rigide du phénomène. Par contre, elle peut induire des nuances territoriales dont nous tenterons infra d'établir la prégnance.

C'est cette homogénéité qui nous permettra d'une part l'étude statistiques des données compilées par la CARSAT et d'autre part l'interrogation des employé-es du secteur sur leurs perceptions.

Comme on peut le déduire de ce qui précède, le construit accident du travail n'est pas seulement ascendant, de l'individu vers la société. Il procède aussi d'un mécanisme descendant.

3.2 L'épineuse contextualisation du phénomène



La construction personnelle puis partagée des schèmes s'ancre et s'insère dans une construction plus large, collective et durable, celle des infrastructures et des institutions.

Nous nous inspirerons ici du constructivisme que [Canguilhem](#) (1966) a appliqué aux rapports entre « le normal et le pathologique ». Dans l'ouvrage du même nom, il donne raison à [Halbwachs](#) (1913) considérant la mort comme phénomène social, puisque l'âge où elle survient résulte en grande partie des conditions de travail et d'hygiène, de l'attention à la fatigue et aux maladies, donc de conditions sociales autant que physiologiques.

Comme [Durkheim](#) l'affirme, « dans une société donnée pendant une unité de temps donnée », ce qui pouvait apparaître comme une collection de faits indépendants constitue un fait nouveau qui a « son unité et son individualité, sa nature propre ».

Comme lui, nous observerons bien l'accident du travail dans une « société donnée » en un « temps donné ». Car c'est bien ce contexte, économique, politique, technologique... qui structure le travail que nous connaissons, le matériel qui l'outille et les formes de lésions qu'il produit.

Cette position épistémologique ouvre notre champ d'analyse et permet de réintégrer dans notre investigation des causes contextuelles, environnementales.

Elle présente pourtant trois défauts.

Premièrement, en isolant le fait social/accident du travail, elle tend comme nous l'avons déjà dit, à le réifier et à faire de même de chaque variable étudiée, les attributs de la victime (son genre, son âge, son état de santé), mais aussi ses attitudes (motivation, engagement), ou ses comportements (négligence, prise de risque,

irrespect des règles), en les dissociant artificiellement de l'évènement lui-même. Alors que nous avons affaire à des éléments mouvants et en interaction constante, cette vision tend par exemple à naturaliser les caractères du genre (femmes plus méticuleuses ou hommes plus costauds), et à figer des relations de causalité (l'ébriété augmente le risque d'accident de 15%).

Deuxièmement, cette position transforme l'environnement de la victime en décor plat. Les « conditions de travail » (heures supplémentaires, bruit, relations aux patients, charge de travail) constituent ainsi une première couche dans laquelle tous ces éléments se mêlent de manière indistincte et durable. De même, les spécificités du contexte socio-économique, ou les caractéristiques structurelles de chaque établissement.

Ces différentes couches, simplement superposées dans un modèle, peuvent difficilement être incluses dans une séquence ou un faisceau de causes, comparées entre elles, reliées ou dissociées en sous-dimensions. Elles constituent alors autour de la scène du drame un feuilleteur de plans opaques. Nous proposerons infra des techniques visant à estomper cet effet négatif.

Troisième défaut, en institutionnalisant les différents éléments (comme nous l'expliquerons ci-dessous), comme [Durkheim](#), on tend à les rendre statiques. Or, en déterminant les causes de l'accident du travail, nous postulons leur évolution, nous visons à en réduire le nombre, à infléchir leur progression, à en alléger les conséquences. Cet argument nous encouragera à intégrer le temps dans notre modèle.

Pour réduire ces trois défauts tout en conservant une logique constructiviste, nous suivrons le conseil de [Leclercq](#), Monteau, Cuny (2013) qui rappellent que « toute représentation de l'accident repose [aujourd'hui] sur une conception systémique ».

En agençant les variables selon leur nature, en les distribuant selon leur distance à l'accident, en les intégrant dans une modélisation pas uniquement hypothético-déductive, nous pourrions préserver le caractère construit de l'accident du travail sans

brouiller totalement le faisceau de causes ni succomber à une vision statique du phénomène.

Cela supposera bien sûr de fourbir des outils statistiques qui préservent la place de chaque variable quelle que soit leur position dans le système.

L'accident du travail n'apparaîtra plus seulement comme le produit ponctuel d'un individu au travail mais comme un « fait social total » ([Mauss](#), 1923), dépassant l'histoire individuelle pour entrer dans un entrelacs de variables de diverses natures, sensible au collectif et à son histoire, au territoire de vie et au temps.

3.3 Un dépassement par le système



Ainsi, [Leclercq](#), Monteau, Cuny (2013), après bien des tentatives de modélisation de l'accident du travail, alors que les représentations se complexifiaient et que de nouvelles disciplines étaient mobilisées, proposent d'intégrer cette problématique dans une pensée systémique.

Cette théorie a d'abord servi la pensée physico-chimique qui cherchait à expliquer les phénomènes thermiques ou mécaniques. Elle supposait un ensemble de règles immuables équilibrant des forces contraires. Il s'agissait donc d'une représentation dynamique mais stable d'un équilibre chimique. Cette représentation restait circulaire.

Partant des résultats très probants de ces premières applications, elle a été, dans une première translation, appliquée avec succès par [Bertalanffy](#) (1968) aux organismes vivants. Ceux-ci, pour assurer leur survie et leur développement, se maintiennent dans un quasi-équilibre, un état « homéostatique », permettant l'évolution, la transformation tout en maintenant la structure grâce à un ensemble de boucles hormonales ou nerveuses ([Cooper](#), 2008).

L'équilibre apparent n'est plus comme on le croyait une stabilité de l'ensemble des composants mais le fruit d'actions/rétroactions internes et d'interactions avec l'environnement. Répercussion de cet état de fait, le déséquilibre n'est plus une perte

d'équilibre mais une situation normale dès lors que les boucles correctives fonctionnent.

La crise continue toutefois à exister car ces systèmes passent régulièrement par des phases d'inadaptation à un environnement lui-même en mouvement (perturbation ponctuelle, mutation soudaine, catastrophe, « chaos ») qu'elles surpassent par la modification des boucles existantes. La représentation reste circulaire mais subit des inflexions spirales à chaque réajustement.

Dans ce paradigme, les structures elles-mêmes ne sont que des états plus ou moins durables du système puisqu'elles « résultent de l'interaction dynamique des parties ». Si l'économiste [Boulding](#) (1953) affirme que toutes les organisations, quelle que soit leur nature, respectent les mêmes « lois d'airain » (par exemple la taille optimale), [Bertalanffy](#) reste plus prudent.

Il assume que toutes les sciences présentent des « correspondances » systémiques, mais [Bertalanffy](#) y voit surtout des « isomorphismes » transdisciplinaires. Pour le dire autrement, toutes les disciplines scientifiques n'ont pas les mêmes lois, (au contraire de la logique néopositiviste), mais, moyennant des langages partagés, les mêmes schémas structuraux peuvent s'appliquer à des phénomènes de nature différente. « Les propositions de l'une [...] peuvent facilement être traduites dans celle de l'autre » ([Bertalanffy](#), 1955b, cité par [Pouvreau](#), 2013).

Plus près de notre discipline, [Watzlawick](#) (1976) et l'école de Palo Alto vont étendre la systémique aux faits sociaux, non pas en postulant l'unité de la science dans un réel inaccessible (cf [Boulding](#)), ni en reprenant la vision « organiciste » de [Spencer](#) (1860) ou celle de [Durkheim](#) qui assimilent la société à un organisme, mais en étendant de proche en proche le « constructivisme » aux phénomènes non « objectifs ».

Pour l'école de Palo Alto, le fait social, s'il peut être « total » au sens de [Mauss](#) (cf supra), ne peut être global. Il est plutôt construit de manière ascendante au niveau de chaque système et sous-systèmes, administration, entreprise, groupe. Il l'est de manière primaire, par les relations entretenues par les constituants du système, les

individus, les groupes... et de manière secondaire, dans sa narration et sa signification grâce au langage. Ils se rapprochent ainsi de la systémique ethnologique, du structuralisme de Lévi-Strauss, et s'opposent au positivisme.

La systémique qu'ils décrivent conforte notre position décrite supra comme le croisement d'une construction mentale de l'individu dans un collectif (processus ascendant) avec la construction institutionnalisée de la société s'imposant en retour aux individus (processus descendant). Ils insistent sur la place prépondérante du langage (repris par nous sous forme de récit, d'échange de pratiques, d'IRP...) et sur la non-universalité du processus. Ce que l'on peut dire d'un système ne peut être appliqué par simple translation à un autre système. Dans ce cadre, quoique nous ayons montré amplement la proximité entre nos secteurs d'étude, il nous faudra rester mesurés dans l'application de nos résultats à l'intégralité des activités ou des établissements.

Cette posture épistémologique n'est possible cependant que sous réserve de considérer avec [Buckley](#) (1968, cité par [Pouvreau](#), 2013) que « la société, ou le système socioculturel, n'est pas principalement un système en équilibre, [...] homéostatique, mais [...] un système adaptatif complexe ».

Leur représentation, si elle peut à chaque instant être perçue comme circulaire, devient clairement spiralaire.

[Buckley](#) s'oppose ainsi aux fonctionnalistes qui « inclinent à surestimer les aspects normatifs les plus stables », et pour reprendre notre métaphore, à figer le décor. Un système social n'est pas pour lui uniquement stabilisé par des boucles d'interactions entre quelques forces opposées mais en évolution constante grâce à un réseau de relations qu'il n'est pas possible de modéliser une à une.

Les sciences d'organisation, que nous solliciterons infra, en particulier [Mintzberg](#) (1982) ou [Lawrence](#) & Lorsch, reprennent ces postulats pour modéliser les entreprises. Si elles sont bien pour eux des structures, ils insistent sur leur évolution dans le temps, permise ou contrainte par la modification des rapports internes ou des facteurs

externes. Tout accident, dont l'accident du travail, constitue dans ce paradigme un moment de crise. Il devient (cf supra le Chaos de Deleuze) l'occasion d'amélioration du système, d'adaptation des individus, pour nous un levier de la prévention.

La systémique peut alors remplacer l'accident-séquence de [Heinrich](#) par une représentation modélisée. Il n'est plus question de chercher à démonter la mécanique de toutes les situations accidentelles réelles ou possibles mais de débrouiller les principales boucles de causalités ou d'influences sur l'occurrence des accidents du travail dans un système particulier.

Pour autant la pensée systémique présente aussi des limites.

En concordance avec [Buckley](#), si le système est une représentation intelligible et efficiente des phénomènes, il en reste une représentation et une représentation limitée. Pour reprendre [Le Moigne](#) (2007) parlant des modèles, « si la carte n'est pas le territoire connaissable, le territoire connu devient la carte » et encore, pour reprendre [Korzybski](#) (1931), sous réserve que la carte « possède une structure similaire à ce territoire ».

La deuxième limite est métaphoriquement celle des cartes géographiques. Il n'existe pas d'intelligibilité de la représentation à toutes les échelles mais seulement à certaines. De même qu'une carte géographique ne peut se comprendre qu'à l'échelle des pays et des continents en terme de géostratégie ou de migrations, à l'échelle des pays ou départements pour les déplacements routiers, à l'échelle locale pour les randonnées pédestres, les représentations systémiques connaissent selon la discipline d'analyse un niveau mieux adapté. Et chacun de ces niveaux fait système ou sous-système. [Bertalanffy](#), [Boulding](#) ou [Le Moigne](#) (déjà cités) proposent chacun un nombre déterminé de niveaux d'analyse (9 ou 11), imbriqués ou juxtaposés les uns avec les autres.

La troisième limite, issue de la deuxième, croise nos interrogations sur l'institutionnalisation des variables ; il s'agit du risque de voir ces niveaux simplement

superposés. De même que nous l'avons indiqué alors, ce risque devra être réduit par un choix judicieux d'outils de traitement des données.

Forts de ces considérations et conscients de ces limites, nous choisirons pour notre thèse une représentation en système, modèle facilitant l'étude d'un grand nombre de variables et capable d'intégrer plusieurs niveaux de compréhension d'un phénomène. Mais comment y intégrer la redoutable question du temps ?

La différence fondamentale entre les systèmes circulaires et leurs homologues spirales est la prise en considération du temps.

L'observation d'un phénomène comme l'accident du travail intègre de fait une forme de temporalité minimale. En ordonnant les causes possibles des accidents comme variables indépendantes et les mesures des accidents comme mesures dépendantes, notre modèle introduit une première perspective temporelle, les premières étant nécessairement antérieures aux secondes.

Une deuxième temporalité peut être incorporée, celle de l'évolution de la sinistralité. En effet, dans un système spiralaire, un ensemble de variables peut non seulement engendrer un quasi-équilibre mais il peut aussi déclencher une évolution. D'autre part, aussi équilibré que soit un système, il est aussi susceptible d'entrer dans une spirale de transformation, y compris structurelle.

De ce fait, nous ne souhaitons pas figer les relations, les traduire sous forme d'équations dont les coefficients devraient rester stables et durables. Comme nous l'expliquerons infra, nous préférons à ce format d'autres modalités d'étude à travers l'observation des réseaux d'influences.

Un troisième mode de considération du temps et de l'évolution serait d'injecter des boucles de rétroactions dans notre système. Contrairement au modèle systémique de base, nous choisirons de ne pas en inclure dans notre modèle, considérant que celles-ci ne se développent qu'à moyen terme.

Ainsi, par exemple, nous pourrions supposer l'apparition de boucles de rétroaction suite à un accident grave, si les employé-es, ébranlés, altèrent les causes de cet accident, réduisant ainsi le risque qu'un nouvel accident se produise. De même on peut espérer des réactions de la direction, en termes d'aménagement des postes, de formation, de recrutement, qui pourraient en retour affaiblir la sinistralité.

Comme nous allons le constater, la stabilité de risques dans beaucoup d'établissements, la croissance dans d'autres plaident plutôt pour l'absence de boucles ou, au moins pour un ciblage erroné des causes. Et l'un des objectifs de notre thèse est bien de démêler les prétendues causes des variables réellement influentes.

L'observation des comportements est en phase avec cette assertion de rétroactions faibles. La modification des comportements des agents confrontés directement ou indirectement à un accident n'apparaît que durant les jours, les mois suivant l'accident. La crainte d'être victime amène peu d'employé-es à davantage de prudence et, sauf nouvel accident, sur une durée faible ([Kouabenan & al, 2013](#)).

D'autre part la diffusion de gestes de prévention par la victime et les témoins est restreinte aux collègues proches, aux pairs. Quant à la prévention organisationnelle, elle part le plus souvent d'évènements graves ou cumulés et ne se met en place qu'après un processus décisionnel souvent long.

Ne pouvant malgré ces remarques éviter un possible effet de feedback, nous choisirons une « unité de temps donné » de cinq à six ans, suffisante pour mesurer les liens de causalité et insuffisante pour générer des effets puissants de rétroaction.

En excluant toute rétroaction, nous évacuons de notre modèle la complexité.

3.4 La limite de la complexité



Ce concept constitue le fondement d'une analyse importante de l'accident du travail, celle de [Perrow](#) (1984). Théorisée par [Morin](#) (1987), la complexité « caractérise le comportement d'un système dont les composants interagissent localement et de façon

non linéaire, ce qui se traduit par un comportement difficilement prédictible » ([Lecourt](#), 2019).

Elle constitue pour [Perrow](#) (1984) la cause même de l'accident du fait des interactions « imprévues, incompréhensibles, incontrôlables et inévitables », induites par la complexité intrinsèque du système. Il affirme : « Si la complexité des interactions et le fort *couplage* [entre les éléments du système] doivent inévitablement produire un accident, je crois que nous avons le droit d'appeler celui-ci un accident normal, ou un accident systémique ».

On retrouve ici, de manière surprenante, un écho à la pensée fataliste de l'industrialisation qui considérait les accidents du travail comme conséquence *normale* du travail : imprévus, inévitables... Tout en acceptant le paradigme systémique, plutôt que d'en chercher les éléments, les sous-systèmes, les lois qui en règlent les relations, il prend au sens strict la métaphore de « boîte noire » de la complexité pour en déduire l'incompréhensibilité et par suite l'imprévisibilité.

Comme nous en désaccord avec [Perrow](#), [Weick](#) (1987) et plus formellement [Roberts](#) (1990) s'appuient sur des probabilités de risque pour montrer que les organisations correspondant le mieux aux critères de [Perrow](#) (nucléaire, aviation civile...) présentent en réalité une très faible occurrence des accidents et particulièrement des accidents majeurs. Ils en déduisent que les organisations les plus « à risque » développent des caractéristiques propres qui en font des « Organisations à Haute Fiabilité ».

C'est cette logique systémique évolutive et orientée vers la « fiabilité », qui nous paraît seule pouvoir expliquer les baisses massives du nombre d'accidents du travail dans les secteurs traditionnellement à risque (mines, construction ferroviaire, travaux publics...). Dans ce cadre, au lieu d'être un phénomène « normal », l'accident du travail resterait un risque, matérialisé épisodiquement comme dysfonctionnement d'un système donné.

Jean-Louis Le Moigne, dans un entretien avec [Perriault](#) et al. (2011), postule même que cette complexité dénoncée par [Perrow](#) ne serait que l'expression des limites cognitives

de notre cerveau. Pour dépasser cette frontière, il rappelle dans le même article que la complexité entretient une relation longue et fructueuse avec l'épistémologie systémique (notre choix pour cette thèse) et qu'elle peut souvent lui servir de boîte à outils conceptuelle ou méthodologique.

En citant Herbert [Simon](#) (1962), il conseille ainsi, pour affronter la complexité du système de référence, d'identifier des « classes au sein desquelles les intensités et les fréquences des interactions entre les composants semblent relativement homogènes ». Plus prosaïquement, [Soler](#) (2009) propose de choisir entre plusieurs différenciations/regroupements des individus étudiés en fonction des « contraintes susceptibles de peser sur l'élaboration scientifique ». Nous retrouvons ici les fondements mêmes que [Durkheim](#) posait pour analyser en « botaniste » les actes singuliers de suicide.

Pour filer la métaphore de la carte et du territoire, ces chercheurs rappellent la nécessaire humilité du chercheur quand il conçoit un système. Il n'a d'autre solution que de regrouper les faits et de simplifier la réalité tout en essayant d'en reprendre la structure.

Les sciences humaines assument ainsi les limites cognitives de l'être humain mais aussi sa capacité par les modèles à accroître sa compréhension de l'univers et son efficacité sur celui-ci.

Dans notre cas, ces conseils de « regroupements » en « classes » nous enjoignent d'observer notre objet selon plusieurs focales adaptées aux différentes variables.

En effet, si l'on considère les nombreuses modélisations d'accident du travail que nous détaillerons dans le corps de notre thèse, on peut constater qu'elles se différencient en grande partie par la distance au phénomène, selon une focale discrète, mettant en jeu des disciplines correspondant à chaque distance choisie, ergonomie, mécanique et psychosociologie au plus près de l'accident, sciences de gestion et d'organisation à moyenne distance, économie et sociologie à moyenne et longue distance.

A chaque *focale*, correspond un niveau d'analyse. Loin des « monades » de [Leibniz](#) (1893) pour qui « chaque chose particulière reflète le tout », le constructivisme qui sous-tend notre réflexion permet de modéliser une hiérarchie de systèmes imbriqués, chacun disposant de sa propre structure, et chacun interagissant avec les autres (cf modèle systémique infra).

Suivant les consignes de [Durkheim](#), il nous faudra montrer que les agrégats de données singulières collectées à chaque niveau du modèle constituent des faits sociaux dont les mesures constituent des bases de données cohérentes, représentatives de la structure de la réalité.

Dès lors il sera possible d'appliquer à ces données des méthodes d'analyses statistiques.

Comme le montre l'histoire des sciences, chaque discipline est devenue scientifique à l'aune des « sciences dures », des « sciences exactes », et plus précisément de la physique, qui de manière expérimentale, peut observer en tous lieux et tous temps la même réaction, atteignant ainsi une forme de « vérité absolue ».

Une part de cette vérité a été acquise par la mathématisation progressive des lois physiques, Newton, Copernic, rendent vraies leurs assertions par la possibilité de calcul des distances et des mouvements. A partir d'un langage mathématique très simple, ces physiciens rendent compte d'une réalité de manière (apparemment) intangible.

A l'inverse de la physique, la sociologie, la psychologie ou les sciences de gestion, les sciences humaines en général ne peuvent assurer la reproduction parfaite d'un phénomène et sa traduction en une équation de quelques lettres. « Homo oeconomicus » et « ceteris paribus » resteront à jamais des postulats idéaux de l'économie.

Pourtant, en inventant la méthode d'ajustement des moindres carrés (que nous utiliserons à plusieurs reprises) [Gauss](#) (1809) assume que l'observation de phénomènes physiques (astronomiques au début du XIX^{ème} siècle) est toujours imparfaite, et qu'il est possible seulement d'approcher ces faits par des lois mathématiques. Les fonctions mathématiques sont alors une méthode

d'approximation des phénomènes, d'autant plus juste que la somme du carré des distances des mesures observées aux mesures calculées est faible.

Trois ans plus tard, [Laplace](#) (1812) démontre le théorème central limite qui établit la convergence de la somme d'une suite de variables aléatoires vers la loi normale. La loi normale apparaît alors omniprésente dans la nature et ouvre la voie à la probabilité prédictive qui nous intéresse en sciences sociales.

Passant de la recherche de la vérité à une approche de la réalité par la probabilité, on peut alors mathématiser les sciences humaines, la statistique apportant la scientificité entre autres à la psychologie expérimentale et à la linguistique lexicométrique.

La probabilisation de la physique elle-même, du fait des découvertes du début du XX^{ème} siècle, a renforcé en retour la scientificité des sciences humaines.

De l'intuition d'[Einstein](#) (1905) que la lumière pourrait être constituée de « paquets d'énergie » à l'équation de [Schrödinger](#) (1935) et surtout aux développements de [Born](#) (1959), la physique a changé de nature : « le mouvement des particules suit des lois de probabilité, [même si] la probabilité elle-même se propage selon une loi de causalité » (cité par [Damour](#), Burniat, 2016).

Pour reprendre [Bertalanffy](#) (1932a) « toutes les affirmations en physique apparaissent désormais comme des approximations, qui ne se laissent en principe pas [indéfiniment] perfectionner et ont essentiellement le caractère d'énoncés statistiques. C'est seulement du fait qu'ils réfèrent en général à une très grande multiplicité de processus élémentaires qu'est suscitée l'apparence d'énoncés déterministes ». La prédictivité laisse ainsi place à la probabilité.

Inspiré par la biologie, le même auteur différencie « modèles moléculaires » et « modèles molaires », les premiers cherchant à comprendre le phénomène de manière fine et singulière, les seconds tentant « d'établir des lois globales pour le phénomène en tant que totalité ».

Par isomorphisme, nous appliquerons cette distinction aux sciences de gestion.

Dans notre cas, même si les uns sont complémentaires des autres, nous laisserons les modèles « moléculaires » de l'accident aux analyses sociotechniques, ergonomiques et psychologiques pour nous concentrer sur les modèles « molaires », à même d'expliquer des processus globaux et de mettre à profit tous les outils de la statistique descriptive et probabiliste.

Considérer que la statistique puisse être prédictive pour l'accident du travail présuppose un déterminisme de celui-ci.

Concernant le déterminisme pour l'accident du travail, il n'est pas question pour nous de définir une causalité directe à la manière d'[Heinrich](#) analysant l'accident comme la conséquence mécanique d'un enchaînement de facteurs. Heinrich reconnaît cependant lui-même que l'accident n'apparaît que comme une proportion faible de nombreux événements sans incidences ou avec une incidence mineure.

Face à un phénomène rare et plurifactoriel, notre analyse statistique cherchera davantage à montrer les liens d'influence de différentes variables sur la sinistralité.

Elle ne visera pas tant à prédire le phénomène qu'à estimer l'augmentation ou la réduction du risque. Conscients des limites de la probabilité, nous ne pourrons attribuer à notre modèle qu'une prévisibilité limitée mais suffisante pour proposer des modalités gestionnaires de réduction du risque.

En cas de multiplicité de variables, la statistique sensibilise contre l'écueil de dépendance partielle ou totale entre elles. Dans ce cas, il peut être difficile de déterminer la variable réellement causale de variables simplement coïncidentes avec l'accident. Cette dépendance peut aussi occulter des mécanismes de coproduction du phénomène et d'autres effets-parasites. Comme nous l'avons déjà rappelé, il faudra donc choisir des outils insensibles à ces phénomènes.

La posture épistémologique décrite au long de ce chapitre a supposé plusieurs choix successifs pour lesquels nous avons soigneusement examiné les limites et les risques.

Elle s'inscrit dans un constructivisme particulier.

Nous ne suivons pas le chemin de l'interactionnisme pédagogique de [Vygotsky](#) (1978), même s'il a une part incontestable dans la compréhension des actes de travail, de la précaution des opérateurs, de la transmission du « bon geste » par les pairs, ou de la *métis* chère à Yves [Clot](#) (2015).

Parce qu'il fournit une conceptualisation efficace de l'acquisition des savoir-faire par intériorisation de mouvements montrés ou réalisés à plusieurs nous renverrons ces raisonnements à l'ergonomie.

Notre recherche privilégie une approche institutionnaliste, plus en phase avec la pensée gestionnaire. Elle rend mieux compte des validations successives donnant à l'accident du travail son existence, depuis la signification donnée au dommage jusqu'à sa relation à l'activité professionnelle.

Le modèle épistémologique de [Berger](#) & Luckmann (1966) fondé sur l'institutionnalisation progressive de la société à travers l'activité partagée nous semble à ce sujet particulièrement adapté. N'est-ce pas ce mode d'intersubjectivité avec le milieu professionnel qui induit que la même coupure au doigt se traduira en embarras et moquerie entre professionnels de la cuisine, et en accident du travail dans le secteur hospitalier ? N'est-ce pas l'ensemble des valeurs *institutionnalisées* dans l'entreprise qui génèrera le présentisme en clinique ou le « coup de main » donné par l'aide à domicile à « son papi » alors que ces tâches sont exclues des fiches de poste ?

La consolidation progressive de ce que [Berger](#) & Luckmann dénomment *institution* se fait pour eux à travers quatre modalités : la répétition du geste (et des réactions qu'amène l'accident), la typification (représentation mentale du phénomène, proche des schèmes de [Piaget](#)), la transmission (dé)légitimante grâce au langage : « je me suis fait vraiment mal », « tu devrais poser un arrêt » ou au contraire, « tu vas pas t'arrêter pour si peu !? », et enfin la sédimentation des rôles et attitudes/comportements attachés à ce phénomène. Les individus nouvellement employés dans un établissement, dans un secteur, percevront l'ensemble de ses caractéristiques comme

le monde, objectivement donné, alors qu'il a été progressivement construit par leurs prédécesseurs.

[Berger](#) et Luckmann en déduisent que « la société est une production humaine, la société est une réalité objective [...et] l'homme une production sociale ». Ils en assument aussi la conséquence nécessaire : « la relation entre l'homme, le producteur et le monde social, est et reste une relation dialectique. [...] Le produit agit en retour sur le producteur » induisant une historicité des institutions.

Ce paradigme explique parfaitement comment l'effondrement d'une galerie minière peut être collectivement considéré comme une catastrophe naturelle au XIX^{ème} puis au fil des modifications du « stock des connaissances disponibles » être socialement reconnu comme un accident industriel. Tout phénomène s'inscrit alors dans un processus dont chaque étape se nourrit d'une interrelation entre acteurs et système ([Crozier](#), Friedberg, 1977).

Ce sont ces raisonnements que nous suivrons dans la partie empirique de notre thèse, puisque les données qui nous servent de matériau proviennent soit de validations institutionnelles successives, soit de questionnaires mesurant la perception des employé-es sur des phénomènes socialisés.

Passé par l'ensemble de ces prismes, le phénomène *accident du travail* perçu d'abord comme une *catastrophe* ou lorsqu'il est bénin comme un *évènement non souhaité*, devient un *type*, une *catégorie*. « La pensée empirique est claire, après coup, quand l'appareil des raisons a été mis au point » [Bachelard](#) (1938).

L'ensemble de ces raisonnements peut être ajouté aux concepts archaïques ou culturels présentés page 14 pour nous fournir un tableau complet des paradigmes utiles à notre thèse.

Comme nous l'avons déjà précisé supra, les auteurs sont cités par leur proximité avec le courant indiqué, au moins autour de l'accident. Ils sont parfois concepteur ou diffuseur principal du paradigme (Bertalanffy ou Le Moigne), parfois simplement utilisateur du concept.

Afin de ne pas trop alourdir notre propos, nous n'avons pas détaillé certains sous-courants tels que l'institutionnalisme ou le fonctionnalisme, considérés généralement comme des branches de la systémique.

Tableau 8 : Tableau des paradigmes 2

| Paradigmes | Auteurs | Cause de l'accident du travail | Outils d'analyse |
|---------------------------|---|--|---|
| Mythologique | Divers | Punition d'une faute | Recherche de la faute |
| Fataliste | Spencer | Résultat nécessaire, inévitable | Recherche de signes prédisant le phénomène |
| Romantique | Hugo, Verne | Résultat de la confrontation de l'homme avec la Nature, le Réel, la Société | Evaluation des forces et faiblesses, renforcement de l'individu |
| Réaliste | Zola, Marx, Hobfoll | Fruit de l'inégale répartition des moyens et des charges | Mesure et adaptation des ressources |
| Sociotechnique | Heinrich, Faverge, Johnson, Keller | Conséquence mécanique du travail et du process de production Occurrence prévisible et stable | Ingénierie, ergonomie, Assurance, droit Probabilités |
| Humaniste | Rousseau, Da Vinci, Karasek, Theorell, Clot | Inadéquation entre l'individu et son environnement | Accroissement de la liberté individuelle, et de ses sources (formation, accès à la décision...) |
| Comportementaliste | Reason, Kjellen, Rasmussen | Conséquence d'une erreur de jugement ou de commande | Communication claire et précise |
| Sociologique | Durkheim, Weber Camguilhem, Euzénat, Hamon-Chollet | Fait social, fruit de facteurs interdépendants, constitutifs d'une société humaine en un temps et un lieu donnés | Analyse du fonctionnement d'un groupe Corrélations statistiques |
| Phénoménologique | Henry, Husserl, Dejours Baudrillard, Deleuze, Piaget | Défaillance d'un sujet acteur de son existence, Catastrophe | Représentation par le langage de l'expérience individuelle et collective |
| Systémique | Lévi-Strauss, Mauss, Bertalanffy, Leclercq, Monteau, Cuny | Turbulence d'un ensemble d'éléments interdépendants et en interaction avec son environnement | Analyse des règles favorisant l'équilibre du système |
| Complexe | Morin, Le Moigne Perrow | Conséquence imprévisible des interactions chaotiques d'un système sans coordination linéaire | Réduction de la complexité, simplification du système, prévention secondaire |

Avant de clore cette partie épistémologique, il nous faut interroger la dimension éthique de notre recherche.

Pour [Bachelard](#) (1934) comme pour [Thiétard](#) (1999), toute démarche de recherche exige un questionnement éthique, volet incontournable de toute épistémologie.

Pour [Le Moigne](#) (2012), cette éthique est destinée à légitimer la scientificité des énoncés produits par la modélisation. Pour ce faire le statut de la connaissance construite doit être articulé avec les méthodes de construction de celle-ci. Il avertit du risque que la modélisation systémique soit pensée comme le Disegno de Léonard de Vinci (prédéterminée par son projet) ou l'Ingenium de G. B. [Vico](#) (1708) (déformée par son dessein). L'ingéniosité cognitive, ordonnée par le projet lui-même, ou générée par l'intention du modélisateur est alors plaquée après coup sur un tableau achevé.

A propos de notre thème, Favaro & [Monteau](#) (2013) concèdent que « le modèle traduit [toujours] un point de vue (technique, psychosociologique) sur l'accident ou sur un type d'accident particulier (accident par glissade, accident de transport) ». Ce point de vue doit être interrogé par le chercheur, dont les résultats sont induits par son regard et l'outil de mesure qu'il utilise.

Pour clarifier notre posture, si l'objectif de départ était précis, « définir les causes principales des accidents du travail dans le secteur sanitaire et médico-social », le cadre épistémologique que nous venons de présenter s'est construit au fur et à mesure, dans un dialogue avec la littérature et les chercheurs rencontrés, une appropriation lente des méthodes et objectifs, une exploration graduelle des outils à notre disposition.

Il est le produit « caminando » d'une amélioration progressive de la validité interne et externe, de la fiabilité ([Gavard-Perret](#) et al. 2008). La phase exploratoire, mais aussi les phases suivantes jusqu'à l'écriture elle-même, ont engendré une succession de questionnements sur l'adéquation entre objet de recherche, méthode et outils. Les rencontres avec les professionnels et les partenaires ont suscité des interrogations sur la possibilité d'application et de généralisation des résultats, les échanges réguliers au sein du laboratoire ont accru l'exigence de rigueur dans le recueil et l'analyse des données. En un mot, nous comprenons l'éthique avec Lévinas comme une interrogation sans fin « sur la source du sens et du droit » (cité par [Lévy](#), 2007).

De cette longue réflexion, nous déduisons un modèle systémique sur trois niveaux ainsi qu'un design de recherche en cinq phases.

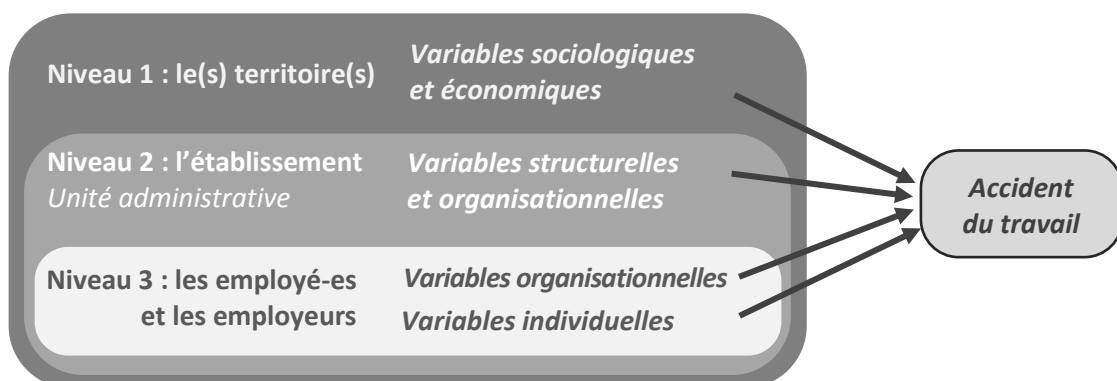
3.5 Pour un modèle systémique à trois niveaux



Fondés sur notre posture épistémologique et comme le montrera notre revue de littérature, trois niveaux d'analyse semblent incontournables pour balayer l'essentiel des facteurs potentiels d'accident du travail : le niveau des employé-es et employeurs concerné-es par les variables individuelles (attributs personnels, attitudes, comportements) et organisationnelles, le niveau des établissements placés sous la contrainte des variables organisationnelles, structurelles et environnementales, et enfin le niveau territorial, cadre d'analyse des variables socio-économiques.

Il est possible de schématiser notre système d'analyse à l'aide du graphique suivant.

Figure 5 : Modèle systémique à 3 niveaux



A chaque niveau apparaissent des types de variables qui pourraient influencer les mesures de l'accident du travail. Nous détaillerons grâce à la revue de littérature l'ensemble des variables à intégrer à chaque niveau.

Ces différents niveaux, chacun compris comme un sous-système, engendreront des phases de recherche distinctes, construites avec des méthodes adaptées autour de données spécifiques. Le design de recherche qui suit va nous permettre de présenter l'ensemble de la démarche.

4 Notre design de recherche



L'objectif du design de recherche consiste à mettre en cohérence tous les éléments constitutifs de celle-ci, depuis la problématique conçue à partir d'un problème constaté sur le terrain, d'une contradiction d'une autre recherche ou de tout autre questionnement jusqu'à la discussion des résultats en passant par le cadre théorique, une revue approfondie des articles et ouvrages scientifiques sur le sujet et la méthode d'observation.

Dans notre cas, la rareté des travaux de gestion sur l'accident du travail nous oblige à nous frotter à la pluridisciplinarité. Il s'avère que la recherche en gestion a dès sa création dû s'inspirer non seulement de l'économie dont elle est issue mais aussi des disciplines connexes, organisation naturellement, mais aussi sociologie, psychologie, voire anthropologie, droit et histoire, tout en préservant les limites de son domaine.

L'apport de la pluridisciplinarité sera particulièrement fort en termes de facteurs possibles de sinistralité mais il pourra également concerner les outils ou les méthodes.

Cependant, comme nous l'avons expliqué dans l'introduction, les travaux étant rares aussi dans les autres disciplines, nous étendrons la revue de littérature également à d'autres phénomènes d'atteintes à la santé liées au travail (stress, burnout...).

Concernant la méthode, plusieurs nous paraissent possibles, mais nous privilégierons une réflexion hypothético-déductive.

En effet, la démarche inductive est rendue hasardeuse par l'impossible détermination de tous les facteurs possibles d'accidents du travail, la difficulté d'une observation à plusieurs niveaux, ainsi que par le risque de voir des facteurs désignés à tort par le « terrain » comme causes d'accidents. Elle peinerait à démêler le subjectif de l'objectif.

Au niveau du traitement, une procédure inductive induirait de plus la manipulation complexe d'un trop grand nombre de variables, ancrées dans des situations singulières.

Quant à la démarche abductive, séduisante pour étudier un phénomène aussi signifiant que celui-ci, elle aurait demandé une exploration plus longue et des aller-retour entre niveaux d'analyse trop complexes pour éviter des résultats incertains.

Concernant les données à traiter, nous souhaitons analyser et confronter deux types de données, les bases de données administratives collectées par la CARSAT à partir des déclarations des employeurs, ainsi que des questionnaires soumis aux employeurs et employé-es du secteur. Nous chercherons le maximum de congruence entre les deux types de données, sur les variables et sur la représentativité des employeurs consultés.

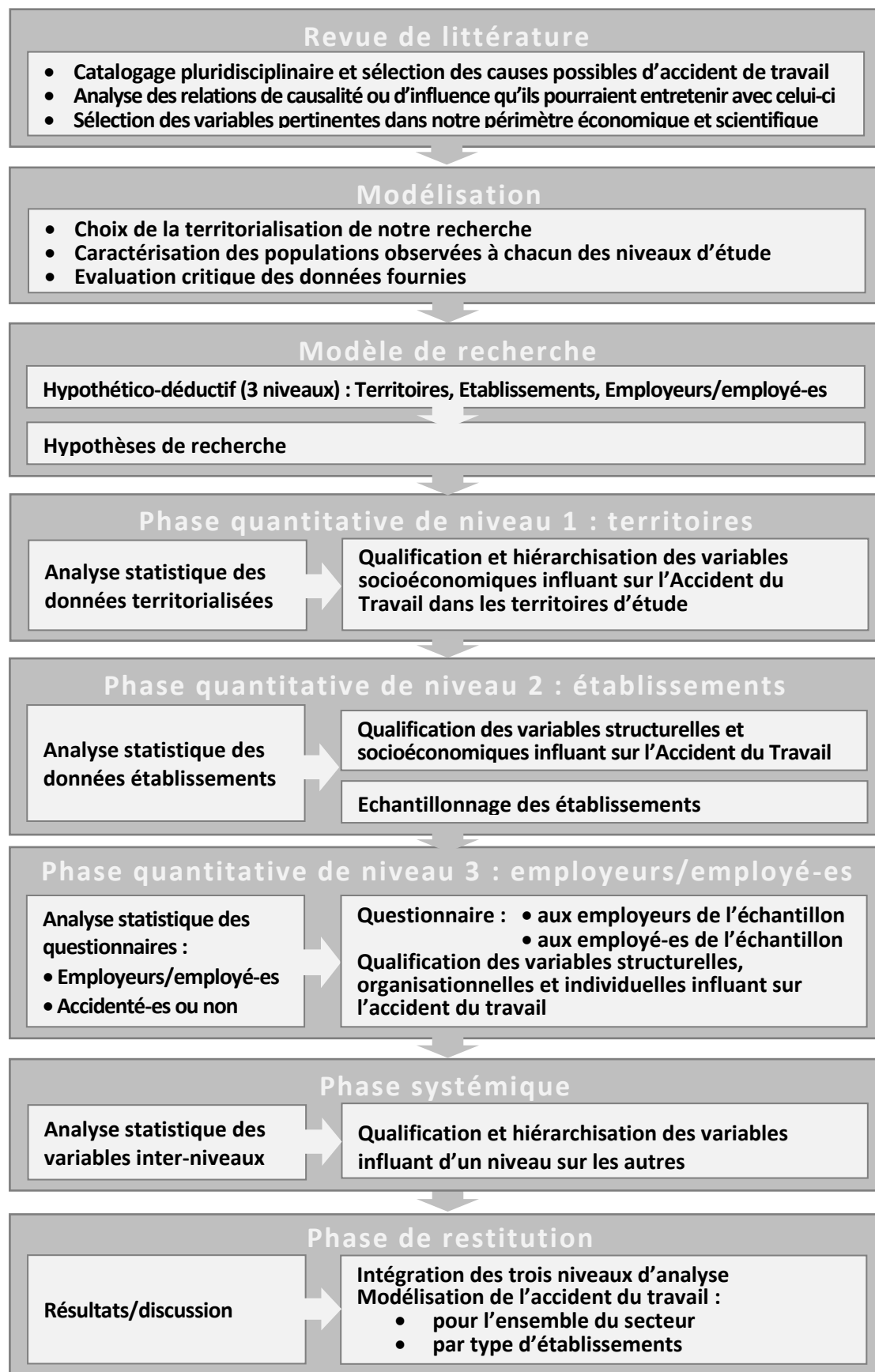
Sur les méthodes statistiques, si de nombreuses possibilités s'offrent à nous, les arbres de régression nous semblent les plus adéquats. D'abord, comme nous le développerons infra, ils ne souffrent pas d'éventuelles dépendances entre variables. D'autre part, ils révèlent l'influence ou la non-influence des facteurs, sans induire le calcul de coefficients aussi précis qu'irréalistes qu'amèneraient d'autres méthodes (équations structurelles par exemple). Enfin, et c'est une des aspirations de notre recherche, ils hiérarchisent ces variables selon leur impact et ce, avec un très faible nombre de contraintes mathématiques.

Nos résultats quant à eux doivent être suffisamment probants pour trier les facteurs et en extraire les plus prégnants, ouvrant ainsi la voie à des politiques de prévention plus efficaces. Ils devraient aussi réfuter une partie des mythologies brièvement rappelées dans l'introduction.

Notre système en niveaux devrait par ailleurs expliciter les mesures anormales de certains groupes d'établissements et faciliter une catégorisation des structures.

Identifiant ces contraintes, forte de ces ambitions, notre démarche peut être schématisée selon la figure suivante.

Figure 6 : le design de recherche



Conclusion 1 : objet polymorphe et modèle systémique



Comme nous l'avons vu au début de cette partie, l'accident du travail est sobrement défini par le droit comme un accident en relation avec l'activité professionnelle. L'administration, plus pragmatique, le définit à partir de ses conséquences pour l'employé-e, lésion, dommages, préjudices.

Ce sont aussi ces effets physiques de l'accident qui servent de base aux premiers modèles scientifiques. Ceux-ci, logiquement issus d'une vision technique, le décrivent d'abord comme l'aboutissement mécanique d'une succession d'évènements, mais très vite les chercheurs montrent qu'il fonctionne plutôt comme un phénomène probabilitaire et multifactoriel.

Une fois concrétisé, l'accident n'existe comme donnée mesurable qu'après sa déclaration, celle-ci dépendant de la perception et de la volonté de plusieurs acteurs, victime, témoins, médecin du travail, Caisse d'assurance maladie. Or cette validation varie dans le temps et selon les secteurs d'activité et devient de ce fait un construit social.

Avec ces mesures, les institutions collectrices établissent des indicateurs par établissement et par secteur. Le chercheur peut alors les comparer entre établissements, dans le temps et les mettre en relation avec d'autres variables. Aujourd'hui, alors que l'économie voit sa sinistralité baisser régulièrement, deux secteurs présentent des taux de fréquence particulièrement élevés et en progression, le secteur médico-social et l'aide à domicile. De manière surprenante, le secteur sanitaire avec lequel ils partagent une grande partie des métiers et des tâches de travail, présente au contraire des mesures au niveau de la moyenne nationale.

Convaincu de l'influence de facteurs organisationnels oubliés des modèles classiques, nous choisissons ces trois secteurs comme terrain d'observation. Pour ce faire, nous commençons par inventorier leurs principales caractéristiques et cataloguer ce qui les rapproche et ce qui les différencie. Un passage par l'histoire nous montre que sanitaire et médico-social ont eu longtemps un destin commun et conservent des similitudes

fortes. L'aide à domicile, dont l'histoire a longtemps été distincte tend aujourd'hui à se rapprocher des deux autres.

Les trois secteurs sont rattachés à l'activité sociale, positionnés dans le tertiaire et le service aux personnes. Les deux premiers partagent de nombreux métiers, Accompagnants Educatifs et Sociaux, Infirmier-es, Assistant-e de Service Social, Agent de Service Hospitalier et les métiers support, agents administratifs, ouvriers et techniciens, fonctions d'encadrement... Et les passerelles existantes entre ces secteurs permettent des parcours professionnels hybrides, les résidences de personnes âgées représentant un débouché désirable pour les aides à domicile, le développement de l'hospitalisation à domicile rapprochant des métiers jusque-là éloignés.

En ce qui concerne les modes de gestion, les situations sont très variées mais on retrouve chez tous, de fait d'une longue histoire commune ou d'un rapprochement récent, une forte présence des municipalités ou de l'Etat, une relation restée étroite avec les services publics, des racines compassionnelles partagées, un développement exponentiel de services marchands concurrents.

Ces trois secteurs sont concernés quoique de manière très différente par la Nouvelle Gestion Publique et ils lui opposent une réflexion éthique proche.

En termes de risque, sujet qui nous préoccupe ici, le regroupement de ces trois secteurs se justifie par la grande proximité des accidents subis, dans des circonstances similaires, manutention de personnes, chutes de plain-pied ou de hauteur, et produisant des lésions identiques, traumatismes internes, commotions, chocs traumatiques, entorses et foulures. De même les TMS touchent essentiellement dans ces secteurs les mains, les épaules ou les coudes.

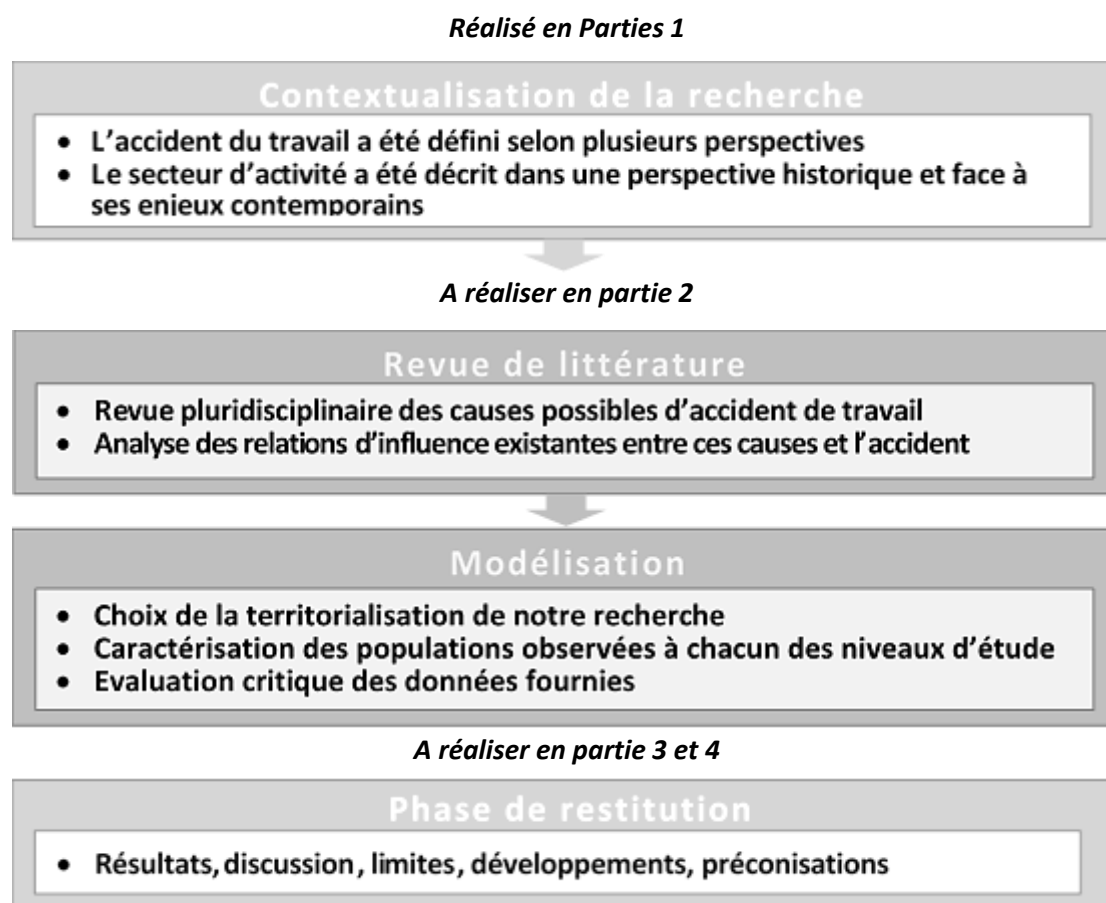
Enfin ces trois activités partagent de nombreuses variables organisationnelles qui pourraient être en connexion avec l'accident du travail et que nous définirons précisément avant de les observer.

En ce qui concerne notre posture épistémologique, afin d'ouvrir au maximum notre champ d'analyse, nous décidons d'utiliser un modèle systémique à trois niveaux inscrit dans un paradigme constructiviste. Notre démarche restera classiquement hypothético-déductive.

Le design de recherche comprendra quatre phases successives, chaque phase traitant les données de chaque niveau selon des modalités statistiques adaptées. Nous utiliserons les mesures d'accidentologie de tous les établissements pour les deux premiers niveaux, les questionnaires pour le niveau des employeurs et employé-es.

Conformément à ce design, nous allons à présent développer notre revue de littérature, avant d'analyser la qualité des données à notre disposition puis de présenter nos hypothèses de recherche.

Figure 7 : le design de recherche (partie 2)



DEUXIEME PARTIE



Proposition d'un modèle de recherche Sur les causes d'accident du travail

Comme [Leclercq](#), Monteau, Cuny l'ont montré dans le remarquable article déjà cité, les modèles décrivant l'accident du travail depuis la réflexion d'[Heinrich](#) en 1950 jusqu'à nos jours sont nombreux et variés. Comme ces auteurs le rappellent, la dénomination d'accident s'applique à des phénomènes très divers, depuis les accidents industriels majeurs aussi rares que destructeurs, jusqu'à des risques communs proches de ceux de la vie courante (glissades, coupures), et par là difficiles à répertorier comme accidents du travail.

Pour notre part, et comme nous l'avons déjà abordé, nous souhaitons porter notre attention sur l'ensemble de ces phénomènes à l'exception de l'accident industriel majeur, car il relève d'une pensée complexe pour la communauté scientifique et qu'il est inexistant dans le secteur que nous étudions. Les événements de notre recherche présentent au contraire des fréquences élevées et quoique moins spectaculaires, ils génèrent l'essentiel des coûts économiques et sociaux imputables à la sinistralité.

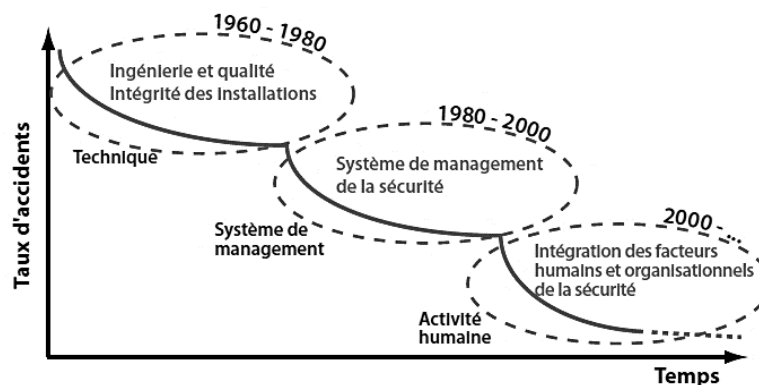
Nous l'avons précisé supra, les recherches en gestion sur le sujet sont rares et il nous faut interroger d'autres disciplines à peine plus disertes pour pouvoir inventorier les causes des accidents. Notre exigence sera d'assimiler ces apports avec une pensée gestionnaire accessible aux managers et aux opérateurs eux-mêmes.

Concernant les facteurs explicatifs des accidents, [Cuny](#) et Lejeune (2003) montrent que la profondeur de l'analyse dépend souvent de la gravité du préjudice. Plus celui-ci est faible et plus la recherche s'attache à la situation concrète pour en chercher des causes directes, plus il est important et plus la recherche, portée souvent par l'émotion collective, étend son regard à des champs éloignés des faits et examine le contexte général.

1. Une exploration pluridisciplinaire des causes d'accident du travail ◀◀

Au niveau des établissements et parfois dans la pratique même des employé-es, ces différents modes de compréhension de l'accident se sont succédés historiquement et, comme le rappelle [Daniellou](#) et al. (2010), leurs analyses se sont agrégées progressivement dans la pensée managériale et souvent dans le travail lui-même. Loin de se substituer les unes aux autres, elles se sont plutôt combinées et on les retrouve juxtaposées dans les Documents Uniques d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) ou dans les cahiers de préconisations qui circulent en interne des structures.

Figure 8 : approches successives de la sécurité industrielle ([Daniellou](#) et al., 2010)



Nous allons tenter ici de balayer l'ensemble de ces analyses en partant des plus proches de l'accident pour arriver en nous éloignant progressivement de la situation aux réflexions les plus contextuelles. Chacune de ces focales nous amènera à découvrir de nombreux facteurs causaux que nous examinerons en détail avant de les intégrer ou non à notre thèse.

Les chercheurs qui ont exploré le sujet ont parfois fait appel à des justifications attachées à une seule variable, mais ils ont souvent invoqué des modèles plus généraux, facilitant l'élucidation de plusieurs processus. Naturellement nous détaillerons ces modèles au moment opportun et l'évoquerons de nouveau si

nécessaire. Nous ferons ainsi appel à plusieurs reprises aux modèles de [Reason](#) (1990), [Rasmussen](#) & Jansen (1974), [Karasek](#) & Theorell (1990) ou [Siegrist](#) (1996).

Nous commencerons ce voyage par l'appréhension la plus ancienne de l'accident et la plus ancrée dans l'histoire du travail, la plus proche aussi des faits eux-mêmes.

1.1. La vision sociotechnique



Cette vision est celle de l'ingénieur qui observe l'accident avec l'œil froid et rationnel qu'il utilise pour définir les tâches de chaque poste, pour concevoir la succession des tâches de production. Elle considère l'accident essentiellement comme une rencontre néfaste et imprévue entre un agent de production et un objet inanimé ou non.

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, cette démarche débute d'un dommage. C'est sur celui-ci que ces premiers chercheurs ont basé leurs travaux. Ce point de vue, factuel, concret, est tout à fait en phase avec la perception des victimes et des témoins et reste dans la mémoire individuelle et collective, chute d'un objet sur un membre, choc de la personne avec une machine en mouvement... Quoique régulièrement remise en question, cette perception reste encore aujourd'hui patente et s'avère souvent indispensable à la compréhension, nécessaire à l'échange et de ce fait utile à la prévention.

Comme le rappelle [Kjellen](#) (2000), « les perceptions survivent en parallèle de modèles modernes basés sur la recherche scientifique ».

En bref, dans la vision immédiate de la victime et des témoins directs et indirects, l'accident est la conséquence d'une rencontre « soudaine et relativement imprévisible » (cf jurisprudence) entre un ou des êtres humains et un phénomène physique qui peut aussi être humain. Cette rencontre génère une lésion, conséquence d'un choc, d'un frottement, d'une brûlure, d'une coupure...

C'est à cette vision, sensorielle et mécaniste, que les déclarations administratives font appel pour décrire les accidents du travail.

Les accidents se retrouvent alors catégorisés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ou l'Institut National de Recherche et de Prévention (INRS) selon qu'ils sont dus à une « manutention manuelle », une « chute de plain-pied », une « chute de hauteur », ou un « outillage à main ». Sans surprise, comme l'indique le livret statistique de la sinistralité AT/MP 2018 de la [CNAM](#) pour le Comité Technique National I (qui inclut le secteur sanitaire et médico-social), 52% des Accidents avec 4 jours d'arrêt ou plus sont dus à la « manutention manuelle » et 29% à des « chutes ».

Du côté de la recherche, fondés sur l'analyse séminale [d'Heinrich](#) (1941), de nombreux scientifiques issus de l'ingénierie industrielle ou préoccupés comme Bird (1985) de questions assurancielles vont se pencher sur le déroulement physique des accidents. Comme [Gibson](#) (1961, cité par [Kjellen](#), 2000), ils vont considérer que tout accident est la conséquence d'un transfert d'énergie inadéquat. Systématisé par [Haddon](#) (1980), ce concept restera l'une des fondations de l'ergonomie. La prévention doit alors se concentrer sur la source d'énergie qu'il faut réduire, canaliser, contrôler, sur la victime qu'il faut rendre résistante, moins vulnérable, et qu'il faut soigner, enfin sur les barrières à mettre entre la source et la victime.

[Kjellen](#) & Larsson (1981), inspirés par la même logique, vont centrer leur réflexion sur les acteurs et plus précisément sur leur perte de contrôle de la situation. En 1984 ils analyseront les types de « déviations » qui se sont produites pour aboutir à l'accident. Leur pensée commune va amener des générations d'ingénieurs à réduire le risque en développant le contrôle, et ce, avec une grande efficacité, comme la courbe des accidents dans l'industrie le montre.

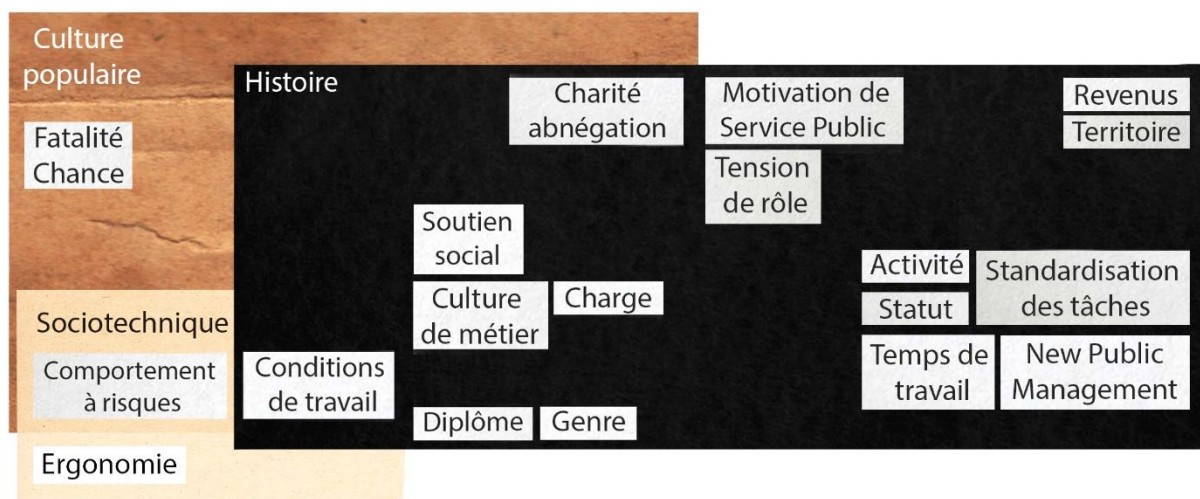
Elle va aussi amener les ergonomes à colliger des milliers de procès-verbaux d'accidents, à observer les situations de travail pour décortiquer les gestes et postures susceptibles de générer le contact risqué. C'est cette pensée toujours vivace qui conduit par exemple Clarisse [Gaudez](#) et Sylvie Leclercq (2008) à rechercher les conditions d'occurrence des accidents de plain-pied et les caractéristiques des victimes.

Aujourd'hui, cette perspective contribue toujours à diminuer les taux de sinistres, en portant la réflexion de plus en plus en amont. On peut citer comme exemples de ce courant de nombreuses innovations industrielles : circulation en sens unique, exosquelettes, voitures absorbant les chocs ou matériaux de plus en plus légers et donc moins enclins à blesser les employé-es qui les manipulent.

Elle nous paraît complémentaire de la réflexion gestionnaire même si elle atteint aussi des limites, entre autres un investissement financier exponentiel pour des risques parfois marginaux (pe coût conséquent du déploiement d'exosquelettes, [INRS, 2019](#)) ; et parfois des conséquences contreproductives malgré des réflexions pertinentes. Les professionnels du risque (pompiers, sauveteurs) vont par exemple reprocher à certains Equipements de Protection Individuelle (EPI) d'augmenter la prise de risque en réduisant la perception du danger.

Plus à propos, l'équipement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en sols non glissants, semelles antidérapantes, matériel de levage des résidents, évitent des gestes risqués et réduisent le nombre d'accidents. Ce regard technique nous permet de compléter notre carte des variables.

Figure 9 : Carte des variables 3



Pour autant, les chiffres le montrent, malgré l'investissement croissant dans ces matériels et l'incontestable succès de ces techniques, la fréquence des accidents reste très élevée et continue de croître, suggérant un plafond à l'efficacité de cette voie.

Nous ne l'intégrerons pas dans notre modèle car ses attendus sont traités efficacement par d'autres disciplines et peuvent être inclus à tout moment dans une politique de prévention. Les Documents Uniques d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), mis à jour tous les ans, lui font d'ailleurs la part belle et induisent un dialogue régulier entre gestion et prévention sociotechnique.

Néanmoins, cette logique d'ingénieur, centrée sur la mécanique de l'accident, mettant face-à-face source et victime, en insistant sur la notion de « déviation » et de « perte de contrôle », ouvre la voie à une deuxième réflexion, centrée sur le facteur humain, celui de la victime d'abord, mais surtout celui de l'opérateur causal de l'accident, qu'il soit ou non la victime. Et s'ouvre ainsi le deuxième champ d'investigation de notre recherche, celui de la psychologie.

1.2. Le regard de la psychologie



Deux grands courants de la psychologie intéressent notre réflexion. Le premier, très proche de la vision sociotechnique, non loin du comportementalisme, s'interroge sur les attributs de la victime, cherchant à découvrir des caractéristiques communes aux accidenté-es. Nous verrons que bien que largement remise en cause, cette ligne met en exergue plusieurs facteurs que nous serons amenés à considérer.

Le second courant s'extrait d'une vision trop déterministe des travailleurs pour s'intéresser aux attitudes et comportements qu'ils déploient dans une situation donnée. Ils partent ainsi du principe que loin d'être passif, le travailleur est acteur de l'accident qu'il subit ou provoque.

Quant à la psychologie sociale, nous aborderons ses apports dans le chapitre suivant.

1.2.1 *L'individu par ses caractéristiques*



Les premiers chercheurs dont nous parlerons ici explorent donc la personnalité des victimes et acteurs des accidents du travail pour y chercher des caractéristiques communes, des attributs, des similarités, pour définir d'éventuels profils d'individus à risques.

Gerald [Wilde](#) en 1982, publie un article sur l'homéostasie du risque, inspiré de la théorie des jeux, qui postule que tout individu estime les gains envisageables pour chaque prise de risque. Il imagine ainsi une différenciation d'attitude et de comportement vis-à-vis du risque, individuelle dans son article, mais potentiellement attribuable à des catégories d'individus. C'est le pas que va franchir la psychologie différentielle d'[Assailly](#) (1990). Chaque individu, selon son appartenance à un groupe, pourra avoir une conduite prudente ou téméraire. Il cite en exemple les hommes jeunes, plus enclins que d'autres groupes à l'intrépidité. Cette réflexion dirige des chercheurs comme [Eysenck](#) (1990) ou Zuckerman (1993, 1996), à produire une étude des personnalités, chaque type adaptant son comportement à ses prédispositions.

Si ces théories interrogent sur les objectifs politiques qu'elles recouvrent, plusieurs variables reviennent régulièrement à propos de l'accident du travail : le *genre*, l'*âge*, le *niveau d'étude*, dont les statistiques montrent systématiquement une sensibilité différenciée à la sinistralité. Deux variables, le *métier* (dont nous avons décrit plusieurs cultures supra) et l'*ancienneté*, tout en restant des attributs de l'individu, concernent également la gestion, qui peut les intégrer ou non dans la politique de l'établissement. Nous traiterons ces points dans les deux chapitres, avec une perspective différente.

Ces caractéristiques de l'individu, culturellement construites, pourraient amener à considérer un geste comme nécessaire alors qu'il présente un risque, par exemple le port de poids pour les hommes dans la « force de l'âge », ou la « compassion » d'une femme pour une personne dépendante au mépris de sa propre douleur.

Concernant le *genre*, [Amossé](#) & al. (2012) montrent à partir de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) financée par la DARES et la DREES que « trois accidentés sur quatre sont des hommes » et « 47% [...n'ont] déclaré aucun accident du travail » contre 53% des femmes. Le même article rappelle que d'après la CNAMTS, « à durée égale d'exposition, les hommes subissent près de deux fois plus d'AT que les femmes ».

Une des explications les plus invoquées tient au type de tâches affectées selon le *genre*. L'étude diligentée par Karen [Messing](#) et Diane Elabidi (2002) dans les hôpitaux

québécois souligne que malgré une législation et des conventions collectives interdisant la discrimination par le *genre* en France et au Québec pour les postes d'aides-soignant-es, « préposé-e aux bénéficiaires » au Québec, des différences apparaissent pourtant : refus de femmes de réaliser certains travaux pénibles, recrutement d'hommes pour certaines tâches, traitement des patients dangereux par des hommes... Les autrices rappellent pourtant que dans le *métier* étudié, les femmes ont des taux d'accidents plus élevés que les hommes, cause possible de rejet par les femmes de tâches réputées plus dangereuses. Mais elles montrent aussi que les femmes interrogées réalisent plus de tâches que les hommes dans la même durée, relativisant cette hypothèse et ré-ouvrant la question de *charge de travail* (voir infra).

Elles avancent une autre raison étayée par l'article de [Torgén](#) et Kilbom (2000), pour lesquels la perception de la pénibilité est moindre pour le travail des femmes et qu'on soulage moins les femmes vieillissantes des tâches les plus exigeantes. A ses conclusions ambivalentes, nous confronterons nos propres résultats.

A propos de *l'âge*, les enquêtes successives en France ou à l'étranger sont concordantes. Plus *l'âge* avance et moins le risque est élevé mais plus les conséquences sont graves. [Euzénat](#) en 2009 atteste dans son étude pour la DARES que les employé-es de moins de 20 ans ont trois fois plus d'accidents que ceux de 50 à 59 ans, et les employé-es de 20 à 29 ans deux fois plus. S'intéressant spécifiquement aux Accidents de Plain-Pied (APP), Clarisse [Gaudez](#) et Sylvie Leclercq (2008) notent une baisse substantielle de ces chutes selon la classe *d'âge*. Pour les plus âgés, c'est la plus faible résistance aux chocs et la durée de récupération qui sont perçues comme causes probables de taux de gravité plus élevés.

Quinze ans plus tôt, aux Etats-Unis d'Amérique, [Veazie](#) et al., dans une méta-analyse publiée en 1994, notaient que 12 sur 117 articles publiés entre 1970 et 1992 intégraient *l'âge* comme potentiel facteur de blessures au travail et que celles-ci représentaient la première cause d'hospitalisation et de décès pour les employé-es de moins de 45 ans. En 2019, J.R. [López-García](#) et al. confirment à partir de la 7^{ème} enquête

nationale sur les conditions de travail en Espagne qu'en intégrant l'influence de *l'âge* sur les capacités physiques du travailleur, les probabilités d'accident fluctuent.

Plus dubitatifs, [Bena](#) & al. (2013), en étudiant l'occurrence des accidents sur une base de données de quinze millions de travailleurs italiens, vont rectifier ces résultats, en distinguant *âge* et *expérience* pour privilégier le second terme. Ils montrent ainsi que « l'expérience est associée à une décroissance du taux d'accidents dans tous les groupes *d'âge* et pour *l'ancienneté* de tous les types d'emploi ». Quoiqu'apparemment prépondérant, *l'âge* n'est peut-être qu'un masquage de *l'expérience*. Par mesure de précaution, nous nous questionnerons sur les deux variables, même si la seconde paraît plus en cause que le premier.

Pour justifier leur hypothèse, tout comme [Kiellen](#) (2000), [Bena](#) & al. imputent l'affectation aux postes les plus risqués des travailleurs les moins expérimentés. Comme on astreint les hommes aux tâches pénibles, les employeurs distribueraient les tâches selon *l'âge* et/ou *l'ancienneté* des employé-es. Nous retrouverons ce type d'explication encore accrue pour l'intérim et les contrats précaires (voir infra).

Dans un autre contexte, s'intéressant aux infirmières belges en 2008, [Boumans](#) et al. mettent en exergue une autre explication : les stéréotypes liés à *l'âge*. Elles affirment que plus l'âge avance et moins les employeurs souhaitent « développer leur potentiel et leurs connaissances ». Sans remettre en cause ces chercheuses, on peut s'étonner qu'elles n'aient pas fourbi des explications de gestion à ce constat. Nous pensons surtout au retour d'investissement espéré sur la *formation* qui est d'autant plus élevée que l'employé-e est jeune.

En miroir de cette position des employeurs, et finalement cohérent avec notre proposition, [Depergola](#) et Manuti montrent en 2013 que les employé-es en Italie n'assignent pas le même sens au travail toujours selon leur *âge* et s'investissent d'autant moins dans l'apprentissage qu'ils-elles approchent de la retraite.

Sur cette même question de *formation*, les chercheurs qui distinguent *âge* et *ancienneté* privilégient cette dernière et montrent ainsi que le développement des compétences est usuellement plus développé en milieu de carrière. Mais ils maintiennent aussi les causes déjà précisées et liées à *l'âge*, affectation des tâches les plus pénibles aux plus jeunes et affaiblissement physique des plus anciens.

Notre recherche touchant à un secteur très impacté par le vieillissement des salariées, et plus disparate sur *l'ancienneté*, nous confronterons les deux mesures *d'âge* et *d'ancienneté* aux mesures de sinistralité. Il nous paraît ici nécessaire de différencier deux types *d'ancienneté*, *l'ancienneté* dans l'entreprise et *l'ancienneté* dans le poste, plus à même d'assurer la connaissance fine des risques et des meilleurs modes de prévention. Nous reviendrons à plusieurs reprises sur cette question *d'ancienneté* qui dépend évidemment en partie des modes de gestion et de la structure de l'établissement, privé ou public, ancien ou récent.

La troisième caractéristique individuelle qui a retenu notre attention concerne le *niveau d'études*. Il apparaît régulièrement comme variable de contrôle et souvent comme facteur aggravant ou minimisant le risque d'accident du travail.

L'étude déjà citée d'[Amossé](#) et al. (2012) donne un nombre d'accidents inférieur de plus d'une fois et demi pour les personnes ayant au moins un baccalauréat par rapport aux personnes n'ayant pas dépassé un CAP ou BEP. Pour les personnes n'ayant eu aucun accident la même proportion se retrouve au profit des plus diplômés.

Cette situation, confirmée à chaque recherche, se trouve amplifiée par une moindre déclaration des problèmes de santé chez les personnes peu diplômées et une moindre reconnaissance de ces faits par la Sécurité Sociale, suggérant un écart réel encore supérieur. Concernant la gravité, l'étude montre que les séquelles sont d'autant plus importantes que l'employé-e est sans diplôme. L'une des raisons généralement invoquée est l'affectation de tâches moins pénibles aux plus diplômés-es.

S'intéressant en 2012 aux aides à domicile, [Devetter](#) & al. contredisent cette assertion. Ils montrent que les aides les plus diplômées sont affectées aux bénéficiaires les plus fragiles, aux situations les plus complexes, et sont deux fois plus confrontées à des « tâches physiques contraignantes », mais ne présentent pas un risque plus élevé d'accidents du travail. *L'ancienneté* pourrait être de nouveau la clé de cette apparente contradiction, assurant une meilleure prise en compte des risques.

Dernière caractéristique individuelle que nous étudierons : le *métier*. S'il peut être considéré comme un phénomène contextuel, lié à l'économie et à l'histoire, s'il peut être assimilé par l'individu ou rejeté, nous considérerons qu'il est généralement vécu par les travailleurs comme un attribut, un élément d'identité, acquis durant la formation ou grâce à l'expérience.

Alors que la gestion peut moduler fortement ses missions et ses tâches (cf les différences entre une aide-soignante auprès de personnes dépendantes en Maison d'Accueil Spécialisée, ou en service de néonatalogie à l'hôpital) le métier reste pour l'individu porteur de valeurs et normes, d'une histoire et de pratiques, bref d'une culture dont nous avons montré l'importance dans les secteurs qui nous occupent.

Ce sont ces cultures de métier qui amènent les cuisiniers à refuser les gants car « on ne se coupe que quand on est débutant ! » et les aides à domicile à nettoyer les plus hautes vitres sur demande du bénéficiaire. Ces cultures, défendues par les opérateurs au nom de leur appartenance à une communauté professionnelle induisent alors des comportements plus ou moins à risque du fait d'un construit social spécifique.

Pour clore cette partie consacrée aux attributs de l'individu acteur de l'accident du travail, et avant de réfléchir aux causes situationnelles de l'accident, il nous faut évoquer la situation particulière des poly-accidentés. Ils sont repérés dès les années 50 et questionnent sur une éventuelle prédisposition au risque et à l'accident. « Risque-tout », « casse-cous », inconscients ou téméraires, ils interpellent les chercheurs sur l'existence d'un type de personnalité « accident-prone ». Dans son article « Est-ce que les tests de personnalité identifient les employés prédisposés à l'accident ? », [Harris](#)

(1950) compare, dans les services publics de santé aux Etats-Unis, un groupe de 25 poly-accidentés avec 25 employé-es sans accident. Conforté par un protocole rigoureux, il ne trouve pas de profil spécifique au premier groupe et constate des différences trop faibles entre les groupes pour être significatives.

Plus près de nous [Amossé](#) et al. (2012), repère pour la plupart de ces poly-accidentés des risques directement liés au métier (soldat, pompier) et une absence de prise en charge du premier accident pour d'autres. De manière concordante, pour Daubas (2005), il existe bien une « poly-accidentalité de routine », liée aussi à des « risques du métier » et non à un type de personnalité. Portée par ce constat, elle s'interroge sur les effets pernicioeux de cette prédisposition chimérique qui oblitère les réflexions de l'organisation en termes de prévention individuelle et collective et finit par générer chez les individus une « intériorisation » du risque comme fatalité.

Elle distingue cette poly-accidentalité de routine d'une poly-accidentalité « d'exposition » liée à des situations de travail dangereuses, fréquemment confiées à des employés au contrat précaire et qui peut déboucher sur des évènements rares mais beaucoup plus graves.

Du fait des hypothèses posées dans les années 50 et systématiquement invalidées, la recherche estime aujourd'hui que cette poly-accidentalité tient d'abord à la tâche plutôt qu'à la personnalité de l'employé. Les caractéristiques des acteurs, qualifiées de « dispositionnelles » par [Assailly](#) (1990) paraissent marginales au regard des circonstances de l'accident, qu'elles soient exceptionnelles ou routinières.

Le second courant de la psychologie qui nous intéresse se préoccupe des attitudes et comportements des agents dans une situation de risque.

1.2.2 *L'individu dans ses prises de décisions*



Sans remettre en question l'existence d'accidents qui s'abattent sur l'opérateur sans qu'il puisse les éviter (explosion soudaine, casse d'outils, effondrement de toit ou de

plancher), nous pouvons affirmer que la majorité des accidents procèdent d'actions, de réactions, d'interventions, où l'individu mute d'agi à agent.

D'un fait mécaniquement généré par la rencontre fortuite d'une machine et d'une main, l'accident devient le produit d'une rencontre entre un individu et une situation. Confronté à des circonstances situées sur un continuum entre familier et exceptionnel, l'agent adapte son comportement aux causes « situationnelles » de l'accident.

Pour comprendre ce glissement de paradigme, il nous faut revenir à l'accident lui-même et en élargir le contour. Comme nous l'avons vu plus haut, la plupart des accidents du travail peuvent être regardés comme des accidents soudains et imprévisibles, le plus souvent liées à des comportements habituels et simples face à un élément incongru. Si ceux-ci sont gouvernés par des automatismes (déplacements d'un patient, toilette routinière, aide au repas) ils peuvent aussi être générés par des choix immédiats, des décisions rapides, sans raisonnement posé.

Lorsqu'ils sont plus complexes, dans le sanitaire particulièrement, ils peuvent soit être fortement « protocolisés » et dépendre d'une procédure précise, connue et maîtrisée, soit être le fruit d'une décision mûrement réfléchie.

Si l'on considère les accidents les moins complexes, ils sont le plus souvent une occurrence exceptionnelle d'un geste répété des centaines de fois et qui cette fois-là aboutit à un dommage. Quelques autres occurrences avaient généré des effets légers, « plus de peur que de mal », la majorité était restée au stade d'incident, dérapages sans chute, chocs sans ecchymoses. Dans tous les cas, dès lors que l'on considère l'individu comme un agent, la survenue de ce type d'accident ne peut qu'être liée à un manque de contrôle de sa part.

Pour expliquer ces situations auxquelles il a consacré une grande part de ses recherches, [Kjellen](#) puise abondamment dans le modèle d'erreur de [Reason](#) (1990).

Ce premier modèle général que nous utiliserons à propos des situations de routine explique aussi de manière convaincante d'autres situations plus exceptionnelles. C'est pourquoi nous le réactiverons à plusieurs reprises dans ce chapitre.

Selon [Reason](#), le manque de contrôle peut advenir du fait d'un acte volontaire, d'une erreur ou du fait d'un facteur extérieur (machine, intempérie, animal...). Nous avons déjà traité les facteurs extérieurs grâce à l'ingénierie et nous parlerons des actes volontaires en lien avec d'autres variables des sciences de gestion. L'erreur, quant à elle, est effectivement en relation avec la psychologie situationnelle qui nous intéresse à présent.

Pour [Reason](#), les notions d'erreur et d'intention sont inséparables, cette dernière comprenant un objectif à atteindre et des moyens à mettre en œuvre. Au fil des répétitions de la même action, l'objectif et les moyens deviennent de plus en plus inconscients et l'attention de moins en moins sollicitée. Deux modalités d'action sans conscience se dégagent : les tâches automatiques du quotidien (routines vues supra) et les tâches réalisées alors que notre attention est attirée par ailleurs ([Reason](#), 1979 ; [Norman](#), 1981). Selon [Norman](#), on peut distinguer l'erreur d'intention (mistake) de l'erreur d'exécution (slips and lapses), les deux pouvant trouver place dans la même action.

S'appuyant sur le modèle de [Rasmussen](#) et Jensen (1974), [Reason](#) reprend les catégories des mécanismes de contrôle : un niveau de contrôle fondé sur les compétences, renvoyant à des modèles d'instructions préprogrammées toujours valables (les protocoles du sanitaire), un niveau fondé sur des règles associant par algorithmes des réponses à chaque question (si... alors..., très usités dans les formations continues, les échanges de pratiques, les règles de prévention), enfin un niveau fondé sur les connaissances, exigeant pour des situations nouvelles un processus analytique s'appuyant sur des savoirs emmagasinés (réflexion individuelle, instance de décision, équipe pluridisciplinaire...).

Si le premier mode de contrôle est automatisé, le second demande une décision simple induite par la situation quand le troisième exige une analyse des faits et une décision puisant dans ses savoirs. Le premier peut amener des pertes de contrôle liées à l'attention, le deuxième à l'apprentissage de procédures, protocoles, règles et pratiques, le troisième à des manques de connaissances, de ressources pour analyser correctement la situation (temps, soutien, expériences similaires).

Pour [Norman](#) et Shallice (1980), si les schémas d'intention et d'action sont cohérents entre eux, l'action reste automatique et doit éviter tout accident ; mais pour peu qu'un élément nouveau apparaisse, l'automatisme cesse pour laisser la place à un programme de prise de décision. Dans le même sens [Rouse](#) écrit en 1981 : « Les humains, si le choix leur est donné, préféreraient agir selon des modèles spécifiques à la situation que calculer ou optimiser ». Autrement dit si l'agent peut reproduire un geste appris ou acquis par l'expérience, il préférera toujours celui-là à un raisonnement long et incertain. Ce processus explique aussi pourquoi face à une situation inattendue, un employé peut choisir l'action habituelle même alors qu'il en sait l'inutilité.

A chacun de ces types de contrôle correspondent des variables présentes dans les secteurs sanitaire et médico-social et apparaissant comme des facteurs potentiels d'accident.

Pour les risques habituels, trois variables se détachent. L'*ancienneté* développe une automatisation des bonnes pratiques et la maîtrise des règles et devrait donc réduire la fréquence et la gravité des accidents. A l'opposé, une *santé* déficiente ou la *surcharge de travail* peuvent toutes deux porter atteinte à l'attention des employé-es dans les tâches automatisées. Elles pourraient aussi amputer la capacité d'analyse face à des situations inhabituelles, et donc accroître le danger.

Concernant l'*ancienneté*, si nous avons déjà évoqué cette variable supra dans sa relation avec l'*âge* et les attributs « dispositionnels » de l'individu, elle apparaît pertinente ici comme support à l'attention nécessaire aux comportements automatiques.

On peut citer ainsi la thèse de Valentine [Hélardot](#) (2005) qui, à partir de questionnaires auprès de salariés et d'entretiens avec les médecins du travail, mesure pour la région Midi-Pyrénées un taux d'accident de 11,4% parmi les salariés ayant moins de 2 ans d'*ancienneté* contre un taux de 6,8% parmi ceux qui ont au moins 10 ans d'*ancienneté*. De même [Euzéat](#) et al., en 2011, montre en croisant trois enquêtes nationales que le risque d'Accidents du travail s'accroît avec la proportion de salariés entrés dans l'année, concordant avec son article précédent (2009b) plus axé sur l'*âge*.

A l'autre bout de la vie professionnelle, il reste difficile de la distinguer clairement de l'*âge* biologique. Quel que soit le niveau d'expérience, le sentiment de pénibilité du travail s'accroît avec l'*âge* et le vieillissement réduit les capacités physiologiques de résistance aux chocs et de réparation.

[Poilpot-Rocaboy](#) et al. (2013/3) rappellent à ce propos que le Plan National Concerté pour l'Emploi des Seniors (2006-2010) encourage le maintien en emploi des seniors (cf plans similaires dans toute l'Europe) mais enjoint aussi les employeurs par son objectif 3 d'améliorer les conditions de travail et de prévenir les situations de pénibilité. Elle rappelle avec [Coutrot et Rouxel](#) (2011) ou [Molinié](#) (2005) le lien fort entre pénibilité, *santé*, usure prématurée et sortie précoce de l'emploi, sans jamais le contrebalancer par l'expérience acquise, pourtant considérée comme une protection par d'autres chercheurs ([Euzéat](#), 2009 ; [Gaudez](#) & Leclercq, 2008).

Concernant les travailleurs proches de la retraite, ces sources laissent donc ouverte la question sur la relation entre *ancienneté* et accidents du travail. La progressive baisse des accidents suivant l'*ancienneté* est-elle due à un retrait de l'emploi des plus fragiles (biais du survivant), à une adaptation des conditions d'emploi ou comme nous l'avons évoqué supra à une affectation sélective des tâches objectivement pénibles. Nous tenterons de répondre au moins partiellement à ces questions.

Deuxième facteur concerné à ce stade, décroché de l'*âge* et de l'usure professionnelle (Böckerman et Laukkanen, 2009b ; Claes, 2011 ; Johansen, 2012 ; cités par [Huver](#), 2013), la *santé perçue* pourrait être cause d'accident du fait de la baisse d'attention

qu'elle provoque chez les infirmières ([Letvak](#) et al., 2012), ou chez les médecins ([Aronsson](#) et Gustafsson, 2005). Comme nous l'avons vu à propos du poly-accident, l'absence de prise en charge institutionnelle d'un premier accident (éviction de l'emploi ou adaptation des postes) et la dégradation de la santé qui en résulte pourrait aussi, d'après [Amossé](#) et al. favoriser l'occurrence d'accidents suivants.

Quoique la *santé* soit régulièrement évoquée dans la littérature sur les accidents de travail, elle l'est rarement en tant que cause de ceux-ci. A l'inverse, davantage documenté, le concept de *présentéisme*, en tant que « situation dans laquelle un salarié, tout en estimant qu'une absence-maladie serait justifiée par son état de santé, décide de se rendre sur son lieu de travail » ([Huver](#), 2013), met systématiquement en lien *santé perçue* et baisse de performance et pourrait constituer une source additionnelle d'accident du travail.

Troisième facteur touchant à la perte de contrôle par défaut d'attention, concept-valise exploré de manière régulière par la psychologie tout autant que par l'ergonomie, la *surcharge de travail* est réputée cause de nombreux aléas. Pour [Frankenhaeuser](#) (2000), elle est liée aux « nécessités, [...] capacités et [...] limites humaines ». « Lorsque les stimuli et les exigences sont excessifs, les individus perdent leur capacité à intégrer les messages, ce qui s'accompagne [...] d'une altération de la faculté de jugement ». Il ajoute dans le même paragraphe qu'à l'inverse si les stimuli sont trop faibles « les individus ont tendance à relâcher leur attention », accroissant ainsi, d'après [Reason](#) et [Kjellen](#), le risque d'accidents.

La *charge de travail* comprend selon Leduc (in [Vallery](#) et al., 2019) deux dimensions, physique et mentale, cette dernière se subdivisant en charge cognitive (compréhension, mémorisation, concentration...) et charge psychique (aspects affectifs et émotionnels).

En termes de méthodologie, comme le rappelle Leduc en citant [Scherr](#) et al. (2013), la grande difficulté à mesurer ces dimensions amène plutôt à évaluer la *perception de la charge*, raison de l'intégration de ce concept dans cette partie de revue de littérature.

Mais privilégier la *perception de charge* à une mesure plus objective conduit à assumer plusieurs biais : l'adaptation de l'individu interrogé peut accroître ou réduire la charge ressentie ; la valorisation du travail (cf cultures de métier) peut effacer le sentiment de pression chez certains individus ; une haute estime de soi peut rendre appréciable la charge elle-même (cas des urgentistes notamment qui se sentent valorisés par la charge temporelle qu'impose l'urgence). C'est pourquoi beaucoup d'auteurs laissent sous-entendu le sens de cette variable ou proposent leur propre définition.

Pour notre part, le terme étant rentré dans le vocabulaire commun et faisant l'objet de négociations régulières entre partenaires sociaux, nous mesurerons à l'instar de [Scherr](#) la *perception de charge*, supposant que l'ensemble des employé-es interrogé-es lui donnent un sens proche (voir à ce propos [Lenoir](#), 1980 ou [Loriol](#), 2010). Et, argument emportant notre conviction, le défaut d'attention nous paraît plus sensible à la *perception de la charge* qu'à la *charge* elle-même.

Concernant la relation entre *charge de travail* et sinistralité, [Hamon-Cholet](#) & Sandret (2007) confirment bien, en reprenant le modèle de [Karasek](#) & Theorell (1990), un lien significatif entre « travail tendu » et accidents du travail. Dans le même sens, Julie [Albentosa](#) et al. (2017) montrent un lien entre *surcharge de travail* et accident de conduite, Gregor [Bouville](#) (2013) la met en relation avec l'augmentation d'arrêts pour Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) et Monique [Lortie](#) rappelle en 2002 combien la réduction des efforts et de la fatigue peut éviter les blessures dans la manutention.

Enfin, la *surcharge de travail* est très fréquemment citée dans le secteur sanitaire et médico-social, par les employé-es, voire par les employeurs, comme facteur déterminant de l'épuisement professionnel, mais aussi de la sinistralité. Nous tenterons de valider ou invalider ce point de vue.

Plusieurs autres variables que nous expliciterons maintenant pourraient aussi modifier le risque habituel.

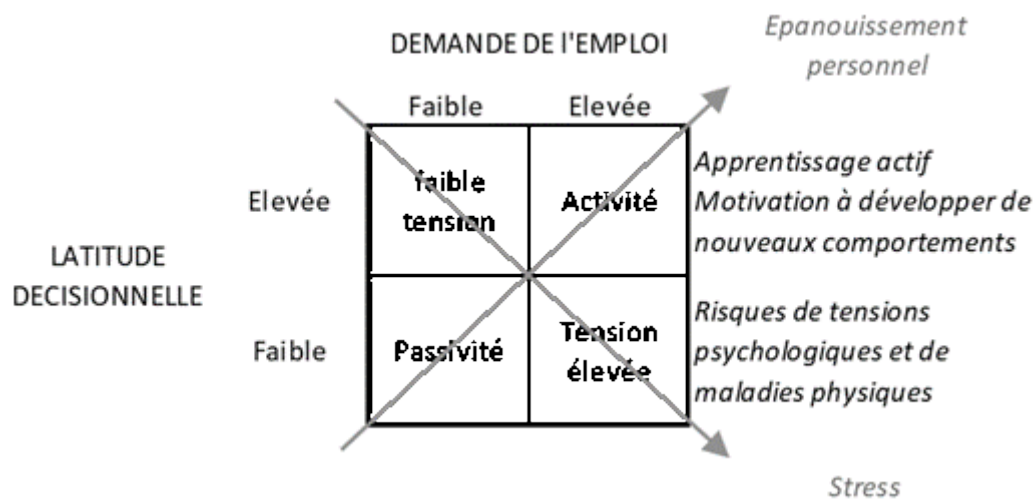
Le *conflit de rôle*, par les contradictions entre deux réponses possibles à la situation et le *locus de contrôle*, lorsqu'il réduit la marge de manœuvre de l'employé-e abaissent le contrôle de l'action et devraient aussi accroître la fréquence des accidents.

Ces différentes variables renvoient toutes à une variable sous-entendue : *l'autonomie*. Comprise comme une « récompense intrinsèque » par [Trébucq](#) (2005/5), elle est « difficile à définir et à mesurer » pour [Everaere](#) (2007) qui la rattache aux notions de « capacité d'initiatives, de discernement, d'auto-organisation ». En lien avec nos préoccupations, il écrit qu'elle « suppose intelligence et réflexion pour réagir rapidement à des situations plus ou moins imprévisibles ».

Il rajoute que le sentiment d'autonomie est d'autant plus élevé que le niveau hiérarchique l'est. Alors que 85% des cadres se déclarent autonomes, seuls 21% des ouvriers non qualifiés font de même ([Greenan](#), 2003), renvoyant à la question vue plus haut sur le niveau d'étude et l'affectation aux tâches pénibles. Il apparaît congruent d'estimer que plus le niveau d'étude est bas, plus l'autonomie est faible et plus la pénibilité (et donc le risque) est élevée.

La littérature est en tous cas très proluxe sur cette variable et, souvent sans la définir, situe *l'autonomie* en défense de très nombreux maux du travail. L'un de ses avatars, la *latitude décisionnelle*, est même dans le modèle de [Karasek](#) & Theorell (1990) la principale prévention contre le stress.

En 1979, [Karasek](#) propose un premier modèle intégrant d'un côté les principaux tenseurs psychosociaux, *surcharge de travail*, *pression temporelle*, *tensions de rôle*, *incertitude professionnelle* et de l'autre le « Job control », généralement traduit par *latitude décisionnelle*, concept qui agrège à la fois des questions d'organisation temporelle ou matérielle de son travail et l'utilisation de ses compétences de manière à remplir sa mission. Ce modèle intégrateur détermine avec ces deux dimensions opposées la tension mentale ou « job strain ». [Karasek](#) considère que selon sa position sur la matrice suivante, le travailleur va se sentir actif, détendu, passif ou sous tension.

Figure 10 : Modèle de [Karasek](#) (1979) repris de [Bilodeau](#) (2018)

Ce modèle auquel [Karasek](#) ajoutera avec Theorell (1990) le *soutien social* présente le grand avantage d'expliquer pourquoi les tenseurs au travail ne provoquent pas chez tous les travailleurs en toutes circonstances les mêmes conséquences néfastes et au même niveau.

Il montre même que dès lors que le travailleur dispose d'un contrôle élevé sur son travail, ces tenseurs peuvent être porteurs d'épanouissement.

Le modèle de Karasek, très diffusé dans les entreprises et aujourd'hui consacré, se retrouve à tous les étages de la recherche et du management jusqu'aux manuels de bonnes pratiques. Et il institue *l'autonomie* comme antidote à tout stress.

Le raisonnement, limpide, touche particulièrement au contrôle de situations imprévues ou complexes. Il prédit que face à une conjoncture exceptionnelle, seul un retrait sur les règles (protocoles et algorithmes du modèle de [Reason](#)) peut permettre à l'agent de réduire le danger, voire de trouver une solution adéquate.

En appui de ce raisonnement, on peut évoquer les populations confrontées à des risques majeurs (tremblements de terre au Japon ou inondations en Inde) qui disposent habituellement de deux boîtes à outils, des pratiques de protection répétées et maîtrisées par chacun (protocoles et algorithmes) mais aussi un ensemble de savoirs

plus généraux servant de ressources à une réflexion organisée. L'autonomie ainsi développée semble systématiquement réduire la gravité des conséquences.

Pourtant, [Hamon-Cholet](#) (déjà citée) contredit ces auteurs sur l'impact bénéfique de la latitude au travail ou *autonomie*. Elle publie en 2007 une étude basée sur l'enquête SUMER 2003 qui a collecté les réponses de 1 792 médecins du travail et 56 314 salarié-es (89% de l'échantillon tiré au sort), représentatifs de 81% des salarié-es.

Si elle constate effectivement que les salarié-es déclarant moins de marges de manœuvre déclarent davantage d'accidents, ce n'est plus le cas « toutes choses égales par ailleurs » (fonction, statut, âge...). Et ce résultat est vrai qu'il soit structuré autour des réponses des médecins ou de celles des salarié-es.

Cette position, iconoclaste mais solide, nous paraît pertinente au regard notre propre revue de littérature.

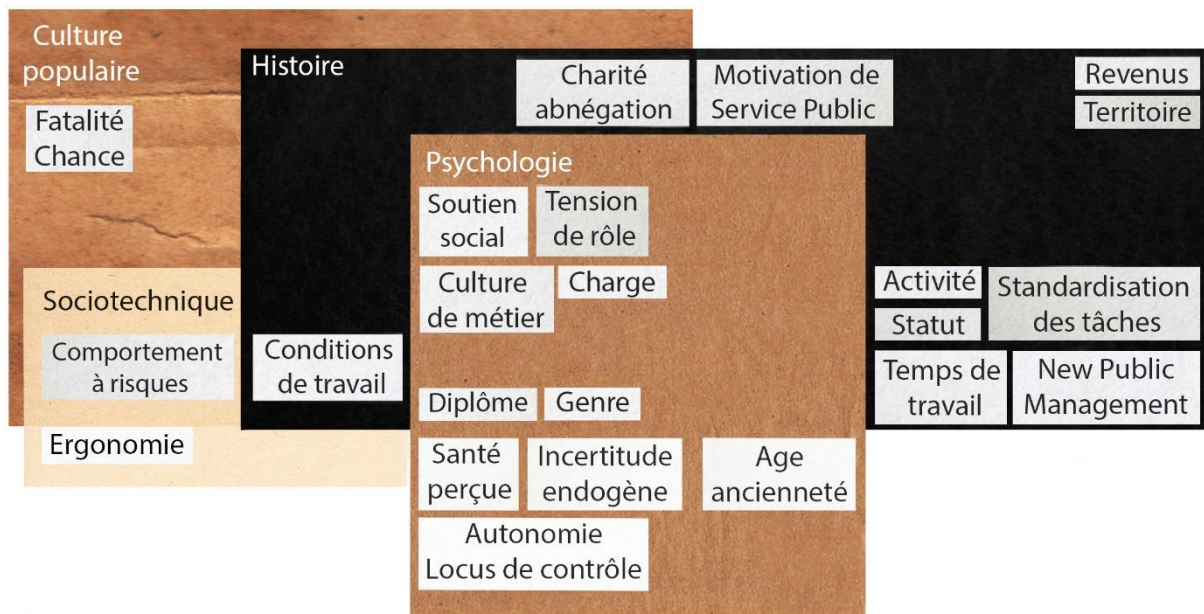
En appui de ses résultats, comme l'ont montré plusieurs auteurs dont [Célérier](#) (2014), *l'autonomie* est très présente dans de nombreux secteurs, agriculture, médias, art, alors que ceux-ci sont très impactés par les accidents du travail. En forte contradiction avec le modèle de Karasek, elle met en exergue les Risques Psycho-Sociaux et le suicide chez les agriculteurs, qui bénéficient pourtant d'une grande latitude décisionnelle.

Du fait de la grande hétérogénéité des résultats, nous garderons sur cette variable une position prudente, pondérée par [Hamon-Cholet](#) & Sandret (2007) qui démontrent sa non-pertinence dans leur analyse des accidents du travail. Au vu de l'importance accordée dans les secteurs d'activité étudiés au modèle de [Karasek](#) et à *l'autonomie* comme outil de prévention, nous conserverons tout de même comme variable un concept proche, reprenant une partie des dimensions de l'autonomie, le *locus de contrôle*.

Par rapport à [Reason](#), ces variables participent clairement à la perte de contrôle réflexe par défaut d'attention, mais elles peuvent aussi participer à l'erreur imputable aux autres types de contrôle.

Ainsi, si *l'ancienneté* est un gage d'acquisition de pratiques-types, de maîtrise de procédures et protocoles, de validation/invalidation de réponses apportées dans des situations similaires, *l'autonomie* peut faciliter un choix d'alternative aux actions-réflexes qui sont parfois périlleuses. Les deux peuvent donc participer à réduire le risque. Elles peuvent être représentées de manière complémentaire aux précédentes à l'aide d'une quatrième carte des variables.

Figure 11 : Carte des variables 4



A l'exception de *l'autonomie* qui ne peut être acquise sans la volonté, l'accord ou la faiblesse de la gestion, les autres variables décrites ici sont construites par l'individu avec une influence faible de l'environnement et ont pu être décrites par la psychologie.

De nombreuses autres sont au contraire construites par réaction, adaptation, réponse de l'individu à son organisation. La psychologie sociale va nous aider à les appréhender.

1.3 L'apport de la psychologie sociale



Avant de dérouler le fil des variables décrites ou conçues par la psychologie sociale, revenons aux modèles en mesure d'expliquer un comportement sciemment ou inconsciemment à risques.

1.3.1 *Plusieurs modèles explicatifs*



Le modèle de [Reason](#), tout d'abord, suppose pour les trois niveaux de contrôle l'entremise de l'environnement de travail. Elle est faible pour les réponses réflexes et protocolisées, qui dépendent tout de même d'un apprentissage et d'un rappel régulier, mais elle est indispensable pour les deux autres, décision par des règles algorithmiques simples (comment répondre à une demande particulière d'un patient, se comporter avec les familles...), contrôle par les connaissances lorsque l'employé-e est confronté-e à une situation complexe ou nouvelle.

Que la situation fasse appel à des réponses par choix limités ou à une analyse et une décision spécifiques, l'employé-e doit solliciter des ressources cognitives. Mais il doit aussi se frotter à un risque « situationnel ». En prenant une décision qui n'est pas incluse dans un catalogue de réponses automatiques, en faisant un choix parmi plusieurs réponses et plus encore en décidant d'une action extérieure à tout cahier de procédures, il prend une responsabilité le plus souvent absente de sa fiche de poste.

Après avoir interrogé les appétences « dispositionnelles » au risque avec Assailly et [Harris](#) (1950), les causes de perte de contrôle avec [Kjellen](#), il nous faut questionner ces moments où l'individu prend consciemment un risque avec une intention induite par la situation.

Source probable de nombreux accidents, cette intention peut être due à un défaut d'estimation d'un danger, à un arbitrage entre plusieurs risques alternatifs, ou enfin à une pression réelle ou supposée de son environnement professionnel. De nombreuses situations de ce type participent du récit des victimes ou des témoins des accidents : « j'avais peur qu'on m'engueule », « M. X m'a demandé de l'aider et je n'ai pas osé refusé », ou « mes collègues font comme ça » ...

Particulièrement développés autour de l'accident de conduite, trois modèles peuvent aider à comprendre le mécanisme des situations et déterminer les variables en cause.

Intéressons-nous d'abord au modèle bâti par [Näätänen](#) et Summala en 1976. Leur théorie du risque 0 suppose que l'individu cherche à atteindre des objectifs extérieurs à son action (gagner du temps, être bien vu, ne pas demander à un collègue) en minimisant le risque perçu et la probabilité réelle d'accident « je ne suis jamais tombé », « j'ai l'habitude » ...

Pour reprendre [Summala](#) (1987) il « déforme gravement à la fois la distribution probabilitaire des conséquences de sa conduite et l'utilité de celle-ci ». Cette analyse s'applique par exemple à de mauvaises postures prises par une aide-soignante pour déplacer un usager, alors qu'elle en connaît le risque et a appris le geste adéquat. Elle se base pour cela à la fois sur son expérience sans accident et sur une relation à l'usager plus « humaine » que fonctionnelle.

La seconde théorie a été définie par [Fuller](#) en 1984. Dans son modèle, dit « d'évitement du risque », l'individu (conducteur automobile dans son article) prend ses décisions en fonction de la différence entre la difficulté de la tâche et sa capacité à la réaliser. Il estime à la fois la hauteur des objectifs à atteindre et son aptitude à y parvenir, en s'assurant d'un écart prudent entre les deux pour optimiser ses chances de réussite.

Comme le précise Fuller, cette « prise de risque » dépend du niveau de risque (ou de précaution) que la personne vise. L'écart de prudence posé par l'individu, entre autres à partir des presque-accidents précédents, l'assure d'éviter quasiment tout accident mais sa mesure peut être perturbée à plusieurs niveaux.

De manière durable l'estimation de l'individu peut être biaisée par son impression de surcompétence (tendance des jeunes pour Matthews & Moran, 1986 ; Gregersen, 1996, tous deux cités par [Fuller](#)) ou par une sous-estimation du risque, par exemple si la personne n'a jamais subi ou eu connaissance d'accidents liés à ce type de situation. Il ajoute que dans une situation particulière, la même personne peut choisir d'augmenter sa prise de risque du fait d'une contrainte secondaire (présence de spectateurs, réussite de la même tâche par un collègue...) ou, à l'inverse, de ne pas agir face à un risque qu'il juge trop élevé (précaution).

C'est ce dernier type de situations que modélisent [Van der Molen](#) & Bötticher en 1988. Complexifiant les démonstrations précédentes, ils analysent la prise de risque comme un choix calculé entre des comportements alternatifs, à partir de probabilités subjectives d'évènements, et des résultats attendus pour chaque option. Non seulement, comme le développe Fuller, l'individu compare objectifs et capacités mais il balaie aussi les autres possibilités connues pour atteindre les mêmes objectifs. Dans ce modèle, l'employé-e peut confronter divers comportements et choisir celui qui lui paraît le plus efficace.

Cette démarche d'analyse probabilitaire des choix alternatifs peut paraître irréaliste pour un-e employé-e qui doit prendre une décision rapide sans risque apparent. Mais elle devient tout à fait réaliste dès lors qu'on admet qu'elle puisse être construite dans le temps. Il peut effectivement comparer les résultats obtenus précédemment pour chaque réponse testée. Naturellement, dans ce cas, il ne prendra pas en compte toutes les possibilités mais seulement celles qui lui paraissent applicables ou qu'il connaît.

Sur le terrain, Une aide-soignante frappée par un résident handicapé, va tester successivement plusieurs manières de s'adresser à celui-ci, différents positionnements dans l'espace, voire des horaires adaptés pour réduire le risque et tout de même réaliser son travail.

Ce type de raisonnement explique aussi l'avantage apporté par *l'ancienneté*. Il s'applique par exemple dans un établissement de personnes âgées s'il faut modifier sa pratique pour un seul résident, très dépendant. Le temps passé avec celui-ci étant très supérieur au temps moyen d'intervention, l'aide-soignante débutante pourrait ne pas se protéger afin de rester dans les temps alors qu'une collègue plus expérimentée positionnera ce patient en fin de tournée pour pouvoir adapter son intervention ([Aubry](#), 2014).

Comme l'ajoute [Fuller](#), de cet examen méthodique des alternatives naît aussi une hiérarchisation des risques qui permet de confronter le risque d'accident à d'autres risques dont le risque de sanction. Un-e employé-e qui craint de perdre son emploi,

d'être mal vu-e ou réprimandé-e préférera accroître la prise de risque immédiat qu'augmenter un risque ultérieur qu'il-elle juge supérieur. Cette réflexion peut ainsi amener un-e employé-e à porter davantage de poids pour réduire le nombre de déplacements, accroissant ainsi son risque de chute ou de douleurs musculo-squelettiques.

1.3.2 *Les variables qui en découlent*



Dans le secteur qui nous intéresse, plusieurs variables pourraient induire ce type de prises de risque assumées mais l'une d'entre elles émerge : *l'incertitude professionnelle*. Définie par [Coutrot](#) (2017) comme la « crainte de perdre son emploi ou de connaître une dégradation de ses conditions de travail », elle pourrait être un des facteurs causaux des accidents du travail.

En effet, comme le montre l'enquête OSHA (2013), diligentée par l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail, « la réorganisation du travail ou l'insécurité de l'emploi » constitue la première cause de stress au travail avant la « charge de travail », le « manque de soutien des collègues et des supérieurs » ou même le « harcèlement ».

[Coutrot](#) distingue *l'incertitude* exogène menaçant l'emploi de *l'incertitude* endogène qui touche aux conditions du travail (cf [Kinnunen](#) & Nätti, 1994). Nous reprendrons la partie exogène dans les sous-chapitres touchant à l'économie et à la gestion, mais la partie endogène est bien issue de la psychologie sociale.

Elle est intimement rattachée aux perceptions qu'a la personne de son organisation et des relations qu'elle entretient avec elle. Elle peut être due à sa santé et à ses conséquences (absences, perte de productivité, distance à l'équipe, crainte de ne pouvoir continuer à travailler...), avec des effets que nous avons déjà détaillés supra sur les défauts de vigilance ou de maîtrise. Elle peut aussi être le fruit de la relation de l'employé-e avec l'entreprise.

En phase avec les modèles de hiérarchisation du risque de Fuller, la peur de se tromper, d'autant plus grande que le *soutien* des collègues est faible, la crainte de sanction, en fonction du *soutien* de l'encadrement et de la *qualité du management*, l'angoisse des

conséquences de ses actes, d'autant plus dramatiques que l'organisation est moins digne de *confiance*, et le stress aigu qui peut résulter de ces conditions peuvent biaiser la prise de décision ([Cros](#) & al. 2018) et amplifier la prise de risques.

Elle touche enfin à son inquiétude de voir son travail se dégrader en horaires décalés, responsabilités, déplacements, relations avec les collègues, les supérieurs...,

Ces relations peuvent être imaginées par l'employé-e et relever de sa psychologie propre ou être fondées sur des faits, des modes de fonctionnement de son établissement. Mais qu'elle soit basée sur une réalité ou sur des chimères, *l'incertitude* peut être provoquée en amont par un ensemble de variables de psychologie sociale : *confiance organisationnelle* faible et *Soutien Organisationnel Perçu* (SOP) déficient et par des variables organisationnelles que nous développerons dans la sous-partie consacrée à la gestion : *justice organisationnelle*, *soutien social*, *qualité de management*.

En aval, la perception qu'a l'employé-e de la manière dont il-elle est traité-e par ses supérieurs, la reconnaissance qu'il-elle obtient de ses collègues ou des bénéficiaires pourrait modifier sa *motivation* et son *implication*, induire des comportements plus ou moins calculés, plus ou moins altruistes, plus ou moins risqués.

Toutes ces variables sont en interdépendance entre elles ([Guerrero](#) et Herrbach, 2009). Nous interrogerons donc leurs relations avec l'accident du travail à l'aide d'outils statistiques insensibles à ce caractère des données.

Mais avant de décortiquer l'ensemble de ces mécanismes, nous souhaitons en expliciter les racines théoriques. Toutes ces variables sont fondées sur la théorie de l'échange social de [Blau](#) (1964), inspirée par les recherches de Malinowski (1922) et surtout de [Mauss](#) (1923). Il suppose avec [Gouldner](#) (1960) qu'il existe une norme sociale universelle, la « norme généralisée de réciprocité », poussant chaque individu à prodiguer des faveurs à d'autres individus afin d'initier des rapports d'échange et entretenir des relations sociales. « Lorsqu'une partie rend service à une autre, une

obligation est créée, car le receveur est maintenant endetté vis-à-vis du donneur, et le restera jusqu'à ce qu'il restitue le service rendu » ([Gouldner](#), 1960 ; cité par [Tahri](#), 2014).

Ce contrat, social, est très distinct du contrat économique en ceci qu'il ne comporte pas de contrepartie explicite et qu'il enclenche ainsi une succession durable d'interactions. [Rabelais](#) (1532) ne signifiait pas autre chose en faisant dire à Panurge : « croyez que chose divine est prester », percevant dans cette « dette » l'armature de toute structure sociale.

Si cette théorie donne du sens aux relations entre individus, elle peut aussi expliquer les liens avec l'organisation. Lorsqu'un-e employé-e est confronté-e à ses collègues, à ses supérieurs, il-elle l'est aussi à son organisation, que celle-ci soit représentée par des personnes avec lesquelles il-elle échange, ou qu'elle s'agrège dans son esprit en une institution abstraite.

Suivant [Levinson](#) (1965), repris par [Gouldner](#), l'individu au travail, luttant contre l'affaiblissement des institutions traditionnelles (famille, religion), a tendance à attribuer des caractéristiques anthropomorphiques à l'organisation, et attend de celle-ci une rétribution à hauteur de ses efforts. Il génère alors avec son employeur, par transfert, des comportements similaires à ceux qu'il exerce vis-à-vis de ses collègues et fait entrer l'échange social dans les sciences d'organisation ([Eisenberger](#) & al., 1986).

Par extension il peut y compris générer ce type de projection sur la société dans son ensemble, ce que nous verrons avec la *Motivation de Service Public*.

Revenons à présent à nos variables de psychologie sociale en amont de *l'incertitude* : la *confiance organisationnelle* et le *soutien organisationnel perçu*, toutes deux induites par la perception de l'individu dans sa propre expérience ou par les récits entendus (cf cadre épistémologique).

Première variable citée, la *confiance organisationnelle* a fait l'objet de plusieurs méta-analyses dont celle de [Dirks & Ferrin](#) (2002) citée par [Campoy](#) & Neveu (2006). Ils la

définissent en citant [Hosmer](#) (1995) comme « une attente optimiste d'un individu quant au résultat d'un évènement ou au comportement d'un autre individu » et précisent que cette attente est au travail spécifiquement tournée vers deux types de « leadership », celui du supérieur immédiat et celui des « dirigeants dans leur ensemble » ([Dirks & Ferrin](#), 2002). Ils divisent la confiance en deux composantes. La première, affective, recouvre pour eux la composante relationnelle de [Shapiro & al.](#) (1992). Ils la définissent sobrement comme la qualité de la relation avec les collègues. Elle relève essentiellement des rapports de courtoisie, de bienveillance, de considération, voire d'amitié que l'individu entretient (ou pas) avec ses collègues et ses supérieurs.

La seconde est une composante calculée ([McAllister](#), 1995), davantage fondée sur les qualités éprouvées de compétence, de bienveillance et d'intégrité de l'organisation. Elle se construit sur des succès, (ou des échecs) réels et mesurables, qu'ils soient concrets (partenariats, croissance, réalisation complexe...) ou symboliques (reconnaissance publique...), des preuves (ou pas) de bienveillance (jours accordés suite à un drame, attitude de soutien...), un respect (ou non) des engagements. Ce faisceau d'éléments peut bien sûr être constaté par le-la salarié-e mais il peut aussi provenir de récits, directs ou indirects, ou même être transmis avec l'histoire de la structure (accueil des nouveaux recrutés, discours annuels du dirigeant, citations d'un fondateur charismatique, incipit du projet d'établissement...).

Cette composante est ajustée aux attitudes et comportements des dirigeants ([Dirks & Ferrin](#), 2002) et accessoirement à d'autres vecteurs, collègues, clients, bénéficiaires... ([Pennaforte](#) 2015/4).

Pour d'autres chercheurs ([Mayer & Davis](#), 1999), la confiance peut prendre une forme plus culturelle « d'ensemble de principes partagés et acceptables », définition que nous laisserons de côté comme toutes les formes de culture organisationnelle (cf infra paragraphe sur la *culture de sécurité*).

Quelle qu'en soit la définition, elle constitue une ressource pour l'employé-e, réduisant dans son esprit le risque de sanction injuste ou infondée, et favorisant des décisions prévenantes pour sa sécurité. La *confiance organisationnelle* apparaît pour [Guerrero](#) & Herrbach (2009) comme un chaînon entre pratiques de gestion des ressources humaines (Lansa et Pucetaite, 2006 ; Whitener et al., 1998 ; cités par [Guerrero](#) et Herrbach, 2009) représentées dans notre thèse par la *qualité de management* ou la *justice organisationnelle* et les attitudes au travail telles que *l'implication organisationnelle*, la *motivation de service public* ou *l'intention de quitter*. Leur article montre que le *Soutien Organisationnel Perçu* est lui-même médiateur entre pratiques de gestion et *confiance organisationnelle*.

Deuxième concept de psychologie sociale repris dans notre recherche, le *Soutien Organisationnel Perçu* a connu un important succès dans la littérature gestionnaire. Imaginé par [Eisenberger](#) & al. (1986) il met en relation l'investissement perçu de l'organisation et celui des employé-es et montre comment le premier influence le second. Il est capital de le différencier nettement du *soutien social*, qui est, lui, structuré autour de pratiques objectives de gestion et que nous définirons dans la partie consacrée à la gestion.

Reprenant [Levinson](#) (1965), il va considérer que l'employé-e accommode son engagement vis-vis de l'organisation à partir de quatre éléments, *valorisation*, *soutien social*, *reconnaissance* de la contribution des salarié-es, *préoccupation* de leur personne. Dès cet article, [Eisenberger](#) évoque la *justice procédurale* et la *qualité de management* comme antécédents du SOP. Dans cette logique d'échange social, le *Soutien Organisationnel perçu* induit des modifications d'attitude et par suite, en suivant [Commeiras](#) (1994), des intentions comportementales prédisant le comportement lui-même de la personne.

Il convient à ce stade de bien distinguer deux processus opposés, celui de [Commeiras](#), descendant, qui fait précéder le comportement par l'observation de l'organisation, et celui, défendu entre autres par [Vandenberghe](#) & al. (2009), ascendant, faisant

précéder la perception par l'action. Contrairement à Commeiras, ce dernier défend que ce sont « les expériences positives [au travail qui] peuvent mener les employé-es à développer [...] un attachement affectif à leur organisation ». Dans ce cas, l'action est première et ce sont les effets de l'expérience qui génèrent l'attitude. Pour citer [Safy \(2011\)](#), « *L'implication* est [...] abordée au travers des actes délibérés de l'individu au sein de l'organisation qui l'emploie, et non par le lien psychologique que l'individu entretient avec son organisation ». Dans ce cas, comme le précisent [O'Reilly & Caldwell \(1981\)](#), « les attitudes et l'engagement pourraient être créés rétrospectivement à travers des processus de rationalisation et de justification ». Pour le dire autrement, l'individu lié à ses actes par son comportement ([Salancik, 1977](#)), cherche à postériori à en justifier l'intention.

Pour notre part il nous semble que les deux processus coexistent le plus souvent. Si la pratique managériale peut induire des attitudes précédant des comportements, la perception de leur organisation, parfois infondée, va générer chez les employé-es des prises de décision plus ou moins pertinentes. On peut citer à ce titre le phénomène de *marque employeur*, créé par Simon Barrow (1990) et définie par [Ambler & Barrow](#) en 1996, comme le regroupement de 3 dimensions, utilité/intérêt du travail, avantages économiques et avantages psychologiques d'appartenance et de contrôle. En modifiant l'attractivité organisationnelle, elle génère des attitudes et comportements des candidats au recrutement autant que des employé-es ([Charbonnier-Voirin & Vignolles, 2015/1](#)). Nous sommes bien dans ce cas dans un processus ascendant et descendant, la pratique managériale façonnant la marque employeur qui à son tour va induire des attitudes et des comportements.

Dans le modèle de [Reason](#), ces deux variables correspondent bien aux deuxième et troisième types de contrôle, définis par des choix, limités pour le deuxième et autonome pour le troisième. Face à un *soutien organisationnel perçu* négatif (crainte de défaut de soutien en cas de menace ou de pression extérieure) ou comme positif (arbitrage attendu en faveur des employé-es face à un dommage ou à un tiers),

l'employé-e pourra prendre plus ou moins de risque, arbitrer pour sa sécurité plutôt que pour des intérêts extérieurs.

Il-elle pourra plus sereinement trancher entre d'éventuels *conflits de rôle*, il-elle pourra davantage s'appuyer sur sa propre analyse (ou *locus de contrôle* interne) que sur la pression réelle ou supposée d'un tiers, (ou *locus de contrôle* externe). En cas de risque d'accident de travail, ces deux variables devraient réduire le risque en permettant des alternatives à la réponse pré-formatée et parfois inadaptée.

Du niveau de *confiance organisationnelle* et de *SOP*, vont découler une variable directe, *l'implication organisationnelle*, et plusieurs variables dépendant aussi d'autres facteurs (culture de métier, statut juridique de l'établissement, mode de gestion), la *Motivation de Service Public*, la *tension de rôle* et le *locus de contrôle*.

Commençons par *l'implication organisationnelle*. S'il apparaît une fréquente synonymie entre *involvement* (*engagement*) et *commitment* (*implication*) chez les auteurs anglophones ([Mowday](#), 1982), certains ([Buchanan](#), 1974 ; [Vandenberghe](#), 2009 ; [Morrow](#), 1983), choisissent de les différencier, considérant *l'engagement* comme lié à l'emploi lui-même ([Buchanan](#), 1974) alors que *l'implication* serait un concept englobant l'*engagement*, mais aussi l'identification à l'organisation et la loyauté à celle-ci. Tout en précisant ce choix, le même [Buchanan](#) confesse le « faible consensus concernant la définition de ce concept ». Dans la lignée de [Safy](#) (2011) citant [Morrow](#) (1983), nous préserverons cette nuance, et distinguerons avec la plupart des auteurs trois dimensions de *l'implication* : *affective*, *calculée* et *normative*.

Dans sa partie *affective*, elle renvoie à l'identification de l'employé-e avec son organisation, avec ses buts et valeurs ([Buchanan](#), 1974), dans la construction de sa propre identité ([Kanungo](#), 1982), dans son attachement au groupe ([Kanter](#), 1968). Cette dimension pourrait expliquer le *présentéisme*, défini comme présence au travail malgré des problèmes de santé, afin de réduire le poids de son absence sur ses collègues ou sur les patients. Elle pourrait générer des formes de sacrifice de sa sécurité par souci d'atteinte des objectifs de l'organisation, ou pour répondre à un

soutien émotionnel de ses pairs ou de son supérieur. Mowday parle ainsi de ce que « les individus sont prêts à donner quelque chose d'eux-mêmes dans le but de contribuer au bien-être de l'organisation » (cité par [Safy](#), 2011).

Dans sa dimension *calculée*, elle s'appuie sur une mesure raisonnée des avantages et inconvénients à poursuivre son travail ou à ne pas le quitter. La crainte de perdre son emploi, déjà vue supra, peut être un élément de cette *implication*, tout comme le souhait d'heures complémentaires afin d'améliorer son salaire, ou la volonté d'améliorer sa position dans le groupe par des services rendus. Cette dimension renvoie au modèle contributions/rétributions de [Siegrist](#) (1996) et plus encore au modèle de préservation des ressources de [Hobfoll](#) (1989). Powell et Meyer (2004) distinguent sept types d'investissements calculés : les attentes perçues du groupe, la préservation de son image publique, les « arrangements bureaucratiques » de sanctions et récompenses de l'organisation, les ajustements individuels entre pairs, les intérêts extra-professionnels facilités par l'emploi, le défaut d'emplois alternatifs, les conditions de satisfaction de ses besoins. *L'implication calculée* consiste à mesurer ses investissements de manière à préserver ou augmenter ces différentes rétributions.

Enfin dans sa dimension *normative*, *l'implication* touche au sentiment d'obligation perçue, que celle-ci soit fondée sur la valeur travail en tant que telle, sur le « travail bien fait » ([Clot](#), 2013), la responsabilité envers l'organisation ([Allen](#) & Meyer, 1990) ou les bénéficiaires, le respect de la hiérarchie ou des engagements contractuels.

A propos de l'accident du travail, les trois dimensions de *l'implication* peuvent à leur mesure avoir un impact sur le comportement des individus, particulièrement sur leur décision d'accroître le risque, ou sur leur choix entre plusieurs risques, par exemple celui d'un éventuel accident au regard d'une possible mésentente avec l'organisation. Nous interrogerons la relation de l'accident avec *l'implication organisationnelle* mais aussi avec chacune de ses sous-dimensions.

Deux autres variables pourraient amener l'employé-e à accroître ou réduire le risque, la *tension de rôle* théorisée par [Katz](#) & Kahn (1966) et le *locus de contrôle*, deux variables ne dépendant pas uniquement de la *confiance organisationnelle* ou du *SOP*.

A propos du *rôle*, [Katz](#) & Kahn décrivent cet attribut comme attaché à l'individu dans son entreprise, et prenant différentes modalités, rôle transmis, rôle reçu, rôle joué. Les tensions qui peuvent se tramer entre eux, par exemple entre les valeurs de la personne et celles portées explicitement ou implicitement par l'organisation, peuvent générer de l'indécision, de la tension, une incapacité à décider.

On peut évoquer à l'appui de ce raisonnement l'exigence d'écoute du résident incluse dans la culture professionnelle d'un l'employé-e d'EHPAD. Cette valeur de métier, souvent appréhendée comme personnelle, peut entrer en conflit avec la logique gestionnaire de son encadrement. La direction peut plafonner les durées d'intervention à 15 minutes par bénéficiaire alors qu'un résident sera en attente de considération ou simplement d'échange nécessairement plus long. La tension qui apparaît alors peut amener l'employé-e à accélérer d'autres tâches pour préserver la qualité de cette relation, accroissant ainsi les risques de perte de contrôle et donc d'accident.

Ces tensions peuvent aussi concerner des *ambigüités de rôle* quand les fonctions ou les responsabilités ne sont pas clairement identifiées ou compartimentées. L'absence de norme peut amener une aide à domicile à prendre des risques imprévus. Ainsi, faute de régulation, des employé-es ont pu pratiquer des tests Covid au risque de se contaminer, ou tailler les cheveux d'un bénéficiaire au risque de se couper. Dans ces deux cas, la mise en place d'une norme peut réduire l'*ambigüité de rôle* mais accroître le *conflit de rôle* en plaçant l'employé-e entre la demande du bénéficiaire et l'interdit de son employeur.

Plus transversal est le *locus de contrôle*, concept qui trouve ses racines dans la théorie de l'apprentissage social de [Rotter](#) (1954). Ce dernier, explorant la psychologie clinique, souligne que « les modes majeurs ou basiques de comportement sont appris

en situation sociale et sont inextricablement mêlés à des besoins qui nécessitent pour leur satisfaction la médiation d'autres personnes ». Il insiste sur le fait que cet apprentissage est fondé sur des construits, dans le but d'améliorer la capacité de chacun de prévoir et de contrôler.

S'il assoit sa réflexion sur l'étude de la personnalité, il s'intéresse rapidement au renforcement des comportements, seul processus pour lui en mesure de rendre réflexe ou routinier des comportements développés au départ comme réponses à une situation singulière. Approfondissant sa théorie sur les vecteurs de ce renforcement, [Rotter](#) introduit l'idée de « psychological directionality ». Il montre alors que la consolidation peut venir soit comme une réponse à des besoins internes soit comme une relation aux objets et à l'environnement. Il parle alors de stimulus interne ou de renforcement externe.

Dans le cas d'un renforcement externe, quand les résultats de son action sont perçus comme non « entièrement contingents » à celle-ci, l'agent va alors attribuer ses conséquences indésirables à l'effet « de la chance, du hasard, du destin » ou à des « powerful others », des « autres puissants ». Ainsi, [Kjellen](#), citant [Hovden](#) et Larsson (1987), rappelle que, pour la majorité des personnes, le destin, la fatalité, restent la cause première des accidents. Et nous retrouvons aussi dans ce mécanisme les causalités évoquées dans l'introduction : nature, système ou capitalisme.

S'intéressant aux personnes affectées de longues maladies, [Wallston](#) & Wallston (1978) confirment les travaux d'autres auteurs ([Seeman & Evans](#), 1962 ; [Lintner & DuCette](#), 1974 ; [Lowery & DuCette](#), 1976) en utilisant cette échelle à trois facteurs (chance, autres puissants et soi) sur le comportement des patients par rapport à leur traitement selon qu'ils considèrent pouvoir influencer sur le cours de leur affection (*locus de contrôle* interne) ou au contraire dépendre de la fatalité ou du corps médical (*locus de contrôle* externe). Appliqué à d'autres populations, étudiants, prisonniers, cette échelle montre des différences significatives de comportement vis-à-vis de l'institution ou dans leurs efforts personnels selon l'attribution de causalité ([Ross](#), 1977).

A propos de l'accident, comme nous l'avons déjà écrit, une attribution de causalité à la « fatalité » entraîne automatiquement une baisse des pratiques de prévention. De même la croyance au destin rend vaine toute initiative personnelle.

Transférée sur le travail après l'avoir été dans le milieu sportif, l'échelle de [Wallston & Wallston](#) est enrichie par [Paquet & al.](#) (2009) d'une séparation des « autrui significatifs » entre supérieur et collègues. Les tests auprès de plus de deux cents travailleurs du milieu hospitalier français montre l'intérêt de cette différenciation et ajoute un *locus de contrôle* à l'échelle initiale au moins pour le secteur hospitalier.

Notre thèse s'attachant à comprendre les comportements dans ce même secteur, il nous paraissait consistant de reprendre l'échelle à quatre facteurs de [Paquet & al.](#) En accord avec leurs résultats nous nous attendons à davantage d'attention portée à leur sécurité par les employé-es à *locus de contrôle interne*, un plus grand respect des procédures quand le *locus* est affecté à leur *encadrement*, plus de mimétisme (de prudence ou négligence) chez ceux qui le situent dans *l'équipe*, une plus grande négligence pour ceux qui attribuent les accidents de travail à la *chance* ou à la *fatalité*.

Pour notre thèse, les discussions établies avec les professionnels de la prévention en cours de recherche nous font suspecter l'existence d'une troisième catégorie « d'autrui significatifs », les *patients/bénéficiaires*, dont l'influence supposée sur les agents pourrait induire des comportements à risque, et par contrecoup, des accidents. Nous décidons d'ajouter des questions spécifiques à cette variable, construites sur le modèle des autres parties du questionnaire.

Une dernière variable de psychologie sociale nous est apparue comme prometteuse : la *Motivation de Service Public*.

Dans le secteur qui nous intéresse, le poids très important du secteur public, englobant le secteur hospitalier et une part conséquente des Etablissements pour Personnes Agées mais aussi, quoique de manière distincte, l'aide à domicile associative, nous a encouragé à questionner cette dernière variable attitudinale. Il nous semble possible

d'ailleurs que ses sous-dimensions dépassent le strict secteur public pour imprégner aussi les structures médico-sociales et sanitaires privées, dont la culture reste très ancrée dans une pensée altruiste de la fonction.

Concept relativement récent, il apparaît au milieu des années 90 sous la plume de James L. [Perry](#) (1996) et vise d'abord à « réactiver l'importance de l'éthique de service public et du sens du devoir public » ([Desmarais](#) & Gamassou, 2014). Issu des recherches attitudinales sur les valeurs, il regroupe d'abord des éléments très hétérogènes, attraction pour l'élaboration des politiques publiques, implication dans l'intérêt général, devoir civique, justice sociale, sacrifice personnel et compassion. Porté par des valeurs éthiques, il associe des mesures des comportements sociaux (sacrifice ou implication dans l'intérêt général), des normes (devoir civique) et des attitudes (attraction pour les politiques publiques) dont on pourrait questionner l'indépendance et la cohérence. [Perry](#) lui-même réduit d'abord ce premier concept à quatre dimensions, avant que [Kim](#) (2013) ne le réduise à trois : *attraction pour les politiques publiques, compassion, abnégation*.

Ces trois sous-dimensions transparaissent fortement dans les entretiens avec les employé-es des secteurs sanitaire et médico-social, dans le public autant que dans le privé : « la valeur fondamentale est le respect de l'autre », « donner de l'importance à l'autre, lui donner la parole, lui laisser exprimer ce qu'il souhaite même si on ne peut pas toujours le satisfaire » (cités par [Bréhaux](#), 2015), « Pour faire ce travail-là il faut aimer déjà la personne âgée », « le prix qu'on nous paie ne vaut pas le travail que l'on fait, donc quelque part il faut de l'humanité pour pouvoir faire ce travail » (cités par [Ribault](#), 2008/2).

La dimension *d'abnégation*, particulièrement, revient fréquemment dans la justification du *présentéisme*, dans le sacrifice de sa douleur et de sa fatigue au profit de la personne dépendante dont on se sent responsable. La *compassion* sourd des propos et des gestes des professionnel-les visant à soulager la souffrance des bénéficiaires, à améliorer leur confort ou leur bien-être. Enfin, les *politiques publiques*

sont très présentes dans l'expression des cadres, valorisant leur utilité sociale, l'accompagnement des plus faibles, le lien qu'ils maintiennent entre les générations.

La littérature et ces verbatim nous paraissent dénoncer la *motivation de service public* comme possible précurseur des comportements déclinés supra et déclencheur de prise de risques supplémentaires, source d'accidents du travail.

Si [Gabris & Simo](#) (1995) (cité par [Desmarais](#) & Gamassou, 2014) considèrent que la *MSP* ne concerne que les niveaux hiérarchiques supérieurs, ce n'est pas le cas des autres chercheurs cités par [Desmarais & Gamassou](#), pour lesquels seuls la forme et le niveau de *MSP* varient selon les niveaux hiérarchiques, les niveaux inférieurs apparaissant plus sensibles à une *implication calculée*, du fait de nécessités financières.

Quoique nous n'ayons pas trouvé dans la littérature d'assertions sur ce point, notre expérience du secteur médico-social nous laisse augurer que les dimensions de la *MSP*, *compassion*, *abnégation* et même *attraction pour les politiques publiques* irriguent tous les métiers du soin, qu'ils ressortissent de contrats publics ou privés.

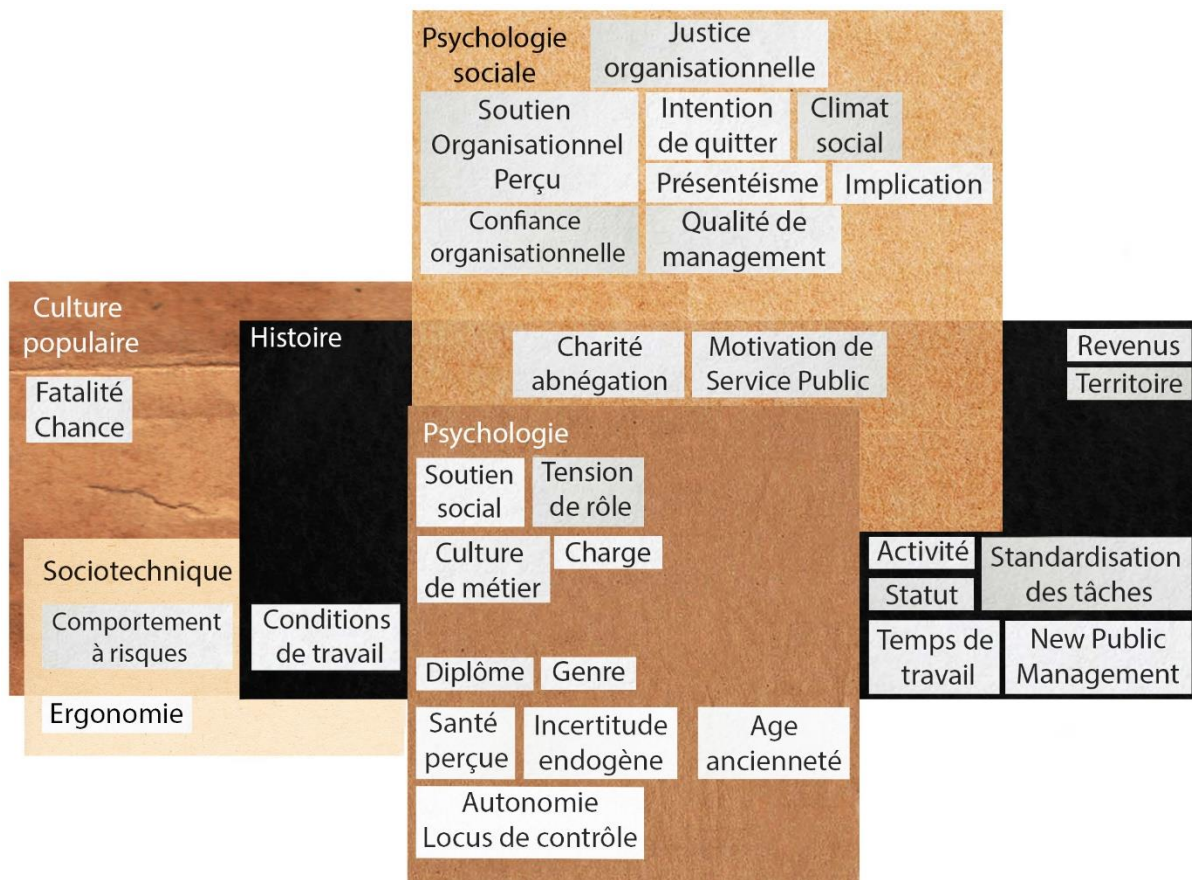
Nous restons conscients toutefois que les différences de finalités entre secteur public et secteur privé, contrat public et contrat privé peuvent altérer la nature de cette motivation et même sa présence, ce que nous tenterons de vérifier dans la suite.

Pour établir les liens entre *motivation de service public* et occurrence des accidents du travail, nous conserverons le modèle tridimensionnel de [Kim](#) & al. (2013), traduit par Desmarais, qui nous paraît le plus adapté à notre terrain de recherche.

Comme nous l'avons évoqué à propos de plusieurs de ces variables, leur apparition, leur niveau, les valeurs qui les constituent sont bien véhiculés par une éducation, une culture de métier ou d'établissement et des processus d'internalisation que nous avons déjà décryptés dans le cadre épistémologique et qui sont propres à chaque individu.

Elles apparaissent dans la carte suivante en complément des autres variables.

Figure 12 : Carte des variables 5



A l'évidence, elles dépendent au moins partiellement des acteurs de l'organisation, supérieur immédiat, direction générale, collègues ou tiers. Si la perception de l'employé-e reste prépondérante, elle est confortée, renforcée et parfois générée par des politiques sciemment mises en œuvre, le comportement déterminé de l'encadrement, voire des procédures conçues, éprouvées, institutionnalisées, en bref par la gestion.

1.4. La part des sciences de gestion



Dans ce champ très vaste, de nombreuses variables pourraient avoir une influence sur l'accident du travail, justifiant notre thèse dans cette discipline. Si beaucoup des variables définies dans les autres parties sont fréquemment utilisées par les sciences de gestion, d'autres sont plus spécifiques à ce domaine de recherche.

Certaines apparaissent dans les établissements au même titre que les accidents du travail comme des indicateurs dans des tableaux de bord, des symptômes de bonne ou mauvaise gestion. Il en est ainsi de *l'absentéisme* ou plus délicats à mesurer, de la *charge de travail* ou du *présentéisme*.

D'autres s'inscrivent dans la politique générale de la structure comme les types de *contrats* et le *temps de travail*.

Une troisième catégorie, celle qui donne sens à la recherche en gestion, est constituée de concepts polyvalents, définis au fil des études de terrain, souvent fondés sur des apports d'autres disciplines (sociologie, anthropologie, ethnologie...), maniés par les directions, utilisés parfois par les instances paritaires, perçus par les employé-es comme provenant de l'organisation. Nous pensons surtout ici à la *justice organisationnelle*, au *soutien social*, différent du *Soutien Organisationnel Perçu* parce que construit sur les pratiques réelles de gestion, *l'intention de quitter* et la *qualité de management*, mesurée à partir du comportement effectif des cadres.

Enfin, deux variables, plus diffuses et déjà évoquées, le *climat social* et la *culture de sécurité* seront exclues de notre thèse pour des raisons exposées en fin de partie.

Le lecteur pourrait s'étonner du choix de balayer autant de variables, et surtout, autant de variables potentiellement dépendantes les unes des autres, avec le risque de biais dans le traitement des données. Tout d'abord, comme nous l'avons déjà indiqué, nous utiliserons des dispositifs statistiques indifférents à ce problème. Deuxièmement, c'est bien l'objectif essentiel de notre recherche qu'elle hiérarchise tous ces facteurs selon leur influence relative sur la sinistralité. Quand l'investigation classique cherche une corrélation entre l'une de ces variables et l'accident du travail, elle aboutit quasi invariablement à l'établissement d'un lien entre les deux. Il résulte de l'assemblage de ces travaux un long catalogue de préconisations. A l'opposé, nos efforts devraient aboutir au criblage de ces concepts et à l'extraction de ceux, rares, qui ont un impact majeur sur notre cible. Naturellement, certaines des variables pourraient avoir une

influence supérieure dans certaines conditions et non dans d'autres, ce que devrait aussi déterminer notre thèse.

Mais définissons d'abord nos variables.

Concept éculé, indicateur systématique de tout tableau de bord des ressources humaines, chiffre affiché ou camouflé par les entreprises, comparé entre elles et dans le temps, *l'absentéisme* est souvent perçu comme donné et rarement défini.

Dans les thèses consultées il est même, à de rares exceptions près, considéré comme un terme générique, compris de tous et servant de signe, pêle-mêle, de bonne ou mauvaise gestion, de conditions de travail pénibles, de perte de motivation ou d'engagement fort, de déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée ou de sens au travail.

La réalité est beaucoup plus complexe, car ses mesures, relativement stabilisées en termes de calcul, nombre de jours d'absence sur nombre total de jours théoriques de travail sur la période, restent sibyllines à analyser. Ce « manque habituel et systématique d'assiduité à son lieu de travail », tel qu'il est défini par le Trésor de la Langue française ([Huver](#), 2013), est déjà différent de l'absence, qui peut, elle, être considérée comme normale et non symptomatique.

Mais le définir en tant que problème est une autre gageure. Chronique, répétitif, il est censé être indu. Pourtant déterminer ce qui est indu est embarrassant. Sur quelles bases peut-on affirmer qu'un certificat médical est « de complaisance » ? Ou qu'il est simplement exagéré dans sa durée ? Comment déterminer si les absences sont justifiées par des contraintes personnelles et surtout si l'absence est bénéfique ou néfaste à l'employé-e et à l'entreprise ? Et deux questions plus dérangeantes nous préoccupent ici. D'abord quelle valeur a cette mesure alors qu'une pointeuse calcule à la minute la présence sans pouvoir estimer le temps réel de travail, alors que des absences peuvent être occultées par les cadres de proximité, alors que la majorité des absences peuvent être dues à un très petit nombre d'employé-es ? La seconde

question est beaucoup plus gênante encore pour la recherche. Que peut-on déduire de cette mesure sur tous les éléments dont elle est supposée traduire le niveau? Faudrait-il attribuer une absence mal justifiée à un mal-être au travail, à un problème personnel, à la pénibilité réelle d'une tâche... ?

A toutes ces questions les entreprises répondent systématiquement de manière relative, par comparaison avec le secteur, les entreprises comparables, les mesures des autres années, et tentent de corriger qualitativement les chiffres par la connaissance qu'elles peuvent avoir des situations particulières des grands absents ou d'évènements exceptionnels.

Dans notre cas, nous n'interrogerons pas *l'absentéisme* comme variable en soi mais pourrons accessoirement le mettre en regard de la sinistralité comme possible symptôme de dysfonctionnement dans l'établissement et considèrerons par défaut que sa prise en compte et sa mesure sont normées dans les secteurs étudiés. Nous restons conscients que cette normalisation de déclaration est élevée dans le sanitaire, plus relative dans le médico-social et très aléatoire dans l'aide à domicile.

Quant aux mesures *d'absentéisme* que nous pourrons utiliser, [Huver](#) (2013) nous apporte quelques clés. S'appuyant sur [Chadwick-Jones](#) & al. (1971), [Shapira-Lishchinsky](#) & Rosenblatt (2009) ou [Steel](#) (2003), il indique que « la mesure de fréquence d'absence est un indicateur plus pertinent des absences dites volontaires tandis que la mesure de gravité est plus adéquate pour décrire des absences dites involontaires ».

De ce fait et après consultation de diverses thèses et articles nous utiliserons deux échelles pour les absences, l'échelle de durée basée sur la semaine (unité généralement utilisée par les médecins du travail) et l'échelle de fréquence sur le nombre d'arrêts.

Quoique de nature très différente, le *présentéisme* est défini par [Huver](#) (2013) parallèlement à l'absentéisme comme « le surinvestissement d'un salarié exprimé par

une présence excessive au travail ». Ce chercheur, précisant sa pensée, entreprend en fait de mesurer « la situation dans laquelle un salarié, tout en estimant qu'une absence-maladie serait justifiée par son état de santé, décide de se rendre sur son lieu de travail ».

Il montre à l'instar d'autres chercheurs que cette modalité, généralement perçue par l'employeur comme une « bonne » implication du salarié, génère en fait des arrêts moins fréquents mais plus longs et des accidents de travail plus graves. Nous basant sur ces résultats nous intégrerons cette variable à notre étude, d'autant qu'elle croise les questions de *santé perçue* définie supra. Un présentéiste le sera par considération que sa *santé perçue* est mauvaise mais il poursuit le travail au risque de perdre de l'attention et de la vigilance au risque.

Troisième variable-indicateur importante pour notre thèse, nous retrouvons ici la *charge de travail* déjà définie infra comme deuxième cause possible de perte d'attention dans le modèle de [Reason](#) et évoquée dans la partie historique comme accrue par les mesures de productivité du New Public Management.

Sans revenir à notre choix de privilégier la *charge perçue* à la charge réelle, beaucoup plus délicate à évaluer, nous souhaitons développer ici une dimension de la charge, celle de la *pression temporelle*, présente dans deux questions de l'échelle de [Caplan, Cobb, French](#) (1975) et [Wallace & Whitt](#) (2005).

Cette *pression temporelle* est généralement mesurée dans les structures de manière objective à l'aide d'un chiffre dont elles disposent de manière sûre et assez fiable, le nombre d'heures supplémentaires. Dans les secteurs qui nous intéressent, s'il est ardu d'accéder à ces données, il est beaucoup plus aisé d'obtenir le nombre d'heures travaillées dans l'année. Disposant du nombre moyen d'employé-es, il est facile de construire un indicateur commun à tous les établissements, le nombre moyen d'heures par employé-e.

Cette valeur présente quelques défauts, estimation du nombre moyen d'employé-es manquant parfois de rigueur, possible concentration des heures supplémentaires sur quelques employé-es, déclaration hétérogène dans l'aide à domicile, mais elle a de nombreux avantages, procédure de déclaration normalisée pour l'ensemble des établissements et administrativement stabilisée depuis plusieurs années, données brutes collectées de façon harmonisée entre employeurs et employé-es.

Après ce rapide tour des variables-indicateurs, venons-en aux variables de gestion des emplois, le *contrat* et le *temps de travail*.

De manière récurrente dans la littérature, les deux variables, types de *contrats* utilisés par l'employeur et *temps de travail*, sont corrélées négativement à la sinistralité. Les articles sont concordants pour affirmer que plus le *contrat* est précaire (durée déterminée, temps partiel, intérim, vacations...), plus l'enjeu de maintien dans l'emploi (et peut-être *l'incertitude professionnelle*) est prégnant et plus les mesures d'accident sont élevées.

La fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail conclut en 2005 que non seulement les intérimaires sont plus exposés aux risques d'accident du travail mais qu'ils sont aussi moins bien informés sur les règles de sécurité. [Letourneux](#) (1998), confirmant d'autres travaux ([Beaud & Pialoux](#), 1993 ; [Rousseau & Libuser](#), 1997), montre aussi qu'ils sont en moyenne davantage confrontés à la pénibilité du travail. [Probst](#), Brubaker, (2001) ou [Algava](#), (2016) (cités par [Coutrot](#)) complètent le tableau en exposant que les salariés inquiets pour leur emploi (cf *incertitude professionnelle*) intensifient leurs efforts, négligent davantage les consignes de sécurité et prennent effectivement plus de risques.

Les taux de fréquence des accidents en Belgique ([Delbar & Léonard](#), 2000) ou en France ([Lacroux & Ben Larbi](#), 2009) sont similaires et apparaissent plus de deux fois supérieurs à la moyenne pour les intérimaires, et ce dans toutes les branches économiques étudiées. Le secteur sanitaire et médico-social observé dans notre thèse devrait confirmer cette relation entre type de *contrat* et accidents du travail.

Arrivent enfin l'ensemble des variables à proprement parler organisationnelles. Alors que toutes les variables vues précédemment procèdent de l'employé-e, dans ses attributs, ses attitudes et ses comportements, ces nouvelles variables procèdent essentiellement de l'organisation. Elles peuvent être portées séparément ou conjointement par le projet politique de l'établissement, les objectifs de la direction, le comportement des cadres, ou par les procédures de décision, de promotion, d'information, bref toute modalité de gestion des ressources humaines.

Si la provenance de ces variables est clairement attachée à l'institution, elles ont aussi à voir avec la psychologie sociale et individuelle. Le comportement d'un cadre peut être perçu différemment par chacun de ses subalternes, une procédure pourra être jugée pernicieuse ou favorable selon qu'on en est victime ou bénéficiaire, une instance pourra fonctionner en ligne avec la direction ou entrer en divergence suivant la position hiérarchique ou la volonté de son animateur.

Pour réduire ces effets parasitants, nous mesurerons le ressenti collectif de ces variables et le comparerons avec celui d'autres collectifs.

Quelle que soit la proportion de gestion et de psychologie, toutes ces variables pourraient influencer directement sur l'attitude des employé-es et encourager des comportements à risques ou de prévention, modifiant indirectement la fréquence et la gravité des accidents.

Comme le démontrent [Guerrero & Herrbach](#) (2009) et antérieurement [Aryee](#) & al. (2002), trois des concepts analysés supra, *Soutien Organisationnel Perçu*, *confiance organisationnelle* et *implication* (soutenue ou non par la *Motivation de Service Public*) participent d'une chaîne explicative. Elles sont en relation causale avec plusieurs autres variables rappelées par [Eisenberger & Rhoades](#) (2002), à savoir la *justice organisationnelle* et la *qualité du management*. Elles devraient aussi l'être avec *l'intention de quitter*, dont les effets pourraient être inattendus et le *Soutien Social*, pendant effectif du *Soutien Organisationnel Perçu*.

Pour commencer par la *justice organisationnelle* et pour être tout à fait précis, [Eisenberger](#) & Rhoades (2002) parlent dans leur article surtout de *justice procédurale*, concept qu'ils ne différencient pas de la *justice interactionnelle*. Cette justice est avant tout pour eux liée aux procédures d'allocation de ressources au sein de l'organisation, ce que les chercheurs ultérieurs qualifieront logiquement de *justice distributive*.

Dans leur méta-analyse la *justice* inclut des ressources matérielles, rémunération, congés, espaces de travail, mais aussi immatérielles, gratifications symboliques, diffusion d'information...

Sur une même échelle de mesure, ils positionnent des conduites négatives telles que le favoritisme, les décisions non judicieuses ou les avantages obtenus par des conduites égoïstes (Ferries et Kacmar, 1992), et des pratiques positives telles que la promotion au mérite, le management loyal et la récompense des conduites d'intérêt collectif. Dans leur esprit, ces agissements peuvent être strictement formalisés, par des textes, des règles ou des modalités systématiquement reconduites, (cf les algorithmes de [Reason](#)), ou rester informels et constituer une simple compilation de décisions et d'actions, dont certaines finissent par agréger une sorte de jurisprudence, de reproduction mécanique de décisions prises dans des situations similaires.

En phase avec cette réflexion, dans son article de 1986, le même [Eisenberger](#) mentionne explicitement que l'employé-e adapte ses comportements en fonction de la « réaction probable de l'organisation [à ses] maladies futures, [à ses] erreurs ». Ce sont ces conséquences prévisibles qui encouragent ou préviennent la propension aux décisions risquées.

Face à une alternative ou une situation nouvelle (Deuxième et troisième mode de contrôle de [Reason](#)), l'employé-e amorce une action induite soit négativement par sa crainte de sanction ou de dommages à long terme soit positivement par sa volonté d'atteindre un objectif de qualité, d'efficacité, de productivité...

Dans le premier cas, il-elle peut être ainsi amené-e à braver un danger pour éviter une erreur et la sanction qui s'ensuivra, à camoufler un souci de santé par du *présentéisme* ou à réduire sa vigilance pour accroître ses chances d'atteindre un objectif immédiat.

Inversement face à une organisation qu'il-elle juge fiable, et dont il-elle peut attendre des félicitations et une valorisation de l'initiative, il-elle cherchera à optimiser son action. Tel agent de nettoyage, face à une chute de neige massive dans les jardins du bâtiment qu'elle doit nettoyer, décide de surseoir au ménage prévu pour aider les résidents à évacuer la neige. Pour ce faire, elle adapte aussi ses horaires. Elle gagne ainsi la sympathie des résidents et obtient les félicitations de son encadrement. Dans ce cas précis, la *confiance organisationnelle* instaurée au fil des ans entre les deux assure l'employée du jugement positif de sa responsable de secteur.

Un questionnement de cette employée sur le *locus de contrôle* l'aurait sans doute amenée à donner une note élevée au *locus interne* puisque la décision a été prise par elle en toute *autonomie* mais elle aurait sans doute donné la deuxième note la plus élevée au *locus Patient/bénéficiaire* estimant que son action était celle qu'attendaient les résidents. Naturellement, l'impression des employé-es en termes de locus ne tient pas à une seule situation mais à un ensemble d'attributions de décisions prises dans la période récente. En l'occurrence, cette employée semblait coutumière de ce type d'initiative, avec un retour similaire de sa direction.

Pour revenir à la *justice organisationnelle*, si celle d'[Eisenberger](#), qu'il qualifie de *procédurale*, est en fait *distributive* et *interactionnelle*, elle va être précisée et décomposée par les chercheurs ultérieurs en plusieurs sous-dimensions plus explicites.

Comme le rappelle [Colquitt](#) (2001), bien que cette variable a d'abord été décrite comme *distributive*, et mesurée à partir des rétributions matérielles ou symboliques qui la concrétisaient (Adams, 1965 ; Deutsch, 1975 ; [Homans](#), 1958 ; Leventhal, 1976, cités par [Colquitt](#), 2001), elle a été complexifiée par [Greenberg](#) (1987, 1990b) puis [Sweeney & McFarlin](#) (1993).

Ces derniers ont dans un premier temps différencié nettement les sous-dimensions *distributive* et *procédurale*, l'une fondée sur la répartition des rétributions, perçue par l'employé-e, l'autre basée sur le processus de répartition implémenté par la structure.

[Colquitt](#) y ajoute une troisième sous-dimension, la *justice interpersonnelle*, désignée comme « interactionnel » en anglais par [Bies et Moag](#) (1986) et définie par eux comme la qualité de traitement des employé-es lors de la mise en place de la distribution des rétributions.

Intégrant à la fois le respect des bénéficiaires et la clarté des explications fournies, elle s'avère très intercorrélée avec les deux autres sous-dimensions et difficile à délimiter. Comment pour les employé-es, distinguer les modalités de la distribution et la loyauté de celle-ci ? Colquitt se questionne enfin sur une quatrième sous-dimension, la *justice informationnelle*, mise en avant par [Shapiro & al.](#) (1994) qui montre combien la qualité des explications données lors de la distribution influe sur l'attitude des bénéficiaires.

Ces chercheurs montrent par exemple que face à une pénurie d'eau dans une région, les communes ayant pris la peine d'expliquer très clairement comment serait répartie l'eau à chacun n'ont pas eu à répondre de plaintes en justice, à la différence de communes qui n'ont pas expliqué les modalités de répartition.

Pour départager ces divers assemblages, Colquitt expérimente en 2001 les modèles à deux, trois et quatre sous-dimensions dans deux situations distinctes, une université et une fabrique de pièces automobiles. Il conclut que, malgré des « covariances [...] statistiquement significatives », le modèle à quatre sous-dimensions approche mieux les données de l'étude.

Réutilisant le même modèle, [Fall, Safy & Carassus](#) (2018) confirment que les quatre sous-dimensions ont un effet distinct sur les variables dépendantes, chez eux le *bien-être au travail* et *l'intention de quitter*. Dans notre thèse, même s'il semble que les sous-dimensions *procédurale* et *informationnelle* sont plus à même d'expliquer les comportements influençant l'occurrence d'un accident du travail, nous ne pouvons

exclure que la sous-dimension *distributive*, impliquée dans la répartition des équipements de protection ou la charge de travail, et la sous-dimension *interpersonnelle*, sollicitée comme antécédent de nombreux comportements organisationnels ([Moorman](#), 1991), ne puissent impacter l'accident du travail. Nous utiliserons donc comme nos prédécesseurs le modèle de Colquitt à quatre sous-dimensions pour mesurer les relations entre *justice organisationnelle* et accidents du travail.

Deuxième variable évoquée par [Eisenberger](#), la *qualité de management*. Dès lors que la recherche s'interroge sur le management, elle s'interroge sur le *leadership*, la posture, le comportement, la pratique du leader. L'étude des deux concepts apparaît concomitante durant l'après-guerre, le *management* étant considéré par [Blake & Mouton](#) (1964), [Likert](#) (1961), [Tannenbaum & Schmidt](#) (1958, 1973) comme la pratique catégorisant le *leader*.

Quoique la distinction reste active en psychologie comme en gestion, une bonne partie de la littérature de gestion va considérer ces deux concepts comme les deux faces d'un unique sujet d'étude.

Le thème passionnant autant les décideurs en quête de capitaines d'industrie que les tenants de la psychologie expérimentale, persuadés de pouvoir détecter par test les profils adaptés, la recherche va proposer autant de définitions que d'auteurs.

[Rost](#) (1991), cité par [Northouse](#) (2021), analysant la littérature entre 1900 et 1990, trouve plus de deux cents définitions différentes de « leadership ». Et la même année, [Fleishman](#) & al. (toujours cité par [Northouse](#), 2021), catalogue soixante-cinq systèmes de classification différents.

De manière synthétique, [Northouse](#), rappelle les distinctions du début du siècle entre domination et influence, puis le consensus des années soixante autour du *leadership* comme comportement d'influence de personnes vers des objectifs partagés, enfin

l'apparition à partir des années quatre-vingt-dix de nombreuses catégories de *leadership*, servant, adaptatif, authentique, éthique, spirituel, humble ou inclusif.

De cette forêt de variantes, se détache dans notre démarche une définition singulière, laissant une place importante à la décision individuelle, et particulièrement adaptée aux questionnements sur *l'autonomie* ou plus loin aux différentes versions du *locus de contrôle* : *l'empowering management*, maladroitement traduit en français par le terme de *management habilitant* ou plus justement de *management capacitant*. Ce type de *management* est pensé comme l'agrégat d'une attitude (*empathie*) d'un comportement (*exemplarité*) et d'un processus (*participation aux décisions*). Il nous paraît proposer un lien pertinent entre notre réflexion autour de la décision individuelle et notre quête de psychologie sociale, inscrite dans la systémique du travail.

Comme l'expliquent Josh [Arnold](#) et al. (2000), « la concurrence étrangère, le développement de la qualité et [...] le passage progressif d'une économie de production à une économie de service » ont amené une augmentation de la confiance accordée aux employé-es. L'empowerment des équipes, décrit par [Arad & Drasgow](#) (1994), et composante de « l'hôpital magnétique » de [Sibé & Alis](#) (2016), s'appuie d'un côté sur l'accroissement chez les employé-es du sentiment d'efficacité propre, d'un contrôle étendu de l'environnement de travail, d'une *latitude de décision* sur les tâches, et de l'autre une réduction du sentiment d'impuissance. Le *management* alors à l'œuvre s'appuie sur le *soutien social* ou le *locus de contrôle interne* (cf supra).

Reprochant aux précédentes échelles de mesures (Haplin, 1957 ; Stodgill, 1963 ; cités par [Arnold](#), 2000) de mesurer le *leadership* à partir de modes d'organisations traditionnelles (concentration de la décision, faible autonomie du personnel, standardisation des procédures...), Arnold s'appuie sur les recherches de [Manz & Sims](#) (1987) pour construire un questionnaire du *leadership habilitant* (Empowering Leadership Questionnaire ou ELQ) dépassant celui de [Manz & Sims](#) en ceci que, bâti comme le leur sur une première série d'entretiens limitée à peu d'entreprises (trois),

il va voir sa fiabilité et son architecture testées auprès de deux nouvelles organisations puis croisées avec les résultats de l'interrogation de trois-cent soixante-quatorze employé-es de cinq nouvelles organisations. Ce lent travail de percolation aboutit à la constitution d'un questionnaire simplifié constitué de cinq facteurs, (accompagnement, information, exemplarité, reconnaissance, participation aux décisions). Pour réduire les répétitions dans nos questionnaires, nous retirerons les questions d'informations déjà traitées par le questionnaire sur la *justice informationnelle* et l'accompagnement dont les items paraissent très similaires à ceux du *soutien social*, que nous allons voir à présent.

De fait nous aurions pu déjà évoquer le *soutien social* à deux reprises, la première en parlant du mode de contrôle complexe que définit [Reason](#) et la deuxième comme résultat de l'étude très approfondie d'[Hamon-Chollet](#) à partir de l'enquête SUMER (2007). L'élaboration par l'employé-e d'une réponse anormale à un problème exceptionnel exige qu'il-elle dispose de ressources, non seulement de connaissances issues de formations, de lectures, mais aussi de soutien de ses collègues et supérieurs (conseil, échanges, avis, moyens supplémentaires...). En ce qui concerne l'accident du travail, l'étude d'[Hamon-Chollet](#), déjà citée pour dénier à l'autonomie son rôle préventif, mentionne au contraire le *soutien social* comme réducteur de sinistralité.

Si le *Soutien Organisationnel Perçu* est très présent dans la littérature européenne, le *soutien social* est davantage invoqué dans le monde anglo-saxon ([Büssing](#), 1999 ; [Viswesvaran & al.](#) 1999 ; [Burke & Greenglass](#), 2001 ; [Wichert](#), 2002).

Il apparaît pourtant régulièrement dans les enquêtes comme un élément-clé de la satisfaction au travail des soignants. [Estryn-Behar](#) & al. (2004) rappelle par exemple que le *soutien psychologique* est perçu comme plus important pour la *satisfaction au travail* et l'abandon du métier que les conditions physiques du travail ou le salaire.

Déjà en 1958, comme le rappelle Caroline [Ruiller](#) (2012), [Homans](#) puis [March](#) et Simon (1958) définissent dans leur modèle « contribution/rétribution » la relation d'emploi comme un échange de ressources matérielles et de ressources immatérielles. Et parmi

celles-ci, [Homans](#), en citant [Blau](#), met en exergue le *soutien professionnel* à travers le conseil, à la fois contribution et rétribution.

Plus avant le modèle de [Karasek & Theorell](#) (1990), modèle classique de la tension au travail dont nous avons déjà parlé, intègre lui aussi le *soutien social*. Analysant la tension au travail comme un bilan entre les « demandes de l'emploi » et le *contrôle* exercé par le travailleur sur ses tâches, il partage avec [Kjellen](#) (1984) l'idée de ressources, et particulièrement l'ensemble des ressources cognitives. Comme [Kjellen](#), [Karasek & Theorell](#) affirment que le *soutien des collègues et de la hiérarchie* accroît le *contrôle* et réduit ainsi le stress.

Pour eux, le *soutien social* a deux sources possibles, collègues et supérieurs, et deux composantes, *professionnelle* dès qu'il s'agit d'aide ou de compétences partagées (conseil, formation, échange de pratiques), et *émotionnelle* dans l'attention, l'intérêt portés aux difficultés de l'individu, la recherche de son bien-être, l'intérêt manifesté pour son travail, la cordialité des relations.

Maintenant que nous avons exploré les différentes dimensions de la gestion qui pourraient influencer le comportement à partir du modèle de l'accident du travail de [Kjellen](#), inspiré des réflexions de [Reason](#), il nous semble nécessaire de nous éloigner de la zone stricte de l'accident pour analyser deux variables susceptibles de générer de l'indétermination dans l'action. En effet le modèle décortiqué jusqu'ici part d'une décision, automatique ou réfléchie, mais oblitère ces attitudes et comportements induits par un agrégat diffus d'impressions ou de valeurs.

De manière récurrente, la littérature fait état de *climat social* et de *culture organisationnelle* pour expliquer un niveau supérieur de contrôle individuel et collectif du personnel. Il ne s'agit plus d'injonctions directes ou explicites mais d'un réseau de signaux, davantage comportementalistes, qui orientent les décisions. Le *climat*, plus conjoncturel, ou la *culture*, en particulier la *culture de sécurité*, pourraient effectivement, temporairement ou durablement, valoriser des comportements à risques, travail sans protection, infraction des règles de sécurité, usage de produits

efficaces mais dangereux... ou inversement encourager à la prudence par le mépris des conduites addictives, dérision pour la méconnaissance des risques, dédain de la bravoure et de l'arrogance. Ils pourraient de ce fait influencer le niveau de sinistralité.

Pourtant les définir s'avère plus délicat. Issus de la systémique des organisations, les deux concepts aux origines distinctes ont un sens proche dès lors qu'ils sont assimilés aux sciences de gestion.

Si le *climat* a à voir avec la psychologie sociale et toutes les variables organisationnelles développées supra, ce n'est pas le cas de la culture dont les prémices viennent de l'anthropologie.

Comme le rappelle [Haukelid](#) (2008) dans sa revue de littérature au regard de l'anthropologie, les définitions de culture restent diverses pour les anthropologues. Elle apparaît pour la plupart comme un substrat de toute croyance, pensée et activité d'une société humaine. Elle constitue en ce sens un système, une « fabrique de sens » commun à un groupe. Sans revenir à notre réflexion épistémologique, cette définition a provoqué dans l'anthropologie des débats semblables à ceux des sciences de gestion entre tenants d'une culture fixe et induite par un environnement stable, et défenseurs d'une vision évolutive de la culture.

Là aussi, la position essentialiste de Geertz (1973, cité par [Haukelid](#)) s'est trouvée mise en cause pour sa logique « anhistorique ». Comme en gestion, un consensus s'est progressivement réalisé sur une appréhension de la culture comme construit social, agrégé dans le temps selon les processus d'institutionnalisation déjà décrits. Et c'est bien cette vision de la culture qui a migré dans les sciences de gestion, surtout dans les années quatre-vingt, pour muter en *culture organisationnelle* ou *culture d'entreprise*.

Elle est distincte de la *culture professionnelle* ou *culture de métiers*, bien plus ancienne, dont nous avons montré l'importance dans la première partie. Mais elle se différencie aussi de la *culture de secteur* dont nous avons dit combien elle nous paraissait incertaine du fait du caractère agrégatif de la culture dite « hospitalière ».

Comprise alors de manière plus instrumentale, la *culture organisationnelle* reprend les trois niveaux que distingue [Schein](#) (1996) : postulats de base, valeurs adoptées, artefacts visibles. Le premier niveau englobe les croyances, axiomes, vérités, en un mot le paradigme partagé par le groupe, le second regroupe des principes, ultimes, non discutables, souvent inconscients, et des valeurs à proprement parler, conventionnelles et par nature discutables, le troisième intègre l'ensemble de la production du groupe, matérielle comme immatérielle, techniques et comportements.

Pour illustrer cette stratification dans la culture médicale, on peut rattacher au premier niveau le paradigme partagé par les Lumières et le protestantisme ([Weber](#), 1964) posant la science comme « valable », la médecine étant fondée en biologie et biochimie, le raisonnement comme outil de compréhension, l'organisation de la société en corps ou états et l'idée fondamentale d'un individu libre et responsable.

Nous associerions au deuxième niveau la charité et tous les éléments amplement décrits plus haut et au troisième niveau la production technique (soin, études de santé publique...), organisationnelle (projets de santé, protocoles, instances de décision, formation...) ou symboliques (code vestimentaire, jargon, titres...).

Comprise ainsi, la *culture* ne se distingue que difficilement du *climat*. Dans sa revue de littérature sur le sujet, [Guldenmund](#) (2000) montre que peu d'auteurs les différencient. Si Ekvall (1983, cité par [Guldenmund](#)) le fait avec « emphase », c'est en séparant les croyances et valeurs pour la culture, des comportements et expressions des sentiments pour le climat. Comme le montre [Guldenmund](#), si leur origine distincte a induit des méthodes de description différentes pour ces deux concepts (questionnaire de perception pour le climat, phénoménologie pour la culture), celles-ci ont rapproché le *climat* des autres variables d'attitudes (confiance, implication, motivation...), et constitué la *culture* comme l'un des sous-bassement du *climat* et même de l'ensemble des attitudes (Eagly & Chaiken, 1993, cités par [Guldenmund](#)).

Si l'on s'en tient à cette définition, les critères développés par [Weick](#) (1987) pour définir les organisations à haute fiabilité (vu supra en opposition à l'accident normal de

[Perrow](#)), sensibilisation aux erreurs, réticence à la simplification des interprétations, sensibilité au projet, engagement dans la résilience, et si on comprend avec lui la résilience comme « improvisation et bricolage, systèmes de rôles virtuels, sagesse comme attitude, interaction respectueuse » (cf le troisième mode de contrôle de [Reason](#)), la haute fiabilité paraît antinomique avec toute *culture organisationnelle*, du moins dans sa version institutionnalisée.

L'ensemble des auteurs attachés à la réflexion sur la sécurité vont dans le même sens, et [Perrow](#) (1984), pourtant contradictoire de [Weick](#) sur le fond, confirme finalement cette position quand il décrit « l'accident normal » comme conséquence inévitable du fonctionnement de tout système dès lors qu'il est complexe et fortement *couplé* (cf algorithmes de [Reason](#)). Suivant cette allégation, [Weick](#) et ses suiveurs ([Roberts](#), [Bierly & Spender](#), 1995 ;...) soutiennent tous que le risque est d'autant plus élevé que la *culture organisationnelle* est forte, univoque et indiscutée.

Confrontés à cet obstacle, [Zohar](#) (1980) et ses suiveurs, reprennent la question où l'a laissée [Weick](#) (qui se consacre dans ces années-là à des réflexions sur le sens), et cherchent à déterminer ce que pourrait être une *culture organisationnelle... de sécurité*. Comme le montre [Guldenmund](#) après avoir analysé seize de leurs définitions des *climats* et/ou *cultures organisationnelles de sécurité*, les concepts de [Zohar](#) restent « mal définis et mal élaborés », et « les modèles [...] n'incorporent pas une chaîne causale mais spécifient plutôt quelques grandes catégories d'intérêt et des relations provisoires entre elles ».

Ces attendus, que nous partageons, additionnés du faible consensus existant sur le contenu même de ces concepts nous découragent de les intégrer à notre recherche. Toutefois, conscients avec [Weick](#) de l'influence potentiellement négative de ce type de culture sur la prévention, nous porterons un œil attentif aux sous-dimensions de *l'implication organisationnelle*, de la *confiance organisationnelle* ou du *Soutien Organisationnel Perçu* qui renvoient au sentiment d'appartenance à l'établissement.

Dernière variable organisationnelle invoquée dans la compréhension des comportements à risque, *l'intention de quitter* paraît de prime abord agir à l'antithèse des précédentes. Disposé-e à démissionner, en quête d'emploi ailleurs, l'employé-e pourrait réduire tout risque pour ne se cantonner qu'au travail minimum, éviter les tâches pénibles et dangereuses, préserver sa santé.

Si ce concept, proposé par [Hirschman](#) (1970) comme l'une des modalités de réponses de l'individu à son insatisfaction au travail, apparaît lié à l'état de santé de l'économie, que nous intégrerons ultérieurement dans notre thèse, il est aussi lié aux différents comportements observés dans l'entreprise.

Et la recherche, le montrant comme prédicteur du *turnover* ([Tett & Meyer](#), 1993), s'est surtout attelée à en délimiter les antécédents. Pourtant, des recherches récentes autour de la *citoyenneté organisationnelle*, laissent imaginer des comportements potentiellement influencés par *l'intention de quitter*. Les retours d'observation des personnels en quête d'emploi extérieur les montrent ainsi moins enclins au respect des consignes. Reprenant [Reason](#) (1997), [Koenig](#) & al. (2016) parlent de « violation délibérée » des règles, qu'ils disent reposer sur une « négligence par dévalorisation de la tâche » ou sur la « résistance ». Dans les deux cas, *l'intention de quitter*, quels que soient ses antécédents, pourrait amener l'individu à réduire sa vigilance au risque, soit par priorisation des éléments minimaux d'exercice de ses devoirs, soit en phase avec son rejet de la Direction, par refus d'application de toute consigne émanant du système. Ce raisonnement, aussi fondé que le précédent, induirait un accroissement du risque alors que nous expliquions que *l'intention de quitter* pourrait le réduire. Nous vérifierons ultérieurement si ce concept est bien une variable importante dans la sinistralité et si elle augmente ou réduit la prise de risque.

Davantage prometteuses, les variables structurelles en relation avec certaines des variables organisationnelles que nous venons d'analyser (*qualité de management, incertitude professionnelle, motivation de service public, locus de contrôle*) pourraient

présenter des relations plus directes avec la sinistralité. La partie suivante proposera une analyse de ces relations.

1.5. La contribution de la théorie des organisations



Si, comme le rappelle [Desreumaux](#) (2015), « l'organisation est une réalité qui s'impose à l'évidence en raison des rapports que tout un chacun entretient avec elle, [... elle] est pourtant une notion ambiguë ». Qu'on la saisisse comme structure, comme système formel à la manière de [Selznick](#) (1948) ou comme processus à la façon systémique de [Katz & Kahn](#) (1966), elle présente des propriétés constantes qui la différencie des institutions : existence liée à un faisceau de décision(s), à un but spécifique ([Parsons](#), 1951/2013) partagé ou négocié entre participants, à une frontière déterminant des relations privilégiées et régulées entre éléments situés à l'intérieur et des relations d'échanges avec des éléments extérieurs.

Toutes les structures auxquelles nous nous intéressons dans cette thèse répondent à cette définition générale et constituent des organisations. Toutes sont dotées d'une existence juridique (association, société, établissement de santé privé ou public), d'une frontière comptable (ressources et budget propre), administrative (autorisation d'activité, contractualisation d'objectifs) et gestionnaire (direction élue, désignée ou embauchée, règlement intérieur, employé-es, adhérent-es...), d'une coordination fonctionnelle de personnes auxquelles (à la différence d'une famille) sont attachés des tâches et des rôles interchangeables (cf. [Katz & Kahn](#) supra).

Si cet ensemble de propriétés nous autorise à mesurer la taille des établissements, leur sinistralité ou leur santé financière, elle nous permet aussi d'interroger l'influence de plusieurs de leurs caractéristiques sur l'occurrence des accidents du travail.

En effet si l'on en croit les travaux de [Likert](#) en 1961, divers facteurs internes et externes ont une influence sur le style de management. Il cite ainsi la *taille* de l'entreprise, sa *structure de direction*, son *secteur d'activité* ou son organisation générale. Mais il invoque aussi les finalités ou la culture d'entreprise.

Cette dernière étant abandonnée (cf supra), trois de ces éléments nous paraissent pouvoir influencer sur la sinistralité, la *taille*, l'*activité* et le *statut* de la structure (induisant la question des finalités). Nous nous proposons à présent d'en analyser la mécanique.

Inspirés par l'analyse de la bureaucratie de Max [Weber](#) (1958), de nombreux auteurs se proposent dans les années 70 d'appliquer ses théories aux entreprises. [Blau & Schoenherr](#) écrivent ainsi en 1971 que "la grande *taille* des organisations semble favoriser la différenciation structurelle" et qu'une "structure différenciée tend à entraîner l'expansion de l'appareil administratif".

Deux ans plus tard, John [Child](#) écrit que "la *taille* est perçue comme prédicteur de la structure de l'organisation ». Ses travaux seront suivis de nombreuses analyses cherchant dans la *taille* des entreprises une cause possible des comportements des employé-es. La *taille*, généralement mesurée par le nombre moyen d'employé-es dans l'année, va alors devenir une variable de contrôle incontournable.

A propos des accidents du travail, analysant l'ensemble des sept-cent vingt milles déclarations d'accident du travail tous secteurs confondus déposées en 2007 auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, [Euzéat](#) (2009) constate que « le risque d'accident du travail est plus faible dans les établissements de cinq cents salariés ou plus et, dans une moindre mesure, dans ceux de moins de dix salariés, que dans les établissements de taille intermédiaire ».

Cette affirmation appelle quelques remarques, d'abord sur le caractère administratif des bornes choisies. Ces classes n'ont pas de valeur scientifique et ne sont que les limites administratives et légales. Elle interroge aussi sur les causes invoquées pour cette différence : les grands établissements seraient davantage détenteurs des outils de production les plus sécurisés et bénéficieraient plus souvent des conseils d'ergonomes et de « préventeurs ». Les établissements de petite *taille* ou de *taille* intermédiaire, fournisseurs ou sous-traitants de grands donneurs d'ordre, pourraient se voir affectées les tâches les plus risquées.

Si ces causes ont l'apparence de la pertinence, elles ne s'appuient pas sur une revue de littérature précise et pourraient se trouver marginales au regard d'autres facteurs comme la standardisation des processus, la spécialisation des tâches ou la gestion de carrière plus présentes dans les structures les plus grandes.

Si peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, les plus sérieuses confirment tout de même ces résultats. [Nichols](#) & al. (1995) reprend plusieurs articles écrits à partir des statistiques du Workplace Industrial Relations Survey (WIRS), collectées dans l'industrie britannique sur trois années, 1980, 1984 et 1990 et il obtient les mêmes résultats à partir de sept intervalles de nombres d'employé-es.

En termes d'explications, il écarte celles d'[Hopkins & Palser](#) (1987) toutes issues de la réflexion de [Weber](#) sur la bureaucratie : un lien existerait entre les blessures au travail et une moralisation basse, elle-même fonction pour [Weber](#) de la bureaucratisation de l'activité, une baisse d'*autonomie* des travailleurs, fruit elle-aussi de la bureaucratie et enfin un défaut de communication, lui-aussi produit par la *taille* de la bureaucratie. Mais ces trois explications imaginées à partir du secteur minier gallois se trouvent en contradiction avec les résultats du WIRS.

Confrontés à cette situation, [Nichols](#) & al. vont d'abord définir différents types d'appréhension de la *taille*, avec ou sans seuil, selon que l'on considère le nombre d'employé-es dans l'établissement ou dans l'entreprise, l'appartenance ou non de l'établissement à un grand groupe. Ils prennent la précaution de considérer la distinction de Thomas (1991) entre blessures mineures et accidents majeurs générant un handicap durable ou le décès. Et surtout ils vont associer la *taille* à un très grand nombre d'autres variables afin d'en déterminer l'influence associée ou non. Ils intègrent ainsi dans leur réflexion la part d'employé-es à *temps partiel*, la proportion de travailleurs manuels, l'âge de l'entreprise, la densité de syndicalisation, le niveau hiérarchique en charge de la santé et sécurité au travail, le type d'*activité* industrielle.

Après s'être assurés de l'influence possible de chaque variable et avoir exclu celles dont l'impact n'est pas significatif, ils vérifient la concordance des résultats selon que la *taille* est mesurée comme variable continue ou à partir des seuils de 100 et 250 employé-es.

Les variables leur apparaissant comme significatives sont la *taille*, *l'âge de l'entreprise*, les proportions de *temps partiel* et de travailleurs manuels, ainsi que deux activités spécifiques. A ce stade, ils confirment notre hypothèse sur le *temps plein*, donnent un fondement supplémentaire à l'influence de *l'ancienneté au poste*, ouvrent la porte à la question du *secteur d'activité*. A propos de la prise en charge de la santé et sécurité au travail (SST) dans l'établissement, il ressort que l'appropriation de cette politique au niveau du management et du personnel apparaît significative dans le niveau de sinistralité. Par cette perspective, ils renvoient indirectement aux variables traitées dans notre thèse, *qualité de management* et *participation aux décisions*, mais viennent aussi relancer la question de *culture de sécurité* que nous avons exclue de notre réflexion et renvoyée à des questions de *cultures de métiers*.

Le premier enseignement est que la *taille* des établissements, qu'ils soient ou non indépendants, présente des taux d'accidents similaires, tout en précisant toutefois que le WIRS exclut les établissements de moins de 25 employé-es. Le second enseignement est que la *taille* reste prégnante même associée à d'autres variables influençant la sinistralité.

[Nichols](#) propose alors plusieurs explications qu'il ne peut malheureusement explorer plus avant : les petits établissements, plus accidentogènes, pourraient opérer dans des secteurs dont les standards de production en sont pas encore établis (rappelant les particularités de l'aide à domicile et les questions de protocolisation vues supra), intervenir à des stades primaires de production et non à grande échelle (idem), avoir moins d'expérience des risques (cf *ancienneté*). A l'opposé, les grands établissements pourraient, comme le suggère d'abord Thomas puis [Euzéat](#), sous-traiter les activités les plus risquées. [Nichols](#) ajoute à cet éventail le manque dans les petits établissements

de matériel sécurisé et de ressources non productives (*management* dédié ou équipement spécifique à la sécurité).

Il appuie cette hypothèse sur la présence d'une instance spécialisée pour la santé et la sécurité dans quatre-vingt-dix pour cent des établissements de plus de deux cent-cinquante employé-es alors que seuls trente-six pour cent des établissements inférieurs à ce seuil en disposent. De même, et ce, en rapport avec notre mesure de *participation aux décisions*, les établissements de moins de deux-cent-cinquante employé-es ont onze fois plus de chances que la Santé Sécurité au Travail soit traitée par le *management* sans consultation des employé-es.

Les nombreux travaux ultérieurs confirment ou complètent ces hypothèses. [Holmes](#) (1999) montre ainsi que les petites entreprises font davantage peser le contrôle du risque sur les employé-es que sur le management, [Kotey & Slade](#) (2005) que l'organisation des petites entreprises est davantage informelle et qu'elles se confrontent à différentes sortes de risque.

Forte de ces analyses, notre thèse visera à confirmer ou infirmer l'impact de la taille sur la sinistralité des établissements sanitaires et médico-sociaux. Pour éviter l'effet des seuils, nous veillerons à ne pas déterminer à priori de frontières de taille.

De plus nous présumons d'un effet possible et subséquent de l'évolution de la taille sur leurs taux de fréquence et de gravité.

Comme nous l'avons vu, [Nichols](#) montre aussi une influence (assez intuitive) de *l'activité* sur le risque d'accidents. Si nous avons déjà évoqué cette idée à partir des métiers exercés par les employé-es, si cette variable est systématiquement retenue pour l'analyse de la sinistralité, nous vérifierons tout de même si ce choix reste pertinent dans notre secteur et s'il est plus ou moins significatif que d'autres variables.

Enfin, nous avons évoqué le *statut* des structures, public ou privé, et pour cette dernière option, l'alternative entre privé lucratif ou privé associatif. Il nous paraît possible comme nous l'avons vu supra au sujet de la *Motivation de Service Public*, que

la sinistralité soit moins élevée dans le secteur public et dans le secteur associatif pour lesquels les objectifs de productivité et de rentabilité pèsent moins. Mais d'autres facteurs pourraient s'avérer discriminants entre ces types de *statut*.

Si l'on en croit [Perry & Rainey](#) (1988), il est utile de questionner les attendus présumés de cette distinction entre Public et Privé avant d'en affirmer l'existence. Ainsi les trois piliers de différenciation de [Benn & Gaus](#) (1983, cité par [Perry & Rainey](#)) ne permettent pas une définition claire ni une mesure de ces propriétés.

Ils dissocient ces deux secteurs en premier lieu par l'intérêt fondé sur une prise en charge individuelle (pour le privé) ou communautaire (pour le public) des bénéfices et pertes, en second lieu par l'accès aux services prestés, réservé (pour le privé) ou ouvert (pour le public), et enfin l'agence quand la structure agit pour elle-même (dans le privé) ou pour la communauté dans son ensemble (dans le public).

Pourtant, peut-on associer systématiquement subventions et statut public, intérêt général et statut public ? N'existe-t-il pas des entreprises privées chargées de service public, et des structures publiques favorisant des intérêts privés ?

Dans notre cas, la différenciation des établissements de santé publics et privés à partir de ces critères s'avère incertaine, et la forte proportion d'associations (de statut privé mais à but non lucratif) dans les secteurs étudiés rend les frontières indécises.

Fort heureusement, la littérature propose d'autres typologies d'organisations. Pour citer de nouveau [Desreumaux](#) (2015) elles ressortissent toutes des questions suivantes : « à quoi servent les organisations ? A qui bénéficient-elles ? Quels sont leurs modes ou leurs logiques de fonctionnement interne ? Quels sont leurs modes de relation avec les acteurs extérieurs ? ».

En appliquant ces interrogations aux établissements sanitaires et médico-sociaux de notre thèse, nous constatons qu'ils produisent tous des services à destination de bénéficiaires similaires même si les besoins varient selon le niveau de dépendance, le lieu de vie et les prestations, médicales ou sociales. Pour le fonctionnement interne et

les modes de relations avec les acteurs extérieurs, des différences pourraient apparaître selon le mode de financement, et les finalités qu'il induit.

Cette démarcation, proposée par [Wamsley & Zald](#) (1973) et [Dahl](#) (1953), tous deux cités par [Perry & Rainey](#), sur la propriété et le mode de financement pourrait être la plus pertinente. Les organisations possédées et financées par des institutions publiques devraient subir davantage de contrôle institutionnel alors que celles qui dépendent de financement privé devraient être plus dépendantes des marchés. Mais là encore on peut remarquer que les établissements privés de notre panel sont aussi sujets aux contrôles publics, et ce sur trois niveaux, contrôle de l'autorisation d'exercer, contrôle budgétaire et comptable par l'autorité de tarification, contrôle « de la santé, sécurité, bien être moral et physique des bénéficiaires » (Article L313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Ces hybridations n'ont pas découragé les chercheurs qui ont mesuré l'influence du statut public ou privé sur diverses variables : attitudes des employé-es ([Buchanan](#), 1974), rôle du management ([Mintzberg](#), 1972), normes et indicateurs de performance ([Chubb & Moe](#), 1991) ... Mais leurs articles rappellent les fluctuations de définition et de secteurs pour dissuader de toute généralisation hâtive.

Dans notre cas, il nous semble que la démarcation fondée sur les modes de financement reste justifiée, particulièrement pour les Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) tant la rentabilité apparaît comme un objectif constant des structures privées (classement selon la rentabilité à la chambre, publicité pour l'investissement, indicateur interne de taux d'occupation des chambres, cotation en bourse et dividendes aux actionnaires).

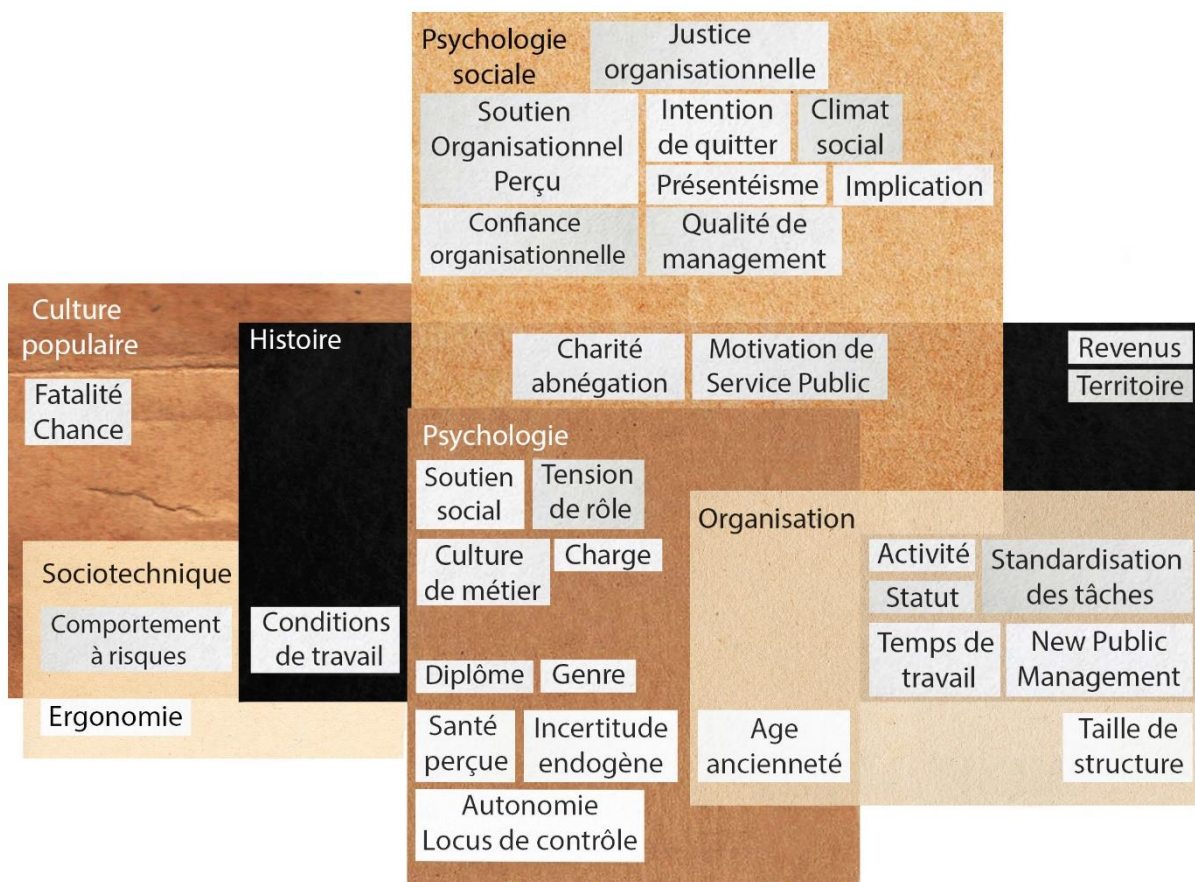
Un troisième champ de différenciation, inspiré des précédents, est proposé par [Perry & Rainey](#), le contrôle social, d'essence politique pour le secteur public (direction élue ou désignée, vote des bénéficiaires...) et résultant du marché pour le secteur privé. Cette typologie ne peut pas s'appliquer au monde associatif, privé, mais protégé des effets du marché par les mécanismes des subventions et aides publiques diverses.

Dans notre cas, un autre mode de différenciation pourrait se trouver dans les contrats de travail majoritairement publics pour les hôpitaux et pour les EHPAD gérés par les communes ou les Centres Communaux d'Action sociale (CCAS), majoritairement privés pour les autres structures (cliniques, EHPAD privés, aide à domicile). Le mode de rémunération, la gestion de carrière, les objectifs de gestion, les sanctions qui leur sont attachés pourraient modifier les attitudes et comportements et, pour renvoyer au modèle de décision détaillé supra, altérer l'attention portée à sa santé et à sa sécurité.

Conformément à la revue de littérature proposée par [Perry & Rainey](#), nous nous en tiendrons au statut pour vérifier l'influence de cette variable, en prenant soin de séparer les associations à la fois du secteur privé lucratif dont elles ne partagent pas les contraintes de rentabilité et du secteur public par le statut privé de leur personnel.

Nous pouvons maintenant adjoindre à notre carte les facteurs d'organisation choisis.

Figure 13 : Carte des variables 6



Après cette analyse des différents facteurs organisationnels internes qui pourraient influencer la sinistralité, il nous paraît utile de questionner à présent l'environnement des établissements.

Les recherches de [Mintzberg](#) (1982) et l'école de la contingence postulent que les organisations sont contraintes pour se pérenniser de s'adapter continuellement à leur écosystème. [Khandwalla](#) (1971) montre ainsi que la complexité, la diversité et l'hostilité de celui-ci vont avoir un impact sur les « facteurs de conception » de l'organisation, la socialisation de son personnel, la formalisation des comportements, les systèmes de planification et de contrôle ou les mécanismes de liaison (que nous avons déjà cités à propos des organisations de haute fiabilité de [Weick](#)).

En d'autres termes, si les employé-es peuvent être influencé-es dans leur comportement par *l'incertitude professionnelle* et le risque de perdre leur emploi (cf supra), on peut aussi suspecter le marché du travail de modifier le fonctionnement des établissements et par contrecoup leur sinistralité.

1.6. La perspective économique



Nous éloignant encore davantage de la scène d'accident, nous nous interrogeons donc à présent sur la possible existence de variables économiques qui engendrent au moins *l'incertitude professionnelle* mais peut-être aussi des caractéristiques propres aux établissements, structurelles comme la *taille* ou le *statut*, organisationnelles comme le type de *contrats* proposé aux recrutements, le *temps de travail*, et même *l'intention de quitter*, à priori plus élevée dans un marché en croissance, ou enfin psychosociales comme la *Motivation de Service Public*, supposée plus développée lorsque les employé-es sont confronté-es à une population plus pauvre.

Si ces caractéristiques peuvent avoir des effets indirects sur d'autres variables, elles pourraient aussi avoir un effet direct sur les employé-es. Les variables signalées ci-dessus par [Khandwalla](#) à propos de l'écosystème de l'établissement, complexité, hostilité et incertitude de l'environnement, sont connues des employé-es et peuvent

orienter leurs comportements. A propos des *contrats* précaires, nous avons prédit une plus grande prise de risques des employé-es en intérim. Il paraît logique que les mêmes employé-es exacerbent cette tendance par peur du chômage élevé de leur territoire.

Si tel est le cas, encore faut-il déterminer les mesures susceptibles de participer de ce mécanisme. S'appuyant sur les travaux préalables de [March & Simon](#) (1958), [Khandwalla](#) va décliner chacune des trois dimensions, complexité, hostilité et incertitude de l'environnement, en une agrégation de nombreuses mesures et positionner chaque organisation sur une échelle de l'environnement. Complexe, difficile d'accès pour les employé-es, son système nous semble inopérant pour expliquer le niveau de sinistralité que nous voulons observer.

Dans notre cas, d'autres mesures socio-économiques nous semblent plus effectives. Celles que nous avons évoquées à propos de *l'incertitude professionnelle*, le *taux de chômage* et *l'évolution du marché du travail*, sont accessibles aux salarié-es à la fois par les médias qui reprennent régulièrement les chiffres les plus marquants, mais aussi par leur réseau personnel, plus ou moins victime du chômage, de la précarité ou bénéficiaire de la croissance.

Les mesures avancées par [Nichols](#) (cf supra) pour expliquer l'effet de la *taille* sur la sinistralité, la proportion de travail manuel, la part d'activités à risques et l'âge des entreprises induisant *l'ancienneté* des employé-es sont, elles, vécues directement par les employé-es.

Enfin une autre variable pourrait prendre sa part de responsabilité dans le degré de sinistralité : les différents *niveaux de salaire* de la population, variable dont nous allons expliquer l'effet possible ci-dessous.

Avant cela, il est nécessaire de clarifier notre propos sur *l'incertitude professionnelle*. Pour rappel, ce concept défini par [Coutrot](#), et détaillé dans la partie consacrée à la psychologie sociale, comprend une partie endogène qui reste une perception de l'individu sur son travail, fondée ou non sur des éléments objectifs et une partie

exogène, bâtie sur la crainte pour l'employé-e de pouvoir ou non trouver rapidement un emploi équivalent s'il devait quitter celui qu'il-elle détient.

La partie endogène sera mesurée dans notre thèse comme toute perception à partir des réponses à des questionnaires individuels. La partie exogène, que nous allons définir à présent, sera quantifiée au contraire à partir de données objectives, institutionnalisées. Les différentes mesures de chômage ou de salaire seront ainsi extraites d'échelles économétriques, faiblement biaisées par la subjectivité.

Séminaire sur cette relation entre macroéconomie et santé, l'article provocateur de [Ruhm](#) (2000) « Are recessions good for your health? » lance le débat en montrant qu'à l'exception notable du suicide « les taux de chômage sont négativement et significativement corrélés à la mortalité totale et à neuf des dix causes d'accidents mortels ». Il explique ces résultats contrintuitifs par l'accroissement, durant les périodes de développement économique, des heures supplémentaires, des efforts physiques et de l'exposition au risque.

Des résultats concordants sont obtenus par [Askildsen](#) & al. en Norvège (2002 cités par [Boone & Van Ours](#), 2016) corrélant négativement taux de chômage et maladie, par [Neumayer](#) (2004) en Allemagne ou [Granados](#) & al. (2008) en Espagne. Mais plusieurs auteurs évoquent des distorsions possibles à cette relation, différence de couverture sociale pour [Kniesner & Leeth](#) (1989) ou sous-déclaration des accidents en période de chômage pour [Glazner & al.](#) (1998) ; cités par [Boone & Van Ours](#), 2016).

L'évolution de l'emploi dans le territoire et plus particulièrement dans le secteur étudié pourrait ainsi induire une sur ou sous-déclaration des accidents selon la conjoncture.

Si cette allégation paraît soutenable pour les accidents légers, l'idée de camoufler les accidents graves s'oppose aux blessures qu'ils engendrent, entraînant des soins indispensables.

[Askenazy](#) explore cette question en 2006. Il montre que tous les éléments qui accroissent l'incertitude professionnelle augmentent le risque de cacher les lésions

dues au travail. Contrat précaire, fin de période sans emploi, taux de chômage, crainte de licenciement, pourraient réduire les déclarations d'accidents de peur du remplacement sur le poste ou de non-renouvellement du contrat.

En économiste, il s'intéresse aussi à la couverture assurancielle des arrêts de travail, pouvant encourager à déclarer un accident domestique comme accident du travail (ou l'inverse) selon que le système est meilleur dans un sens ou dans l'autre. Il rappelle à ce propos la poussée d'accidents du lundi matin, dont les causes se trouvent probablement dans les loisirs dominicaux.

Plus sérieusement, [Pransky](#) & al. (1999) rapporte que les principales justifications des employé-es ne déclarant pas leurs accidents sont la peur de perdre son emploi et la conviction que l'accident est un constituant intrinsèque du travail (cf fatalité et risques du métier déjà traités). Avec eux tous les chercheurs s'accordent sur l'existence d'un biais de déclaration pour les accidents légers et d'aucun biais pour les accidents graves.

Dans cette ligne, en 2009, s'intéressant aux liens entre macroéconomie et sinistralité au Royaume-Uni, [Davies](#) & al. (2009) différencient eux-aussi les accidents mineurs des accidents majeurs, montrant que l'évolution des premiers dépend de l'emploi du secteur quand les seconds apparaissent indépendants de toute variable économique. Filant leur analyse, ceux-ci expliquent cette situation par la combinaison de trois facteurs, que nous avons déjà explicités, les conditions d'emploi, l'ancienneté et l'incitation ou non à déclarer les petits accidents.

A notre étonnement, quoique plusieurs chercheurs reprennent dans les facteurs des éléments de précarité des contrats (durée courte, temps partiel, changements organisationnels...), si d'aucuns évoquent la couverture sociale comme frein ou levier de sous-déclaration, seul [Green](#) & al. (2000) rattache l'incertitude professionnelle aux conditions salariales elles-mêmes, niveau de salaire de l'individu et salaire espéré en cas de changement de travail.

Mais aucun ne questionne les salaires moyens du territoire, ou leur hiérarchie. Pourtant, de notre point de vue, ceux-ci pourraient induire des comportements territorialisés de sous-déclaration dans les zones à bas salaire. Dans ces territoires, un nombre important d'employé-es pourrait considérer comme inacceptable toute baisse de revenus, objective (jours de carence d'allocation maladie, primes de performance, heures supplémentaires) ou subjective (craintes sur sa carrière ou sur son poste).

C'est sur ces réflexions que nous chercherons à déterminer s'il existe des relations causales entre sinistralité et les deux variables suivantes, niveau de *chômage*, bien documentée, et *salaire moyen*, à notre connaissance jamais questionnée.

Pour être modélisée, cette analyse est assise sur des mesures macro-économiques.

Or celles-ci n'existent que dans la limite d'un territoire, généralement national, quelquefois infranational.

S'appuyant sur les résultats de [Ruhm](#) et de ses suiveurs, [Gonzalez & Quast](#) (2010) au Mexique ou [Otto & al.](#) (2011) en Allemagne se sont interrogés sur la pertinence de ce modèle sur des divisions administratives de leur pays, et ont obtenu des résultats proches. [Otto & al.](#) trouvent bien des relations significatives et négatives entre taux régional de chômage et atteintes à la santé. [Gonzalez & Quast](#) nuancent ces résultats en montrant que la relation entre santé et *chômage* varie selon le niveau de développement de la région. Elle est procyclique dans les régions développées et contrecyclique dans les autres.

Plus subtil car ne déterminant pas à priori de limites de territoires, [Green & al.](#) (2000) relie l'insécurité professionnelle au « *chômage local* » laissant au répondant le soin de la définition de « local ». Ils imaginent toutefois des « travel-to-work areas », zones de déplacement pour travailler, dont le périmètre dépend des infrastructures et des moyens de transport disponibles au répondant. Mais il laisse de nouveau à celui-ci le soin de fixer sa capacité de mobilité.

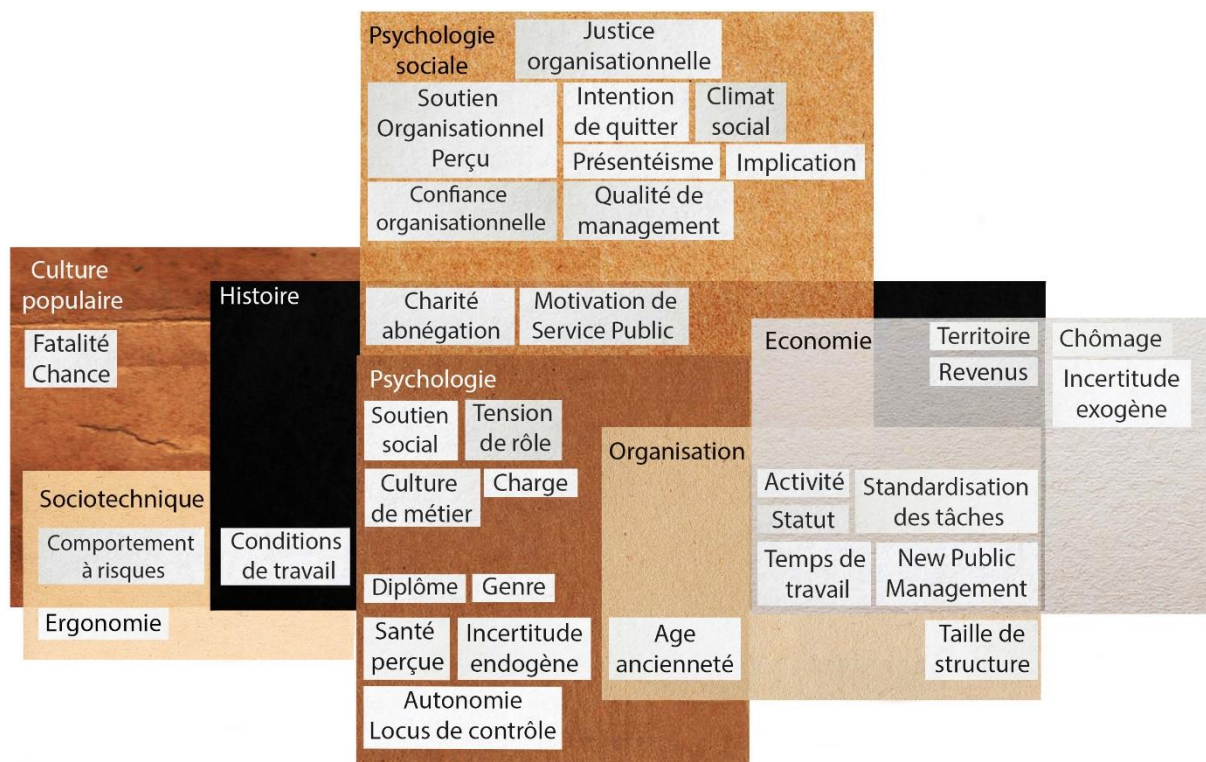
En résumé, le territoire de mesure du *chômage* et des *salaires*, pour influencer le comportement de l'employé-e, doit être délimité soit par l'individu lui-même ([Green](#)) soit par les territoires politiques infranationaux.

A notre sens, ces territoires politiques ne doivent pas être mécaniquement assujettis à une construction administrative, qu'elle soit l'Etat ou la Région. Bien qu'historiquement, l'économétrie reste dépendante des statistiques de ces catégories politiques, nous disposons en France, grâce à l'INSEE de nombreuses agrégations territoriales, souvent politiques mais parfois économiques.

Nous chercherons dans la partie suivante à déterminer la ou lesquelles seraient le plus en cohérence avec notre objet de recherche.

Au préalable, nous pouvons finaliser la carte de variables grâce aux apports de l'économie.

Figure 14 : Carte des variables 7



Les facteurs économiques n'ont de sens qu'attachés à une délimitation territoriale. Et, comme nous venons de le voir, il est ardu de choisir le découpage le plus à même

d'éclairer notre thèse. C'est ce que nous allons tenter de réaliser dans la partie suivante.

1.7. La représentation territoriale



Avant de se voir proposer les territoires qui nous paraissent les plus prégnants, il peut paraître surprenant au lecteur de trouver une évocation de la géographie dans une thèse de gestion sur l'accident du travail.

Pourtant, un rapide survol des taux de fréquence et de gravité sur un espace aussi vaste qu'un pays ou une région, laisse apparaître des disparités importantes entre les sinistralités des infra-territoires. De plus les nombreux échanges avec les organismes de collecte des données amènent inmanquablement à faire état de territoires à haute ou basse sinistralité, sans que des explications claires apparaissent.

Sous réserve d'éviter la « localisation/focalisation » de [Chanut & Rival](#) (2020) oscillant entre les deux écueils d'une naturalisation des phénomènes et d'une exemplarité microcosmique dont les limites ont été bien posées par Durkheim, nous émettrons à ce stade l'hypothèse qu'un territoire peut influencer sur la sinistralité des structures qui s'y situent pour les raisons qui suivent.

Dans la pensée de l'école de Palo Alto ou celle de Canguilhem déjà cité, l'environnement humain est d'abord un construit, un produit social, le résultat d'une lente institutionnalisation des rapports entre individus et collectifs.

Loin d'une influence rousseauiste des climats sur les comportements ([Rousseau](#), 1782), ou de la grammaire braudélienne incluant la géomorphologie des continents dans sa compréhension des sociétés ([Braudel](#), 1963), l'espace géographique n'apparaît ici que comme un substrat à la constitution du territoire.

Pour notre thèse deux entrées territoriales à cette matière apparaissent nécessaires, l'une pensée en relation avec le travail et les bassins économiques, l'autre en lien avec la géographie de la santé.

Concernant la première, les chercheurs en gestion ou en organisation sont partis de deux points de vue opposés. Le premier, néo-classique, fonde la macro-économie sur « une [...] coïncidence entre espace politique, espace social et espace territorial » ([Rancière](#) ; 1998). Cette vision est en fait étayée par une économie politique où l'Etat-nation constitue le cadre de pensée.

L'Etat est maître des frontières ainsi que de la monnaie et des lois régissant la production et le marché, il est aussi depuis l'antiquité ordonnateur du recensement et gestionnaires des comptes. Il peut donc être perçu comme un système clos, comptable de ses mouvements internes et de ses échanges, et utilisé comme territoire « naturel » d'analyses statistiques de recherche.

Tous les sous-territoires qui découlent de cette pensée (Régions, Départements, Agglomérations, Communautés diverses...) sont aussi des territoires politico-administratifs, définis par de nouvelles frontières dessinées par l'Etat, et présumés comme des territoires-systèmes. La réalité est évidemment toute autre puisque le mille-feuilles français répartit les compétences de manière entremêlée et surtout que les territoires de production, de consommation, de services et de vie se superposent sans suivre les frontières administratives.

Même si mathématiquement, dès lors qu'un dispositif statistique existe à cette échelle, il est possible de comparer les résultats de ces territoires, on ne peut être assuré de la pertinence de la démarche.

Le second point de vue part d'une vision microéconomique, centrée sur l'individu ou l'établissement, et devient « un espace marqué par l'idée de proximité, de collaboration et de projet » ([Pesqueux](#) ; 2014) tout en restant situé dans « un infra-territoire de l'Etat-nation [...] ».

Si ce point de vue ouvre des perspectives d'analyses sociologiques des comportements, s'il permet de décrire la singularité des individus (ses déplacements, ses relations, ses centres d'intérêt...) et des groupes, il continue de s'inscrire dans un

territoire politico-administratif, finalement pensé comme une fractale de l'Etat-nation, bien qu'aucune collectivité territoriale ne dispose des prérogatives de l'Etat.

Au final, aucun des auteurs cités ici (sauf [Green](#) cité sur la partie économique) n'interroge le sens de la relation entre cet espace politico-administratif et le comportement étudié des individus.

Seul [Green](#) questionne le « territoire de travail » comme un espace construit par chaque individu et adapté à son comportement d'acteur social et économique. Si cette conception s'avère beaucoup plus riche, en laissant à l'individu la charge de déterminer la forme et l'étendue de son territoire, son extension à un grand nombre d'individus risque de transformer « le territoire de recherche » en entité ectoplasmique aux frontières floues.

En sus, cette conception répond à nos préoccupations psychosociologiques mais nous prive de statistiques stabilisées et comparables.

Pourtant, il existe bien une tradition ancienne théorisant la localisation économique. [Von Thünen](#) (1826, cité par [Beauviola-Ripert](#) & al., 1997) la fonde sur les notions de distance, de coûts de transport et d'aires de marché. A l'aide de ses trois dimensions il est possible de tracer des quasi-frontières autour des grands pôles économiques, frontières légitimées par une grande partie de la population.

Pour preuve de la pertinence de cette approche, en 2017, 96% des actifs résident près d'un grand établissement employeur privé (INSEE Focus n°99). Et si trois millions six cent mille personnes ont changé de région entre 2001 et 2006 (Les échos, 19/05/2015), la population active présente une très grande stabilité géographique, particulièrement les employé-es et ouvrier-es, dont la vie quotidienne respecte des frontières très restreintes autour de leur lieu de travail. On comprend aisément qu'un individu aux compétences courantes, dès lors qu'il trouve un emploi et habite dans un lieu où il élève sa famille, restera à proximité de ce lieu durant une longue période (travel-to-work areas de [Green](#)).

Il est donc possible de croiser territoires de travail et territoires de vie pour une population assez large. Par ailleurs, une fois ces « territoires de travail » définis, on peut observer d'autres manifestations de régulation localisée du travail. Du fait de la présence d'employeurs majeurs, dont les besoins en compétences sont spécifiques, du fait de la nature particulière du marché du travail qui l'irrigue (âge de la population, évolution démographique, structure de l'enseignement...), les politiques d'Etat pour l'emploi ou la formation doivent être accommodées localement (CEE ; 1995, cité par [Beauviala-Ripert](#), 1997).

Il est ainsi possible de déterminer des bassins de formation et des « différences dans les modes d'utilisation des mesures [d'aide à l'emploi] » selon « les données démographiques, la structure des activités, les potentialités du tissu économique mais aussi l'action des acteurs locaux » ([Benhayoun](#) & Lazzeri, 1995 ; cités par [Beauviala-Ripert](#), 1997).

Ces chercheurs défendent donc des « territoires de travail », dont la définition excède celle de [Green](#), et qui servent de supports pour différents outils d'analyse ou d'action économique, GPECT (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences Territoriale), « pôles de développement » ou « districts industriels » ([Courlet](#), 2001).

Dans la lignée de [Von Thünen](#), [Callois](#) (2007), cherche à tracer des frontières aux territoires économiques en maximisant les « rayons de confiance » de [Fukuyama](#) (1995). Appuyé sur l'émergence de coopération locale imaginée par ce dernier, [Callois](#) met à jour des phénomènes de coopération qui structurent des systèmes territoriaux. Il précise toutefois que ces systèmes n'apparaissent que dans certaines zones, nourris d'actions fédératrices et de ce qu'il appelle un « potentiel auto-organisateur ». Ils semblent inopérants pour les territoires « résiduels », souffrant d'un déficit d'organisation.

S'il paraît profitable de donner une valeur économique et sociologique à des territoires non politico-administratifs, il convient toutefois de nuancer cette perspective en rappelant avec certains chercheurs tels [Amin](#) (1993) que les systèmes économiques

locaux continuent de s'effiloche sous les coups des logiques nationales, internationales voire mondiales.

Ceci pris en compte, nous nous intéresserons néanmoins pour notre thèse aux territoires de travail comme mode explicatif de comportements de l'ensemble des acteurs économiques qu'ils hébergent, établissements et actifs.

Dans ce cadre, l'INSEE définit de nombreux types de territoires pour produire des données économiques. Outre les territoires politico-administratifs, communes, Etablissements Publics de Coopération Intercommunales (EPCI) et départements, il propose des territoires dont les frontières dépendent de données démographiques : *Unités Urbaines* (UU) définies par la continuité du bâti et au moins deux milles habitants, *Grilles de densité communale* distinguant quatre catégories de communes selon leur densité démographique, *Types de territoires ruraux* selon la densité et l'influence d'un pôle, enfin des territoires intégrant les questions d'emploi, *Aires d'Attraction des Villes* (AAV) regroupant des communes autour d'un pôle de population et d'emploi, et *Zones d'Emploi* (ZE) déterminées par les déplacements domicile-travail.

Quoique les chercheurs cités plus haut montrent une influence possible des découpes administratives ou politiques ne serait-ce qu'en termes « d'accommodements locaux », ce sont bien les *Zones d'Emploi* (ZE) qui nous paraissent le type de territoire le plus pertinent à notre recherche du fait de son lien avec le travail.

Il est vrai que les *Aires d'Attraction des Villes* (AAV), constituées d'un pôle (défini en termes de densité de population, de nombre d'habitants et d'emplois), et d'une couronne (constituée de communes dont au moins quinze pour cent des actifs travaillent dans le pôle) pourraient être une alternative crédible ([INSEE](#) Références 2021). Ces territoires sont bien structurés autour d'un marché du travail dont une grande partie de la population dépend. Ces espaces présentent en outre des taux de chômage propres et des hiérarchies de salaires induits par un marché de travail local.

Pourtant, nous réserverons plutôt ces espaces à notre réflexion induite par la géographie de la santé, et garderons pour la géographie du travail les *Zones d'Emploi*.

Celles-ci sont déterminées à partir des déplacements domicile-travail et regroupent les communes qui maximisent la proportion des habitants qui travaillent et habitent dans la même zone. Ces territoires sont davantage prégnants encore que les précédents puisqu'ils cumulent emploi et bassin de vie, intégrant ainsi les deux principaux ingrédients de notre réflexion.

Nous verrons dans la suite de notre thèse que les données disponibles pour ces deux types de territoires ne sont pas également développées et que la seconde, les *Zones d'Emploi*, nous offre davantage de variables utiles.

Si les Zones d'Emploi répondent à la première entrée géographique, la géographie du travail, elle ne répond pas correctement à la seconde, la géographie de la santé.

L'histoire de cette dernière est ancienne. On trouve des traces de relations entre lieux et santé dans le traité d'Hippocrate (~460 AC - 377 AC) ou dans le « Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes » de Jean-Jacques [Rousseau](#) (1782), mais il faut attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour disposer de premières analyses scientifiques dont les apports continuent d'abreuver les discussions actuelles, par exemple sur la mortalité différentielle du COVID19 aux Etats-Unis ou en Europe ([Bilal](#) & al., 2021 ; [Blair](#) & al., 2022).

Alors que la « Topographie médicale de Paris » de [Lachaise](#) (1822 ; cité par [Lécuyer & Brian](#), 2000) fait naître de « l'entassement humain » les différences localisées de mortalité, Louis-René [Villermé](#), dans « de la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris » (1823 ; cité par [Lécuyer & Brian](#), 2000) met en lumière l'effet de la pauvreté. Il le démontre en mettant en regard pour chaque quartier mortalité à domicile et proportion de foyers non imposés. Dans un deuxième mémoire intégrant au premier tableau le taux de mortalité dans les hôpitaux et les hospices il confirme

que « la richesse, l'aisance, la misère, sont [...] les principales causes [...] auxquelles il faut attribuer les grandes différences que l'on remarque dans la mortalité ».

Avec une perspective davantage hygiéniste, John [Snow](#) (1856) relève une des causes du choléra de Londres dans la gestion des canalisations d'eau en cartographiant les deux données dans les districts et sous-districts de la capitale britannique.

Ces différentes visions géographiques de la santé se trouvent largement reprises pour expliquer les écarts locaux de mortalité du COVID ([Gilbert](#), 2020 ; [Glodeanu](#) & al., 2021), *densité de population* comme levier de transmission des épidémies, *conditions sociales* pour leurs persistances endémiques. Pourtant de nombreux auteurs, sans remettre en cause les facteurs écologiques, sociologiques ou comportementaux, complexifient le modèle en décortiquant les mécanismes d'autorégulation, *stratification sociale* de l'habitat par les loyers (rencontrant ici la réflexion de Villermé), *vieillesse* des populations rurales ou regroupements dans les centre-ville des personnes vulnérables.

Dans notre modèle, il pourrait paraître déraisonnable de chercher une répartition géographique des accidents de travail.

Pourtant, plusieurs travaux dont la thèse de Linda [Woods](#) (2017) pour l'Université de Liverpool revivifient la question. Si elle retrouve à l'échelle des régions de Grande-Bretagne l'ensemble des facteurs déjà explorés par [Nichols](#) (*taille* des établissements, activité, proportion de travail manuel, *âge* des structures) ou [Davies](#), (conditions d'emploi, traitement social des arrêts) ou même [Durkheim](#) (saisons, ensoleillement), elle constate en citant [Gilbert & Chakraborty](#) (2011) que ces critères paraissent fonctionner sur certaines zones alors que d'autres paraissent rebelles à toute corrélation sociodémographiques ou économiques.

Confronté à cette même interrogation, Stéphane [Rican](#) & al. (2014) supposent l'existence de phénomènes plus fins se surajoutant à ceux déjà observés, phénomènes spécifiquement liés à l'organisation microsociale des territoires. Pour explorer cette

piste, ils sous-tendent leur réflexion par une stratification géographique en trois couches indissociables, l'espace, support physique dont nous avons déjà parlé, le territoire, construit par les jeux d'acteurs déjà évoqués et un troisième niveau, le lien de l'enfance, le lieu de vie, le lieu des constructions identitaires et de l'acquisition des normes, y compris de santé (médicalisation, expression de la douleur ou du mal-être, attribution des maux à des causes rationnelles ou symboliques...).

Sans nier l'existence de causes démographiques ou économiques, ils conjecturent l'existence de « disparités socio-spatiales » de santé indépendantes des compositions sociales. Ancrées dans le construit culturel, elles seraient dépendantes de la densité des réseaux qui irriguent chaque micro-territoire. Ils rejoignent ainsi [Callois \(2007\)](#) et son « potentiel auto-organisateur ».

Partant des indicateurs de mortalité régionale, ils rappellent d'abord l'influence de la *situation économique* et des *conditions de travail* dans la sur ou sous-mortalité mais ils insistent aussi sur l'influence de l'urbanisation et plus subtilement montrent combien la « trame » des relations influe sur l'état de santé des habitants.

En donnant de nombreux exemples, ils montrent qu'au-delà des déterminismes sociaux, le maillage associatif des quartiers, leur rattachement à des structures de soins ou de rencontre, la présence de personnes-relais, induisent des effets en matière de prévention et d'acceptation des traitements médicaux.

Dans un autre ordre d'idée, Emmanuel [Vigneron \(1995\)](#) plaide aussi pour dépasser les facteurs économiques et sociaux et redécouvrir le « territoire et ses rugosités ». Davantage inspiré par une vision écologique de la géographie, il intègre la morphologie spatiale comme contraignante pour l'aménagement du territoire. Dans une quête parallèle de dimensions non socio-économiques pour catégoriser les espaces, [Talandier \(2007\)](#) sollicite les soldes démographiques quand [Houillon & Thomsin \(2001\)](#) réinvestissent *seuil d'habitants* et *densité démographique*.

Dans notre cadre de recherche, le territoire pertinent en géographie de la santé pourrait varier selon la structure géographique des lieux, quartiers pour les villes et bassins de vie pour les zones rurales. Afin de nous permettre des comparaisons entre territoires urbains et ruraux, nous choisirons deux variables selon les niveaux d'analyse. Au niveau des territoires, la *densité démographique* étant déjà intégrée à la définition des pôles de centralité, nous privilégierons la *tranche de population* à laquelle appartient la Zone d'Emploi ou l'Aire d'Attraction des Villes. Au niveau des établissements, nous choisirons la *densité démographique*, grandeur-support des maillages décrits par [Rican](#) & al. (2014), pour vérifier s'il existe des relations entre la commune et la sinistralité des établissements qui s'y trouvent.

Modèle révisé (*variables indépendantes*)



Après ce balayage pluridisciplinaire sur l'accident de travail se dégagent à chaque niveau un nombre finalement limité de causes possibles. Si certaines présentent des interdépendances démontrées (cf variables organisationnelles) d'autres apparaissent influentes à plusieurs niveaux du modèle (*incertitude professionnelle* ou *statut public/privé*) autorisant un regard multiniveau.

Comme nous l'avons amplement développé dans la partie épistémologique, même lorsqu'il existe des relations médiatisées entre les variables (taux de *chômage* et *incertitude professionnelle* par exemple) nous ferons le choix de les confronter directement à l'accident du travail afin à la fois de vérifier leur relation directe avec celui-ci mais surtout d'établir la hiérarchie de ces variables dans cette relation, et d'en déduire les meilleurs leviers de prévention.

Ainsi sont conservées les variables présentées sur le tableau récapitulatif suivant :

Tableau 9 : tableau des variables

| Type | Variable | Principaux auteurs cités | Relation principale avec l'accident du travail |
|----------|----------|---------------------------------------|---|
| Macroéco | Chômage | Ruhm (2000), Boone et Van Ours (2016) | Le chômage réduit la sinistralité pour Ruhm, l'augmente pour d'autres auteurs |
| | Salaire | Green (2000) | Des revenus supérieurs (inférieurs) pourraient accroître (réduire) la déclaration des accidents |

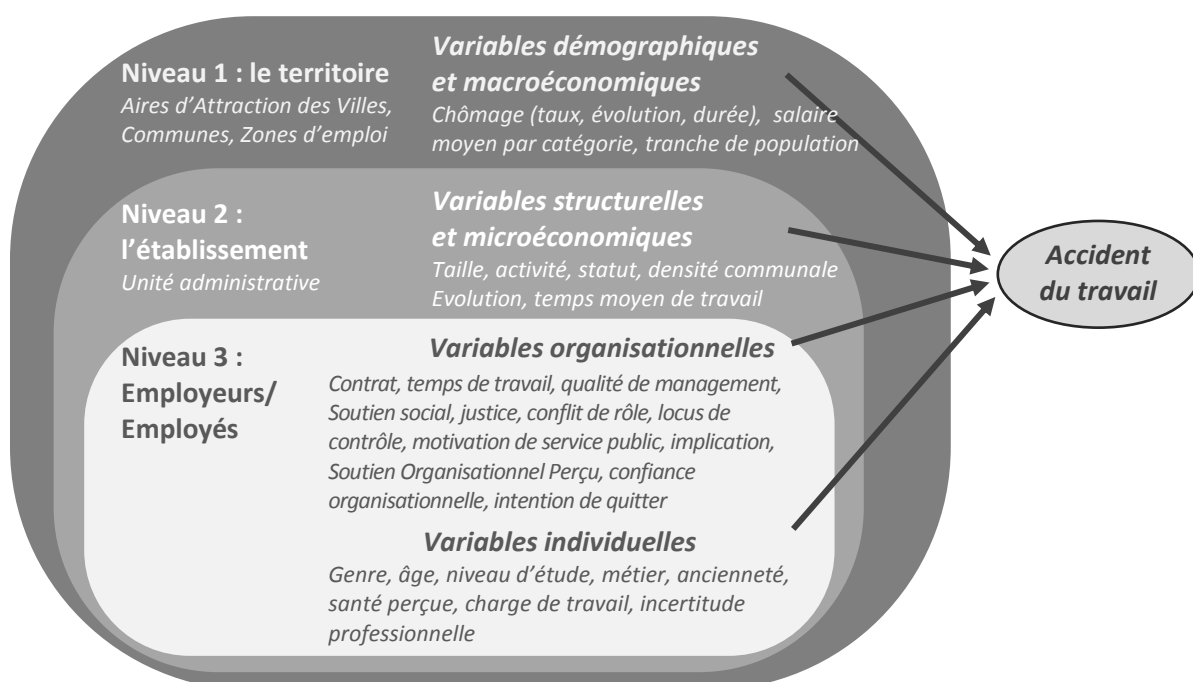
Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

| Type | Variable | Principaux auteurs cités | Relation principale avec l'accident du travail |
|--------------------|-------------------------------------|--|--|
| Démographie | Tranche de population du territoire | Pesqueux (2014), Beauviala-Ripert & al. (1997), Callois (2007) | Une faible démographie réduit le marché du travail induisant un âge moyen supérieur, une formation plus faible, accroissant la sinistralité |
| | Densité communale | Gilbert (2020), Rican (2014), Houillon & Thomsin (2001) | La densité devrait favoriser le développement des relations sociales améliorant la prévention |
| Structurelles | Taille de l'établissement | Blau et Schoenherr (1971), Child (1973), Euzéat (2009), Nichols (1995) | Une taille supérieure accroît fonctions supports, moyens de prévention, formation, équipement |
| | Activité principale | Nichols & al. (1995), Conus & Escudier (1997) | Les activités économiques présentent des risques distincts par les pratiques et les moyens utilisés |
| | Statut privé/public | Benn et Gaus (1983), Perry & Rainey (1988), Desreumaux (2015) | Le secteur privé, plus sujet aux impératifs de productivité, rentabilité... accroît la pression sur le personnel, et devrait augmenter les risques |
| Microéco | Evolution | March & Simon (1958), Khandwalla (1971) | La croissance de l'établissement accroîtrait le risque par la surcharge induite ou le réduirait par développement des fonctions-support |
| | Temps moyen de travail | Nichols & al. (1995), Euzéat (2009) | Les heures supplémentaires augmentent la sinistralité |
| Organisationnelles | Type de contrat | Letourneux (1998), Beaud & Pialoux (1993), Rousseau & Libuser (1997) | les emplois précaires (CDD, intérim) sont plus astreints aux tâches pénibles, moins formés et plus sujets aux accidents |
| | Temps de travail | Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony (2003) | Les heures supplémentaires réduisent la vigilance, augmentent la fatigue et la sinistralité |
| | Qualité de management | Eisenberger & Rhoades (2002) | Un management à l'écoute réduit la pression et devrait abaisser ainsi la sinistralité |
| | Soutien social | Karasek & Theorell (1990) | Le soutien social réduirait le stress et la sinistralité |
| | Justice orga | Eisenberger & Rhoades (2002) | La justice accroîtrait les comportements de prévention |
| | Tension de rôle | Karasek (1979), Katz et Kahn (1966) | Les tensions de rôles augmentent la prise de risques |
| | Autonomie | Karasek Theorell (1990), Hamon-Cholet (2007), Céliérier (2014) | Selon les auteurs, l'autonomie réduit la sinistralité ou n'a pas d'effets significatifs |
| | Locus de contrôle | Rotter (1954), Wallston & Wallston (1978), Ross (1977), Paquet (2009) | Selon le locus externe ou interne, l'individu développe attitudes de fatalité ou prévention |
| | Motivation Service Public | Perry (1996), Desmarais & Gamassou (2014), Kim (2013) | L'esprit de sacrifice, d'altruisme pourrait accroître la prise de risque et la sinistralité |
| | Implication organisationnelle | Mowday (1982), Buchanan (1974) | L'implication devrait accroître le respect des règles dont les procédures de sécurité |
| | Soutien Orga Perçu | Eisenberger & al. (1986), Levinson (1965) | Un SOP élevé induit des comportements de protection et réduit la sinistralité et inversement |
| | Confiance orga | Dirks & Ferrin (2002), Hosmer (1995), Shapiro (1992) | Idem que le SOP |
| | Intention de Quitter | Fall, Safy & Carassus (2018), Hirschman (1970) | Elle pourrait inciter la personne à réduire le risque pour préserver son employabilité |
| | Culture de sécurité | Schein (1996), Guldenmund (2000), Zohar (1980) | Définie par des boucles explicatives sans relations avec d'autres variables elle est vue comme tautologique par Guldenmund |
| Climat social | Zohar (1980), Guldenmund (2000) | Mal défini, il recouvre des variables déjà intégrées dans la thèse (confiance, soutien...) | |

| Type | Variable | Principaux auteurs cités | Relation principale avec l'accident du travail |
|---------------|-----------------------------|--|--|
| Individuelles | Genre | Amossé & al. (2012), Messing & Elabidi (2002), | L'affectation des tâches selon le genre pourrait expliquer les différences de taux d'accidents |
| | Age | Euzénat (2009), Veazie (1994) | Les jeunes ont plus d'accidents, par défaut de maîtrise, les vieux plus graves, du fait de l'usure |
| | Ancienneté | Bena & al. (2013), Kjellen (2000), Héraldot (2005) | Elle apparaît généralement préventive, du fait d'une meilleure maîtrise du métier |
| | Niveau d'étude | Amossé & al. (2012), Devetter & al. (2012) | Le niveau d'étude paraît préventif, sans doute par inégalité de pénibilité selon le diplôme |
| | Métier | Gutton (1987), Amossé & al. (2012), Daubas (2005) | La spécialisation horizontale induit des différences de risques et de sinistralité |
| | Santé perçue | Coutrot & Rouxel (2011), Huver (2013) | Une mauvaise santé perçue devrait affecter la vigilance et accroître le risque |
| | Charge de travail | Karasek, (1979), Frankenhaeuser (2000), Hamon-Chollet (2007) | Une surcharge est généralement perçue comme accidentogène |
| | Incertitude professionnelle | Karasek, (1979), Coutrot (2017) | L'inquiétude, source de stress, devrait réduire la vigilance et accroître la sinistralité |
| | Absentéisme | Huver (2013), Chadwick-Jones & al. (1971), Steel (2003) | Marque de plus faible implication, il devrait réduire le respect des normes et accroître le risque |
| | Présentéisme | Huver (2013) | Lié à une mauvaise santé perçue, il est associé à une fréquence plus faible par sous-déclaration et une gravité supérieure par aggravation de l'état |

Ce tri attentif nous permet de compléter notre modèle sur la partie des variables causales de la façon suivante :

Figure 15 : Modèle de recherche avec variables indépendantes



Comme on peut le constater, en justifiant nos décisions, nous avons aussi choisi d'exclure certaines variables pourtant présentes dans la littérature, *autonomie* (à laquelle nous substituons une variable proche mais distincte : le *locus de contrôle*), le *climat social* et la *culture de sécurité*, dont les fondements paraissent insuffisamment solides.

Nous avons aussi ajouté des variables absentes de la littérature : une sous-dimension du *locus de contrôle* spécifique à nos secteurs d'étude, le *locus patient/bénéficiaire*, qui pourrait inspirer l'exploration d'autres locus de « tiers puissants », le *niveau de salaire* dont nous attendons un effet sur les déclarations d'accidents légers, puis, issue de la géographie de la santé, la *tranche de population* du territoire d'implantation de l'établissement.

Il nous faut à présent préciser la nature des variables dépendantes, ou plus exactement les mesures du phénomène accident du travail.

2. Les mesures descriptives de l'accident du travail



A présent que la partie amont du modèle est posée, il nous faut définir la partie aval.

Comme nous l'avons vu, le phénomène accident du travail n'est porté à existence qu'en fonction des dommages qu'il engendre à une ou plusieurs personnes dans le cadre ou du fait de leur travail. C'est le constat de ceux-ci qui enclenche une chaîne administrative complexe dont nous avons en partie exploré la mécanique et les biais potentiels. Ces validations ou invalidations successives produisent un construit défini par des données variées (nom de la ou des victimes, statut dans l'entreprise, organes lésés, circonstances, degré de gravité...). Parmi celles-ci figurent des grandeurs qu'il nous appartient maintenant d'apprécier.

Comme le suicide pour [Durkheim](#) il est d'abord nécessaire de fixer les limites de ce qu'est l'accident du travail et de ce qu'il n'est pas. Produit d'une philosophie du travail et de la santé, il doit d'abord être considéré comme tel par la ou les victimes, puis par les instances chargées de sa validation.

A ce propos, les travaux [d'Amossé & al. \(2012\)](#) ou d'[Askenazy \(2006\)](#) déjà cités nous apportent un éclairage précieux sur la déclaration du phénomène. Comme nous l'avons déjà vu supra, ils montrent en effet à partir de l'enquête SIP (Santé et Itinéraire Professionnel 2011) qu'il existe des événements considérés comme accidents du travail par les employé-es et non déclarés. Comme ces chercheurs, et sans douter des témoignages des employé-es, nous parlerons pour ces événements de sous-déclaration des accidents de travail. Cette situation, souvent citée mais peu examinée par les chercheurs, a été estimée dans le rapport [Diricq \(2008\)](#).

Pour comprendre la nature de cette sous-déclaration, il faut d'abord rappeler les modalités de la déclaration elle-même fixées par le décret du vingt-neuf juillet 2009 et modifiées à la marge par le décret du premier décembre 2019.

En ouverture du processus, les articles R441-1 & 2 indiquent que la victime d'un accident de travail doit (sauf cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes) informer l'employeur ou l'un de ses préposés dans un délai de vingt-quatre heures. Il va sans dire que la grande gravité ou les circonstances de l'accident peuvent être considérées comme des motifs légitimes de non-déclaration pour la victime, suppléée dans ce cas par son encadrement.

Les articles R441-3 & 4 donnent ensuite quarante-huit heures à l'employeur (s'il est mis au courant) pour déclarer par lettre recommandée avec accusé de réception l'accident à la Caisse d'Assurance Maladie dont dépend la victime. Il précise les lieux, les circonstances et l'identité des témoins éventuels.

Concernant les accidents bénins, n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux, l'article R441-4 précisait en 2009 que la Caisse Régionale d'Assurance Maladie pouvait autoriser la tenue d'un registre et exigeait de l'employeur qu'il lui soit régulièrement transmis. Le décret de 2019 supprime l'obligation d'autorisation pour ce registre et sa remise obligatoire à la Caisse. L'employeur peut donc à présent le conserver par devers lui et n'en faire état qu'à sa convenance. Si cet aménagement de procédure encourage les employeurs à garder la trace des accidents bénins, elle réduit la fiabilité des informations conservées et réduit l'accès du chercheur à ces données.

Naturellement, si l'accident bénin nécessite par la suite un arrêt de travail ou des soins, il oblige à la déclaration administrative décrite ci-dessus, qui sera dans ce cas activée ultérieurement, au moment de l'arrêt ou des soins.

Dans le cas d'un arrêt de travail, l'article R441-6 ajoute une troisième validation, établie par le médecin traitant du ou de la salarié-e, sous la forme d'un certificat qui peut être suivi si nécessaire et selon l'article R442-6 d'un certificat de guérison à partir duquel la caisse fixera la date de consolidation ou de guérison.

Enfin l'accident du travail sera pleinement considéré comme tel qu'après une dernière procédure (sauf appel) : l'instruction et la validation par la Caisse.

Avant qu'un accident du travail soit considéré comme tel, trois ou quatre acteurs en auront validé l'existence, la victime (ou son témoin), l'employeur, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, et le médecin traitant de la victime en cas d'arrêt de travail. Pour les accidents bénins, l'employé-e peut en faire seul le procès-verbal sous réserve que son employeur mette un registre à sa disposition et naturellement si lui-elle-même le souhaite.

Comme l'énumère [Diricq](#), les potentielles causes de sous-déclaration sont donc nombreuses.

Du côté des employé-es, il mentionne la méconnaissance de ses droits, l'appréhension pour son emploi particulièrement lorsqu'une faute est à l'origine de l'accident, les difficultés à comprendre et à se saisir de la procédure, les dispositifs de réparation des accidents du travail parfois moins avantageux que les assurances de droit commun, ce qui peut pousser la victime à déclarer l'accident comme dû à une cause autre que le travail.

Du côté de l'employeur, la non-déclaration de certains types d'accidents ou des accidents peu graves peut protéger l'image de l'entreprise ou réduire son taux de cotisation. Elle lui évite aussi des formalités chronophages, recueil des témoignages, photographies des lieux et/ou du matériel incriminé, expertise médicale des dommages, information des collègues, mise en place de formation ou de dispositifs de prévention.

Du côté des médecins, il est parfois délicat d'attribuer au travail certaines affections mais ce point est surtout prégnant pour les maladies professionnelles. La partie la plus malaisée pour eux concerne la durée des arrêts de travail, objet de pression de l'employé-e, à la hausse ou à la baisse selon sa volonté de reprendre le travail, et d'exigence de l'employeur, selon son volume d'activité.

Du côté des Caisses, enfin, une suspicion de sous-reconnaissance est soulevée par [Diricq](#) du fait de taux très variables d'une caisse à l'autre. Il atténue toutefois cette

allégation en précisant que l'essentiel de l'hétérogénéité entre caisses est mesuré pour les accidents de trajet. Il est vrai que la législation française, spécifique sur ce point, induit ici des déclarations davantage sujettes à caution.

Pour démontrer l'existence de la sous-déclaration, [Diricq](#) compare les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les réponses à l'enquête de 2005 sur les Conditions de Travail réalisée par l'INSEE pour le compte de la DARES. Il constate pour les accidents avec arrêt une différence de 5,36% entre accidents validés par les Caisses et accidents déclarés par les employé-es. Pour valider ce taux, il suppose de fait quand même que toutes les réponses à l'enquête sont dignes de confiance.

Pour les accidents sans arrêt, les chiffres de l'enquête sont beaucoup plus élevés, suggérant une sous-déclaration de plus de 79%. Si ce résultat prête à suspicion, il paraît crédible pour les accidents bénins, dont les atteintes peuvent être traitées en interne par l'infirmier-e de l'entreprise ou réellement non-déclarés.

Nous devons préciser ici que les nombreuses campagnes de prévention internes et externes ainsi que la formation aux ressources humaines insistent de plus en plus pour qu'un compte-rendu soit réalisé pour chaque « évènement indésirable », précurseur possible d'accidents plus graves.

Si toutes les structures ne compilent pas la totalité des situations, les compte-rendu d'incidents ou de presque accidents sont de plus en plus fréquents et donnent lieu à des échanges précieux.

Plus globalement les rares tentatives d'évaluation de la sous-déclaration soulignent que le principal biais pour les accidents bénins vient du personnel lui-même qui peut considérer en être le principal responsable, « je n'ai pas regardé ce que je faisais » ou que c'est une conséquence normale du travail, « on ne peut pas faire ces métiers sans se faire mal au dos de temps en temps » (cf chapitre sur l'épistémologie).

Dans un cadre très différent du nôtre, quelques auteurs américains ont cherché à mesurer la sous-déclaration en comparant les chiffres avant et après la mise en place de politiques incitatives (primes à la performance en Santé Sécurité au Travail) ou dissuasives (droit de contestation de responsabilité par les employeurs). [Boden & Ruser \(2003\)](#) estiment statistiquement en extrapolant à partir de douze états ayant mis en place l'une de ses politiques que la « décreuse artificielle » des accidents serait de 2 à 3% en moyenne sur l'ensemble des Etats-Unis.

Comme on le voit, même si les études sont rares et les résultats incertains, la sous-déclaration des accidents bénins pourrait être élevée alors que celle des accidents avec arrêt paraît très marginale. Une réflexion très pragmatique fondée sur de nombreux témoignages corrobore cette assertion. Si nous avons en mémoire des situations de pression amicale ou menaçante exercée sur les employé-es pour les dissuader de déclarer un accident, ces pressions n'ont eu d'effet que pour des accidents aux conséquences bénignes ou nulles. Dans le cas de lésions nécessitant des soins, le système sanitaire et assurantiel pousse au contraire à la déclaration et les montants en jeu inhibent toute non-déclaration.

Confirmant cette perception, les articles économiques, dont celui de [Nichols](#), montrent bien une élasticité à la conjoncture économique pour les accidents bénins mais non pour les accidents graves.

Forts de ces conclusions, nous concentrerons par conséquent notre analyse sur les accidents avec arrêt.

Si comme pour [Durkheim](#), une simple numération des occurrences permet de mesurer la présence du phénomène dans un établissement ou un service, il ne permet pas une comparaison efficace entre individus d'une population, que ces individus soient les employé-es, les structures ou les territoires. Il faut pour cela produire des taux plus à même de relativiser l'impact de la sinistralité entre structures, sa relation avec d'autres grandeurs, ou son évolution dans le temps.

Plusieurs taux sont usuels dans le domaine de la prévention des accidents, qu'ils servent d'indicateurs internes aux établissements ou de base de calcul des cotisations sociales ou des primes d'assurance. Les deux ratios les plus utilisés sont le *taux* et l'*indice de fréquence*. Le premier est la fraction du nombre d'accidents déclarés sur le nombre d'heures de production, le second substitue à ce dénominateur le nombre moyen d'employé-es dans l'année.

L'accident du travail restant un évènement rare, ces taux sont ramenés à des valeurs en dizaines en multipliant ces deux ratios respectivement par un million pour les heures et par mille pour les employé-es.

A partir de la base de données dont nous décrivons le contenu ultérieurement, nous procédons à un double test de corrélation (Pearson et Spearman) sur les Taux et Indice de fréquence pour l'année 2016, tests qui donnent comme résultats 0,9683 (Spearman) et 0,9678 (Pearson) avec une p-valeur inférieure à $2,2 \times 10^{-16}$ confirmant une corrélation linéaire quasi parfaite entre les deux variables.

Cette situation nous permettra de considérer le *taux de fréquence* comme variable unique de représentation du taux d'accidents des établissements.

Comme ces ratios servent à calculer les cotisations sociales afférentes, afin de ne pas pénaliser les petites entreprises les années où elles subissent un accident, les contributions sont mutualisées par groupe de structures de même taille en-deçà de cent-cinquante employé-es en France ou deux-cents en Belgique.

Au-dessus de ce nombre, le taux est propre à l'établissement qui paiera donc ses cotisations AT/MP (Accident du Travail/ Maladie Professionnelle) au regard des accidents et maladies déclarées durant l'année (d'où les tentations de sous-déclaration). En-deçà, les cotisations sont partiellement mutualisées afin de responsabiliser chaque établissement sur ses propres résultats sans trop les pénaliser financièrement.

Comme le rapporte [Lengagne](#) (2017/1), de nombreux pays complètent ces cotisations (perçues comme des sanctions) par des incitations financières, généralement assurantielles et comportant aussi une « tarification à l'expérience ». Tous ces systèmes de bonus et/ou malus sont fondés sur les taux de sinistralité de l'entreprise dans les années précédentes.

L'objectif explicite de ces dispositifs est de sensibiliser et de responsabiliser chaque employeur à réduire le nombre et la gravité des accidents qui affectent ses employées. Dans certains pays, ces mesures peuvent être modulées selon leurs dépenses en matière de prévention, venant en déduction des cotisations.

Dans le cas d'un système strictement assurantiel (Etats-Unis d'Amérique par exemple), ce sont les compagnies d'assurance qui, dans un objectif gestionnaire et commercial, baissent ou augmentent les primes selon le coût estimé des accidents, encourageant là aussi par un système de bonus/malus chaque établissement à réduire sa sinistralité.

En fait ces ratios estiment un risque futur à partir du nombre d'accidents passés, et restent donc tous dans une logique assurantielle de prévoyance du risque.

Mais leur gros défaut est de ne pas intégrer un élément fondamental de l'accident, sa gravité. Or, nous avons vu que celle-ci est primordiale dans le déclenchement de la déclaration, influe fortement sur la gestion des ressources humaines de l'établissement, génère un coût économique considérable (cf introduction) et impacte lourdement la carrière de la victime ([Amossé & al.](#), 2012).

La gravité reste néanmoins une notion difficile à définir. Si le décès ou « l'engagement du processus vital » sont incontestablement de la plus extrême gravité, si l'amputation d'un membre ou la perte d'une fonction vitale peuvent être considérées comme de haute gravité, les atteintes moindres sont délicates à catégoriser et à comparer.

Les études sont rares à ce sujet. On peut citer [Lévy](#) (1984) qui propose un regard large sur cette question. Il rappelle d'abord qu'en France la victime est classée en « blessé grave » dès qu'elle est hospitalisée au moins six jours. Mais il faut au moins quarante-

deux jours pour obtenir la même qualification en Tchécoslovaquie, ou vingt-et-un en Autriche. Il souligne qu'en France, le taux d'incapacité permanente qui pourrait de bon droit être un critère pour les accidents du travail, tient non seulement compte de la nature de l'infirmité, de l'état général et des facultés physiques de la victime mais aussi de ses aptitudes et qualifications professionnelles.

Concrètement, une même maladie peut être considérée selon l'emploi comme déclencheur d'arrêt de travail ou non : « Quand les ouvriers peuvent accéder plus massivement à la médecine, la neurasthénie [maladie « noble » quand elle n'était diagnostiquée que chez les classes dirigeantes] n'est plus une maladie mais de la paresse » ([Loriot](#), 2003).

En rapportant, même partiellement, cette notion au métier et à l'emploi du-de la salarié-e, son évaluation perd en objectivité et devient peu comparable d'un emploi à un autre.

Face à ces difficultés, [Lévy](#) propose un bref historique des travaux de plusieurs équipes de l'Université Cornell qui entre 1968 et 1980 ont construit des outils d'évaluation de la gravité des blessures : l'Echelle Réduite des Blessures (Abbreviated Injury Scale ou AIS) et le Barème de Sévérité des Blessures (Injury Severity Score ou ISS). Pourtant si ces outils, parmi d'autres, proposent bien une échelle précise et claire des lésions, ils se heurtent à une difficulté déjà dénoncée par [Keller](#) (cité par [Conus](#) & Escudier ; 1997).

Cet Ingénieur des Mines, statisticien de l'Industrie Minérale de 1878 à 1902, alors qu'il cherche à réduire les accidents dans les Mines, découvre que même le nombre de tués, très élevé alors, dépendait de la volonté des inspecteurs de mentionner ou non, les « victimes d'accidents dont ils ont pu apprendre le décès ultérieur ». Il affirme ailleurs « qu'un grand nombre d'accidents, non suivis de morts, non très graves mais cependant assez sérieux, ne sont pas portés à la connaissance des ingénieurs ». [Conus](#) et Escudier, rapportant cette citation, précisent que ces accidents que [Keller](#) disait « non très graves » seraient tous aujourd'hui considérés comme graves.

Conscients des enjeux sociaux et économiques des accidents du travail, [Keller](#) va progressivement resserrer son analyse sur le nombre de jours de « chômage » (aujourd'hui qualifiés « d'arrêts de travail »), seule donnée impliquant pour des raisons différentes, employeurs, employé-es, système sanitaire et assurantiel.

Quoique ce nombre fonctionne par seuils, fixé en jours puis en semaines (au-delà de quatre jours) puis en mois (au-delà de trois semaines), il constitue de fait une échelle de gravité qui, n'en déplaise à ses détracteurs, résulte bien d'un compromis entre les quatre instances de validation, et de ce fait reste en équilibre entre des tensions à la hausse et des pressions à la baisse, qu'elles proviennent des employeurs (plutôt à la baisse) ou des employé-es et des médecins (plutôt à la hausse).

Comme le concède [Lévy](#), si les biais sont certains, c'est l'indicateur le plus communément utilisé par les services statistiques des filières AT/MP. L'homogénéité observée des durées d'arrêts selon le type de lésions, l'effet de seuil en durée qui facilite la catégorisation de gravité, encouragent à le considérer comme le meilleur marqueur de sévérité des accidents.

Malgré toutes ces incertitudes, confortés par les travaux de [Diricq](#) en France (2008) et de [Boden](#) & Ruser (2003) aux Etats-Unis qui estiment les biais à moins de 5%, nous conserverons cette mesure comme indicateur de gravité.

Aux mêmes fins de comparaison entre établissements et dans le temps, le nombre de jours d'arrêts peut être rapporté au nombre moyen d'employé-es et au nombre d'heures produites. Il permet ainsi de calculer des indices et taux de gravité, le premier en nombre d'incapacités permanentes dans l'année divisé par millions d'heures travaillées, le second en nombre de journées d'arrêts divisé par milliers d'heures travaillées.

Il est maintenant nécessaire de définir ces mesures pour chaque niveau de notre modèle systémique.

En ce qui concerne les établissements, nous calculerons ce taux de gravité pour chacun à partir de leurs déclarations annuelles, considérant les taux aberrants comme une marque potentielle de sur ou sous-déclaration.

Pour pouvoir observer la sinistralité au niveau des territoires, nous utiliserons les mêmes ratios, mais après agrégation pour chaque territoire du nombre d'accidents puis du nombre de jours d'arrêts de travail pour le numérateur, du nombre moyen d'employé-es et d'heures travaillées pour le dénominateur.

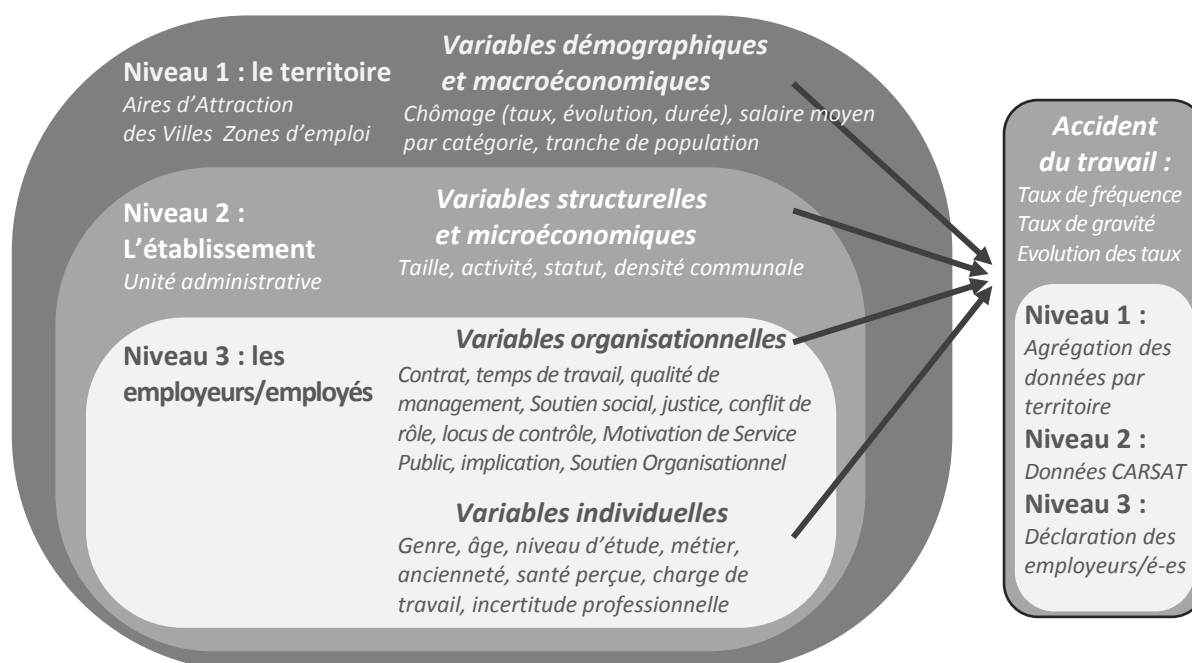
Au niveau des employé-es, comme nos prédécesseurs, nous procéderons par questionnaires en les interrogeant sur leurs absences, sur les causes de celles-ci et sur leur expérience en termes d'accidents du travail. Comme [Diricq](#), nous pourrions relever un décalage entre leurs réponses et les déclarations de leurs employeurs. A l'instar des autres chercheurs, nous regarderons comme marginal le biais possible.

Modèle révisé (*variables dépendantes*)



En détaillant les variables décrivant au mieux l'accident du travail, notre modèle prendra dorénavant la forme suivante :

Figure 16 : Modèle de recherche avec variables indépendantes et dépendantes



3. Des hypothèses imbriquées



Nous sommes à présent en mesure d'exposer les hypothèses issues de notre revue de littérature. La méthodologie appliquée afin de vérifier chacune de ces hypothèses sera détaillée infra.

3.1. Au niveau des territoires



A partir de la revue de littérature de la géographie du travail, il apparaît que le taux de *chômage* ([Ruhm](#), 2000 ; [Neumayer](#), 2004...), le niveau de *salaires* ([Green](#) & al., 2000), et la *croissance* sectorielle ([Pransky](#) & al., 1999) sont de nature à encourager ou décourager la déclaration d'accident du travail. Cette assertion peut nous amener à trouver dans les territoires définis par la géographie du travail, les Zones d'Emploi, des relations d'influence entre taux de *chômage*, *salaires* moyen, *croissance* sectorielle et taux de fréquence des accidents, voire évolution de celui-ci. Au contraire, et conformément à la même revue de littérature, nous ne devrions pas trouver de relations d'influence entre ces mêmes variables et le taux de gravité ([Davies](#) & al., 2009 ; [Askenazy](#), 2006) car les victimes d'accidents graves souhaitent alors déclarer l'accident, ne serait-ce que pour des raisons d'assurance.

Pour ce niveau nous poserons les hypothèses suivantes :

H1 : le taux de fréquence agrégé et son évolution par zones d'emploi est en relation avec le taux de chômage, le salaire moyen, et la croissance sectorielle de ces territoires

H2 : le taux de gravité agrégé et son évolution par zones d'emploi n'est pas en relation avec le taux de chômage, le salaire moyen, et la croissance sectorielle de ces territoires

Concernant la géographie de la santé, il est possible de présumer qu'il existe des liens entre nombre d'habitants et réseaux de prévention des accidents du travail ([Rican](#), 2014). Nous devrions observer des relations d'influence entre la tranche de population

de l'Aire d'Attraction des Villes et les taux de fréquence et de gravité agrégés des mêmes territoires, qui devraient décroître au fil de l'augmentation démographique.

H3 : la tranche de population des territoires est en relation avec les taux de fréquence et de gravité agrégés par Aire d'Attraction de Ville et leur évolution.

3.2. Au niveau des établissements



Au vu des réflexions développées supra, nous considérerons bien l'établissement en tant que personne morale disposant d'une identité administrative et donc d'un numéro SIRET. L'établissement peut ainsi être tout autant une structure autonome que la filiale d'un groupe régional ou national. A contrario, en fonction de leur activité, un même bâtiment ou ensemble de bâtiments peut être divisé en plusieurs établissements.

Cinq variables ont été retenues à ce niveau, *l'activité*, à laquelle est attachée par les missions, la formation, les outils et process employés, des types et des niveaux de risques ([Heinrich](#), 1931 ; [Faverge](#), 1974, [Johnson](#), 1975 et l'ensemble du courant sociotechnique), le *statut* public ou privé de l'établissement ([Wamsley & Zald](#), 1973 ; [Dahl & Lindlom](#), 1953 ; [Perry & Rainey](#), 1988 ; [Desreumaux](#), 2015) dont les finalités distinctes (productivité, rentabilité ou universalité) peuvent induire des comportements plus ou moins risqués, la *localisation* dans une relation multifactorielle ([Woods](#), 2017 ; [Gilbert & Chakraborty](#), 2011), et enfin la *taille* et *l'évolution* de celle-ci, pour de nombreuses raisons dont le développement des fonctions-support ou les moyens alloués à la prévention ([Blau & Schoenherr](#), 1971, [Child](#), 1973 ; [Euzénat](#), 2009 ; [Nichols](#) & al., 1995). Nous prédisons que ces différents facteurs sont en relation avec le niveau de sinistralité (fréquence et gravité) des établissements. Nous poserons ainsi les hypothèses suivantes :

H4 : le taux de fréquence (et de gravité) des établissements est en relation avec leur activité, leur statut, leur localisation, leur nombre moyen d'employé-es et l'évolution de celui-ci

H5 : l'évolution de taux de fréquence (et de gravité) des établissements est en relation avec leur activité, leur statut, leur localisation, leur nombre moyen d'employé-es et l'évolution de celui-ci

3.3. Au niveau des employeurs



En fonction de l'analyse développée supra, il nous paraît possible que les employé-es subissent plus ou moins d'accidents du travail en fonction de variables organisationnelles détaillées dans la revue de littérature, *soutien social, confiance organisationnelle, implication...*, Pour l'ensemble de ces variables, nous prédisons que certaines différencient les établissements à haute sinistralité des établissements à faible sinistralité alors que d'autres ne les distinguent pas.

Nous prédisons également que certaines caractéristiques individuelles des employé-es, *âge* ([Euzénat](#), 2009 ; [Veazie](#), 1994), *ancienneté* ([Bena](#) & al., 2013 ; [Kjellen](#), 2000 ; [Hélaridot](#), 2005) *métier*, ([Imbert](#), 1982 ; [Gutton](#), 1981, 1982, 1987) *niveau d'étude*, ([Euzénat](#), 2009) différencient les établissements à haute sinistralité des établissements à faible sinistralité alors que d'autres ne les distinguent pas.

Les hypothèses posées ici sont les suivantes :

H6 : La sinistralité des établissements est en relation avec des variables organisationnelles (à hiérarchiser) telles qu'elles sont perçues par les employeurs.

3.4. Au niveau des employé-es



En fonction de l'analyse développée supra, il nous paraît possible que les employé-es subissent plus ou moins d'accidents du travail en fonction de variables organisationnelles détaillées dans la revue de littérature ([p 122-202](#)), *soutien social, confiance organisationnelle, implication...*

Pour l'ensemble de ces variables, nous prédisons que certaines différencient les établissements à haute sinistralité des établissements à faible sinistralité alors que d'autres ne les distinguent pas.

Les hypothèses posées ici sont les suivantes :

H7 : le taux de fréquence (et de gravité) des établissements est en relation avec des variables organisationnelles (à hiérarchiser) telles qu'elles sont perçues par les employé-es.

H8 : des variables organisationnelles (à hiérarchiser) telles qu'elles sont perçues par les employé-es influent sur la probabilité qu'ils-elles soient victimes d'un accident de travail.

H9 : les variables individuelles des employé-es influent sur la probabilité qu'ils-elles soient victimes d'un accident de travail

Cette partie, au cœur de notre réflexion gestionnaire, doit nous permettre non seulement de vérifier l'influence sur la sinistralité des très nombreuses variables organisationnelles citées par la littérature mais aussi de comparer leur influence selon la perception qu'en ont les employeurs et les employé-es.

3.5. Au niveau systémique



L'ensemble de ces résultats doit à la fois confirmer ou infirmer nos hypothèses par niveau mais également affiner notre compréhension de l'ensemble des conditions d'occurrence des accidents de travail dans le secteur sanitaire et médico-social.

Suivant les préconisations de [Leclercq, Monteau, Cuny](#) (2013), un système doit pouvoir représenter de façon optimale l'accident du travail. Extrapolant leur injonction, nous avons déduit qu'un système à plusieurs niveaux pouvait représenter de manière efficace la sinistralité d'un ensemble d'individus, d'établissements dans un territoire donné.

Nous espérons donc obtenir un tableau contrasté de l'influence directe et/ou croisée des variables, montrant la prédominance de certaines variables ou types de variables sur la sinistralité de certains établissements.

De ce fait nous sommes en droit de poser les deux hypothèses suivantes :

H10 : les taux de fréquence et de gravité d'un établissement sont en relation hiérarchisée avec un faisceau de variables de différents types.

H11 : chaque établissement appartient à un groupe déterminé par une combinaison de variables en relation avec la sinistralité

De cette recherche sur trois niveaux, nous souhaitons extraire une typologie d'établissements selon leur sensibilité aux différentes variables. Il sera alors possible de décliner de manière fine des politiques de prévention spécifiques à chaque type d'établissements. Leur mise en place pourrait être moins coûteuse que l'implémentation de politiques générales auprès d'un nombre considérable d'établissements et plus efficace que la mise en place ponctuelle de politiques ciblées auprès de quelques établissements volontaires.

Conclusion 2 : vision pluridisciplinaire et faisceau d'hypothèses ‹‹

Malgré des investissements en progression et l'application des réponses issues des modèles de [Karasek](#) ou [Siegrist](#), jusque-là très efficaces, nous assistons à une stagnation voire à un retour de croissance des accidents du travail dans le secteur médicosocial et l'aide à domicile. Les sciences de gestion, par leur capacité d'appropriation des concepts d'autres disciplines, se trouvent interpellées par les décideurs concernés.

Après une revue large et contradictoire des facteurs de causalité mis en lumière par de nombreux chercheurs, il apparaît qu'une vingtaine de variables pourraient être impliquées dans l'occurrence des accidents et le niveau de sinistralité.

Ce nombre élevé de causes possibles suggère un modèle plurifactoriel mais pose bien des dilemmes au chercheur.

Le rapport [Gollac](#) (sur les Troubles Musculo-Squelettiques) qui nous a servi de guide sur la réflexion pluridisciplinaire, les travaux d'[Euzénat](#), [d'Amossé](#) (2012) ou d'[Hamon-Chollet](#), étudiant l'accident du travail sur des bases de données similaires aux nôtres aboutissent à un long catalogue de facteurs favorisant ou prévenant l'accident du travail.

Faute de disposer d'autres outils, ce sont donc à ces nombreuses causes potentielles que les décideurs politiques et les managers se sont attaqués, générant un appareil de gestion aussi complexe que malaisé à appliquer.

Dans une volonté de synthèse et de simplification, [Siegrist](#), [Karasek](#), [Hobfoll](#) (2002) ont proposé des modèles agrégatifs regroupant dans des concepts larges (effort/récompense, demande professionnelle/latitude décisionnelle ou conservation des ressources) diverses variables de nature substantiellement différentes.

Si ces modèles continuent à améliorer la sinistralité, ils s'avèrent délicats dans leur définition et leur application : en quoi consiste la demande professionnelle pour un

agent d'entretien ou un chirurgien ? Quelles sont les ressources d'une infirmière selon qu'elle travaille en néonatalogie ou en soins palliatifs ?.

Ils sont par ailleurs régulièrement remis en cause par des résultats contradictoires (cf [Hamon-Chollet](#) ou [Célérier](#) sur l'autonomie).

Pour répondre au défi d'un modèle simplifié et offrant des réponses aux décideurs, dans le droit fil des analyses de [Leclercq](#), Monteau, Cuny (2013), nous avons pour notre part misé sur un modèle systémique, dont les trois niveaux devraient nous permettre de balayer conjointement l'ensemble de ces variables à chaque niveau puis entre les niveaux et finalement offrir une vision matricielle des relations.

Notre ambition est de composer un tableau clair des structures selon leur relation entre variables causales et sinistralité et d'en concevoir des politiques de prévention ciblées.

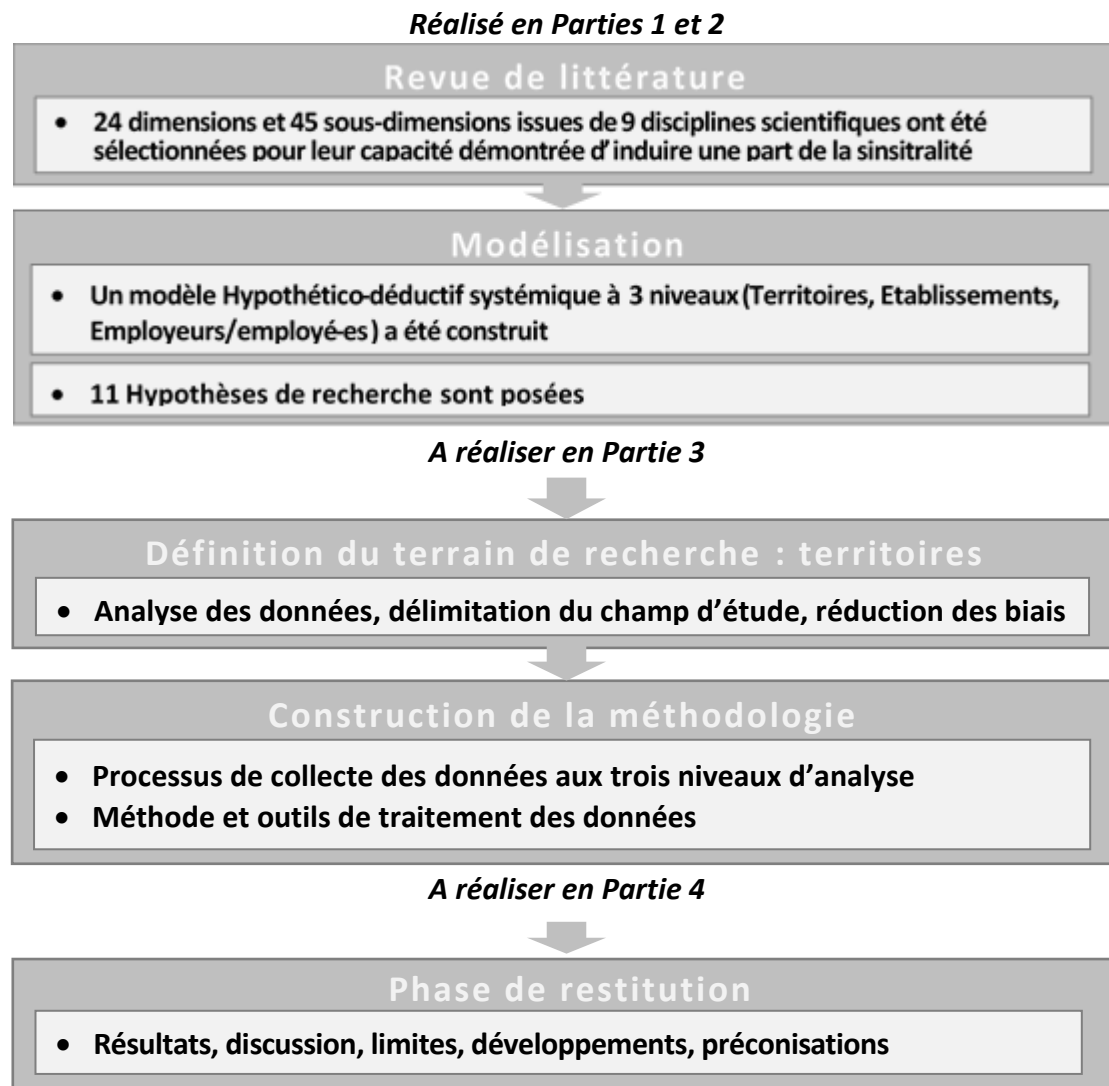
Cela suppose des méthodes de collecte et de validation de données rigoureuses, mais cela exige aussi l'appropriation de méthodes statistiques de traitement qui soient en mesure d'exploiter un nombre conséquent de variables pour des populations faibles (nombre réduit de territoires) ou importantes (établissements) et ce, quelle que soit la dépendance entre variables.

L'ensemble de résultats doit aboutir à la qualification/disqualification des différents facteurs et à une catégorisation fine des structures afin de leur associer une série réduite de préconisations.

La troisième partie nous permettra de décrire la matière et la méthode. Tout en qualifiant les données à collecter, en nous assurant de la conformité des données collectées, nous décrirons en détail les procédures prévues et les procédures employées pour réunir puis traiter les données.

Le design de recherche prendra pour cette partie la forme présentée sur la page suivante.

Figure 17 : le design de recherche (partie 3)



TROISIEME PARTIE



Définition du contexte d'étude

Et du processus de recherche multi-niveaux

L'ambition de notre recherche exige de choisir un terrain suffisamment large (cf littérature sur les territoires infranationaux), comprenant des établissements et des employeurs/employé-es assez nombreux pour autoriser une analyse statistique globale, sur un espace géographique assez vaste pour ouvrir à des réflexions territorialisées.

Elle suppose aussi un secteur économique suffisamment dispersé géographiquement, regroupant un grand nombre de salarié-es aux métiers partagés dans un nombre significatif de structures pour légitimer une exploration multiniveau.

La question d'accès aux données est à ce titre prépondérante et conditionne la qualité de notre recherche.

L'intérêt montré par la CARSAT Aquitaine et AG2R-LA MONDIALE pour le projet nous a permis d'accéder dès la deuxième année à une base de données très précise et complète.

Ce soutien préalable s'est avéré aussi prépondérant à divers moments de la thèse, particulièrement dans les relations aux établissements et dans le nécessaire croisement de données aussi sensibles pour les structures que pour la CNIL.

Ce partenariat nous a aussi permis de dérouler comme prévu une méthodologie en trois phases successives, synthétisées dans le design de recherche, une première phase prenant les territoires comme population, la seconde s'intéressant aux établissements et la troisième interrogeant les employeurs et les employé-es.

Nous allons à présent vérifier successivement comment ces différents éléments répondent aux exigences de notre recherche. Nous n'éluderons pas les limites de l'exercice, ni les contraintes qui ont régulièrement questionné nos positions. Il a fallu naturellement réaménagé à plusieurs reprises nos procédures pour consolider nos résultats et les rendre compatibles avec nos objectifs.

Dans une première partie nous éprouverons le territoire proposé, puis nous explorerons la validité du secteur économique avant d'interroger les statut et métiers

des employé-es. Forts de ce premier balayage, nous nous assurerons que notre système à trois niveaux est bien en capacité de représenter les interactions que nous souhaitons mesurer dans notre thèse et testerons la qualité des données fournies.

Dans le même temps nous décrirons la méthode mise en œuvre pour collecter les données puis pour les traiter.

1. Niveau 1 : Des territoires d'analyse infranationaux



Le territoire de recherche n'a pas été choisi par le chercheur mais par les commanditaires sur la base politico-administrative dont nous avons largement évoqué les faiblesses dans la deuxième partie.

Forts des réflexions développées supra, tout en regrettant de ne pouvoir étendre notre thèse au territoire national, nous avons supposé avec [Gonzalez](#) & Quast ou [Otto](#) & al (cf supra) qu'un territoire infranational régional pouvait servir de base à ce type d'analyse.

Mais il faut aussi que ce territoire bénéficie « d'accommodements locaux » des politiques nationales (cf [Beauviala-Ripert](#) supra). De plus notre objectif étant de descendre jusqu'aux Zones d'Emploi et Aires d'Attraction des Villes, nous devons aussi vérifier ces attendus pour ces territoires.

Quelle que soit notre conclusion, nous confronterons nos résultats à plusieurs niveaux afin de les consolider.

Mais vérifions d'abord la pertinence du territoire régional.

1.1. La Région Aquitaine



Couverte par la CARSAT, notre partenaire principal, l'Aquitaine (avant réforme régionale) couvre cinq départements pour plus de trois millions trois cent mille habitants, soit un peu moins de cinq pour cent de la population française en 2017.

Démographiquement, elle présente une population suffisante pour satisfaire aux références citées dans la deuxième partie en perspective économique. L'Aquitaine se trouve en effet dans la moyenne des régions allemandes étudiées par [Otto](#) & al. (2011). Elle est aussi comparable en population avec une dizaine « d'entités fédératives » du Mexique (sur trente-deux) étudiées par [Gonzalez](#) & Quast (2010) ou avec la Norvège observée par [Askildsen](#) & al. (2005). Nous serons donc en mesure de vérifier leurs résultats sur notre territoire d'étude.

Concernant les variables spécifiées par [Nichols](#) dans la partie supra « la contribution de la théorie des organisations », *incertitude professionnelle*, *taux de chômage* et évolution du *marché du travail*, la littérature les applique régulièrement à des territoires similaires, nous autorisant par conséquent à faire de même sur l'Aquitaine.

Les variables citées par [Beauviala-Ripert](#) (1997), accommodements locaux des politiques d'emploi, dynamiques des acteurs locaux... sont, comme nous l'avons vu, davantage discutées par la littérature. Sont-elles applicables à tout territoire ou seulement à ceux disposant d'acteurs entreprenants et en réseau ? Ces caractéristiques sont-elles encore suffisamment vivaces pour contrebalancer la mondialisation et le détricotage des spécificités locales ?

Plusieurs points nous encouragent à juger cette représentation recevable pour la Région Aquitaine. Et son histoire plaide pour.

En préambule anecdotique, on peut rappeler que le nom « aquitania » apparaît dès le premier siècle de notre ère. Plus sérieusement, Avec des frontières mouvantes, l'Aquitaine va connaître une longue histoire propre, sous la forme d'un duché indépendant dès 671 puis comme partie d'un Royaume lui-aussi d'Aquitaine, rattaché durant près de deux cents ans au Royaume d'Angleterre.

Cette histoire spécifique, séparant politiquement ses habitants du reste de la métropole durant des siècles, a été longtemps porteuse d'une culture singulière et d'une organisation propre. Et c'est bien cette destinée particulière qui justifiera ses frontières économiques puis administratives tracées au vingtième siècle (cf [Thiesse](#), 2014).

En droite ligne de notre recherche, les programmes d'action régionale conçus en 1955 sont « établis en vue de promouvoir l'expansion économique et sociale des différentes régions et en particulier, de celles qui souffrent de sous-emploi et d'un développement économique insuffisant ».

Ces politiques sont appliquées aux territoires définis dans l'arrêté de novembre 1956 et transformés en 1960 en « circonscriptions d'action régionales ». Une parmi vingt-

une (sans Paris), l'Aquitaine se reconstitue alors comme regroupement de cinq départements, Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Basses-Pyrénées.

Ce sont donc bien des enjeux d'emploi et de développement qui forgent la réflexion régionale non seulement comme source d'un destin territorial mais aussi comme fondations de programmes pluriannuels spécifiques, eux-mêmes porteurs d'orientations économiques distinctes.

Avec ces frontières et une évolution propre, l'Aquitaine deviendra un établissement public en 1972 puis une collectivité territoriale dotée de personnalité juridique et d'autonomie budgétaire en 1982.

Au fil de ces étapes, ces circonscriptions infranationales vont être outillées d'institutions déconcentrées (Préfectures régionales, Cours Régionales des Comptes, Directions Interministérielles du Travail et de l'Emploi, Direction de l'Aménagement, Caisse régionale d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail, Agences Régionales de Santé...) ou décentralisées (Conseil Régionaux, Conseil Economique, Social et Environnemental Régional...) ainsi que d'acteurs qui vont se régionaliser pour servir d'interlocuteurs à ces institutions.

C'est le cas de Pôle Emploi dont les directions régionales vont progressivement s'équiper d'outils de collecte et de traitement d'information appliqués au niveau régional.

Forts de ces arguments, et sans nier « l'effilochage » du tissu local sous les coups de la financiarisation et de la mondialisation (cf [Amin](#) supra), nous considérerons la région Aquitaine comme territoire satisfaisant aux conditions de [Beauviala-Ripert](#) et testerons donc nos hypothèses sur l'accident du travail.

1.2. Les Zones d'Emploi



Espaces sélectionnés supra comme les mieux adaptés aux attendus de la géographie du travail, ils présentent davantage de faiblesses que la Région qui les contient.

Quoiqu'à notre connaissance aucun auteur n'ait tenté d'appliquer les mécanismes décrits supra à des infra-territoires des régions, nous allons tenter de montrer ici la pertinence de ce niveau d'analyse dans une comparaison systémique.

Tout d'abord, la création même de ces zonages par l'INSEE semble nous donner raison.

Définis par l'INSEE comme des espaces géographiques « à l'intérieur desquels des actifs résident et travaillent », ils servent bien de cadres à des taux de chômage localisés dont l'hétérogénéité trouve ses causes dans un tissu économique, un réseau d'organismes de formation, et par conséquent un marché du travail propre à chaque Zone. La faible mobilité de la population active (cf supra) plaide aussi dans ce sens.

C'est en tous cas cette réflexion qui justifie l'existence à cette échelle de territoire de politiques économiques, d'emploi ou de soutien à la production.

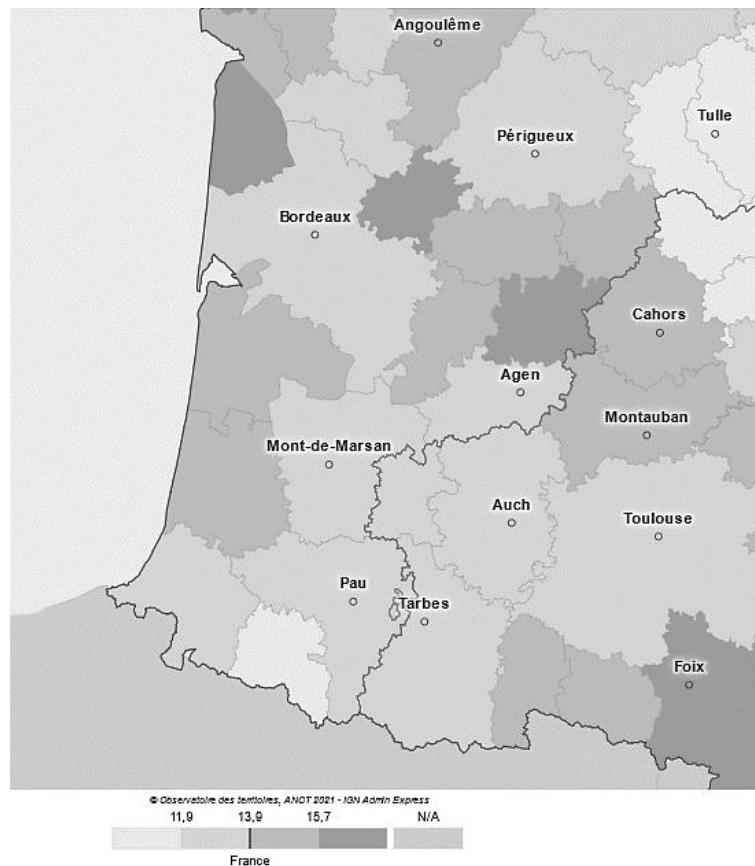
Les mise en réseaux par district, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences Territorialisée s'appuient aussi sur cette logique et les effets positifs décrits supra sur les espaces les plus avancés étayent pour de nombreux auteurs la pertinence de ces territoires.

Comme nous l'avons rappelé dans le chapitre concerné, les mêmes auteurs concèdent que ces mécanismes ne paraissent actifs que sur une partie des zonages. Il nous faudra donc rester très prudents sur les résultats de nos explorations.

Plus concrètement, pour l'Aquitaine, l'INSEE délimite en 2010 quinze Zones d'Emploi (redéfinies en 2020) dont il synthétise les caractéristiques économiques en 2012 puis en 2017 en partenariat avec Pôle Emploi, la Direction Régionale de l'Emploi (DIRECCTE), la Région Aquitaine et la préfecture régionale.

Ces périmètres permettent de mesurer des taux d'activité de la population, ou des taux de chômage localisés.

Figure 18 : Taux de chômage des 15-64 ans par Zone d'Emploi en Aquitaine (INSEE, 2017)



Elle permet aussi une classification des zones selon l'activité économique prédominante.

Selon cette typologie, conçue par l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Ile-de-France (IAU-IdF) à partir de quatorze indicateurs couvrant la structure de l'appareil productif, les caractéristiques de l'offre de travail et la démographie, l'Aquitaine comprend deux Zones « à orientation touristique » (Sarlat-la-Canéda et La-Teste-de-Buch), six « agricoles peu denses » (Pauillac, Libourne, Bergerac, Marmande, Villeneuve-sur-Lot et Oloron-Sainte-Marie) cinq « à dominante tertiaire public » (Périgueux, Agen, Mont-de-Marsan, Dax et Bayonne) une « tertiaire peu spécialisée » (Pau) et une « dense avec surreprésentation de cadres » (Bordeaux).

Ces spécificités, trop peu nombreuses pour générer une analyse statistique, pourraient affiner notre réflexion et servir de base à une analyse nationale.

1.3. Les Aires d'Attractivité des Villes

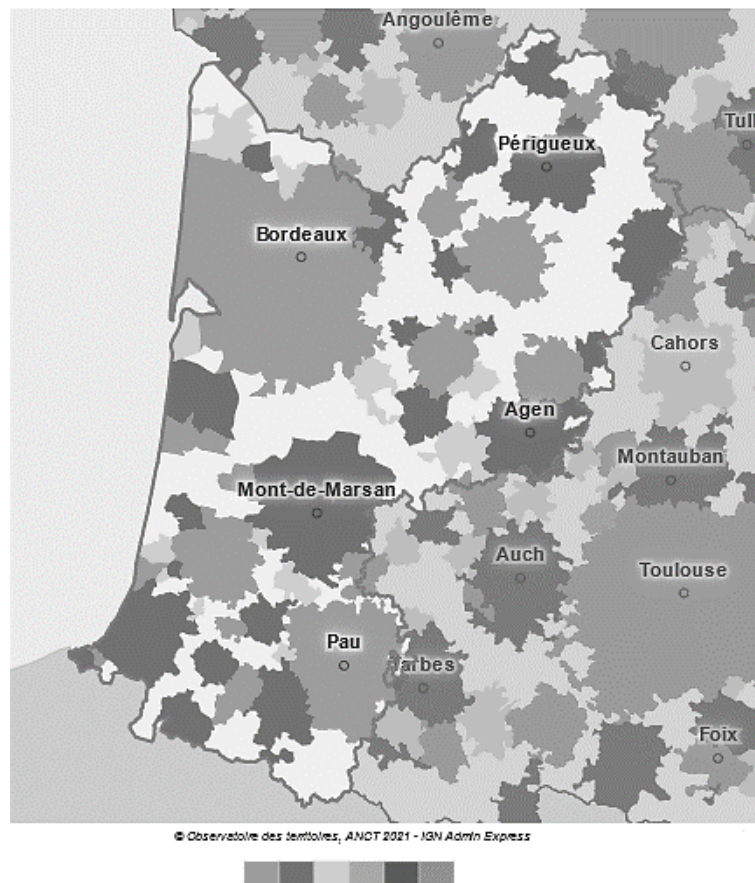


Second territoire privilégié pour notre thèse, les Aires d'Attractivité des Villes succèdent aux Aires Urbaines en 2010. Pour rappel, elles se composent d'un pôle, défini par sa densité démographique et des seuils de population et d'emploi, et d'une couronne des communes dont au moins 15% des actifs travaillent dans le pôle.

Comme nous l'avons vu supra, ce découpage territorial autorise des analyses plus localisées des marchés du travail, surtout en milieu rural. En polarisant données de sinistralité et variables économiques, il peut préciser les résultats des Zones d'Emploi.

Figure 19 : Les Aires d'Attractivité des Villes en Aquitaine

Périmètre des aires d'attraction des villes 2020 - Source : Insee, 2020, COG202



De même que pour les Zones d'Emploi, cette territorialisation n'a pas été validée par la littérature et nous incite donc à la prudence quant aux résultats obtenus.

Concernant les Aires, l'Aquitaine en comprend cinquante-sept, hébergeant de quelques milliers à plus d'un million trois cent mille habitants. Une « aire » particulière regroupe les communes qui ne sont soumises à aucune attraction de ville. Cette « aire », dispersée, héberge un peu moins de 10% des établissements et moins de 3% du personnel ciblé. Elle devrait donc affecter faiblement nos résultats. Comme pour les Zones d'Emploi, l'INSEE génère pour ces territoires des taux de population active et de chômage :

Figure 20 : Le taux de chômage par Aire d'Attractivité des Villes en Aquitaine



En reprenant nos raisonnements concernant les Zones d'Emploi, nous considérerons que dès lors que ce zonage est porteur de mesures locales d'emploi et de formation, il peut être terrain d'investigation en termes de sinistralité.

Conscients du manque de littérature à ce sujet, nous testerons à ce niveau de territoire les mêmes relations que pour les Zones d'Emploi entre variables économiques et sinistralité, et comme pour celles-ci, nous resterons prudents sur les résultats.

Il faut aussi nous assurer que cette seconde découpe du territoire apporte des informations distinctes de la première. Une comparaison des Zones d'Emploi avec les Aires d'Attractivité des Villes montre que 763 structures, soit 68% de la base, ont en commun Zone d'Emploi et Aire d'Attractivité des Villes.

Ce n'est pas le cas pour 236 établissements, soit 21% de la base. 43% de ceux-ci, soit 9% de l'ensemble, quoiqu'affectés à une Zone d'Emploi, sont situés sur des « communes hors attraction » des villes. Quant aux autres, ils sont localisés dans les zonages de communes moyennes.

L'intérêt particulier concernant les Aires d'Attraction des Villes est d'atteindre des variables (indice de Gini, intervalle entre les déciles de revenus...) de nature différente de celles dont nous disposons pour les Zones d'Emploi et de disposer de catégories selon leur population, permettant peut-être de mettre à jour des spécificités dont nous observons l'existence pour les territoires intermédiaires (centres-bourgs, petites villes).

Territoire défini tardivement, il ne pourra être totalement superposé aux précédents mais il pourrait éclairer le lien entre services à la population et sinistralité.

C'est aussi ce territoire qui nous sert de référence à la géographie de la santé et aux résultats de [Rican](#), en utilisant la *catégorie de population* comme proxy de concentration des réseaux de prévention, d'éducation et de soins.

Nous préférons ce proxy à la densité de population, indicateur pourtant très couramment utilisé mais qui peut s'avérer très imparfait du fait de la superficie variable des communes. Il est trompeur car faible lorsque l'habitat est très regroupé dans une commune étendue et fort quand la population est très dispersée dans une commune de petite superficie.

A l'opposé si les tranches de population donnent une information faible elles restent très sûres et permettent des comparaisons simples.

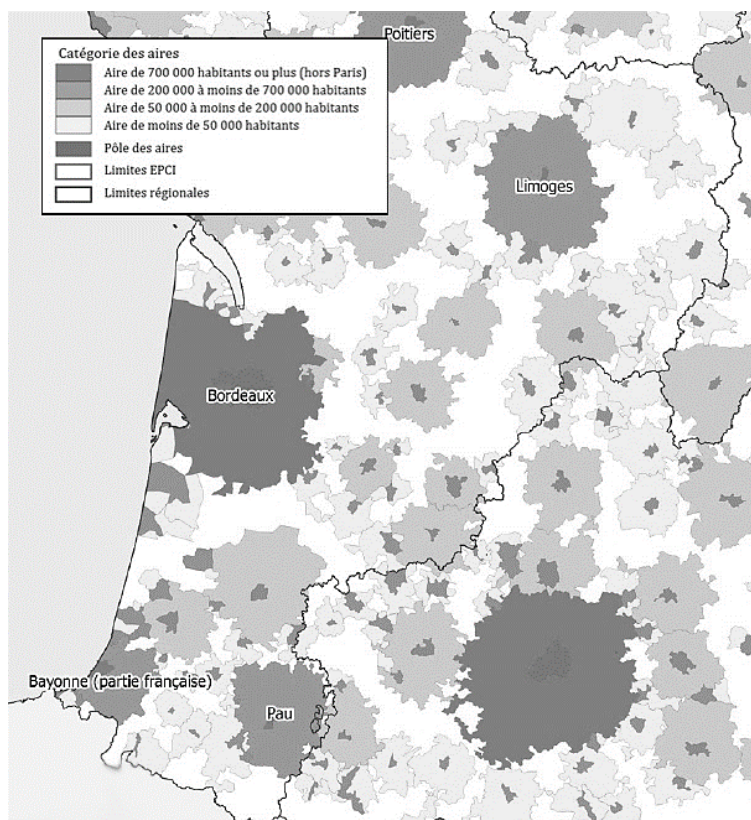
L'INSEE utilise deux grilles de cotation de la population par Aire d'Attraction des Villes.

Tableau 10 : Typologie des AAV en fonction des tranches de population

| code | libelle 20171 | code | libelle 20172 |
|------|--|------|--|
| 0 | Commune hors attraction des villes | 00 | Commune hors attraction des villes |
| 1 | Aire de moins de 10 000 à 50 000 habitants | 11 | Aire de moins de 10 000 habitants |
| 2 | Aire de 50 000 à moins de 200 000 habitants | 12 | Aire de 10 000 à moins de 20 000 habitants |
| 3 | Aire de 200 000 à moins de 700 000 habitants | 13 | Aire de 20 000 à moins de 30 000 habitants |
| 4 | Aire de plus de 700 000 habitants | 14 | Aire de 30 000 à moins de 50 000 habitants |
| | | 21 | Aire de 50 000 à moins de 75 000 habitants |
| | | 22 | Aire de 75 000 à moins de 100 000 habitants |
| | | 23 | Aire de 100 000 à moins de 125 000 habitants |
| | | 24 | Aire de 125 000 à moins de 150 000 habitants |
| | | 25 | Aire de 150 000 à moins de 200 000 habitants |
| | | 31 | Aire de 200 000 à moins de 300 000 habitants |
| | | 32 | Aire de 300 000 à moins de 400 000 habitants |
| | | 33 | Aire de 400 000 à moins de 500 000 habitants |
| | | 34 | Aire de 500 000 à moins de 700 000 habitants |
| | | 41 | Aire de 700 000 à moins de 1 000 000 d'habitants |
| | | 42 | Aire de 1 000 000 d'habitants ou plus (hors Paris) |
| | | 50 | Aire de Paris |

Pour ces grilles, l'Aquitaine comprend une seule AAV en tranche 4 (et 42), Bordeaux, deux AAV en tranche 3 (et 31), Pau et Bayonne, neuf AAV en tranche 2 (réparties entre 21 et 24), et trente-huit AAV en tranche 1 (réparties entre 11 et 14).

Figure 21 : La densité démographique en Aquitaine



La carte correspondante fait état à la fois d'une grande hétérogénéité des communes mais aussi d'une distribution cohérente de la population autour des agglomérations et suivant les voies de communication routières et fluviales.

Nous vérifierons si les thèses de la géographie de la santé concernent aussi la sinistralité, tout en gardant là aussi la plus grande prudence.

Après avoir éprouvé la pertinence des territoires d'étude tout en questionnant leurs limites il s'agit à présent de tester si les secteurs d'activité choisis sont appropriés à la représentation recherchée en termes d'établissements, de métiers et de personnel.

2. Niveau 2 : Les établissements



Si nous avons choisi comme terrain de recherche les activités sanitaire, médico-sociale et d'aide à domicile du fait de leur situation particulière en termes de sinistralité, il est à présent nécessaire de vérifier qu'ils répondent bien aux conditions de recherche fixées dans la partie épistémologique.

Il faut également nous assurer que les sources d'information à notre disposition sont exploitables et en adéquation avec nos exigences scientifiques.

2.1 La représentativité des employé-es



En termes de variable dépendante, le meilleur observateur de la sinistralité pour les contrats de droit privé est la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Comme nous l'avons déjà indiqué, tout employeur, privé ou public, constatant l'accident du travail d'un contractuel doit par décret du 21 décembre 1985 le signaler dans les quarante-huit heures à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont il dépend.

Les données sociales, quant à elles, (nombre d'employé-es, durée et nature des contrats, journées d'arrêt du travail...), sont produites de même par chaque employeur tous les ans et transmises à l'URSSAF de son territoire. Elles prenaient jusqu'en 2017 la forme de la Déclaration Annuelle de Données Sociales (DADS), document utilisé aussi depuis 2009 dans les trois fonctions publiques (d'Etat, territoriale et hospitalière). A partir de 2017, les DADS ont été progressivement remplacées pour le secteur privé par les Déclarations Sociales Nominatives (DSN), qui agrègent aux DADS d'autres données comme celles des travailleurs handicapés, et modifient à la marge les données d'accidents du travail.

Le passage de DADS à DSN a été appliqué à 75% des employeurs privés en 2017, 99% en 2018. Une analyse des données jusqu'en 2016 assure donc une stabilité des données analysées.

Ces deux types de données (sociales et de sinistralité) sont compilées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) pour les travailleurs

du régime général et transmises par elle à neuf Comités Techniques Nationaux (CTN) selon l'activité principale déclarée par l'employeur.

Notre première approche des secteurs en termes d'accidents du travail a été naturellement influencée par ces CTN, institutions spécialisées sur le sujet.

Ces organismes paritaires déjà cités dans l'introduction, ont été fondés par le décret du 22 décembre 2000 comme organismes de conseil auprès de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS. Ils déterminent le contenu des codes risques (dont nous allons expliquer le fonctionnement), les modifient si nécessaire puis produisent chaque année des synthèses d'évolution de la sinistralité par activité, ou plutôt par groupe d'activités.

Après les avoir territorialisées, ils mettent les données à disposition de chaque Caisse Régionale d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail (dont celle d'Aquitaine) qui les ouvre, à la demande, à des outils d'open-data.

Cette source, accessible, nous est apparue d'emblée comme la plus adaptée, d'autant que, comme nous l'avons déjà indiqué supra, elle est considérée comme l'une des meilleures sources internationales de données sur l'accident de travail.

Plusieurs biais semblent néanmoins se glisser dans cette base de données, nous imposant une analyse poussée de sa constitution.

Un premier biais apparaît dans la prise en compte des seuls contrats de droit privé. Comment analyser les mécanismes organisationnels de ces secteurs d'activité sans disposer des mesures de sinistralité des fonctionnaires et autres stagiaires de la fonction publique ?

En fait, la déclaration d'accident les concernant doit depuis la circulaire du 5 mars 2012 être faite auprès du Fonds National de Prévention (FNP), qui ne produit pas de synthèse aussi détaillée que la CNAMTS. Il est notable que beaucoup d'organisations publiques ont même leur propre dispositif de collecte et de statistiques, rendant la base du FNP pour les contrats de droit public moins fiable que celle du régime général.

Afin d'évaluer l'impact potentiel de ce biais sur notre recherche, nous nous appuyerons sur le Rapport annuel sur l'état de la fonction publique publié par la Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique en 2019 et revenant sur les dix années précédentes.

Premier point intéressant, ce rapport fait état d'une proportion élevée de contractuels dans les trois fonctions publiques, d'Etat, Hospitalière et Territoriale, respectivement 20%, 23% et 26%, proportion stable jusqu'en 2016. Et toute déclaration d'accident atteignant ces employé-es reste collectée par le régime général, et suit donc le cheminement analysé ci-dessus.

Si l'on regarde par filière, la proportion dans les hôpitaux est similaire pour le personnel soignant et non soignant (19,5%) et un peu plus élevé pour le personnel socio-éducatif (25,3%) et le personnel technique et ouvrier (28%).

Dans la Fonction Publique Territoriale (qui concerne une partie du médicosocial), le pourcentage de contractuels est nettement supérieur pour les employé-es d'établissements d'hébergement de personnes âgées (31,8%), ou médico-techniques (34%) et un peu au-dessous de la proportion moyenne pour les métiers sociaux et médico-sociaux (un peu plus de 24%).

Nous en déduisons que les données touchant les contrats privés dans ces secteurs représentent des proportions élevées d'employé-es (entre un tiers et un cinquième) et surtout que cette proportion est très stable dans le temps et assez homogène entre activités puisqu'elle oscille entre plus et moins sept points par rapport à la proportion moyenne.

Second point positif, 60% de ces contractuels sont toujours dans la Fonction Publique six ans plus tard et la moitié d'entre eux sont devenus fonctionnaires, d'où l'on peut inférer une relative continuité entre contractuels et fonctionnaires en termes de fonctions et de caractéristiques individuelles.

Troisième point favorable, les proportions de femmes et de *temps partiel* sont comparables entre contractuels et fonctionnaires et ne devraient donc pas impacter nos résultats sur le *genre* ou le *temps hebdomadaire de travail*.

Dernier point positif, les *métiers* les plus concernés par les contrats de droit privé sont aussi les *métiers* les plus touchés par les accidents du travail, infirmier-es et aides-soignant-es, déclarés comme les plus risqués par près de 90% des établissements.

Ces différents points nous permettent à ce stade de considérer les chiffres de la CNAMTS comme indicatifs de l'ensemble du personnel de ces secteurs, que les établissements soient privés ou publics.

Néanmoins, trois éléments viennent nuancer cette affirmation.

L'âge des contractuels présente une nette différence avec celui des fonctionnaires. Alors que 19% des contractuels ont moins de vingt-cinq ans, 1% des fonctionnaires sont dans cette tranche d'âge. De même 40,2% des fonctionnaires ont cinquante ans ou plus alors que seulement 19,5% de contractuels sont dans la même situation. Deuxième différence, le statut est inférieur pour les contractuels, puisque seuls 22% sont de catégorie A (cadres supérieurs) contre 35% des fonctionnaires.

Enfin, si l'on considère *l'incertitude professionnelle*, elle est à l'évidence plus élevée pour les contractuels (dont la moitié quittera le secteur) que pour les fonctionnaires.

Au regard des éléments de similitude vus supra, ces trois points nous paraissent mineurs, *l'âge* pesant moins que *l'ancienneté*, *l'incertitude* devrait être faible (comme nous l'observerons dans nos résultats) et le statut ayant comme nous venons de le constater un impact limité sur les tâches (qui restent les mêmes).

Le type de *contrat* étant de nature à augmenter le risque d'accident (cf 2^{ème} partie), ces différences nous enjoignent à considérer les chiffres de sinistralité de l'ensemble du personnel de ces établissements comme potentiellement moins élevés que ceux des seuls contractuels.

Au final, cet examen approfondi nous conduit à considérer les bases de données des CARSAT comme très satisfaisantes pour notre recherche, et ce, pour l'ensemble des établissements des secteurs d'activité considérés, qu'ils ressortissent du secteur public ou du secteur privé.

2.2 La délimitation des secteurs d'activité



Comme nous l'avons précisé dans notre introduction générale, les indices de fréquence et d'évolution de la sinistralité dans l'hébergement des personnes âgées et l'aide à domicile nous encouragent à faire de ces activités notre principal terrain de recherche.

Comme nous l'avons aussi développé, la très grande proximité de ces secteurs avec les activités hospitalières en termes de métiers, de tâches réalisées et de risques encourus nous pousse à les adjoindre à notre panel. Même si les activités hospitalières présentent des indices de fréquence plus proches de la moyenne nationale toutes activités confondues, la croissance de leur sinistralité à contrecourant de l'évolution générale plaide dans ce sens.

Il faut à présent déterminer le meilleur mode de catégorisation des établissements pour produire une base de données pertinente. La logique voudrait que nous nous appuyions sur les codes risque, de nature à représenter au mieux la réalité de la sinistralité dans les structures.

La répartition des activités aux CTN, réalisée à l'aide des codes risques et non des codes NAF, pourrait être la bonne clé d'entrée dans cette nomenclature puisqu'on attend que les activités (selon leur code NAF) soient rattachées à un CTN précis en fonction des risques observés, chutes, TMS ou coupures, fractures...

Pourtant cette mécanique n'est pas respectée.

Les codes risques regroupent parfois des activités sans égard pour leur type de sinistralité, en se basant sur le seul libellé de l'activité économique, « services de nettoyage de locaux et d'objets divers », « services de soins privés médicaux exclusivement à domicile », ou, pour le CTN I (qui regroupe l'essentiel des activités qui nous intéressent), considérer le seul statut des salarié-es : « travail temporaire :

personnel paramédical », ou un intitulé générique, « service d'aide sociale à domicile » sans précisions sur l'objet des établissements, soutien administratif ou aide aux repas.

En fait, une rapide plongée dans l'histoire des codes risques et des Comités Techniques renvoie à deux sources bien distinctes.

La première est celle des sociétés de secours mutuel, liées originellement à des métiers dangereux (mineur, docker, marin-pêcheur...) qui ont engendré une forme de représentation syndicale catégorielle, encore présente dans l'organisation des CTN. Au fil des accidents se sont agrégés à ces métiers dangereux les métiers connexes (fonctions-support d'accueil, de comptabilité, d'encadrement), qui eux, sont dépourvus de risques physiques.

Le second mécanisme, pourtant issu du premier, est celui des assurances. Pour réduire la probabilité d'accidents, les sociétés d'assurance ont cherché à englober dans leurs contrats le plus d'employé-es sans risques autour d'emplois à risque élevé.

Cette logique, conçue dans l'intérêt des entreprises et des assureurs, a produit parfois des codes « risques » liés à une simple typologie des structures elles-mêmes, « cabinets dentaires » par exemple.

Les risques ne sont donc pas considérés selon les dommages ou leur probabilité d'advenir mais comme un caractère « naturalisé » de certaines tâches, activités ou établissements.

Conscients des faiblesses de cette typologie des risques, les décideurs des différents CTN ont fait évoluer le périmètre des codes risques (en 2015 notamment) et parfois transféré un code risque d'un CTN à un autre, mais sans modifier sur le fond cette organisation.

Pour se rapprocher davantage d'une réflexion par risque réel, les Caisses, à compter de 2013, ont détaillé le codage des déclarations, en listant les circonstances de l'accident selon quatre variables : l'activité physique réalisée au moment de l'accident, le type de déviation ([Kjellen](#) & Larsson, 1981) ayant provoqué l'accident, l'agent

matériel en cause (outil, véhicule...) et la modalité du contact (écrasement, brûlure, coupure...).

Mais outre les difficultés d'affecter tout accident à une de ces sous-catégories, les administrateurs des CTN reconnaissent que nombre de déclarations ne sont pas renseignées avec ce niveau de détail.

Cette revue critique des codes risques nous amène à conclure que ceux-ci présentent peu de valeur ajoutée par rapport aux codes NAF, qui facilitent au moins la catégorisation des établissements.

La nomenclature des codes risques ayant été arrêtée le 17 octobre 1995 comme une déclinaison des codes NAF, ces derniers doivent préserver l'essentiel de l'information. Quant aux risques réels, de fastidieuses énumérations fondées sur des déclarations incertaines sont régulièrement réalisées par les administrations sans éclairer beaucoup le débat.

Nous chercherons tout de même à garder le peu d'informations qu'apporte les codes risques en nous assurant du maximum de cohésion entre les deux codages.

Pour revenir à notre objet, la traduction en codes NAF des activités choisies donne la liste suivante :

Tableau 11 : code et libellé des activités sélectionnées

| Code NAF | Libellé |
|----------|---|
| 8710A | Hébergement médicalisé pour personnes âgées |
| 8730A | Hébergement social pour personnes âgées |
| 8810A | Aide à domicile |
| 8610Z | Activités hospitalières |
| 8899B | Action sociale sans hébergement n.c.a. |

Il n'est cependant pas possible de fonder notre recherche sur ceux-ci sans les avoir confrontés au prisme épistémologique de [Durkheim](#) : les codes NAF agrègent-ils bien

des individus (en l'occurrence des établissements) dont les caractères communs donnent lieu à des mesures comparables ? Et celles-ci sont-elles colligeables en bases de données cohérentes, « objets légitimes d'analyses statistiques » ?

Un petit retour par la codification NAF nous aidera à y répondre. Le code NAF ou APE (Activité Principale Exercée) est délivré à chaque entreprise lors de son immatriculation par l'INSEE. Il est déterminé à partir d'une nomenclature inscrite dans un processus international (la CITI) et révisée régulièrement.

Comme le dit l'acronyme APE, l'INSEE affecte à l'établissement le code qui lui paraît correspondre à son Activité Principale. Ainsi, l'employeur peut avoir d'autres activités, non exprimées par le code et il peut aussi être affecté par erreur à un code inadéquat.

Malgré cela, comme l'employeur peut demander une modification de ce code si celui-ci ne correspond pas à son activité principale et que la revue de littérature ne remet jamais en cause la qualité d'affectation des codes, nous considérerons le code NAF (APE) comme une bonne représentation de l'activité des entreprises.

Au surplus, comme nous l'exposerons ultérieurement, l'interrogation de 113 structures à des fins d'échantillonnage nous a amené à constater deux codages inadaptés soit 1,8% d'erreur. Bien que délicat à extrapoler à l'ensemble des établissements, ce sondage corrobore la grande fiabilité de ces catégories.

Parmi les codes qui nous intéressent, seul le code 8899B, « action sociale sans hébergement n.c.a. » sera à considérer avec précaution tant il regroupe d'activités différentes de l'aide à domicile. « N.C.A. » signifiant « Non Classé Ailleurs », ce code peut renvoyer à des activités variées de conseil conjugal, familial, administratif ou financier, mais aussi à des activités de bienfaisance historiquement rattachées au médico-social, aide aux chômeurs, aux sans-abri, aux réfugiés, aux immigrés, aux victimes de catastrophes. Beaucoup de ces structures ont donc partiellement ou totalement maille à partir avec l'aide à domicile mais elles peuvent aussi employer des professionnels de métiers très distincts de ceux qui nous occupent.

Quant aux autres codes NAF de notre recherche, ils se sont détachés des codes risques au fur et à mesure du développement du secteur, chacune des nomenclatures évoluant de son côté pour coller au mieux soit à l'activité soit aux risques. A titre d'exemple, le code NAF 8610Z Activités hospitalières est aujourd'hui associé à trois codes risques distincts, 851AD, 751BB et 751AE.

Cette évolution disjointe, même à la marge, des deux codages pourrait troubler la relation entre activité économique et analyse du risque.

Cherchant à préserver autant que possible la liaison entre les deux condifications, nous constatons avec étonnement que le personnel relevant d'un code NAF peut être affecté à plusieurs CTN, remettant en question les indicateurs de sinistralité présentés sur le [tableau 3](#) page 15.

Afin d'éclaircir ce point, nous révisons ce tableau en y intégrant les employé-es comptabilisés au CTN H, et en produisant des indices de fréquence et de gravité pondérés par le nombre d'employé-es affecté-es à chaque CTN. Le tableau devient :

Tableau 12 : Indices de fréquence et de gravité 2017 par Code NAF des CTN H & I

| Code NAF | Libellé | | Nb d'employé-es | Indice de Fréquence 2017 | Indice de Gravité 2017 |
|--------------|---|-------|-----------------|--------------------------|------------------------|
| 8610Z | Activités hospitalières | CTN H | 373 847 (55,8%) | 19,30 | 3,60 |
| | | CTN I | 274 335 (44,1%) | 48,10 | 11,10 |
| | | H + I | 648 182 (99,9%) | 31,49 | 6,77 |
| 8710A | Hébergement médicalisé pour personnes âgées | CTN H | 53 001 (25,0%) | 53,10 | 11,50 |
| | | CTN I | 149 659 (74,8%) | 112,20 | 23,20 |
| | | H + I | 202 660 (99,8%) | 96,74 | 20,14 |
| 8730A | Hébergement social pour personnes âgées | CTN H | 7 025 (12,4%) | 32,50 | 8,70 |
| | | CTN I | 42 352 (87,1%) | 104,60 | 21,60 |
| | | H + I | 49 377 (99,5%) | 94,34 | 19,76 |
| 8810A | Aide à domicile | CTN H | 9 934 (5,3%) | 50,90 | 28,00 |
| | | CTN I | 178 170 (94,6%) | 101,30 | 28,50 |
| | | H + I | 188 104 (99,9%) | 98,64 | 28,47 |
| 8899B | Action sociale sans hébergement n.c.a. | CTN H | 70 781 (38,6%) | 29,30 | 10,50 |
| | | CTN I | 120 315 (57,2%) | 36,50 | 13,10 |
| | | H + I | 191 096 (95,8%) | 33,83 | 12,14 |

Comme on le voit, les taux pondérés sont peu modifiés par l'adjonction au CTN I du CTN H et ne remettent pas en question nos premières observations. Par contre, nous constatons que les indices du CTN H sont très inférieurs au CTN I pour les activités hospitalières (19,30 pour 48,10), l'hébergement social médicalisé pour personnes âgées (respectivement 32,5 pour 104,6 et 53,1 pour 112,2) et l'Aide à Domicile (50,9 pour 101,3). De même les taux de gravité sont notablement inférieurs, autour du tiers pour les activités hospitalières (3,6 pour 11,1) et de la moitié pour l'hébergement social et médicalisé pour personnes âgées (respectivement 8,7 pour 21,6 et 11,5 pour 23,2).

Concernant la répartition des employé-es entre CTN, c'est essentiellement le code 8610Z « Activités hospitalières » qui pose question puisque 55,8% des employé-es sont intégrés au CTN H « Activités de services 1 » et 44,1% au CTN I « Activités de services 2 ».

En fait cette situation se clarifie en prenant connaissance de la réforme des codes risques touchant les CTN H et I en 2012 et synthétisée dans l'étude 2013-208-CTN I de la Direction des Risques Professionnels de la [CNAMTS](#) en septembre 2013.

La multiplication des services sociaux, publics et privés, a amené la CNAMTS à « éclater » trois codes risques, 751AD couvrant les « collectivités territoriales y compris les établissements publics », 851AA couvrant tous les « établissements de soins privés » et 853AA couvrant toute l'action sociale « sous toutes ses formes ».

En fait, pour analyser plus finement l'évolution de la sinistralité des collectivités locales (751BA), la CNAMTS a séparé les « établissements *publics* médico-sociaux » (751BB) et les « services extérieurs des administrations » (751AC).

De la même manière les « Etablissements de soins *privés* » (851AA) sont séparés entre « Etablissements de soins *privés* » (851AB), « Services de soins *privés* à domicile » (851AC) et divers autres codes regroupant un très petit nombre de salarié-es.

Quant à l'action sociale « sous toutes ses formes » (853AA) elle est fractionnée en « Services d'aide sociale à domicile » (853AB), « Accueil, hébergement en établissements pour personnes âgées » (853AC), et d'autres codes caractérisés par le public accueilli.

La raison sous-jacente apparaît rapidement évidente puisqu'elle touche au caractère *public* ou *privé* de l'établissement. Cette réforme va ainsi nous aider à définir plus précisément le statut des établissements et approcher l'activité réelle de ceux-ci.

2.3 Le statut public ou privé



Comme nous venons de le découvrir, certains des codes NAF sont réaffectés entre les deux CTN qui nous concernent selon une règle simple et cruciale pour notre recherche, la différence supposée de risque entre *public* et *privé*.

C'est ainsi que les établissements *publics* du CTN I sont transférés au CTN H. C'est le cas des codes 751BA, BB, AE ou AC qui regroupent des employé-es de l'Aide à domicile, de l'hébergement des personnes âgées ou des établissements de soins tous publics.

Les différences de sinistralité que nous avons constatées sur notre tableau pour les mêmes activités selon qu'elles étaient en CTN H ou CTN I reflètent donc le statut *public* ou *privé* de l'employeur. Les différences constatées entre les taux montrent bien que le secteur *public* présente des risques inférieurs à très inférieurs au secteur *privé*.

Cette observation, capitale, nous amènera comme la CNAMTS à préserver cette séparation des établissements entre *public* et *privé*.

Pour autant, si la réforme des codes NAF de 2012 considère mieux les activités réelles et distingue secteur *public* et secteur *privé*, elle perturbe l'adéquation entre codes activités et codes risques. Pour pallier ce problème, la CARSAT regroupe les codes selon l'activité la plus importante, en préservant la distinction *Privé/Public*.

Elle crée ainsi une nouvelle typologie de sept activités, « Aide à Domicile *Privé* (ADP) », « Aide à Domicile *Public* (ADPP) », « Etablissements de Soins *Privés* (ESP) », « Etablissements de Soins *Publics* (ESPP) », « Hébergement *Privé* de personnes âgées (HP) », « Hébergement *Public* de personnes âgées (HPP) », « Soins à Domicile *Privé* (SDP) ».

A partir de ce codage, la CARSAT Aquitaine, peut fournir pour la région, sur la période située entre la réforme des codes NAF & celle des DADS (entre 2011 et 2016 inclus)

une base de données regroupant 1522 établissements répartis sur les codes NAF, Risque et CARSAT selon le tableau suivant.

Tableau 13 : Etablissements d'Aquitaine selon les codes APE, Risque, CARSAT, de 2011 à 2016

| Code CARSAT | ADP | ADPP | ESP | ESPP | HP | HPP | SDP | | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Total par Code CARSAT | 587 | 288 | 118 | 56 | 310 | 139 | 24 | | | | |
| Risque APE | 751AE | 751BA | 751BB | 851AD | 851AC | 851GA | 853AB | 853AC | 853AD | 853BA | Total par code APE |
| 8610Z | 44 | | 12 | 118 | | | | | | | 174 |
| 8710A | 3 | 33 | 85 | | | | | 228 | | | 349 |
| 8730A | | 12 | 6 | | | | | 82 | | | 100 |
| 8810A | | 28 | 22 | | 7 | 11 | 281 | 10 | 5 | 10 | 374 |
| 8899B | | 172 | 66 | | 1 | 5 | 45 | 2 | 54 | 180 | 525 |
| Total par Code Risque | 47 | 245 | 191 | 118 | 8 | 16 | 326 | 322 | 59 | 190 | 1522 |

Après avoir vérifié l'adéquation de ces catégories avec nos exigences, nous privilégierons cette typologie qui conserve l'information NAF tout en constituant des sous-populations *public/privé* en nombre suffisant pour autoriser un travail statistique.

Comme nous le constatons à partir du tableau, seul le code SDP reste délicat à traiter du fait du très petit nombre de structures qu'il regroupe.

A ce stade, et avant de poursuivre la vérification d'applicabilité de nos outils à cette population, nous ne pouvons que regretter que la CARSAT n'ait pas divisé le secteur *privé* entre *privé lucratif* et *privé non lucratif* (associations, fondations...), distinction dont nous avons vu l'importance dans la structuration du secteur et la différence en termes de valeurs portées.

Pour ne pas évacuer cette question, nous proposerons une méthode palliative de récupération de cette information dans la partie collecte de données.

Pour résumer, la catégorisation CARSAT a le grand mérite de regrouper tous les établissements à l'intersection d'un code risque et d'un code NAF et de rassembler ces groupes par activité et statut public ou privé (couleurs du tableau).

Les nombres de structures qui découlent de ce processus apparaissent statistiquement utilisables, avec des précautions à garder toutefois à propos des vingt-quatre services de soins à domicile privés et peut-être des cinquante-six établissements de soins publics.

Lorsque nous avons défini notre cadre épistémologique, nous avons posé comme condition d'application d'outils statistiques à nos données le préalable de [Durkheim](#). A ce titre, la stratification de la CARSAT définit-elle bien des regroupements d'individus (ici les établissements) dont les caractères communs autorisent la recherche de lois de probabilités ?

Nous avons dans les parties antérieures, à la fois rendu compte de la proximité de ces activités de par leur histoire, les métiers qui en composent la culture, mais aussi par les enjeux de sinistralité qui les traversent.

Pour autant, il reste nécessaire de s'assurer que les sous-groupes ainsi constitués présentent une proximité interne en termes de sinistralité et suffisamment de distance intergroupe pour rendre pertinentes nos analyses comparatives.

Les statistiques descriptives vont nous aider à sécuriser cette position. Mais avant de réaliser cette démarche, il nous faut extraire de la base de données les structures manifestement non-conformes à nos attentes.

2.4 Les structures impropres à la recherche



A l'évidence, notre base de données doit être expurgée tout d'abord des établissements sans aucune activité ou employé-e durant la période d'étude. Il paraît substantiellement sans fondement de chercher à expliquer l'absence d'accident d'une entreprise sans activité.

La question est plus difficile pour les structures ayant eu une activité mais n'ayant déclaré aucun accident durant ces sept années. Outre que certains chiffres pourraient être erronés et provenir d'une non-déclaration, les lois de probabilités que nous cherchons visent à déterminer les variables montrant une influence sur la sinistralité, relation observable uniquement sur une variable positive.

Le phénomène que nous étudions est en effet, tout comme le suicide de [Durkheim](#), existant ou non existant, et dénombrable uniquement dès lors qu'il est existant.

De l'absence du phénomène on ne peut présumer la non-influence d'une variable active par ailleurs ni d'ailleurs l'influence positive d'une autre variable. Il est mathématiquement impossible par les outils que nous souhaitons appliquer de prouver l'existence de facteurs de non-existence d'un phénomène. Nous pourrions à la limite supputer que les facteurs réduisant la sinistralité pourraient contribuer à la faire tendre vers zéro, mais sans pouvoir l'affirmer.

Notre choix de méthodologie nous impose donc de considérer l'absence d'accident non comme le premier terme d'une suite arithmétique de raison un mais comme l'absence du phénomène à observer.

Par suite, nous extrairons aussi de la base toutes les structures sans aucun accident déclaré durant la période d'étude.

En tout, 395 établissements correspondent à l'une au moins des catégories définies ici, 220 d'aide à domicile privés, 106 d'aide à domicile public, plus un petit nombre d'établissements des autres catégories.

Si l'on observe l'activité de ces structures sans accident, 79 structures n'ont eu aucune activité durant la période, 125 n'ont eu une activité qu'une année, 170 que deux années, 218 seulement trois années.

Forts de ce constat, nous dénombrons dans la base de données assainie 1127 établissements.

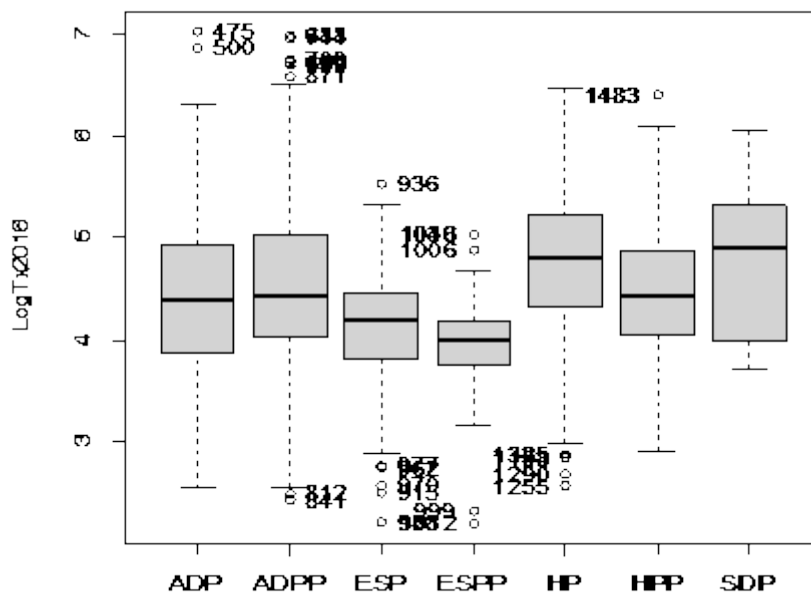
Si elle perd un peu moins de 26% des individus dont un peu plus d'un tiers des structures d'aide à domicile, elle est maintenant plus strictement en cohérence avec notre recherche.

2.5 La validation de la segmentation choisie



Il faut à présent vérifier la cohérence intra (proximité) et inter (distance) groupes des catégories choisies. Nous commencerons par une distribution des établissements selon la sinistralité et plus précisément le taux de fréquence 2016 (en logarithme).

Figure 22 : distribution des établissements (code CARSAT) selon leur taux de fréquence



Les box-plot montrent bien une distribution cohérente dont les médianes et quartiles distinguent nettement les sous-populations (à part une vingtaine de structures). Nous notons tout de même une faible différence entre aide à domicile privée et publique.

Afin de conforter notre position, nous décidons de procéder à un test d'indépendance entre ces sous-populations est réalisé à l'aide d'un test χ^2 avec la moyenne, au logarithme, du taux de fréquence de 2011 à 2016.

Tableau 14 : Test d'indépendance des sous-groupes par code CARSAT

| réel | Classes des logarithmes du Taux de fréquence moyen | | | | | | | | |
|------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Khi ² | [0, 1] | [1, 2] | [2, 3] | [3, 4] | [4, 5] | [5, 6] | [6, 7] | [7, 8] | Nb etbt |
| ADP | 0 | 7 | 28 | 131 | 179 | 19 | 2 | 1 | 367 |
| ADPP | 0 | 6 | 19 | 58 | 81 | 15 | 2 | 1 | 182 |
| ESP | 0 | 1 | 7 | 36 | 62 | 1 | 0 | 0 | 107 |
| ESPP | 0 | 0 | 1 | 15 | 27 | 0 | 0 | 0 | 43 |
| HP | 0 | 1 | 5 | 40 | 158 | 80 | 3 | 0 | 287 |
| HPP | 0 | 0 | 5 | 23 | 87 | 7 | 0 | 0 | 122 |
| SDP | 0 | 0 | 0 | 7 | 8 | 4 | 0 | 0 | 19 |
| | 0 | 15 | 65 | 310 | 602 | 126 | 7 | 2 | 1127 |

| théorique | Classes des logarithmes du Taux de fréquence moyen | | | | | | | | |
|------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Khi ² | [0, 1] | [1, 2] | [2, 3] | [3, 4] | [4, 5] | [5, 6] | [6, 7] | [7, 8] | Nb etbt |
| ADP | 0 | 4,9 | 21,2 | 100,9 | 196,0 | 41,0 | 2,3 | 0,7 | 367 |
| ADPP | 0 | 2,4 | 10,5 | 50,1 | 97,2 | 20,3 | 1,1 | 0,3 | 182 |
| ESP | 0 | 1,4 | 6,2 | 29,4 | 57,2 | 12,0 | 0,7 | 0,2 | 107 |
| ESPP | 0 | 0,6 | 2,5 | 11,8 | 23,0 | 4,8 | 0,3 | 0,1 | 43 |
| HP | 0 | 3,8 | 16,6 | 78,9 | 153,3 | 32,1 | 1,8 | 0,5 | 287 |
| HPP | 0 | 1,6 | 7,0 | 33,6 | 65,2 | 13,6 | 0,8 | 0,2 | 122 |
| SDP | 0 | 0,3 | 1,1 | 5,2 | 10,1 | 2,1 | 0,1 | 0,0 | 19 |
| | 0 | 15 | 65 | 310 | 602 | 126 | 7 | 2 | 1127 |

| Khi ² | Classes des logarithmes du Taux de fréquence moyen | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|
| sous-groupe Activité/statut | [0, 1] | [1, 2] | [2, 3] | [3, 4] | [4, 5] | [5, 6] | [6, 7] | [7, 8] | Khi ² / Ss-gr |
| ADP | 0 | 0,9 | 2,2 | 8,9 | 1,5 | 11,8 | 0,0 | 0,2 | 26 |
| ADPP | 0 | 5,3 | 6,9 | 1,3 | 2,7 | 1,4 | 0,7 | 1,4 | 20 |
| ESP | 0 | 0,1 | 0,1 | 1,5 | 0,4 | 10,0 | 0,7 | 0,2 | 13 |
| ESPP | 0 | 0,6 | 0,9 | 0,9 | 0,7 | 4,8 | 0,3 | 0,1 | 8 |
| HP | 0 | 2,1 | 8,1 | 19,2 | 0,1 | 71,5 | 0,8 | 0,5 | 102 |
| HPP | 0 | 1,6 | 0,6 | 3,3 | 7,3 | 3,2 | 0,8 | 0,2 | 17 |
| SDP | 0 | 0,3 | 1,1 | 0,6 | 0,5 | 1,7 | 0,1 | 0,0 | 4 |
| Khi ² total | 0 | 10,9 | 19,8 | 35,7 | 13,2 | 104,5 | 3,3 | 2,6 | 190 |

| Khi ² cibles | |
|----------------------------|----------------------------|
| 7 sous-groupes | |
| Khi ² 5% = 58,1 | Khi ² 1% = 66,2 |

p-valeur = 0,00

Après avoir confirmé par le Khi² l'indépendance des sept groupes, il nous semble indispensable de la vérifier si la distinction public/privé est significative pour chaque type d'activité.

Tableau 15 : Test d'indépendance de chaque activité selon le statut des établissements

| Khi ² | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|----------|-------------|----------------------------|
| sous-groupe Activité/statut | Khi ² /Ss-gr | Activité | Nb Etb | Khi ² /Activité |
| ADP | 26 | AD | 367 | 45 |
| ADPP | 20 | | 182 | |
| ESP | 13 | ES | 107 | 21 |
| ESPP | 8 | | 43 | |
| HP | 102 | H | 287 | 119 |
| HPP | 17 | | 122 | |
| SDP | 4 | | 19 | |
| Khi² total | 190 | | 1127 | |

| Khi ² cibles | |
|-------------------------|------|
| 2 sous-groupes | |
| Khi ² 5% | 14,1 |
| Khi ² 1% | 18,5 |

| p-valeurs | |
|-----------|--------|
| AD | 0,0000 |
| ES | 0,0017 |
| H | 0,0000 |

Ces trois tests montrent bien la pertinence de la classification choisie d'agréger les établissements selon le codage CARSAT distinguant les activités et le statut Privé/Public. Nous pouvons dès lors décrire chacun des sous-groupes.

2.6 La description de chaque groupe



Comme nous allons le détailler ici, chaque sous-groupe peut être identifié à la fois par ses mesures de sinistralité, en tant que variables dépendantes, et par ses mesures structurelles, comme variables indépendantes.

Tableau 16 : variables clé des sous-groupe CARSAT entre 2011 et 2016

| Activité statut | Effectif moyen | Evolution effectif | Nbre moyen heures travaillées/ Employé-e | Evolution nbre heures/ employé-e | Taux de fréquence moyen | Evolution taux de fréquence | Taux de gravité moyen | Evolution taux de gravité |
|-----------------|----------------|--------------------|--|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| ADP | 25,6 | 72% | 1662 | 1,9% | 74,9 | 23,5% | 2,9 | 486% |
| ADPP | 27,9 | 10% | 1146 | 18,0% | 90,6 | 13,1% | 2,5 | 195% |
| ESP | 138,1 | 4% | 1626 | -1,2% | 62,9 | 31,6% | 1,6 | 289% |
| ESPP | 419,9 | 20% | 1594 | -6,2% | 63,8 | 26,6% | 1,1 | 304% |
| HP | 37,2 | 16% | 1631 | -3,0% | 122,6 | 67,6% | 4,2 | 359% |
| HPP | 22,1 | 23% | 1528 | -4,0% | 82,8 | 22,5% | 1,8 | 695% |
| SDP | 20,1 | 20% | 1640 | 3,1% | 112,0 | -28,2% | 5,4 | 99% |

L'analyse du tableau montre de très fortes différences entre ces catégories, sur l'effectif moyen, sauf entre Aide à Domicile Privée (ADP) et Aide à Domicile Publique (ADPP), laissant augurer un impact fort de la taille sur la sinistralité.

Concernant l'évolution de l'effectif, la croissance moyenne tourne autour de 20% sur la période, soit près de 2% par an, à l'exception des Etablissements de Soins Privés (ESP) en faible croissance, et de l'Aide à Domicile qui augmente fortement dans le secteur privé et faiblement dans le secteur public. C'est sans doute ce qui explique pour ce dernier sous-groupe la croissance forte des heures travaillées par employé-e.

En ce qui concerne la sinistralité, les taux les plus forts sont concentrés dans l'Aide à Domicile Publique (ADPP), l'Hébergement Privé (HP) et les Soins à Domicile (SDP) avec une augmentation très forte de ceux-ci dans les deux premiers groupes.

Pour le taux de gravité, sa croissance est substantielle durant la période pour tous les groupes avec un pic pour l'Hébergement (HP & HPP) et l'Aide à Domicile Privée.

Ces données confortent nos choix précédents et laissent supposer entre ces groupes des différences de nature organisationnelle, structurelle, contextuelle ou individuelle et un possible lien entre celles-ci avec la sinistralité.

Quelques éléments supplémentaires pourraient s'avérer importants :

- Si l'on observe la situation de **l'Aide à Domicile Privée (ADP)**, un tiers des structures présente une moyenne de moins de dix employé-es, deux tiers de moins de vingt employé-es. Cette petite *taille*, analysée dans la partie une, pourrait être une des causes de la forte sinistralité de ces structures.

Sur leur évolution, il est notable que plus de 40% des établissements ont réduit leur personnel durant cette période pourtant de forte croissance, les deux tiers ont baissé très légèrement le *nombre d'heures (assez élevé) par employé-es* et la moitié a vu sa sinistralité baisser, quoique faiblement, laissant suspecter un lien possible entre *évolution de l'emploi et/ou de la charge de travail* et baisse de la sinistralité.

- Concernant l'**Aide à Domicile Publique** (ADPP), la concentration des emplois est beaucoup plus élevée que chez leurs homologues privés puisque la moitié de l'effectif total est employée par 10% des structures. L'autre particularité est le faible nombre *d'heures travaillées par employé-e*, très atypique dans ce secteur, symptôme d'un fort recours aux *temps partiels*, du moins pour les contrats privés.

Si l'effectif moyen (en emplois de droit privé) reste proche entre Aide à Domicile Privée (ADP) et Publique (ADPP), son évolution a été bien supérieure dans le privé. Les taux de fréquence et gravité, équivalents dans les deux groupes, ont très fortement augmenté dans le groupe privé, laissant imaginer un lien possible entre *croissance de l'activité* et croissance de la sinistralité.

Concernant toujours ces deux sous-groupes, on peut constater que le nombre moyen d'heures travaillées par employé-e est légèrement supérieur au *temps de travail* standard dans les structures privées et proches des deux-tiers temps dans le secteur public, questionnant le lien entre *temps partiel* et sinistralité (cf supra).

- Pour les **Etablissements de Soins Privés** (ESP), six structures emploient entre 500 et 1000 personnes alors que plus de 80% des établissements ont moins de 200 employé-es. La *charge de travail* apparaît élevée au moins en nombre d'heures par employé-e puisque la moitié déclare un temps moyen de travail de supérieur à très supérieur au temps légal. Pour autant les taux de sinistralité restent bas (dans la moyenne nationale de l'ensemble des employeurs de France), laissant augurer d'une décorrélation entre temps élevé de travail et sinistralité (cf supra paragraphe sur la charge de travail).

- La situation des **Etablissements de Soins Publics** (ESPP) présente une concentration encore supérieure puisque les deux tiers de l'effectif se trouvent employés dans 10% des structures mais cette situation est biaisée par la présence du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux qui occupe plus de 8 000 personnes en contrat de droit privé (pour 14 000 salariés par mois en 2020). Ici le nombre d'heures

de travail est proche du temps légal, mais la sinistralité quoique basse poursuit une hausse consistante.

- Pour l'**Hébergement Privé** (HP), il s'agit du sous-groupe qui souffre du taux de fréquence le plus élevé et du deuxième taux de gravité le plus haut. Et cette sinistralité a fortement crû durant cette période, faisant de cette activité la plus importante au regard de notre recherche et des préconisations qui pourront en découler.

- Si la situation en termes de *taille* ou de concentration de personnel est très similaire entre public et privé, l'**Hébergement Public** (HPP) se distingue par une sinistralité plus basse et en croissance moindre.

Comme l'**Aide à Domicile Privée** (ADP) et les **Soins à Domicile** (SDP) ces deux groupes présentent des *tailles* moyennes faibles, une forte *augmentation du personnel* et une sinistralité élevée.

- Les établissements de **Soins à Domicile** (SDP) enfin, sont, du fait de leur petit nombre et de leur hétérogénéité, assez difficiles à décrire en termes de profil. Si la plupart restent de petite *taille*, une structure emploie une centaine de personnes et la moitié présente des taux de fréquence (en baisse) et de gravité très élevés.

Après avoir construit la base d'étude des établissements, il nous faut définir les outils nécessaires à l'étude de la sinistralité au niveau des employeurs et employé-es.

3. Niveau 3 : Les employeurs/employé-es



Si la base de données de la CARSAT est l'outil adéquat pour analyser les variables structurelles des établissements, elle ne fournit pas les valeurs nécessaires à l'analyse des variables organisationnelles décrites en partie une.

Pour ce faire, il nous faut interroger les établissements eux-mêmes.

L'impossibilité matérielle et temporelle de questionner les 1127 structures nous amène à réfléchir à la constitution d'un échantillon représentatif et à collecter les données à partir d'un questionnaire aux employeurs et aux employé-es.

Nous rejetons d'emblée toute méthode aléatoire qui risque de générer un échantillon surreprésentant l'aide à domicile (49% de la base) regroupant un très grand nombre de petites structures alors qu'elles emploient seulement 23% de l'ensemble du personnel impliqué.

Nous décidons donc de construire un échantillon par stratification à partir des variables structurelles et environnementales potentiellement en lien avec la sinistralité. Ces strates nous serviront aussi à mettre en perspective les résultats des premier (territoires) et deuxième niveaux (établissements).

Parmi les variables possibles de stratification, la *taille* des établissements, présente dans la base de données de la CARSAT, nous interroge. Même si la littérature la présente comme un facteur indirect de sinistralité, elle pourrait n'influer que de manière marginale sur notre variable dépendante. Il nous faut éprouver cet impact avant de l'utiliser ou de la rejeter de notre stratification.

3.1 L'impact de la taille

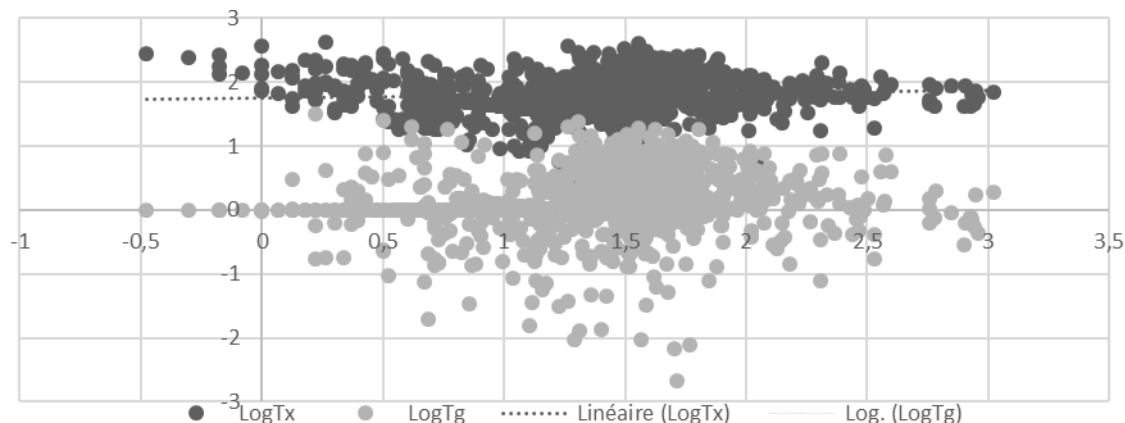


Afin de procéder à une vérification de la corrélation entre effectif et taux de fréquence puis entre effectif et taux de gravité, nous procéderons par étapes.

Après avoir calculé la moyenne des effectifs de chaque structure durant la période d'étude puis les taux de fréquence et gravité agrégés pour la totalité de la période, nous produisons le nuage de points de leur logarithme, et les droites de régression.

Celles-ci montrent une croissance légère pour le taux de fréquence, plus importante pour le taux de gravité en fonction du nombre moyen d'employé-es. La répartition des points laisse toutefois présager d'une faible prédictivité de cette équation.

Figure 23 : Taux de fréquence et de gravité selon l'effectif moyen de 2011 à 2016



Confrontés à cette tendance délicate à interpréter, nous décidons d'explorer plus avant les corrélations éventuelles entre variables à l'aide du coefficient de Spearman. Afin de s'assurer de la possible dépendance des taux avec l'effectif, nous reproduisons la démarche par activité, Aide à Domicile (AD), Etablissements de Soins (ES), Hébergement (H) puis par sous-groupe selon le statut privé ou public.

Tableau 17 : corrélations effectif moyen/taux de fréquence (de gravité) par activité

| Corrélations | Log Eff/ Log Tf | p-valeur | Log Eff/ Log Tg | p-valeur |
|---------------------------------------|--------------------|----------|----------------------|----------|
| Toutes structures | 0,27 | < 0,0001 | 0,25 | < 0,0001 |
| Aide à domicile (AD) | 0,02 | = 0,63 | 0,22 | < 0,0001 |
| Aide à domicile Privé (ADP) | 0,08 | = 0,15 | 0,20 | = 0,0005 |
| Aide à domicile Public (ADPP) | -0,25 | = 0,007 | 0,15 | = 0,09 |
| Etablissements de Soins (ES) | 0,1 | = 0,47 | 0,02 | = 0,79 |
| Etablissements de Soins Privé (ESP) | 0,24 | = 0,016 | 0,33 | = 0,002 |
| Etablissements de Soins Public (ESPP) | -0,22 | = 0,15 | -0,54 | = 0,0004 |
| Hébergement (H) | 0,42 | < 0,0001 | 0,38 | < 0,0001 |
| Hébergement Privé (HP) | 0,31 | < 0,0001 | 0,23 | = 0,0003 |
| Hébergement Public (HPP) | 0,40 | < 0,0001 | 0,27 | = 0,005 |
| Soins à domicile (SD) | | | effectif trop faible | |

La corrélation entre ces variables apparaît comme faible mais significative pour l'ensemble des structures. Une corrélation comparable se fait jour pour l'hébergement et pour les établissements de soins.

Considérant cette relation suffisamment prégnante pour ne pas la négliger, nous chercherons à la prendre en compte pour notre échantillonnage.

3.2 La matrice d'échantillonnage



A cette fin, les variables retenues pour la stratification sont la *localisation*, Zone d'Emploi et Aire d'Attraction des Villes (validées pour le premier niveau), la *taille* (dont la pertinence a été montrée au précédent paragraphe) en essayant de répartir les établissements entre premier, dernier quartile, et zone interquartile.

Selon Evrard, Y., [Pras](#), B. & al. (2009) cette stratification sera d'autant plus efficace que les strates sont homogènes par rapport aux variables étudiées, ce que nous avons montré supra.

Afin de faciliter une comparaison entre structures à sinistralité supérieure ou inférieure à la moyenne, une stratification supplémentaire est introduite, amenant une sélection d'établissements dont la sinistralité moyenne est nettement supérieure ou inférieure à la moyenne du groupe.

Sans cette stratification, pour atteindre une marge d'erreur de 5% à un niveau de confiance de 95% il nous fallait obtenir les réponses de plus de 280 répondants, soit, en considérant un taux de réponses de 25%, interroger la quasi-totalité de la base.

Avec la stratification, une centaine de structures suffit à représenter de manière satisfaisante les 1127 établissements de notre population.

Avant d'évaluer les biais possibles de l'échantillon construit, il est nécessaire de préciser que la base de données ne renseigne pas la localisation des Etablissements de Soins Publics. Ceux-ci ne pourront être échantillonnés que sur la taille et la sinistralité, positive ou négative.

A l'aide des différents critères de stratifications, une centaine de structures sont sélectionnées parmi les 1127. La levée de l'anonymat de cette extraction est demandée à la CARSAT et obtenue.

Une vérification est alors effectuée sur l'activité réelle de ces structures, amenant l'exclusion de deux établissements dont le codage NAF paraît erroné et dont l'activité n'est ni sanitaire ni médicosociale : un centre des Compagnons d'Emmaüs et une structure d'accompagnement des intermittents du spectacle.

L'analyse de l'échantillon constitué nous conduit à diverses remarques.

Concernant le zonage territorial, comme le montre [l'annexe 1](#), du fait de notre stratification par la localisation, si toutes les zones d'emplois sont représentées, les villes-centres des agglomérations, Pau, Bayonne et Bordeaux qui concentrent 59% de la totalité des établissements se trouvent sous-représentées par l'échantillon (respectivement cinq, six et quatre pour cent), alors que les zones moins dotées en établissements se trouvent surreprésentées par l'échantillon (entre neuf et trente pour cent). Cette distorsion de représentativité est là pour nous éviter d'avoir des zones non-représentées.

En ce qui concerne le niveau de sinistralité (cf [Annexe 1](#)), nous avons choisi de considérer le taux de fréquence et le taux de gravité agrégés de chaque sous-groupe pour positionner les structures en sinistralité forte ou faible.

Pour préciser, une structure sera considérée comme ayant une sinistralité forte (faible) si ses taux de fréquence et de gravité sont nettement supérieurs (inférieurs) aux taux agrégés de tous les établissements de la même activité (Aide à Domicile, Hébergement, Etablissements de Soins, Soins à Domicile) et de statut public ou privé.

Le second choix qui s'offre à nous est de considérer la sinistralité de l'établissement par rapport à la sinistralité agrégée de la totalité des structures quelle que soit l'activité et le statut.

Il nous paraît à ce stade utile de conserver les deux informations afin de mettre en regard les établissements à la sinistralité inférieure et supérieure à l'aune de la base entière mais aussi à celle de leurs pairs.

Il apparaît à l'analyse du tableau (cf [Annexe 2](#)) que 34 structures présentent une sinistralité systématiquement supérieure aux différentes moyennes et 31 montrent une sinistralité systématiquement inférieure.

18 ont un positionnement contradictoire selon que l'on considère le taux de fréquence ou le taux de gravité (l'un supérieur et l'autre inférieur) et pourraient servir de base à une réflexion sur les causes organisationnelles de gravité des blessures.

Les dernières disposent d'un seul taux dont la position est discordante avec les autres, ce taux étant la plupart du temps neutre. Elles paraissent de ce fait de peu d'intérêt dans notre réflexion.

Si l'on observe la sinistralité de l'échantillon à la mesure des taux globaux, 8 structures présentent des taux de fréquence au plus près de la moyenne alors que respectivement 48 et 44 établissements présentent des taux nettement supérieurs ou inférieurs à la moyenne.

Nous verrons au chapitre suivant combien il sera nécessaire de passer aux différents cribles les résultats obtenus, du fait du taux réel de répondants.

Enfin, dernier critère de stratification, les *Aires d'Attraction des Villes* sont représentées pour la plupart avec un faible nombre d'établissements. Deux *Aires* se trouvent renforcées par ce cadrage territorial, les « communes hors attraction des villes », territoire de grande ruralité, et les bourgs-centres dont nous verrons qu'ils peuvent être des zones de grande sinistralité.

Si chaque Aire n'est représentée que par une ou deux structures, et même si beaucoup ne sont pas représentées, ce zonage présente un nombre important de structures dans les zones rurales, assurant une observation correcte de cette partie du territoire mal approchée par les Zones d'Emploi.

Forts de ces premiers éléments, un questionnaire est conçu pour interroger les employeurs et employé-es des structures échantillonnées.

3.3 Le questionnaire



Afin d'ouvrir la possibilité de comparaison entre réponses des employeurs et réponses des employé-es il est décidé de construire un questionnaire en miroir, constitué des mêmes questions formulées différemment selon qu'elles sont dirigées vers l'employeur ou vers les employé-es, deuxième personne du pluriel pour les employé-es, troisième du pluriel pour questionner les employeurs sur leurs employé-es.

Naturellement, les variables exclusives à chaque fonction, *âge*, *ancienneté*, *statut* ou *métier* pour les employé-es, code NAF, *statut* social ou convention collective pour les employeurs seront uniquement présentes sur les questionnaires correspondants.

La recherche du maximum de robustesse dans la mesure des réponses nous conduit à choisir pour chaque variable des échelles testées au moins en anglais et le plus souvent en français (cf [Annexe 3](#)).

Seul le *locus de contrôle* est modifié suite à des échanges avec un groupe technique de prévention dans les secteurs concernés pour y adjoindre une sous-dimension que nous avons déjà évoquée supra, celle du *patient/bénéficiaire*, en conservant les modalités de questionnement des autres sous-dimensions afin de garder la cohérence de l'ensemble (cf [Annexe 4](#)).

En ce qui concerne les échelles de réponses, la majorité sont assorties d'échelles de [Likert](#) allant de « Pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Pour faciliter la comparaison entre les variables et bâtir un traitement quantitatif des réponses, toutes les questions sont construites avec cette même modalité de réponses.

Quant aux caractéristiques personnelles des employé-es, elles sont structurées à l'aide des catégories de l'INSEE et de la CNAMTS pour les *diplôme*, *âge*, *quotité de travail*, *type de contrat*, *ancienneté*, et de l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) pour la *santé perçue* (cf [Annexe 5](#)).

L'ensemble comprend donc 111 questions pour les employeurs et 119 pour les employé-es dont 103 communes (cf [Annexe 6](#)).

Le grand nombre de questions, nécessaire pour pouvoir mettre en regard les nombreuses variables sélectionnées en phase de revue de littérature, nous amène à organiser une procédure de collecte assez contraignante et nécessitant l'appui logistique de nos partenaires.

3.4 La collecte des données



Deux processus distincts sont mis en place, l'un pour les employeurs et l'autre pour les employé-es.

La campagne concernant les employeurs est prévue pour se dérouler entre avril et juin 2019. Un premier courrier signé conjointement par le laboratoire de recherche, la CARSAT Aquitaine et AG2R-LA MONDIALE est envoyé mi-avril à l'ensemble des structures échantillonnées pour les inviter à une réunion d'information et de réponse aux questionnaires dans les villes-préfectures (ou à proximité) des cinq départements d'Aquitaine : le 29 mai à Boé (en banlieue d'Agen), le 3 juin à Mont-de-Marsan, le 5 juin à Périgueux puis à Bordeaux, et enfin le 12 juin à Pau (cf [Annexe 7](#)).

Un questionnaire en ligne est créé sur Survey Monkey, pour permettre aux employeurs présents de répondre à l'aide de tablettes informatiques prêtées par l'Université, et aux employeurs absents de répondre depuis leur bureau (cf [Annexe 8](#)).

Deux documents sont produits pour communiquer sur le sujet de recherche, un document à destination des employeurs et un autre (très similaire) à destination des employé-es (cf [Annexe 9](#)). Ils encouragent les directions à participer à ce programme de recherche.

Il est important de mentionner que beaucoup de structures sont déjà engagées dans d'autres programmes de recherche sur les questions de santé et sécurité, certaines sont en cours de réorganisation interne, ou investies dans des plans divers de prévention, le plus souvent ergonomiques.

Relance après relance, 29 établissements répondent présents et permettent soit à leur direction soit au responsable prévention de répondre au questionnaire employeurs.

19 cadres assistent physiquement aux rencontres et bénéficient des échanges autour des variables sélectionnées et des enjeux de la recherche, les autres sont rencontrés directement dans leur établissement ou répondent après des entretiens téléphoniques.

Le discours restant le même, il ne nous apparaît pas de biais envisageable entre les modalités de réponses. Certains établissements sont représentés par plusieurs membres de la direction qui échangent avant de répondre aux questions sans que cela apparaisse là non plus comme un risque de biais.

Naturellement, ce taux de réponse, quoique très élevé, remet en cause l'échantillon dont la construction a été détaillée supra (cf [Annexe 10](#)).

Les Zones d'Emploi de Bergerac (7201), Libourne (7205), La Teste de Buch (7207), Bayonne (7212) et Oloron-Ste-Marie (7213) ne sont pas représentées. Les Aires d'Attraction des Villes de Bayonne (47), Bergerac (129), Villeneuve/Lot (154), Libourne (159), La Teste-de-Buch (211), Oloron-Ste-Marie (253), Biscarosse (266), Nérac (361), Montpon (377), La Réole (440), Mauléon (485), Soustou (497), Casteljaloux (519) et Salies-de-Béarn (594) ne le sont pas non plus.

En ce qui concerne la *taille*, les établissements d'Aide à Domicile Publics (ADPP) de moins de 37 employé-es sont absents ainsi que les Etablissements Publics de Soins (ESPP) de *taille* supérieure à 293 employé-es et les structures d'Hébergement Publics (HPP) de moins de 16 employé-es.

Comme on peut le voir, ce sont surtout les structures publiques qui se sont montrées moins empressées à répondre, peut-être du fait que la CARSAT ne collecte que les déclarations d'accident des contrats privés, minoritaires dans ces établissements.

Les autres variables de stratification (sinistralité supérieure ou inférieure, *taille* des établissements privés, communes hors attraction des villes, dix Zones d'Emploi sur

quinze) sont bien représentées mais l'absence d'une partie de l'échantillon nous contraint à revoir notre méthodologie d'analyse des réponses.

Comme nous l'avons précisé supra, nos résultats seront systématiquement testés et passés au tamis des résultats des autres niveaux avant d'en tirer des enseignements satisfaisants.

Du côté des employé-es, le même constat peut être tenu, car seules trois structures acceptent de diffuser le questionnaire correspondant de manière exhaustive : l'AAPAM, une structure de Soins à Domicile Privé (codé SDP), le Centre Hospitalier de Belvès (codé ESPP), et La SAFED24 ou Service d'Aide aux Familles en Difficultés de Périgueux (codée ADP).

En fait, après entretien, il apparaît que l'AAPAM, quoique catégorisée en SPD n'emploie que 42 personnes dans ce service de Soins pour plus de 600 dans l'Aide à Domicile. Il est donc possible voire souhaitable de l'affecter au sous-groupe Aide à Domicile Privé (ADP).

Engagée dans une démarche de prévention des risques, l'AAPAM décide de diffuser de manière systématique le questionnaire auprès de ses équipes et nous renvoie ainsi 323 questionnaires remplis dont 17 affectés au soin (SDP), 36 aux fonctions support (direction, ressources humaines, comptabilité, administration) et 270 à l'Aide à Domicile (ADP).

De son côté, le Centre Hospitalier de Belvès, situé dans la Zone d'Emploi de Sarlat-la-Canéda et codé comme Etablissement de Soins Public (ESPP), est aussi gestionnaire d'un EHPAD, codé en Hébergement Public (HPP). Il renvoie 61 questionnaires dont il est difficile de définir l'affectation. Nous la garderons donc en HPP.

La SAFED24 ou Service d'Aide aux Familles en Difficultés de Périgueux, est quant à elle codée en Aide à Domicile Privé (ADP). Elle complète 15 questionnaires.

Enfin, 81 questionnaires sont remplis grâce au lien Survey Monkey sans qu'il soit possible de les affecter spécifiquement à une structure.

Ce sont donc 480 questionnaires complétés par les employé-es qui s'offrent à notre analyse. Il est nécessaire de préciser que si le COVID n'a pas impacté la collecte des données auprès des employeurs, il a par contre stoppé brutalement une partie des procédures lancées par une dizaine d'établissements auprès de leurs employé-es.

Il nous faudra donc être très attentifs à l'interprétation des résultats de ces enquêtes.

Par précaution, nous utiliserons les seuls questionnaires AAPAM et Centre Hospitalier de Belvès pour comparer structures à sinistralité forte ou faible (384 répondants) et les mêmes questionnaires pour comparer les victimes d'accidents aux autres employé-es.

Afin de consolider nos résultats, après avoir comparé les résultats entre structures, il sera possible de confronter les mesures entre stratifications de notre échantillon, puis de mettre en regard les différents niveaux d'analyse. Aboutissement de notre méthode, ce dernier instrument, systémique, nous permettra de comparer l'effet de variables de nature très distincte, les unes attachées au contexte, les autres liées à la structure, les dernières à l'organisation ou même aux caractéristiques personnelles des employé-es.

4. Niveau systémique



L'enjeu essentiel de notre recherche visant à prendre en compte une vingtaine de facteurs potentiels de sinistralité afin d'en hiérarchiser les effets, l'objectif est ici de trouver les articulations en œuvre entre les trois niveaux du système, puis d'évaluer à partir des éléments communs aux différents niveaux le poids comparé des facteurs qui leur sont propres, enfin de confronter les variables de différents niveaux à la sinistralité finale.

4.1 L'intégration des trois niveaux



Le premier niveau, géographique, doit nous assurer une comparaison entre les environnements des établissements, pris tant du point de vue économique que démographique. Il doit ouvrir la voie à une pondération des taux de fréquence et de gravité par le territoire d'implantation des établissements.

Malgré l'usage récurrent de cette contextualisation dans les études sociologiques, elle est très rarement invoquée au sujet de l'accident du travail. Nous vérifierons s'il est pertinent d'intégrer la géographie dans l'étude de causalité des accidents du travail. Si c'est le cas, une modulation des politiques de prévention selon les territoires pourrait s'avérer justifiée.

Le second niveau, celui des établissements, se trouve en liaison avec le premier par le lieu d'implantation de la structure. Les relations entre variables structurelles synchroniques et diachroniques et sinistralité pourront être ajustées selon l'effet mesuré du territoire. Nous devrions ainsi être en mesure d'évaluer plus finement l'impact des seules caractéristiques structurelles sur la sinistralité.

Le troisième niveau, celui des employeurs/employé-es, dont l'échantillon avait été construit avec soin, imposera la mise en place d'une méthodologie adaptée aux réponses obtenues, tant elles diffèrent de cet échantillonnage prévu.

Les résultats obtenus à ce niveau devront être observés avec les vérifications nécessaires et confrontés aux autres résultats.

L'éventuelle inflexion de sinistralité due aux autres niveaux devra être évaluée et dans la mesure du possible corrigée afin d'observer l'effet des seules variables organisationnelles ou individuelles sur l'occurrence des accidents du travail.

4.2 Une ambition systémique



Alors que nous observons que la majorité des recherches réalisées sur ce même objet l'ont été pour une variable ou un petit nombre de facteurs, et ce dans un très petit nombre d'établissements, voire un seul service d'un seul établissement, nous ambitionnons de participer à la résolution de cet imbroglio de causes possibles de l'accident du travail, selon que l'on se situe au plus près de l'évènement ou au contraire à une distance plus grande.

En évacuant par hypothèse tout impact environnemental ou structurel, les auteurs de proximité prennent le risque d'une faible extrapolation de leurs résultats. En prenant trop de distance, certains écartent la possibilité d'une prévention gestionnaire. En éliminant les variables individuelles, par crainte de rendre responsables les employées, d'autres empêchent les prises de conscience personnelles. En limitant leur étude à une seule variable, d'aucuns s'exposent à en confirmer l'influence sans se prémunir de l'existence d'autres facteurs plus puissants. En cherchant à en saisir un grand nombre, quelques-uns aboutissent mécaniquement à affirmer l'influence de toutes et à décourager l'action managériale. En proposant un modèle intégrateur autour d'un concept-valise, *autonomie*, effort, *charge*, d'autres enfin plongent l'accident du travail dans un nuage d'interprétations flottantes selon le métier, l'établissement, l'activité...

Nous escomptons de notre étude qu'elle débrouille cet écheveau, ou du moins qu'elle dissolve quelques nuages.

Nous espérons que les mesures croisées de nombreuses variables nous aideront à en hiérarchiser l'effet, à faire émerger les plus puissantes, à éclipser les moins opérantes.

Nous ambitionnons d'observer conjointement toutes les causes démontrées ou suspectées de la sinistralité au travail pour dessiner autour de la sinistralité un faisceau réduit de causes de nature et d'effets différents.

Notre thèse doit nous amener à moduler ce faisceau selon le profil des établissements à accompagner le management dans la conception de politiques propres à chacun de ces profils.

La vision matricielle que nous proposons pourrait être en capacité d'autopsier la fabrique plurifactorielle de l'accident. Mais il faut pour cela des outils spécifiques, des processus d'analyse qui prennent en compte les limites des outils classiques, et s'adaptent à une vision systémique du phénomène.

4.3 Un outil statistique performant



Pour affronter cette ambition, de nombreuses questions de statistique se posent. La première intuition nous dirigerait vers la régression linéaire et les équations structurelles. Simple et classique pour la première, sophistiquée et respectable pour la seconde, elles séduisent par leur promesse d'évaluer l'influence de chaque variable sur la sinistralité sous forme de fonctions mathématiques du type « $y = \alpha x + \beta z + \dots + \gamma$ », débouchant sur des algorithmes simples, « si ceci croît, cela (dé)croît » et sur des préconisations aussi pratiques que « il faut donc augmenter l'autonomie ».

Pourtant ces techniques, apparemment adaptées, s'avèrent en fait très périlleuses et en partie incertaines.

Par leur forme, elles introduisent l'idée que chaque mouvement d'une ou de plusieurs variables engendre mécaniquement le mouvement de la variable dépendante. Elle part de l'hypothèse non exprimée qu'il existe toujours des fonctions linéaires suffisamment proches de la quasi-totalité des points pour en déterminer la position (comme Copernic en son temps pour diriger son télescope sur Pluton).

Pourtant ces méthodes traitent difficilement de plus de deux dimensions, renvoyant à des espaces de plus en plus complexes, elles empêchent de repérer des relations d'influence réelle mais non corrélée, elles peinent à dévoiler les effets de seuil.

Comme nous l'avons déjà écrit, ces méthodes aboutissent soit à affirmer l'impact d'un seul facteur, s'affranchissant des résultats positifs d'autres recherches, soit à arguer de la prégnance de très nombreuses covariables dont l'incidence est évaluée par un

coefficient équivoque, soit à fonder la causalité d'un groupe de variables, toutes interdépendantes.

Deux voies s'offrent pourtant aux chercheurs, celle, hégémonique, de construire une méthodologie « hypothesis-driven », orientée par les hypothèses posées au préalable et traduites par l'une des deux méthodes vues ci-dessus, soit l'option de bâtir une réflexion « data-driven », conduite par les données.

Tous nos prédécesseurs ont d'abord construit une compréhension de l'accident du travail avant de décrire un nombre réduit de facteurs possibles puis d'en vérifier l'impact sur le phénomène. Ce faisant, de manière insidieuse, ils initient un processus contraignant qui amène « naturellement » à négliger de nombreux facteurs possibles et à confirmer la présence de la fonction présumée au départ.

A l'opposé, comme le préconisent [Bougnères & Valleron \(2008\)](#) dans leurs travaux sur les facteurs très hétérogènes du diabète, les méthodes « data-driven » partent des données pour en déduire de la manière la moins contrainte possible des relations d'influence.

Dans notre situation, très similaire, alors que les facteurs démontrés d'accidents du travail sont pléthoriques, qu'ils proviennent de disciplines différentes, qu'ils ont été construits et observés par des outils dissemblables, qu'ils sont potentiellement interdépendants, ce mode d'approche pourrait effacer de nombreux obstacles.

Dans sa thèse d'épidémiologie et Sciences de l'information biomédicale, [Mansiaux \(2014\)](#) cherche à mesurer le risque d'infection par la grippe H1N1 en combinant de nombreux « facteurs biologiques, environnementaux, sociodémographiques et comportementaux » à partir d'un jeu de données conséquent puisqu'il comprend 1450 sujets caractérisés par plus de 300 variables.

Plutôt que de choisir un outil statistique dès le départ, [Mansiaux & Carrat \(2014\)](#) vont confronter un grand nombre de méthodes statistiques d'analyse des données, d'une part des méthodes de régression pénalisée ou non (hypothesis-driven), et d'autre part des méthodes de data-mining (data-driven), Régressions logistiques Univariées puis

Multivariées (RURM) et Least Absolute Shrinkage and Selection Operator (LASSO) avec sélection de covariables pour la première alternative, Forêts Aléatoires (FA) et Arbres de Régression (CART en anglais) pour la seconde. Pour élargir sa réflexion, il va d'ailleurs pousser l'exercice dans les deux voies par l'examen successif d'une dizaine de variantes de ces méthodes.

Afin d'établir la performance prédictive de celles-ci, il évalue les Taux de Vrais Positifs (TVP) et les taux de Faux Positifs (TFP) qui s'avèrent maximisés (pour le premier) et minimisés (pour le second) avec les méthodes de data-mining. Dans son cas, les arbres de régression atteignent un taux de 80% de Vrais Positifs et de seulement 4% de Faux Positifs. Les Forêts dépassent même de 5% le TVP des arbres.

Il faut toutefois préciser que le LASSO (hypothesis-driven) est très proche en performance mais qu'il exige de hiérarchiser à priori les variables pour en exclure (ou en ajouter) de nouvelles à chaque ajustement, contrainte que nous voulons éviter.

De même, les Modélisations Linéaires Hiérarchiques (MLH), largement utilisées dans les modèles multiniveaux imposent de nombreux choix successifs, posant des hypothèses multiples sur les liens entre variables ou entre individus.

Comme l'analyse [Bourbonnais](#) (2021) dans sa critique des modèles de régression : comment être certain d'avoir intégré à son modèle toutes les variables explicatives ? Et comment traiter de manière systématique toutes les combinaisons possibles de ces variables (1 048 775 combinaisons pour 20 variables) ? Enfin, il ajoute que les méthodes hypothesis-driven se heurtent à un effet rédhibitoire, l'instabilité d'estimation des coefficients des moindres carrés car de faibles fluctuations des données (pe quelques valeurs extrêmes) entraînent des fortes variations de leur valeur.

Ces critiques et le travail de fonds mené pas [Mansiaux](#) (2014) sur un sujet très proche de nos préoccupations nous encouragent donc au data-mining et à l'utilisation des arbres de régression.

Ceux-ci sont généralement attribués à [Morgan](#) & Sonquist (1963) qui cherchaient à intégrer dans leur modèle des variables numériques et non-numériques, indépendantes et dépendantes, et dont l'ordre d'introduction n'amène pas de perturbations du modèle.

En 1984, [Breiman](#) & Ihaka vont produire un « rapport technique » très précis qui servira de base à tous les travaux ultérieurs.

En plein développement dans les sciences biologiques et médicales, le data-mining peut prendre deux formes. Dans sa version non supervisée, il vise à diviser des groupes de données en « clusters » homogènes, groupes d'individus dont la distance euclidienne à l'intérieur du groupe est minimisée et la distance euclidienne entre groupes est maximisée (constitution de nuages). Naturellement ce processus peut être renouvelé à de multiples reprises jusqu'à la limite d'une distance intragroupe très proche des distances intergroupes.

Dans le cas d'une procédure supervisée, le jeu de données est divisé en deux groupes, le premier dont les données indépendantes et les données cibles sont connues sert de test de classification (en général 25% des individus), ce test étant ensuite appliqué aux données restantes (en général 75% des individus).

Dans le cas d'un jeu de données abondant (ce qui est notre cas pour les niveaux 2 et 3), la partition peut être réalisée en 3 groupes, 70% « d'apprentissage » sur lesquels différents modèles sont construits, 15% de « validation » pour sélectionner le modèle de prédictivité maximale et 15% de « test » pour vérifier la performance du modèle choisi sur des données non traitées.

C'est cette dernière option, très puissante, qui aura notre préférence.

Dans le cas d'un petit nombre d'individus (ce qui est notre lot pour le niveau 1 des territoires), il est possible de pratiquer une « cross-validation » entre sous-échantillons, chaque sous-groupe servant à son tour de base-test.

Une fois cette partition effectuée, unique contrainte du process, la construction des modèles alternatifs peut démarrer.

Au lieu d'être bâtis par proximité avec un centre progressivement estimé (à supposer qu'il existe), ils sont construits par séparations récursives des individus autour de droites qui maximisent l'éloignement des points. Ce dispositif dégage en fait les variables qui différencient le plus les individus au regard de la variable-cible, et ce, en fixant le seuil optimal de différenciation. Des groupes sont ainsi constitués puis divisés eux-mêmes en sous-groupes jusqu'à des « feuilles » définies par un nombre d'individus et la moyenne de la variable-cible pour ce dernier sous-groupe.

Ainsi au lieu de chercher inutilement à approcher une valeur calculée de la variable dépendante, les arbres délimitent progressivement des groupes homogènes en termes de variables indépendantes et de valeurs de la variable-cible.

Une dernière contrainte, faible, est à considérer. Il reste nécessaire de fixer le nombre plancher d'individus dans les groupes finaux (les « feuilles»). Cette décision qui peut être prise par tâtonnements successifs n'entraîne cependant que des effets marginaux puisqu'ils ne concernent qu'un faible nombre d'individus pour des variations souvent infimes de la variable-cible.

Un des intérêts majeurs de la méthode est qu'à chaque étape, l'ensemble des covariables sont évaluées, y compris celles déjà utilisées. Comme nous allons le découvrir, une seule variable à des seuils différents peut expliquer des différences importantes de sinistralité. Au final, il est donc possible pour chaque valeur terminale de la variable-cible de décrire le petit nombre de conditions qui l'expliquent.

Autre avantage majeur, les questions classiques en économétrie de corrélation partielle, de corrélation marginale d'une variable lorsqu'on retire les autres et plus encore de multicolinéarité sont indifférentes aux arbres de régression puisque deux variables interdépendantes peuvent être sollicitées à différents niveaux pour les partitions du groupe.

En bref, comme l'exprime [Chesneau](#) (2020) : les arbres de classification et régression (CART) ne s'intéressent qu'à hiérarchiser les relations entre variables sans chercher à les décrire, ne présument pas de structure de relation (linéaire ou non) entre les valeurs dépendantes et indépendantes. Ils ne se fondent pas sur des hypothèses mathématiques sous-jacentes (normalité ou autre), et ne sont influencés ni par d'éventuelles dépendances entre variables ni par la nature de celles-ci.

Il est nécessaire toutefois de mentionner que les arbres de régression peuvent présenter une relative instabilité s'ils sont complexes. Il sera donc indispensable de consolider les résultats par plusieurs voies, un retour permanent à la littérature, et dans notre modèle systémique à 3 niveaux, par une confrontation régulière aux autres niveaux d'observation.

Ainsi, nous utiliserons les arbres de deux manières distinctes, une première fois à chaque niveau pour hiérarchiser les variables afférentes à ce niveau, puis entre les variables influentes à deux ou trois niveaux distincts. En implémentant ce processus entre le niveau des territoires et celui des établissements puis entre le niveau des établissements et celui des employeurs/employé-es, nous serons en mesure de hiérarchiser l'ensemble des variables au niveau systémique.

En sus des arbres de régressions, nous serons amenés à utiliser d'autres techniques statistiques en fonction de la nature des résultats obtenus (diagrammes, calculs de moyennes, tests divers d'indépendance...). Comme ils ne présentent pas d'apports scientifiques en soi, nous les expliciterons au fur et à mesure de notre présentation.

Techniquement, nous utiliserons pour toutes les opérations complexes le logiciel « R » qui offre de nombreuses options. La partie data-mining sera réalisée à l'aide d'un mineur de données, « Rattle ». Ce logiciel libre, développé dans les années 2000, diffusé en 2013 et régulièrement mis à jour, propose de très nombreuses modalités d'analyse factorielles, classifications ou régressions, dont les arbres de régression qui nous intéressent ici.

Conclusion 3 : terrain tridimensionnel et méthode hybride

Après divers apports dans la deuxième partie, sous-dimension nouvelle pour le *locus de contrôle*, intégration des questions environnementales dans notre réflexion et surtout observation matricielle des facteurs potentiels de sinistralité, la troisième partie propose une rupture avec les paradigmes antérieurs sur plusieurs points.

De manière marginale sur les territoires, si l'analyse régionale est en phase avec de très nombreuses recherches, la tentative d'analyse d'un phénomène de gestion sur des territoires infrarégionaux reste rare. Il existe naturellement de nombreux travaux autour du développement endogène des clusters, districts et pôles de développement mais peu de travaux ont été menés sur tous les sous-territoires d'une région.

Si nous cherchons des éléments d'influence qui concernent tous ces infra-territoires, peut-être, comme [Callois](#) (1995) devons-nous admettre que ce lien entre géographie et accident du travail n'existe que dans une partie de ces espaces.

Concernant les établissements le chemin est davantage balisé et reste en droite ligne des travaux cités d'[Hamon-Chollet](#) (2007) ou de [Daubas-Letourneux](#) (2005).

Le travail sur le troisième niveau, employeurs/employé-es est rendu complexe par l'impossibilité de respecter l'échantillonnage représentatif. Comme nous allons l'exposer dans la quatrième partie, il nous a fallu adapter la méthode pour les employeurs puisqu'ils sont restés proches de l'échantillon (un peu moins de la moitié) mais il a été nécessaire de proposer une nouvelle méthode pour les employé-es.

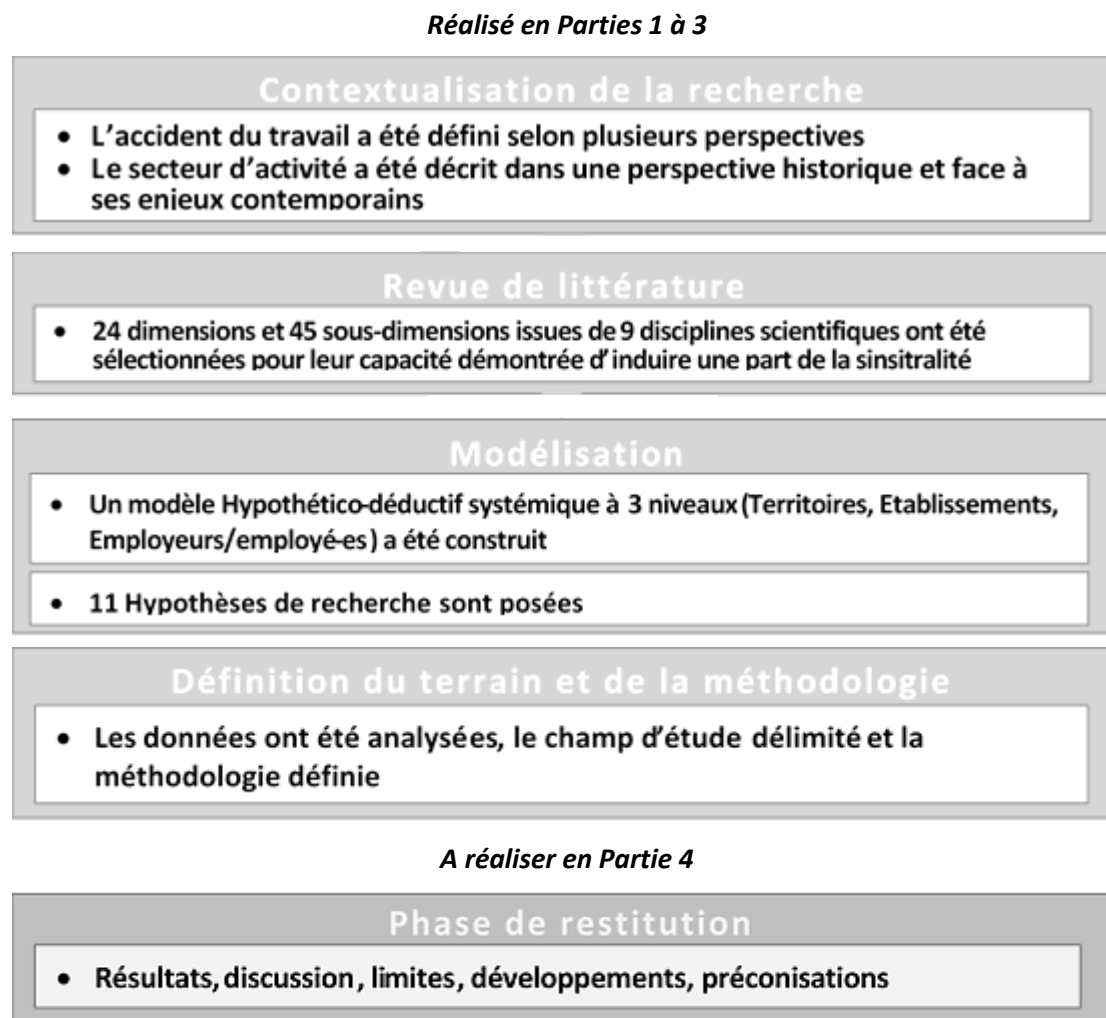
Mais le principal apport vient de la méthode statistique d'analyse des variables. Afin d'échapper au triple piège, soit de démontrer l'influence d'une seule variable, soit de prouver l'impact d'un groupe de facteurs interdépendant, soit de construire un catalogue de causes non hiérarchisées, nous proposons de partir des données, dans une démarche aujourd'hui développée en épidémiologie, celle du data-mining et des arbres de régression. Cette méthode, en phase avec notre introduction, fait le pari, à l'instar de [Durkheim](#), de l'existence de l'accident du travail comme fait social.

Sans mettre en cause les nombreux apports scientifiques sur le sujet, notre processus s'appuie sur la vision systémique de spécialistes de l'accident du travail que sont [Leclercq](#), Monteau, Cuny, et cherche non une équation jusqu'à présent introuvable, mais un réseau de relations autour de l'accident du travail.

Si les arbres de régression sont efficaces, ils ont aussi des limites. Afin de réduire les effets négatifs, nous étayerons nos conclusions à l'aide de deux outils essentiels que sont la littérature et la confrontation aux résultats obtenus par d'autres méthodes.

Nous espérons alors en déduire des causalités jusque-là inaperçues dans un amoncellement de variables puis extraire de notre système matriciel à trois niveaux une vision à plusieurs dimensions des établissements face à la sinistralité.

Figure 24 : le design de recherche (partie 4)



QUATRIEME PARTIE



*Présentation, discussion et prolongement
des résultats de la recherche*

1. Des résultats dégageant les facteurs déterminants par niveau **◀◀**

L'application du processus détaillé dans la partie précédente aux différentes bases de données nous permet de dégager de nombreux résultats. A chaque niveau il a été nécessaire de préserver la cohérence des bases de données, interne en excluant les individus aux mesures extravagantes, mais aussi externe dans un souci de connexion maximale avec les données des autres niveaux.

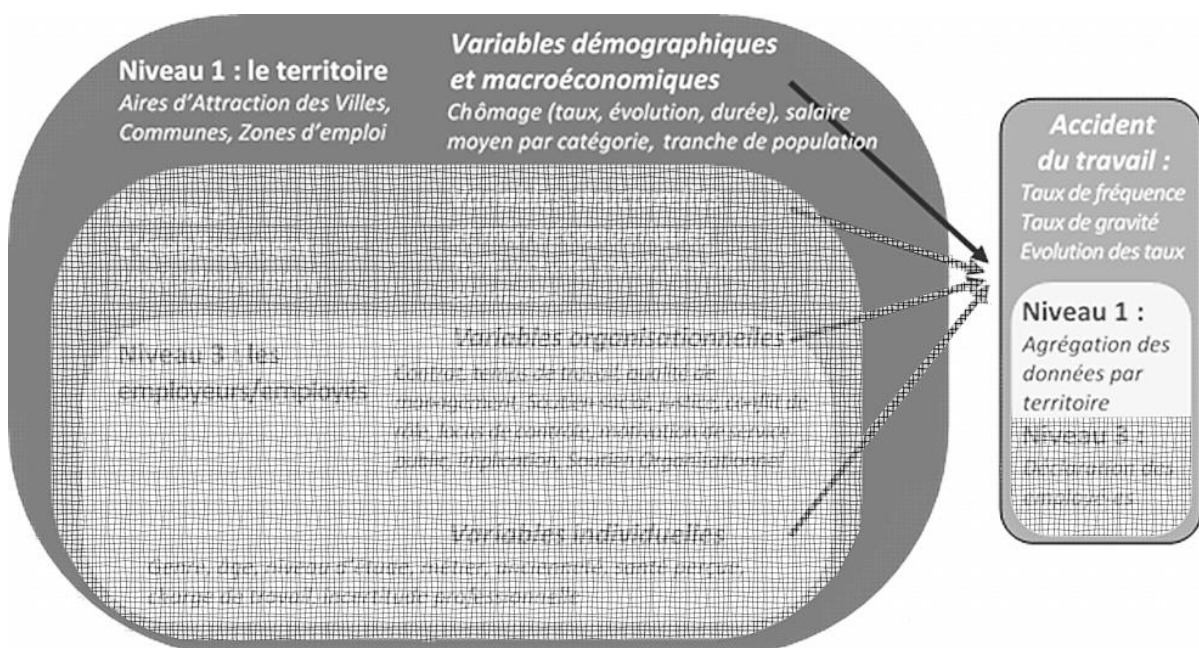
Lorsque c'était possible, afin de consolider nos analyses, nous nous sommes attachés à confronter pour chaque traitement plusieurs méthodes statistiques, et à en observer les convergences et les écarts. Pour expliquer ces derniers, il a parfois été nécessaire d'adjoindre à notre méthodologie des vérifications des données, de nouvelles catégorisations ou un approfondissement partiel.

C'est l'ensemble de ce processus, articulé sur notre méthodologie mais complété au besoin que nous présentons dans cette quatrième partie.

1.1. Niveau des territoires **◀◀**

Au niveau des territoires seules les variables démographiques et macroéconomiques seront intégrées et mises en relations avec les ratios de sinistralité agrégés par Zone.

Figure 25 : Modèle niveau 1



Comme nous l'avons indiqué supra, nous avons cherché à déterminer s'il existait une influence du territoire dans ses dimensions économiques et démographiques sur l'ensemble des établissements qui y déployaient leur activité. Plusieurs éléments nous paraissent pouvoir avoir un impact.

Les principaux, mesures du *chômage*, niveau de *salaires*, évolution de l'économie pourraient altérer l'accidentologie par l'entremise de l'*incertitude professionnelle*. Il apparaît dans de nombreuses études que la vigilance aux règles de sécurité, à la prévention et la déclaration des accidents pourrait être modulée selon l'inquiétude ou la conviction de pouvoir trouver un autre emploi au même salaire rapidement.

La seconde entrée touche à la *santé*. Les territoires les moins denses ont en France tendance à disposer de moins de services, de moins de réseaux et à présenter des âges moyens plus élevés, toutes caractéristiques qui aggravent la *santé* de la population, elle-même sans doute source de sinistralité (cf travaux de [Huver](#) supra)

Comme nous l'avons vu, deux types de territoire nous paraissent pouvoir prétendre à cette influence, les Zones d'Emploi, bases d'une géographie du travail, et les Aires d'Attractivité des Villes, bases d'une géographie davantage sanitaire et sociale.

1.1.1. Les Zones d'Emploi :



Territoire affecté à l'analyse de l'environnement de travail, la Zone d'Emploi est la maille d'observation du chômage et des salaires, mais aussi de variables économiques comme la croissance ou la pauvreté. Considérant les Zones d'Emploi 2010 comme plus adaptées que les Zones d'Emploi 2020 à notre période d'étude (2011-2016), nous devons restreindre nos recherches aux données proposées, taux annuel de *chômage*, évolution du *chômage* entre 2011 et 2016, période de nos données de sinistralité, *salaires* moyens par catégories d'emplois et d'âge, indicateurs de *pauvreté* et *niveau de vie*. Afin d'éviter des effets de grandeur, la plupart de ces variables seront mises au logarithme.

Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, il est difficile de déterminer comment les variables économiques influencent la sinistralité. Est-ce le taux de *chômage* de l'année en cours, celui de années précédentes ou sa croissance qui modifient le comportement des employé-es ? De même, la croissance a-t-elle une influence immédiate à travers le recrutement accéléré d'employé-es peu préparés ou un impact retardé sur des employé-es progressivement surchargé-es de travail ? Les débats contradictoires de la littérature (cf supra [Ruhm](#) et sa décroissance positive pour la santé) nous amènent à mettre en place un dispositif à plusieurs entrées que nous allons détailler plus bas.

Concernant les variables dépendantes, taux de fréquence et taux de gravité, le souhait de lisser les variations annuelles nous encourage à les calculer sur l'ensemble de la période. Plutôt qu'une moyenne pondérant de manière égale les valeurs de chaque année, nous préférons calculer des taux agrégés divisant le nombre total d'accidents déclarés durant la période par l'ensemble des heures de travail déclarées ; et de même pour les taux de gravité avec le nombre d'Indemnités Journalières. L'avantage de cette méthode est qu'elle comptabilise l'intégralité des déclarations et qu'elle gomme divers effets fâcheux (années sans sinistres, fluctuations d'activité, sous-déclaration possible de quelques établissements...).

Nous pourrions aussi supposer que la sinistralité de ces zones et donc les taux de 2011 sont dus aux effets cumulés de facteurs plus anciens, niveau de formation initiale des employé-es ou équipement des établissements par exemple, et non aux conséquences du niveau économique de l'année en cours.

Afin de réduire cette forme d'inertie des mesures antérieures des territoires, nous compléterons notre étude en observant l'influence des variables environnementales sur l'évolution des taux de fréquence et de gravité durant la période.

Concernant les variables de causalité, nous concentrerons donc nos réflexions sur les points évoqués, *chômage*, *salaires*, et deux indicateurs de *pauvreté*, tous potentiellement influents à travers *l'incertitude professionnelle*. Il est à noter que

certaines indicateurs ne sont fournis que pour l'année 2014 la constituant de fait comme année de référence pour les observations synchrones.

Sur ces points, sachant que les arbres de régression ne sont pas biaisés par l'interdépendance des variables, nous pouvons sans risque sélectionner plusieurs indices du même phénomène. Nos variables seront ainsi pour le *chômage*, taux de chômage 2014, taux moyen de chômage durant la période (seul moyen à notre disposition pour gommer les fluctuations annuelles), évolution du taux en points durant la période, durée moyenne de chômage en jours.

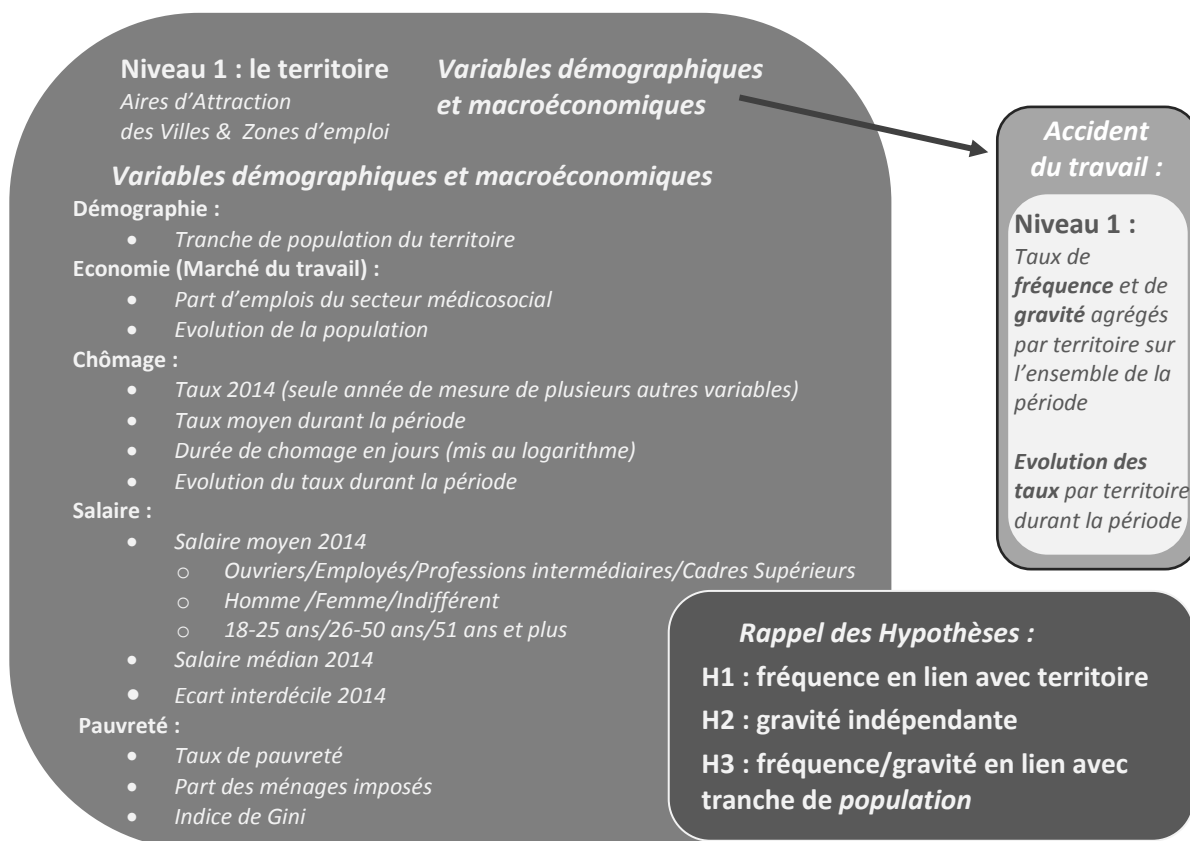
Concernant le marché du travail, aucune donnée ne permet d'évaluer la tension offre/demande des métiers qui nous intéressent. Nous l'approcherons par plusieurs indices imparfaits : en premier lieu, la part d'emplois du secteur d'activité NAF38 (Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement), donnant une image approximative de l'offre et en second lieu le taux moyen annuel d'évolution de la population, naturelle et migratoire, donnant une image de l'évolution de la demande d'emploi.

Pour le niveau de vie, nous garderons le *salaire* horaire moyen par statut, genre et tranche d'âge, mais aussi le *revenu médian*. Deux autres indices pourraient rendre compte d'une incertitude supplémentaire, l'un en termes de précarité, le taux de *pauvreté*, et l'autre en termes de possibilités d'ascension sociale, *l'écart inter-décile des salaires*.

Une grande partie de ces variables sont d'après la littérature (cf première partie) des indicateurs *d'incertitude professionnelle*, ([Coutrot](#), 2017) elle-même facteur de comportements à risques qui pourraient accroître ou réduire la sinistralité des établissements des zones concernées.

Ces réflexions nous amènent pour le niveau des territoires au modèle détaillé page suivante.

Figure 26 : Modèle détaillé au niveau des territoires



Ceci nous permet de produire par territoire le tableau suivant :

Tableau 18 : Tableau des variables dépendantes par zone d'emploi 2012

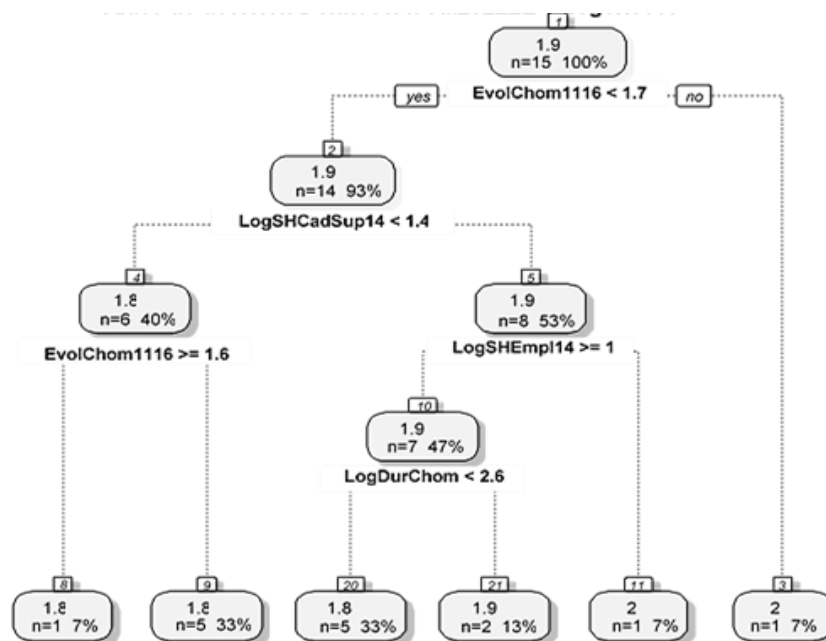
| Nom de la Zone d'Emploi | Code ZE 2010 | Log Taux de fréquence 2011-2016 | Evolution Taux de fréquence | Log Taux de gravité 2011 à 2016 | Evolution du Taux de gravité |
|-------------------------|--------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Bergerac | 7201 | 1,861 | 0,166 | 0,305 | 1,039 |
| Périgueux | 7202 | 1,824 | 0,100 | 0,222 | 1,308 |
| Sarlat-La-Canéda | 7203 | 1,792 | -0,307 | 0,000 | -0,122 |
| Bordeaux | 7204 | 1,836 | 0,121 | 0,362 | 0,773 |
| Libourne | 7205 | 1,855 | 0,563 | 0,255 | 1,122 |
| Pauillac | 7206 | 2,023 | 0,331 | 0,767 | 1,069 |
| La-Teste-de-Buch | 7207 | 2,036 | 0,221 | 0,577 | 1,812 |
| Dax | 7208 | 1,900 | 0,187 | 0,265 | 1,863 |
| Agen | 7209 | 1,883 | 0,021 | 0,207 | 1,153 |
| Marmande | 7210 | 1,828 | -0,078 | 0,173 | 2,143 |
| Villeneuve/Lot | 7211 | 1,834 | 0,107 | 0,314 | 0,983 |
| Bayonne | 7212 | 1,839 | -0,041 | 0,373 | 0,763 |
| Oloron-Ste-Marie | 7213 | 1,829 | 0,086 | 0,226 | 1,196 |
| Pau | 7214 | 1,848 | 0,286 | 0,184 | 0,750 |
| Mont-de-Marsan | 7250 | 1,835 | 0,194 | -0,036 | 0,364 |

Comme on peut l'observer, les situations sont très contrastées et laissent augurer de causalités à dévoiler.

L'ensemble de variables indépendantes décrites à présent (cf [Annexe 11](#)), nous permet grâce au logiciel « R » de produire un arbre de régression pour chacune des 4 variables-cibles, taux de fréquence agrégé par Zone d'Emploi 2010, taux de gravité agrégé par Zone d'Emploi 2010, évolution durant la période 2011/2016 de chacun de ces taux.

Concernant le taux de fréquence, l'arbre de régression est le suivant :

Figure 27 : Arbre de régression du taux de fréquence des ZE2010



En termes de méthode, les arbres de régression peuvent être lus de haut en bas, afin de décrire les variables avec leurs seuils qui permettent la meilleure partition de la population étudiée ou de bas en haut afin de spécifier pour chaque valeur-cible, les variables et seuils qui y mènent.

Dans notre cas, de haut en bas, le taux agrégé de fréquence des Zones d'Emploi est d'abord impacté par l'évolution du chômage, et seulement par celui-ci pour la branche

droite, et pour la branche gauche par le salaire moyen des cadres supérieurs, le salaire moyen des employé-es, de nouveau l'évolution du chômage et sa durée.

Si on lit cet arbre de bas en haut, on constate, que la dernière feuille à droite ne comprend qu'une Zone (n=1), qui présente le taux agrégé de fréquence le plus élevé des 15 zones. Elle n'est influencée que par la première partition qui indique que cette Zone d'Emploi est la seule dont l'évolution du chômage en logarithme dépasse 1.7 (EvolChom1116 = non). Un retour au tableau 15 nous apprend qu'il s'agit de la Zone 7207, La Teste-de-Buch.

Si l'on s'intéresse à la branche gauche de l'arbre, on voit sur la feuille 10, qui concerne 7 Zones (n=5 en feuille 20 et n=2 en feuille 21), que la durée du chômage supérieure à 2.6 en logarithme soit 13 mois en durée effective, est en liaison avec un taux de fréquence plus élevé (1.9 au lieu d'1.8). Un nouveau retour au tableau nous montre qu'il s'agit des Zones 7208 et 7209, Dax et Agen.

Comme nous le supposions dans la première partie, mais avec une nuance de taille, si le chômage influe bien sur les comportements à risques ce n'est pas le niveau du chômage qui apparaît prépondérant mais son évolution et sa durée, et il influe à la hausse du taux de fréquence.

Le haut niveau des indicateurs d'évolution et de durée du chômage est donc en relation avec un nombre d'accidents plus élevé par million d'heures de travail.

Plus inattendu, les salaires moyens des cadres supérieurs et des employé-es apparaissent discriminants pour 14 Zones d'Emploi. Les zones à plus forte sinistralité présentent des salaires de cadres supérieurs plus élevés et des salaires d'employé-es moins élevées.

Comme nous l'avions posé en partie une, la peur du chômage et des salaires bas pourraient induire des comportements davantage à risques et un nombre d'Accidents plus élevé dans ces zones. Une autre explication pourrait venir de la relation entre bas *salaire* et moindre *implication organisationnelle* avec en conséquence moins de respect des normes y compris les règles de sécurité.

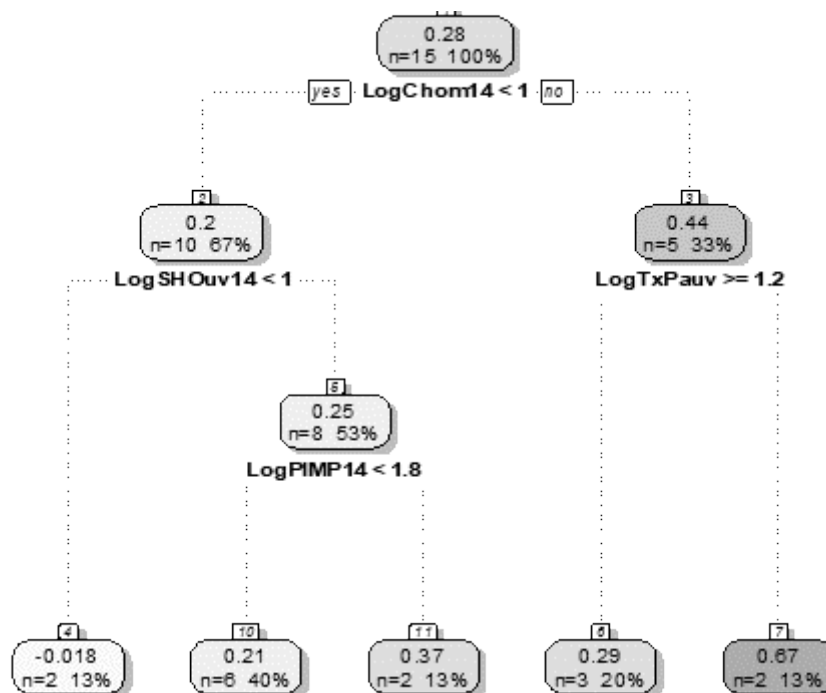
Notre surprise provient surtout de la présence du salaire des cadres supérieurs à cette hauteur de l'arbre de régression.

Nous pourrions supputer de ce premier arbre que la différence de salaires entre cadres supérieurs et employé-es est la plus élevée dans ces zones, avec comme possible conséquence un éloignement important entre ces deux catégories et un moindre espoir de promotion sociale. Les efforts en termes de professionnalisme, d'apprentissage, de respect des normes pourraient de ce fait s'en ressentir et hausser le nombre d'accidents. Ce résultat sera à vérifier au niveau des employé-es.

Voyons à présent l'arbre de régression du taux de gravité.

Ce second arbre de régression est réalisé avec les mêmes variables indépendantes mais avec pour cible le taux de gravité agrégé par Zone en lieu et place du taux de fréquence.

Figure 28 : Arbre de régression du taux de gravité des ZE2010



Rappelons avant de proposer notre analyse que le taux de gravité est constitué non plus du nombre d'accidents mais du nombre d'indemnités journalières liées aux accidents du travail. Il est donc dépendant du nombre de jours d'arrêt posés et, comme

nous l'avons rappelé dans notre revue de littérature, par là sujet à pression des employeurs et à décision des employé-es accidenté-es, voire des médecins du travail.

Pour cet arbre, si le chômage apparaît aussi déterminant, c'est le chômage dans l'année qui l'est. S'il est élevé dans la zone et que dans le même temps le taux de pauvreté est élevé dans la Zone (boite 3), alors le nombre d'indemnités journalières est plus bas (boite 6). Inversement, le taux de gravité atteint son plus haut niveau lorsque le chômage est haut et la pauvreté basse (boite 7 dernière feuille à droite).

De l'autre côté de l'arbre, le taux de gravité est au plus bas (boite 4 première feuille à gauche) lorsque le chômage est bas et les salaires ouvriers bas aussi.

Ce résultat (contraire à notre hypothèse d'indépendance du taux de gravité), s'il est en lien avec le chômage, apparaît surtout dépendant du taux de pauvreté, variable non impliquée dans le nombre d'accidents, et du salaire moyen des ouvrier-es.

Ainsi, si nous retrouvons le lien du précédent arbre entre incertitude d'emploi et sinistralité, la durée des arrêts paraît quant à elle réduite par la pauvreté de la population, renvoyant pour nous à la « charité » développée en première partie. La pauvreté touchant une partie des bénéficiaires de l'Aide à Domicile, les employé-es pourraient se sentir une responsabilité supérieure, voire une forme de *sacrifice* vis-à-vis de leurs patients et pourraient développer du *présentéisme*.

Du côté des plus basses gravités (côté gauche de l'arbre), le taux le plus faible (boite 4) est induit par un taux bas de chômage mais surtout par de bas salaires ouvriers. L'explication la plus probable de ce niveau de revenus pourrait être liée à un taux élevé de temps partiel additionné d'un marché du travail dysfonctionnel (zones rurales ou en deshérence). Dans ce cas, tout arrêt peut amputer le revenu (délai de carence, retard au paiement des indemnités) et les employé-es à bas salaire préfèrent alors poursuivre ou reprendre le travail, malgré les effets néfastes de l'accident, pour des raisons financières. De nombreux verbatim corroborent ce point.

Les zones connaissant les moindres taux de gravité (Sarlat-la-Canéda et Mont-de-Marsan) sont ainsi celles qui ont les plus bas salaires moyens pour les ouvriers. De

même les six zones suivantes en taux de gravité bas sont aussi celles qui ont des taux de ménages imposés les plus faibles du sous-groupe, dénotant là-aussi d'un plus faible niveau de vie.

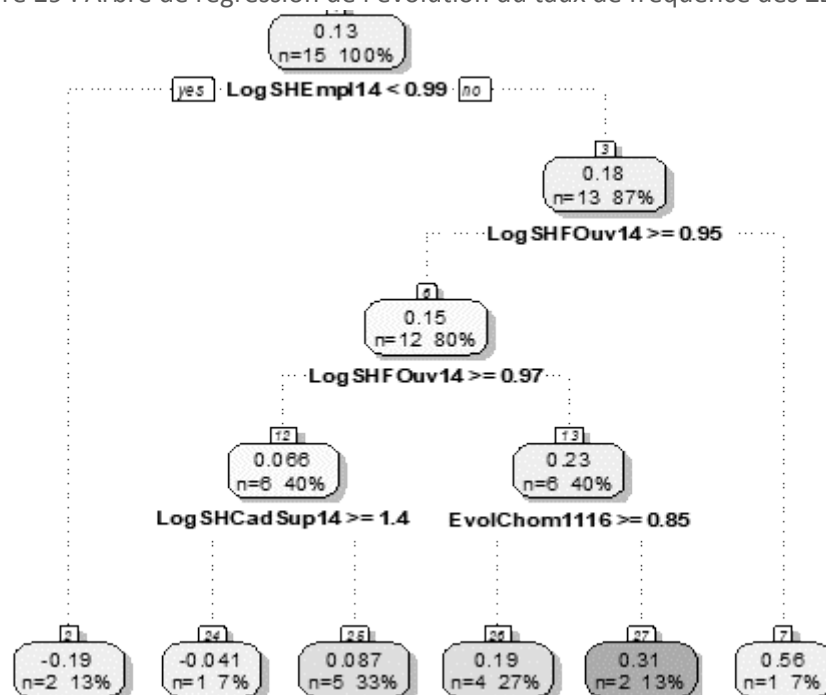
Notre surprise vient du fait que la littérature considère généralement (et c'est aussi notre hypothèse) que le chômage impacte les accidents légers mais non les plus graves et que la gravité est correctement approchée par le nombre de jours d'arrêt (cf supra [Diricq, 2008](#) ou [Boden & Ruser, 2003](#)).

En comparant les deux arbres, si l'occurrence des accidents est accrue par le chômage et une distance de statut entre cadres et employé-es, la durée des arrêts est réduite du fait de la faiblesse des revenus dans la zone.

Le *présentisme* devrait être supérieur pour les employé-es de ces zones.

Considérons à présent l'évolution de ces deux taux.

Figure 29 : Arbre de régression de l'évolution du taux de fréquence des ZE2010



Pour l'évolution du taux de fréquence, elle reste attachée comme le taux lui-même aux salaires et à l'évolution du chômage durant la période.

Mais cet arbre vient mettre en question le premier. Pour deux Zones (Sarlat-La-Caneda et Marmande) aux taux de fréquence bas et moyen, un salaire bas des employé-es est en lien avec une baisse des taux. L'effet de revenu vu supra pourrait s'étendre à l'évolution du taux, par un découragement progressif à déclarer les accidents.

Pour les Zones à fort taux de fréquence, (La Teste et Pauillac) lié comme nous l'avons vu à un chômage fort, et les deux suivantes (Libourne et Pau) dont la fréquence est élevée mais moins que les deux premières, la croissance forte du taux nous interroge.

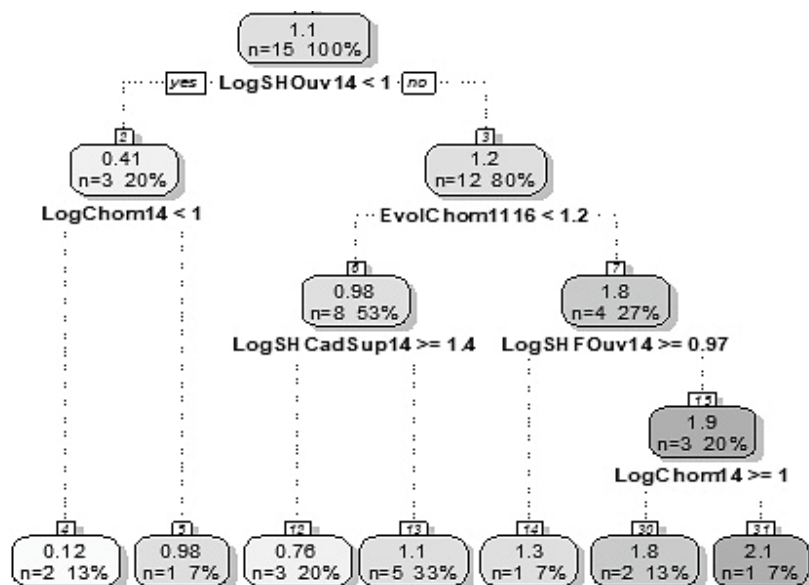
Ce qui frappe dans ce troisième arbre, c'est que ces Zones montrent un salaire employé plus élevé et des salaires ouvriers plus bas. Une explication pourrait venir de cette différence déjà vue dans le salaire des cadres supérieurs dans le premier arbre.

Explication absente de la littérature consultée, la différence salariale pourrait réduire les espoirs de promotion sociale et enfermer les ouvriers dans un « emploi à vie ». Ces arrêts de travail de plus en plus nombreux, pourraient être approchés par un *absentéisme* fort et une *intention de quitter* faible, effets de l'impasse professionnelle.

Néanmoins, nous pouvons affirmer que l'augmentation du nombre d'arrêts est en lien avec les salaires bas des ouvriers et une plus forte différence entre les salaires.

Pour l'évolution du taux de gravité, l'arbre suivant confirme nos allégations.

Figure 30 : Arbre de régression de l'évolution du taux de gravité des ZE2010



Sans surprise après avoir analysé l'arbre du taux de gravité, plus le chômage est haut et croissant et moins le personnel pose de jours d'arrêts de travail.

La différence avec l'arbre supra vient du salaire moyen des ouvriers qui, lorsqu'il est faible, est associé à peu d'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail, corroborant nos explications précédentes.

A ce stade, on peut constater que sur un seul niveau et un seul type de territoire, les résultats obtenus des arbres de régression sont congruents.

1.1.2. *Les Aires d'Attraction des Villes :*



Zonage plus adapté à une réflexion sociologique de notre recherche, les Aires d'Attraction des Villes montrent des différences notables avec le précédent zonage.

La première est de disposer d'un nombre supérieur de zones, 51 en région Aquitaine au lieu de 15 Zones d'Emploi. La deuxième est que ces espaces sont catégorisés selon leur population (onze tranches pour l'Aquitaine). La troisième est qu'il existe un zonage « communes hors attraction des villes » regroupant les communes très rurales. Enfin, elles sont assorties d'un indice de Gini, indicateur agrégé d'inégalité de niveau de vie.

Nous proposerons deux analyses sur les AAV, une recherche de corrélation entre indice de Gini et taux et une distribution des variables selon la tranche de population.

Ces deux observations ne comprenant qu'une variable indépendante nous utiliserons des méthodes statistiques classiques, corrélation entre l'indice de Gini de 2019, seule année disponible, et les taux agrégés de 2011 à 2016 avec un coefficient de Spearman.

Avant de réaliser ces analyses, nous observons sur le tableau de données de la page suivante de nombreuses variations et des similitudes dont nous espérons trouver les règles.

Tableau 19 : Tableau des variables dépendantes et indépendantes par AAV2020

| Libellé AAV | Code AAV | logPop 2018 | Tranche Pop | Indice Gini | LogMéd Salaire | Tx 1116 | Δ Tx | Tg 1116 | Log H 1116 | Δ Heures | Δ H/Eff |
|-----------------------------|----------|-------------|-------------|-------------|----------------|---------|-------|---------|------------|----------|---------|
| Communes hors attraction | 000 | 6,65 | 0 | #N/A | #N/A | | 0,54 | | 7,43 | 3% | 0,00 |
| Bordeaux | 006 | 6,12 | 42 | 0,35 | 4,37 | 70 | 0,14 | 2,36 | 8,39 | 15% | -0,03 |
| Pau | 044 | 5,45 | 31 | 0,34 | 4,35 | 72 | 0,30 | 1,50 | 7,64 | 8% | -0,01 |
| Bayonne (partie française) | 047 | 5,43 | 31 | 0,34 | 4,35 | 71 | -0,05 | 2,52 | 7,71 | 14% | 0,00 |
| Brive-la-Gaillarde | 087 | 5,12 | 24 | 0,32 | 4,32 | 75 | 0,07 | 1,67 | 6,05 | 27% | 0,06 |
| Agen | 093 | 5,08 | 23 | 0,34 | 4,32 | 77 | 0,06 | 1,57 | 7,39 | 7% | -0,04 |
| Périgueux | 101 | 5,05 | 23 | 0,33 | 4,32 | 64 | 0 | 1,59 | 7,32 | 1% | -0,03 |
| Mont-de-Marsan | 106 | 5,00 | 23 | 0,30 | 4,33 | 72 | 0,34 | 0,89 | 7,09 | 19% | -0,01 |
| Dax | 111 | 4,95 | 22 | 0,31 | 4,32 | 86 | 0,15 | 1,50 | 7,15 | 7% | 0,08 |
| Bergerac | 129 | 4,87 | 21 | 0,34 | 4,29 | 72 | 0,15 | 1,84 | 7,29 | 13% | 0,02 |
| Villeneuve-sur-Lot | 154 | 4,77 | 21 | 0,34 | 4,27 | 67 | 0,25 | 1,66 | 6,90 | -9% | -0,18 |
| Libourne | 159 | 4,75 | 21 | 0,37 | 4,29 | 76 | 0,75 | 1,79 | 7,09 | 50% | -0,04 |
| Marmande | 175 | 4,70 | 21 | 0,33 | 4,29 | 63 | 0,10 | 1,08 | 6,85 | 26% | -0,05 |
| Arcachon - La Teste-de-Buch | 211 | 4,57 | 14 | 0,38 | 4,38 | 102 | 0,17 | 3,06 | 6,85 | 28% | -0,01 |
| Sarlat-la-Canéda | 233 | 4,51 | 14 | 0,32 | 4,30 | 68 | -0,37 | 0,50 | 6,37 | 4% | 0,05 |
| Oloron-Sainte-Marie | 253 | 4,47 | 13 | 0,29 | 4,32 | 79 | 0,35 | 2,00 | 6,83 | -11% | -0,08 |
| Hendaye (partie française) | 261 | 4,45 | 13 | 0,34 | 4,34 | 73 | 0,42 | 2,18 | 6,02 | 55% | 0,03 |
| Biscarrosse | 266 | 4,43 | 13 | 0,29 | 4,34 | 69 | -0,16 | 1,93 | 6,04 | 19% | 0,04 |
| Capbreton | 302 | 4,36 | 13 | 0,38 | 4,38 | 50 | 1,17 | 1,86 | 6,26 | 4% | 0,03 |
| Orthez | 310 | 4,33 | 13 | 0,31 | 4,32 | 64 | -0,21 | 1,16 | 6,61 | -7% | 0,01 |
| Lesparre-Médoc | 355 | 4,21 | 12 | 0,32 | 4,28 | 109 | 0,32 | 6,52 | 6,80 | 19% | -0,03 |
| Pineuilh | 360 | 4,20 | 12 | 0,37 | 4,24 | 121 | -0,09 | 3,96 | 6,24 | -34% | 0,09 |
| Nérac | 361 | 4,19 | 12 | 0,33 | 4,29 | 114 | -0,44 | 2,16 | 6,04 | -2% | -0,07 |
| Tonneins | 366 | 4,18 | 12 | 0,35 | 4,25 | 100 | 0,00 | 3,72 | 6,24 | -18% | -0,08 |
| Montpon-Ménéstérol | 377 | 4,16 | 12 | 0,32 | 4,28 | 38 | -0,35 | 0,97 | 6,25 | 29% | -0,09 |
| Fumel | 385 | 4,15 | 12 | 0,32 | 4,25 | 91 | -0,45 | 2,28 | 6,11 | 21% | 0,08 |
| Saint-Yrieix-la-Perche | 388 | 4,14 | 12 | 0,32 | 4,28 | 80 | 0,48 | 5,46 | 5,81 | 8% | 0,05 |
| Blaye | 391 | 4,14 | 12 | 0,35 | 4,29 | 61 | 0,10 | 2,69 | 6,42 | 22% | 0,03 |
| Aire-sur-l'Adour | 421 | 4,09 | 12 | 0,34 | 4,31 | 66 | -0,29 | 1,08 | 6,36 | 7% | 0,06 |
| Ribérac | 425 | 4,08 | 12 | 0,32 | 4,28 | 76 | -0,19 | 1,36 | 6,25 | -4% | 0,01 |
| Nontron | 434 | 4,07 | 12 | 0,31 | 4,28 | 38 | 1,45 | 0,74 | 6,06 | 9% | -0,05 |
| La Réole | 440 | 4,07 | 12 | 0,35 | 4,24 | 76 | -0,20 | 1,09 | 6,42 | 18% | -0,03 |
| Pauillac | 445 | 4,05 | 12 | 0,32 | 4,29 | 28 | | 0,45 | 5,46 | -4% | -0,13 |
| Mimizan | 455 | 4,02 | 12 | 0,29 | 4,32 | 91 | -0,24 | 2,89 | 5,62 | -40% | -0,14 |
| Bazas | 456 | 4,02 | 12 | 0,32 | 4,30 | 61 | 2,07 | 1,63 | 6,03 | -2% | 0,00 |
| Ciboure | 458 | 4,02 | 12 | 0,36 | 4,35 | 41 | -0,19 | 0,65 | 5,53 | 23% | 0,12 |
| Hagetmau | 483 | 3,98 | 11 | 0,30 | 4,30 | 45 | 0,42 | 0,81 | 5,89 | 23% | -0,06 |
| Mauléon-Licharre | 485 | 3,97 | 11 | 0,29 | 4,29 | 34 | -0,43 | 1,40 | 5,93 | 9% | -0,07 |
| Mourenx | 496 | 3,94 | 11 | 0,31 | 4,27 | 81 | 0,13 | 1,62 | 5,43 | 33% | 0,07 |
| Soustons | 497 | 3,94 | 11 | 0,31 | 4,35 | 19 | | 0,82 | 4,73 | 3% | -0,08 |
| Saint-Palais | 502 | 3,93 | 11 | 0,32 | 4,30 | 53 | -0,45 | 0,79 | 6,43 | -7% | 0,03 |
| Casteljaloux | 519 | 3,92 | 11 | 0,32 | 4,29 | 68 | -0,29 | 1,99 | 6,08 | 9% | -0,11 |
| StJeanPieddePort | 523 | 3,91 | 11 | 0,31 | 4,29 | 36 | 1,69 | 1,52 | 5,88 | 123% | -0,23 |
| Saint-Vincent-de-Tyrosse | 536 | 3,88 | 11 | 0,27 | 4,32 | 72 | 0,37 | 3,06 | 6,13 | -7% | -0,19 |
| Thiviers | 542 | 3,87 | 11 | 0,31 | 4,28 | 43 | -0,32 | 0,83 | 5,88 | 5% | -0,02 |
| Salies-de-Béarn | 594 | 3,77 | 11 | 0,33 | 4,30 | 108 | 4,95 | 3,91 | 6,20 | 78% | -0,02 |
| Miramont-de-Guyenne | 609 | 3,74 | 11 | 0,31 | 4,24 | 52 | | 1,90 | 5,06 | -36% | -0,04 |
| Morcenx-la-Nouvelle | 613 | 3,73 | 11 | 0,29 | 4,29 | 71 | -0,23 | 3,21 | 5,89 | -18% | -0,10 |
| Peyrehorade | 637 | 3,66 | 11 | 0,30 | 4,30 | 69 | 0,74 | 3,52 | 5,71 | 15% | 0,34 |
| Tartas | 661 | 3,59 | 11 | 0,29 | 4,30 | 61 | -0,50 | 3,00 | 5,90 | -1% | 0,03 |
| Castets | 664 | 3,59 | 11 | 0,29 | 4,32 | 74 | 12,66 | 2,31 | 5,72 | -12% | 0,06 |

Comme on peut l'observer sur le tableau, des aires de démographie proches montrent des similitudes de sinistralité, quelle que soit leur position géographique. A l'opposé l'indice de Gini ne laisse pas apparaître de relation notable.

Les matrices suivantes devraient nous éclairer sur ces relations. Le premier tableau concerne les relations entre indice de Gini 2019 et variables dépendantes.

Tableau 20 : Tableau de corrélation de l'indice de Gini avec les mesures de sinistralité par AAV2020

| | LogTx1116 | Tg11Tg16 | Tg1116 | Tx11Tx16 |
|-----------|-----------|----------|--------|----------|
| Gini | 0,24 | -0,25 | 0,17 | 0,18 |
| p-valeurs | 0.08917 | 0.1067 | 0.4637 | 0.4942 |

Seule la corrélation entre indice de Gini et taux de fréquence agrégé présente une proximité avec les standards de significativité (cf balises de Cohen : faible corrélation à 0,3 et significativité pour une p-valeur inférieure à 5%).

Cependant, la taille faible de la population, des corrélations situées entre 0,17 et 0,25 en valeur absolue et surtout des p-valeurs proches de 0,5 ne nous permettent pas d'affirmer une quelconque corrélation.

Seconde et dernière analyse pour les Aires d'Attraction des Villes, nous souhaitons vérifier si le niveau de population, proxy de la structure réticulaire de la société, base de prévention et de soins meilleurs (cf [Rican](#)) a un rapport avec les variables de sinistralité. Pour observer le phénomène nous produisons sous « R » des boîtes de dispersion par tranche de population selon la typologie constituée par l'INSEE en 2017:

Figure 31 : Dispersion du taux de fréquence agrégé par catégorie de population

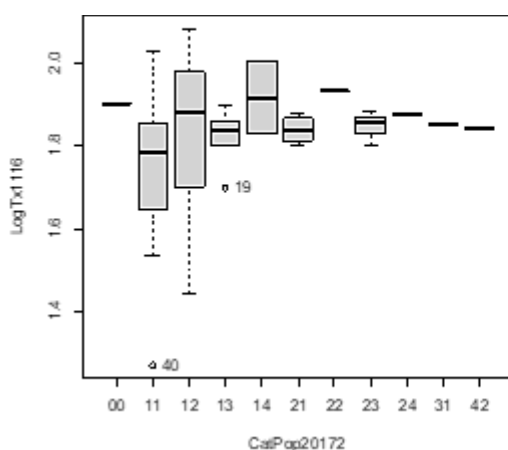


Figure 32 : Dispersion de l'évolution du taux de fréquence agrégé par catégorie de population

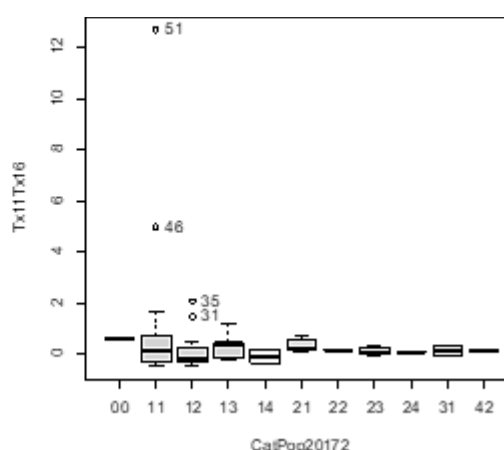


Figure 33 : Dispersion du taux de gravité agrégé par catégorie de population

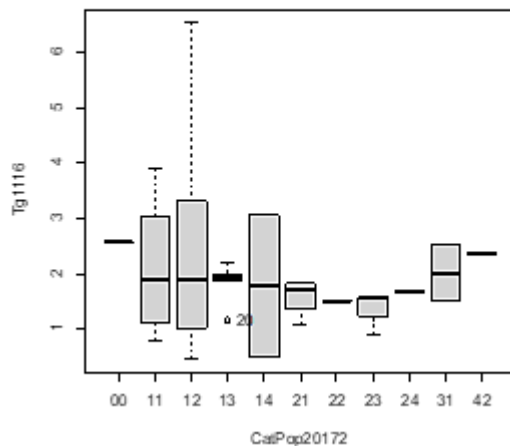
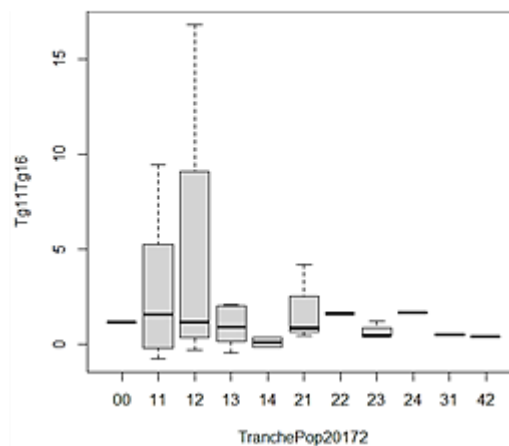


Figure 34 : Dispersion de l'évolution du taux de gravité agrégé par catégorie de population

Modalité 2 :

00 - Commune hors attraction des villes
 11 - Aire de moins de 10 000 habitants
 12 - Aire de 10 000 à moins de 20 000 habitants
 13 - Aire de 20 000 à moins de 30 000 habitants
 14 - Aire de 30 000 à moins de 50 000 habitants

21 - Aire de 50 000 à moins de 75 000 habitants
 22 - Aire de 75 000 à moins de 100 000 habitants
 23 - Aire de 100 000 à moins de 125 000 habitants
 24 - Aire de 125 000 à moins de 150 000 habitants
 31 - Aire de 200 000 à moins de 300 000 habitants
 42 - Aire de 1 000 000 d'habitants ou plus

Ces graphiques montrent la situation spécifique des communes hors attraction des villes. Cette découpe du territoire nous était inaccessible par la territorialisation en Zones d'Emploi qui, par définition, englobe l'intégralité des communes de la Région.

Comme le prédit [Rican & al. \(2014\)](#), la faiblesse des réseaux dans ces communes est un facteur probable de mesures de sinistralité très supérieures aux autres zones, particulièrement pour le taux de gravité, probablement associé à des phénomènes de *présentéisme* (vus supra), à une plus grande dépendance de la population vieillissant à domicile, à des accidents de trajet plus fréquents dans les zones rurales.

Comme nous l'avons vu dans notre revue de littérature à propos du *présentéisme*, les distorsions ou l'absence même de marché du travail dans les zones dépeuplées amènent les structures à employer des personnes plus âgées, moins formées et, faute de remplaçants, à les faire travailler avec des problèmes de santé, générant des arrêts plus longs pour des affections plus graves.

Les difficultés de recrutement, comme nous l'avons déjà vu, peuvent engendrer d'autres effets néfastes, prise de poste sans procédure d'intégration, formation de démarrage raccourcie ou absente, faible soutien des pairs et des supérieurs moins disponibles, surcharge importante durant l'appropriation du poste.

Concernant l'équipement, il est aussi généralement admis que le milieu rural est moins détenteur d'équipement lourd de prévention. Les rails de transfert, par exemple, sont d'abord installés dans les plus gros EHPAD, plus nombreux en milieu urbain.

Des phénomènes d'âge moyen supérieur, mentionnés par la littérature, peuvent aussi peser sur les bénéficiaires, dont la dépendance est en proportion plus forte dans les zones rurales.

Le même phénomène de taux de gravité élevé est constaté sur l'agglomération de Bordeaux, sans doute pour des raisons très distinctes.

L'élaboration des Aires d'Attraction des Villes agrège à la Zone d'Emploi de Bordeaux, dont la gravité est moyenne, une grande partie des communes rurales sans autre ville d'attraction que Bordeaux, et dont le taux de gravité est beaucoup plus élevé (cf analyse des Zones d'Emploi). En l'occurrence, l'AAV de Bordeaux, du fait de sa très grande surface, apporte peu d'information supplémentaire.

Bien qu'il paraisse difficile d'analyser à partir des graphiques les correspondances au niveau des taux de fréquence, l'observation des deux graphiques produits pour le taux de gravité nous apporte un nouvel enseignement.

Les Aires d'Attraction des Villes, beaucoup plus diffuses que les Zones d'Emploi, permettent d'observer les territoires des plus petites villes, situées au-dessous de vingt mille habitants, ainsi que les zones à centre-bourgs autour de communes comme Saint-Palais, Tonneins ou Nérac. Celles-ci montrent une médiane de taux de gravité plus élevée que les autres aires et une croissance de celui-ci beaucoup plus forte que toutes les autres.

Faute de littérature sur ce point, nous pourrions nous questionner sur deux types de facteurs possibles : des causes géographiques dont l'influence des Zones d'Emploi développée supra (chômage, salaires médians...), et des causes structurelles (que nous explorerons au niveau des établissements). On pourrait en effet imaginer que ces zones présentent des structures dont l'activité, la croissance, le temps de travail ou l'évolution d'un de ces facteurs induit des mesures distinctes des autres zones.

Afin d'évacuer ou de confirmer l'effet des Zones d'Emploi, la corrélation pour les taux de gravité et pour l'évolution de ces mêmes taux entre Zones d'Emploi et Aires d'Attraction des Villes nous éclairera.

Tableau 21 : Tableau de corrélation des taux de gravité et évolution de ce taux entre Aires d'Attraction des Villes 2020 et Zones d'Emploi correspondantes

| Aires Attraction Villes \ Zones d'Emploi | Evolution du taux de gravité des ZE 2011/2016 | Taux de Gravité agrégé des ZE |
|--|--|--------------------------------------|
| Log Population 2018 | -0,19 | 0,03 |
| Evolution du taux de gravité des AAV 2011/2016 | 0,31 | -0,18 |
| Taux de Gravité agrégé des AAV | 0,29 | 0,45 |

Tableau 22 : p-valeurs des corrélations des taux de gravité et évolution de ce taux entre Aires d'Attraction des Villes 2020 et Zones d'Emploi correspondantes

| Aires Attraction Villes \ Zones d'Emploi | Evolution du taux de gravité des ZE 2011/2016 | Taux de Gravité agrégé des ZE |
|--|--|--------------------------------------|
| Log Population 2018 | 0,520 | 0,851 |
| Evolution du taux de gravité des AAV 2011/2016 | 0,983 | 0,240 |
| Taux de Gravité agrégé des AAV | 0,060 | 0,002 |

Comme le prouvent ces deux tableaux, il n'existe pas de corrélation significative pour l'évolution du taux de gravité entre 2011 et 2016 entre Aires d'Attraction des Villes et Zones d'Emploi correspondantes.

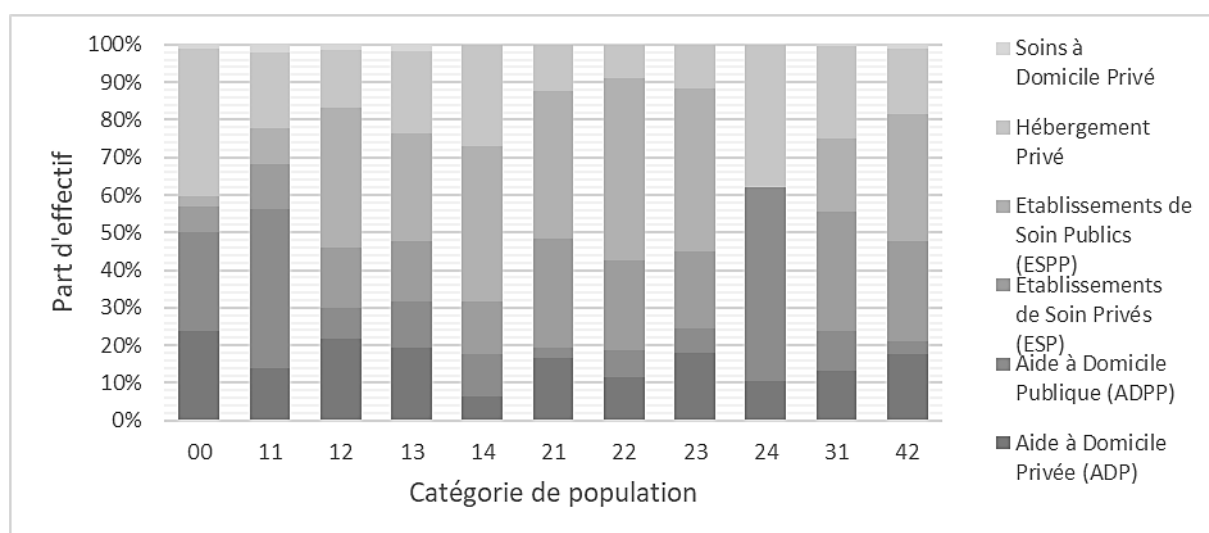
Il existe donc bien une relation intrinsèque entre Aires d'Attraction des Villes et évolution du taux de gravité, et ce quelle que soit leur relation avec les Zones d'Emploi.

Nous avons ci-dessus proposé une seconde explication, que cette relation entre gravité et catégorie de population peut être due à des caractéristiques spécifiques à ces Aires.

Nous explorerons les variables structurelles dans la prochaine partie mais il se peut que cette différence de sinistralité vienne simplement de la proportion des activités à risque sur chaque Aire (cf [Nichols](#) supra). Pour vérifier cette relation, il est nécessaire de construire un tableau dynamique de l'effectif par type d'activité par Aire puis un graphique de cette répartition en pourcentage.

Tableau 23 : Répartition de l'effectif par activité selon la catégorie de population des Aires d'Attraction des Villes 2020

| AAV par catégorie de Population | Effectif 2016 | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------|------------------------|
| | Aide à Domicile Privée (ADP) | Aide à Domicile Publique (ADPP) | Etablissements de Soins Privés (ESP) | Etablissements de Soins Publics (ESPP) | Hébergement Privé | Soins à Domicile Privé |
| 00 | 711 | 776 | 208 | 79 | 1163 | 34 |
| 11 | 215 | 649 | 180 | 150 | 309 | 30 |
| 12 | 662 | 245 | 486 | 1121 | 468 | 41 |
| 13 | 300 | 191 | 247 | 444 | 342 | 25 |
| 14 | 67 | 123 | 148 | 442 | 289 | |
| 21 | 921 | 138 | 1592 | 2155 | 683 | |
| 22 | 173 | 110 | 359 | 734 | 133 | |
| 23 | 1130 | 414 | 1274 | 2728 | 740 | |
| 24 | 16 | 79 | | | 58 | |
| 31 | 1386 | 1126 | 3348 | 2074 | 2589 | 37 |
| 42 | 4784 | 954 | 7223 | 9164 | 4781 | 260 |



La différence de répartition des activités selon les catégories de population des AAV pourrait effectivement représenter une partie de l'explication à nos résultats supra.

Une matrice de corrélations des 4 mesures de la sinistralité en fonction de la part de chaque *activité* confirmera ou infirmera cette supposition.

Tableau 24 : Matrice de corrélations et de p-valeurs des mesures de sinistralité et de diverses mesures structurelles par catégorie de population des Aires d'Attraction des Villes

| corrélations de Spearman | Taux de Fréquence | Taux de Gravité | Evolution du taux de fréquence | Evolution du taux de gravité |
|--|-------------------|-----------------|--------------------------------|------------------------------|
| Part d'effectif pour l'Aide à Domicile | -0,35 | 0,06 | 0,15 | 0,65 |
| Part d'effectif pour l'Aide à Domicile Privée | -0,26 | 0,34 | 0,20 | 0,02 |
| Part d'effectif pour l'Aide à Domicile Publique | 0,07 | 0,20 | 0,12 | 0,55 |
| Part d'effectif pour les Etablissements de Soins | 0,13 | -0,35 | -0,15 | -0,42 |
| Part d'effectif pour les Etablissements de Soins Privés | -0,16 | -0,22 | -0,05 | -0,52 |
| Part d'effectif pour les Etablissements de Soins Publics | 0,32 | -0,30 | -0,33 | -0,43 |
| Part d'effectif pour l'Hébergement Privé | 0,13 | 0,45 | 0,15 | 0,05 |
| Part d'effectif pour le Soins à Domicile Privé | -0,47 | 0,56 | 0,29 | 0,25 |

| p-valeurs | Taux de Fréquence | Taux de Gravité | Evolution du taux de fréquence | Evolution du taux de gravité |
|--|-------------------|-----------------|--------------------------------|------------------------------|
| Part d'effectif pour l'Aide à Domicile | 0,285 | 0,853 | 0,670 | 0,032 |
| Part d'effectif pour l'Aide à Domicile Privée | 0,433 | 0,312 | 0,555 | 0,958 |
| Part d'effectif pour l'Aide à Domicile Publique | 0,832 | 0,555 | 0,729 | 0,083 |
| Part d'effectif pour les Etablissements de Soins | 0,709 | 0,298 | 0,670 | 0,201 |
| Part d'effectif pour les Etablissements de Soins Privés | 0,631 | 0,519 | 0,873 | 0,103 |
| Part d'effectif pour les Etablissements de Soins Publics | 0,340 | 0,370 | 0,326 | 0,190 |
| Part d'effectif pour l'Hébergement Privé | 0,709 | 0,160 | 0,650 | 0,894 |
| Part d'effectif pour le Soins à Domicile Privé | 0,147 | 0,072 | 0,394 | 0,462 |

Comme le montrent ces deux tableaux, une seule corrélation forte et significative est présente. Elle indique un effet fort de la proportion d'Aide à Domicile, Privée (ADP) ou Publique (ADPP) sur la sinistralité de ces zonages. Elle handicape donc les AAV de tranche de population cotées 00 (communes hors Attraction des Villes), 11 (Aires très rurales) et 24 (Aires de 125 à 150 000 habitants) dont la proportion d'effectif de l'Aide à Domicile (ADP & ADPP) atteint ou dépasse 50%.

Très sujette au temps partiel, cette activité pèse alors dans ces zones sur le nombre moyen d'heures par employé-es qui se retrouve ainsi en relation avec l'évolution du taux de gravité.

Tableau 25 : Evolution du Taux de gravité et nombre moyen d'heures par employé-e par catégorie de population des Aires d'Attraction des Villes

| Catégorie de population des AAV | Nombre moyen d'heures par employé-e | Evolution du Taux de Gravité |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 24 | 1422 | 1,65 |
| 11 | 1468 | 2,38 |
| 00 | 1491 | 1,14 |
| 31 | 1540 | 0,49 |
| 13 | 1560 | 1,04 |
| 12 | 1561 | 0,87 |
| 21 | 1573 | 0,95 |
| 22 | 1575 | 1,61 |
| 23 | 1597 | 0,72 |
| 14 | 1598 | 0,34 |
| 42 | 1599 | 0,40 |
| Total général | 1569 | 0,59 |

A l'exception de la tranche 22 dont les causes sont à chercher ailleurs (peut-être [Rican & al., 2014](#)), on peut lier en zone rurale (00 et 11) sinistralité, aide à domicile et faible temps de travail, variables à mettre en regard avec un marché du travail atone, un fort taux de dépendance des bénéficiaires et un temps important de déplacement. En effet, un plus fort taux de dépendance est patent dans ces espaces du fait du vieillissement de la population, avec de fortes variations entre bassins de vie ruraux et non ruraux, périurbains ou non ([Ducharme & Van Lu, 2017](#)).

L'ensemble des résultats de ce niveau peut être synthétisé dans le tableau suivant :

Tableau 26 : résultats du niveau des territoires

| Niveau | Hyp | Variable indépendante | Résultat | Validation, infirmation, amendement |
|-------------------------------|----------------|---|--|-------------------------------------|
| Territoires | Zones d'Emploi | H1 <i>Chômage, salaires et revenus</i> | L'évolution et la durée du chômage augmentent la fréquence | H1 validée partiellement |
| | | | L'écart des salaires moyens et la faiblesse des bas revenus augmente la fréquence durant la période | |
| | H2 | La faiblesse des bas revenus réduit la durée des arrêts et mécaniquement le taux de gravité | H2 Infirmée : la gravité est dépendante de la situation économique du territoire | |
| | | Un chômage haut et croissant réduit la durée des arrêts et mécaniquement le taux de gravité | | |
| Aires d'Attraction des Villes | H1 H2 | <i>Pauvreté</i> | Pas de corrélation significative avec l'indice de Gini | H1 H2 infirmée partiellement |
| | H3 | <i>Densité de population</i> | Les Aires les plus rurales présentent une augmentation forte du taux de gravité. A la croissance des besoins d'une population vieillissante répond un personnel plus âgé et moins formé. | H3 validée |
| | | <i>Activité</i> | La proportion d'aide à domicile dans les zones rurales et les petites villes maximise l'évolution du taux de gravité | |

En synthèse pour ce premier niveau d'analyse, nous sommes en mesure de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses :

H1 : le taux de fréquence agrégé et son évolution par zones d'emploi est en relation avec le taux de chômage, le salaire moyen, et la croissance sectorielle de ces territoires

H2 : le taux de gravité agrégé et son évolution par zones d'emploi n'est pas en relation avec le taux de chômage, le salaire moyen, et la croissance sectorielle de ces territoires

D'après nos résultats, l'hypothèse 1 est partiellement confirmée : le taux de fréquence est en relation avec les taux de chômage et les salaires moyen des cadres et des employé-es au niveau des zones d'emploi, mais non de la croissance sectorielle.

Ce résultat est cohérent avec les auteurs qui associent chômage et croissance de la sinistralité en nombre d'arrêts, mais non ceux qui montrent l'inverse (cf [Ruhm](#)).

Concernant l'hypothèse 2, elle est infirmée par nos résultats puisque les taux de gravité sont aussi corrélés aux taux de chômage et aux salaires, mais de manière opposée : plus le chômage est élevé et les salaires bas et plus les arrêts sont courts.

En terme de réflexion matricielle, ces résultats nous amèneront à préconiser de porter une attention particulière aux territoires à fort chômage et bas salaires, en l'occurrence les Zones d'Emploi de 7207, La Teste-de-Buch, 7208 et 7209, Dax et Agen, qui montrent des nombres d'arrêts plus nombreux.

En ce qui concerne la durée des arrêts, sous réserve de confirmation ultérieure, nous préconiserons une vigilance au *présentisme* dans les Zones de bas salaire ouvrier, en l'occurrence les Zones 7203, Sarlat-La-Canéda et 7250, Mont-de-Marsan.

En Hypothèse 3 sur les AAV, nous prédisions une relation sinistralité/population.

H3 : la tranche de population des territoires est en relation avec les taux de fréquence et de gravité agrégés par Aire d'Attraction de Ville et leur évolution.

Cette hypothèse est partiellement confirmée. Seuls le taux de fréquence et l'évolution du taux de gravité sont en relation avec la tranche de population des Aires d'Attraction des Villes. Ils le sont par l'activité (Aide à Domicile).

Sur ce point nos résultats viennent compléter la littérature.

Nous observons effectivement une forte croissance des taux de gravité sur les AAV de population très rurales (tranches 00 & 11 <10 000 habitants) mais aussi sur deux autres tranches (22 et 24) du fait pour la 24 (de 125 à 150 000 habitants) de la forte proportion d'Aide à Domicile, pour la 22 (de 75 à 100 000 habitants) pour des raisons non élucidées.

Du fait de la part d'aide à domicile, le nombre moyen d'heures de travail par employé-e est très faible dans une partie de ces zones. Cet indicateur structurel, présent au niveau des établissements, est peut-être un des facteurs-clés de l'accidentologie.

Avant d'entrer dans l'analyse du deuxième niveau, on peut rappeler, comme nous l'avons développé dans notre revue de littérature, que, contrairement au stress et aux risques psychosociaux, la standardisation des gestes, permise par un travail proche du *temps plein* et une *charge de travail* suffisante protège mieux des accidents du travail.

Par contre, l'augmentation de ce temps de travail par employé-e paraît accidentogène ou du moins, pourrait encourager à poser davantage de jours d'arrêt. Ce résultat est aussi cohérent avec les verbatim des employé-es (cf infra) autour du besoin de repos lié au stress dû à l'augmentation de la charge.

Nos travaux sur les autres niveaux du système devraient nous éclairer sur ces questionnements.

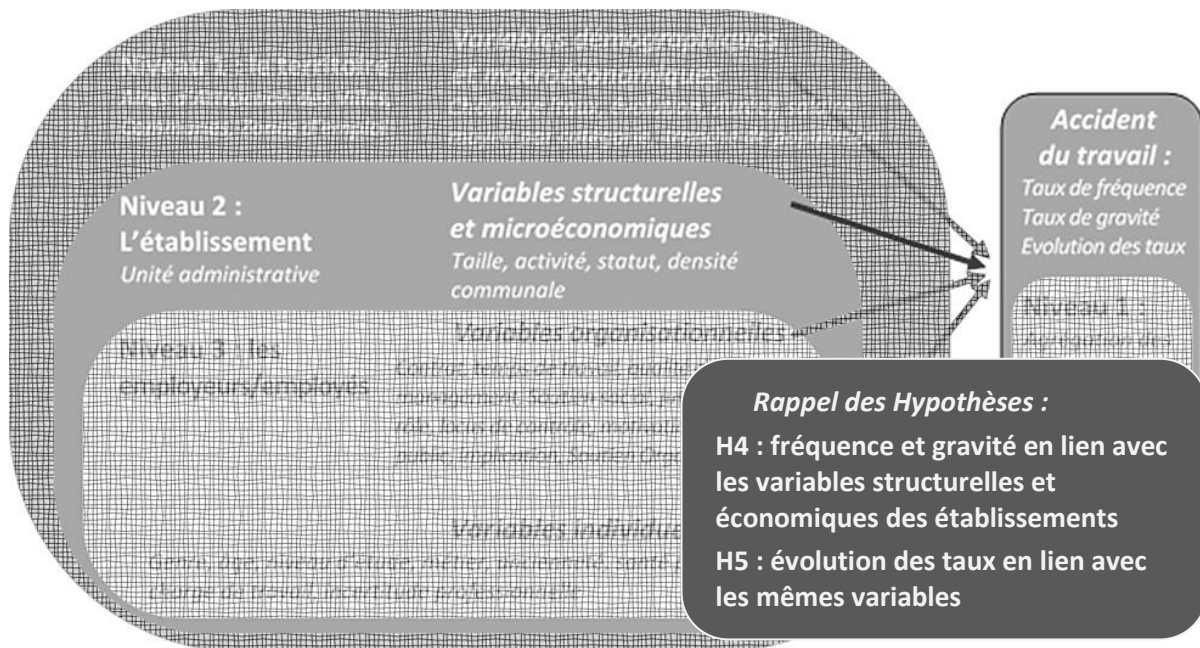
1.2. Niveau des établissements



Le niveau des établissements est le plus fourni en individus puisqu'il couvre l'ensemble des établissements d'Aquitaine. Il est toutefois concentré sur les données structurelles et ne nous apporte pas d'information sur les informations organisationnelles.

Il peut être représenté par le modèle restreint suivant.

Figure 35 : Modèle niveau 2



Deuxième niveau d'analyse, le niveau des établissements présente pour notre thèse la remarquable particularité de s'appuyer sur une série exhaustive de données sur six années. Si, comme nous l'avons vu, la base fournie par la CARSAT montre quelques faiblesses sur l'extraction des structures sans activité, et maintient quelques structures singulières à des codes NAF inadéquats, elle reste la base de données la plus rigoureuse accessible en France sur les accidents du travail. Après l'avoir épurée, nous disposons de données très complètes dont seule la localisation reste non renseignée pour l'Hébergement Public (HPP).

Cinq variables ont été retenues à ce niveau : *l'activité*, le *statut* de l'établissement, la *localisation*, la *taille* et son évolution. Pour rappel nos hypothèses à ce niveau sont :

H4 : le taux de fréquence (et de gravité) des établissements est en relation avec leur activité, leur statut, leur localisation, leur nombre moyen d'employé-es et l'évolution de celui-ci

H5 : l'évolution de taux de fréquence (et de gravité) des établissements est en relation avec leur activité, leur statut, leur localisation, leur nombre moyen d'employé-es et l'évolution de celui-ci

Afin de comparer à loisir la dispersion des établissements, nous décidons d'extraire les valeurs extrêmes. Se distinguent nettement une cinquantaine de structures dont au moins une des mesures présente des données substantiellement anormales.

Ainsi, certaines affichent une évolution du taux de fréquence supérieure à + 300 ou inférieure à - 300 pour une moyenne de cette mesure à 36. De même, plusieurs établissements montrent une évolution des taux de gravité supérieure à 20 ou inférieure à - 20 pour une moyenne proche de 4.

L'ensemble de ces établissements aux valeurs extrêmes est constitué de 54 structures, soit moins de 5% de la base pour 1,2% du personnel total et moins de 3% des accidents durant la période.

63% des établissements extrêmes sont dans l'Aide à Domicile et représentent 6,2% de ce sous-ensemble. Les valeurs de croissance ou de décroissance extrêmes de ces établissements s'expliquent essentiellement par des fluctuations erratiques du personnel pour un tiers d'entre eux et une absence d'accidents durant la première année pour la moitié.

Quelques structures présentent une augmentation exponentielle de leur sinistralité et pourraient justifier une étude approfondie dédiée qui sort de notre champ d'étude.

Du fait de leur faible activité, 21 000 heures pour 14 employé-es en moyenne en 2016, leur absence n'impacte qu'à la marge les valeurs médianes et les quartiles de notre population.

De la même manière que précédemment, nous choisissons d'utiliser pour ces 1 073 établissements des classifications par arbres de régression non contraints pour extraire les variables influentes sur les mesures de sinistralité au niveau des établissements et pour les hiérarchiser.

Pour garder un niveau fin d'analyse, nous choisissons la valeur 30 comme nombre minimal d'individu par nœud terminal (feuille de l'arbre).

Comme précédemment, les arbres sont produits sur « R » grâce à l'application « Rattle » avec la partition aléatoire présentée supra, 70% de formation des modèles, pour 15% de test et 15% de validation, assurant à la classification une grande robustesse.

Nous choisissons comme prévu d'étudier l'impact des variables structurelles des établissements, en premier lieu l'*activité* et le *statut*, définis par les catégories CARSAT (ADP, ADPP, ESP, ESPP, HP, HPP, SDP), en second lieu la *taille* des structures, synthétisée par les moyennes d'effectif et d'heures de travail, enfin la *charge de travail*, approchée par le nombre moyen d'heures de travail par employé-e durant la période.

Pour toutes ces variables, nous intégrerons à notre recherche l'évolution de ces variables en cours de période, et ce, pour les mêmes raisons que précédemment d'une possibilité de causalité de facteurs antérieurs à la période.

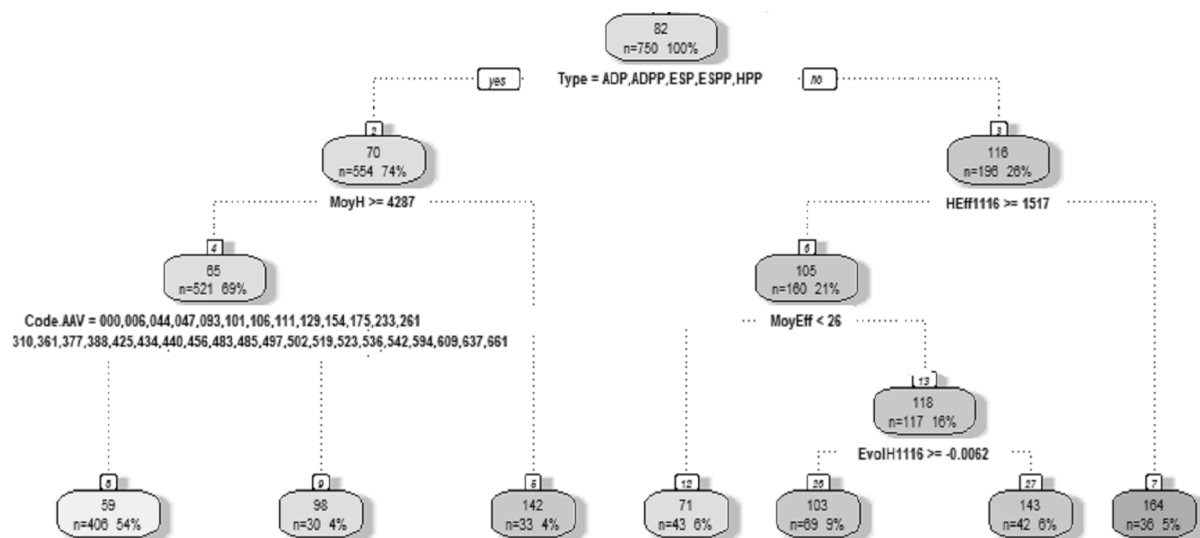
En miroir du chapitre précédent, nous associerons à ces variables structurelles deux variables de *localisation*, les Zones d'Emploi et les Aires d'Attraction des Villes, afin d'estimer leur impact relatif sur la sinistralité des établissements.

Enfin, nous compléterons cette base par deux variables de population (densité communale et catégorisation de démographie des Aires d'Attraction des Villes) proxys possibles de la densité des réseaux de prévention (cf supra [Rican](#) et [Vigneron](#)).

Nous souhaitons vérifier ainsi si les établissements présentent une sinistralité distincte selon le type de commune dans lequel ils sont situés.

Nous produisons alors 4 arbres associés aux mesures suivantes : taux de fréquence et taux de gravité des établissements durant la période et évolution de ceux-ci.

Figure 36 : Arbre de régression du taux de fréquence des établissements en fonction des variables structurelles et géographiques



Les variables discriminant les établissements en termes de taux de fréquence durant la période sont essentiellement des variables structurelles mais les Aires d'Attraction des Villes apparaissent tout de même en troisième étage pour une petite partie des établissements.

Concernant les variables structurelles, la première qui apparaît est l'*activité* et le *statut*, en cohérence avec nos précédents résultats, séparant l'Hébergement Privé et les Soins à Domicile Privé, très accidentogènes, avec un taux de 116 (boite 3 à droite) pour la population représentée par l'arbre ci-dessus, contre 70 pour les autres catégories *activité/statut* (boite 2 à gauche).

Pour ces dernières catégories, le second discriminant est le nombre d'heures produites en moyenne par an, distinguant les très petites structures (moins de trois équivalent/temps plein) des autres avec un taux de fréquence très élevé pour les premières.

Pour l'Hébergement privé (les EHPAD pour l'essentiel) et les Soins à Domicile (dont la population est très faible) le premier discriminant est le nombre moyen d'heures par

employé-e, entendu que plus il approche le *temps plein* et plus le risque d'accident est faible. On retrouve ainsi cette variable déjà évoquée au niveau précédent.

Cette assertion est confortée par la troisième variable qui discrimine les établissements selon la croissance de l'activité, celle-ci réduisant le risque au lieu de l'accroître.

La seconde variable concerne *l'effectif* et distingue les structures de plus de 26 employé-es, plus sujettes aux accidents et les autres moins sensibles à ce risque. Ces seuils de taille nous serviront ultérieurement à catégoriser les structures.

L'ensemble des autres variables n'apparaît pas et ne montre donc pas d'influence sur cette mesure de sinistralité.

L'activité distingue donc deux groupes à sinistralité très différente, l'Hébergement Privé et le Soins à domicile pour les taux élevés et les autres activités pour les taux réduits.

Pour la partie droite de l'arbre, on peut affirmer les assertions suivantes :

L'Hébergement privé maximise le taux de fréquence pour une moyenne d'heures par employé-e inférieure au temps plein, un effectif supérieur à 26 et une activité en décroissance. Il le minimise (deuxième plus basse moyenne de taux, 71 dans la feuille 12) pour les petites structures proposant au moins un temps plein à ses employé-es.

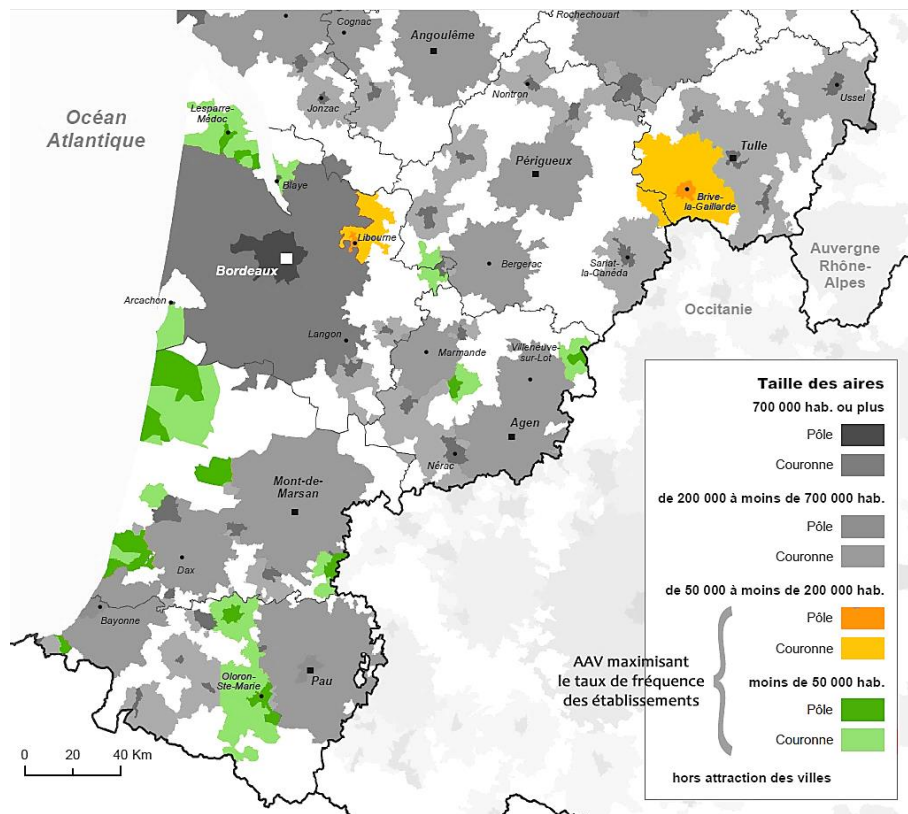
La partie gauche de l'arbre traite de l'ensemble des autres établissements avec les résultats suivants :

Le taux est maximal pour les très petites structures, minimal pour les structures non localisées sur 18 AAV dont la moitié appartient à la catégorie 12 (entre 10 et 20 000 habitants). Si cette tranche de population présente une médiane moyenne (cf [figure 19](#)) sa forte variance en taux de fréquence peut expliquer cet impact sur les établissements.

Les enseignements extraits de cet arbre sont que les facteurs de sinistralité varient d'abord selon *l'activité* puis selon *l'effectif* ou le *temps de travail*. Un effectif important pénalise les EHPADs et le Soins à Domicile. Un temps de travail inférieur au *temps plein*

pénalise les autres activités. La *localisation* met en jeu les Aires d'Attraction des Villes colorées sur la carte suivante.

Figure 37 : Carte des AAV maximisant le taux de fréquence des établissements



Comme on peut le voir, ces Aires sont de taille moyenne autour de petites villes en lisière des grandes Aires.

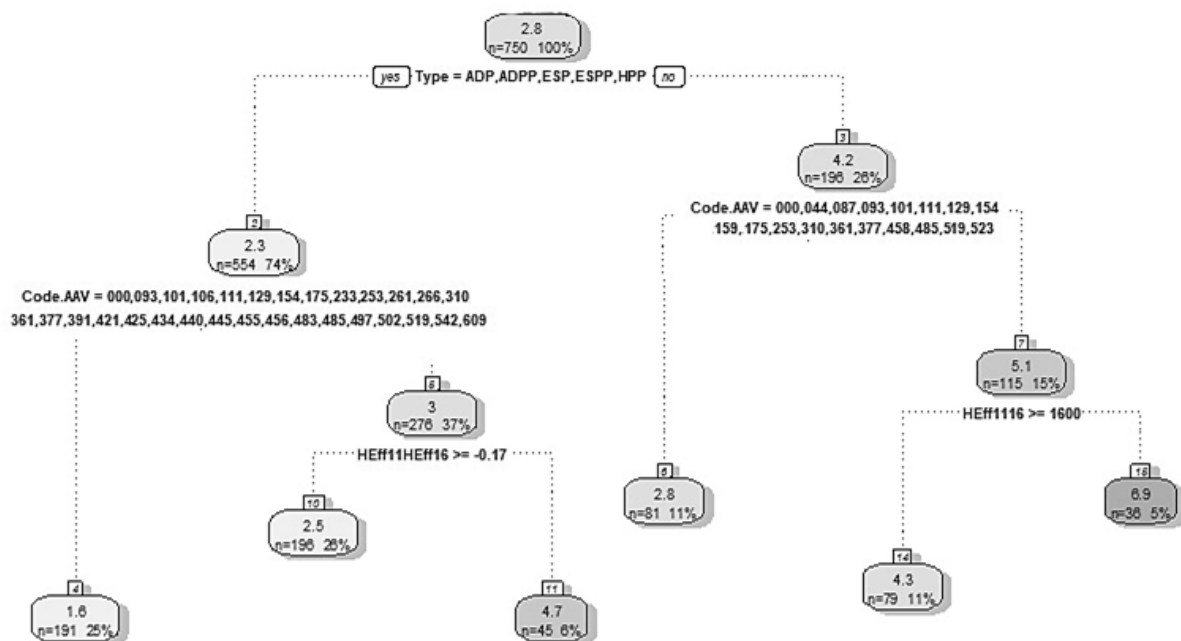
Si la population reste dans ces zones, elle vieillit davantage ([Ducharme & Van Lu, 2017](#)) et ses besoins croissent. Les structures sont nombreuses (hôpitaux, cliniques, Services d'Aides à Domicile), mais à distance des pôles d'agglomération. Elles sont davantage concernées par les difficultés de recrutement et l'épuisement du personnel (cf fermetures à répétitions des urgences à Blaye, Lesparre ou Oloron, forte hausse de l'absentéisme, postes non pourvus...).

Les bâtiments sont comme on l'a vu, souvent anciens et moins objets des investissements majeurs (rénovation de l'hôpital de Brive en 2000 puis en 2020).

Ce sont sans doute des zones en tension entre demande croissante et offre stagnante.

Le deuxième arbre est construit à partir des mêmes variables indépendantes mais dans leur relation avec le taux de gravité.

Figure 38 : Arbre de régression du taux de gravité des établissements en fonction des variables structurelles et géographiques



Les premières variables discriminantes sont l'activité et le statut public/privé puis l'Aire d'Attraction des Villes.

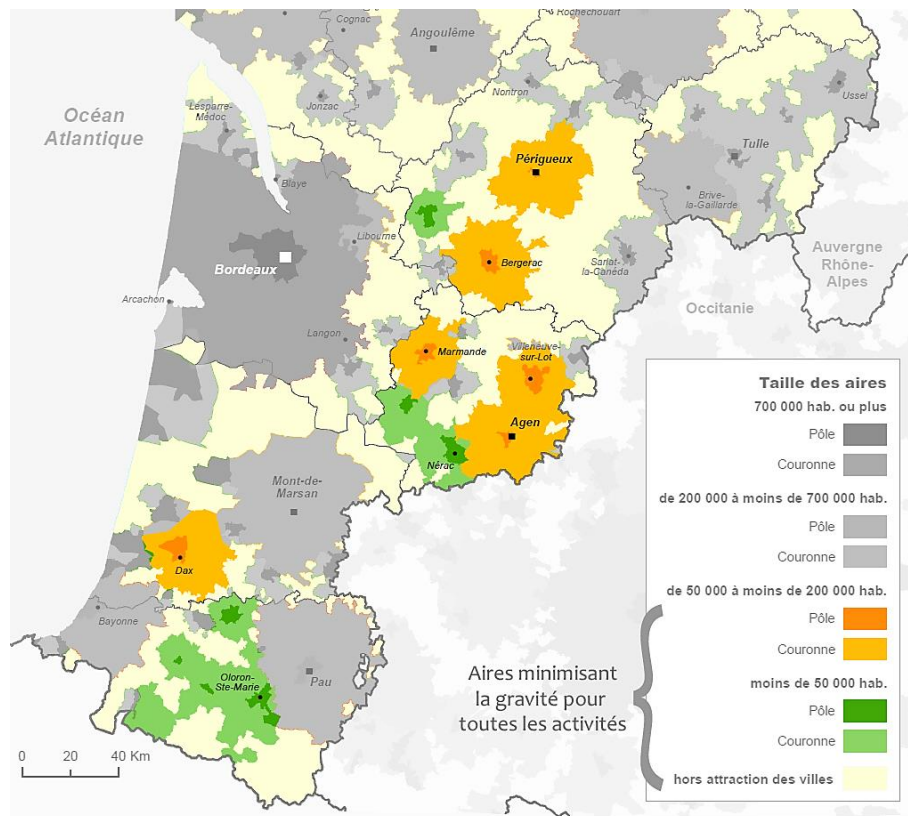
Comme pour le taux de fréquence, l'Hébergement Privé et les Soins à Domicile présentent des taux de près du double des autres catégories. Et là aussi la localisation a un impact sur la durée des arrêts de travail dûs aux accidents.

Question localisation, que nous soyons en présence des établissements des deux activités les plus accidentogènes (HP & SDP) ou des autres, treize Aires d'Attraction des Villes sont associées à des taux très inférieurs.

Comme nous l'analyserons dans le tableau infra, ces Aires présentent un revenu médian inférieur, une part plus faible de ménages imposables et un rapport inter-déciles supérieurs aux autres Aires.

Ces facteurs de faiblesse des bas revenus avaient été examinés au niveau des territoires et bien associés à des durées réduites des arrêts de travail.

Figure 39 : Carte des AAV minimisant le taux de gravité des établissements



Comme le montre clairement la carte, les Aires minimisant le taux de gravité des établissements sont les communes les plus rurales (cotées 00, en jaune pâle sur la carte) et des villes moyennes (cotées 21 à 23, entre 50 et 125 000 habitants).

A l'opposé, les agglomérations de Bordeaux et Bayonne, ainsi que les villes préfectorales, sont quant à elles très impactées. Ces Aires, très bien équipées, montrent des *revenus* bien supérieurs, un *chômage* inférieur (réduisant l'*incertitude professionnelle*) et une médecine de ville plus encline à protéger les employé-es.

En accord avec nos travaux au niveau des territoires, de faibles revenus, un niveau élevé de pauvreté et l'inégalité économique ont tendance à réduire la durée des arrêts de travail.

Nous y voyons de nouveau les deux explications déjà détaillées, une possible *compassion* pour des bénéficiaires en précarité qui pousse au *présentisme* et un choix de revenir au travail pour éviter une perte de revenu préjudiciable.

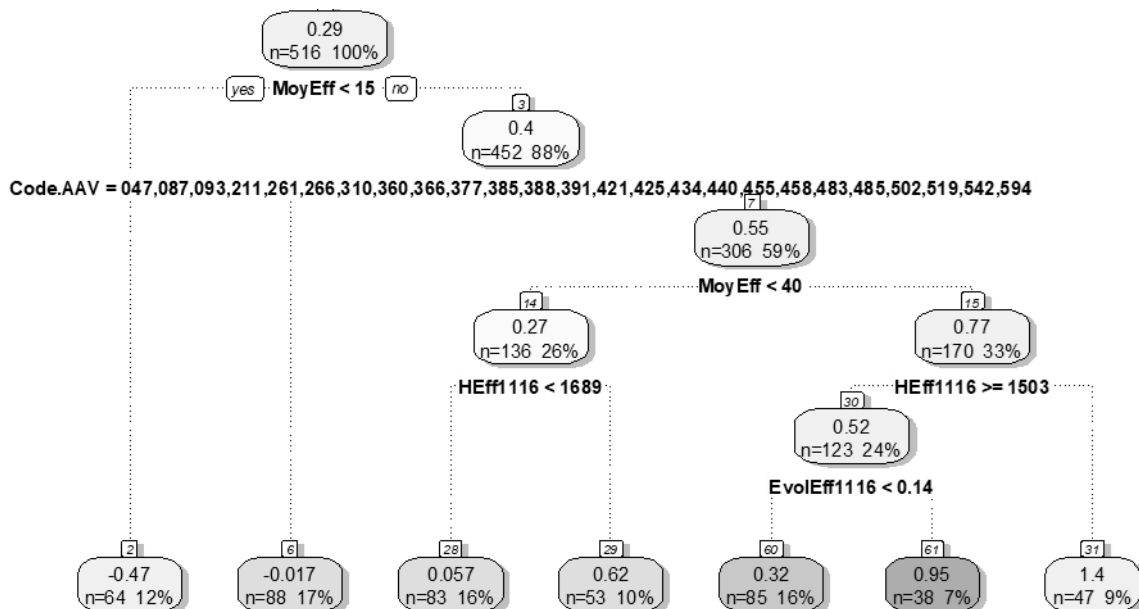
Dans les agglomérations, alors que le taux de fréquence est bas, le taux de gravité y est très élevé, sans doute en lien avec une faible *incertitude professionnelle* et une meilleure prise en charge.

La seule variable structurelle en jeu ici est le nombre moyen d'heures de travail par employé-e et son évolution.

De même que précédemment, un temps de travail proche ou supérieur au temps plein minimise le taux de gravité, particulièrement dans les activités les plus accidentogènes, Hébergement Privé et Soins à Domicile. La baisse de charge de travail est aussi liée à des taux de gravité plus élevés.

Les arbres de régression de l'évolution des taux complètent cette analyse.

Figure 40 : Arbre de régression de l'évolution du taux de fréquence des établissements en fonction des variables structurelles et géographiques



Si l'activité apparaissait comme la première variable discriminante pour le taux de fréquence, elle n'entre pas en compte pour l'évolution de celui-ci, montrant que cette

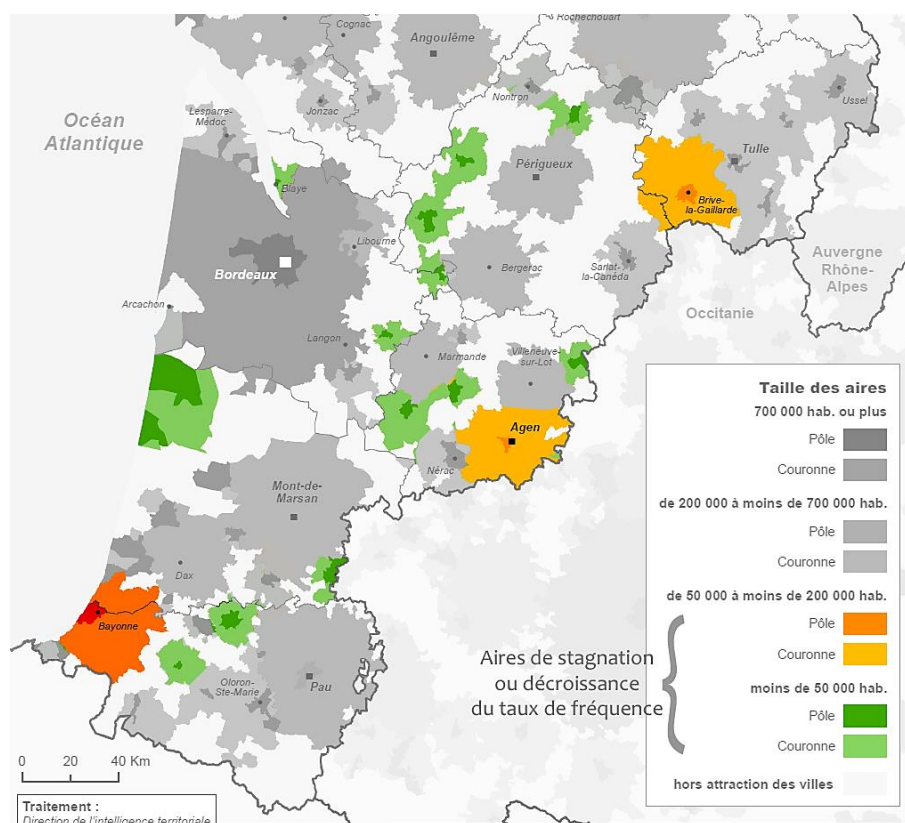
croissance des accidents touche chaque établissement sans considération de ses missions. C'est un résultat qui confirme au moins partiellement notre intuition introductive d'un destin partagé par toutes ces structures dans la période récente.

Comme pour le taux de fréquence, la question des Zones d'Emploi, marqueur de gravité dans le chapitre précédent, n'est pas non plus prise en compte ici. Nous avons pourtant vu combien la situation économique pouvait influencer sur la sinistralité des établissements d'une zone et combien l'évolution sectorielle par zone pouvait, il est vrai sur une petite partie des établissements, influencer elle-aussi.

La meilleure explication de cette apparente contradiction est le niveau plus important de finesse des Aires d'Attraction des Villes, dès lors qu'on exclut celle de Bordeaux dont le territoire est très vaste et hétérogène.

Par contre une part non négligeable des établissements est sensible aux Aires d'Attraction des Villes.

Figure 41 : Carte des AAV dont le taux de fréquence stagne ou décroît



Si les taux de fréquence sont restés stables ou décroissants dans une vingtaine d'AAV, ils ont fortement augmenté, de plus de 50%, dans treize d'entre elles, les communes hors attraction, Libourne, Oloron-Ste-Marie ou Capbreton par exemple. Douze de celles-ci se situent entre 5 et 50 000 habitants mais neuf d'entre elles hébergent entre 10 et 30 000 habitants (catégories 12 déjà évoquée et 13).

Il faut toutefois indiquer qu'elles ne se différencient pas nettement des autres AAV de la même strate. Comme nous le verrons infra, seul le rapport inter-décile, c'est-à-dire la différence entre le dixième de la population disposant des plus hauts revenus et le dixième disposant des plus bas, accuse une différence notable, renvoyant de nouveau à la différence de revenus.

Cette indication est en cohérence avec nos résultats précédents sur les différences de niveau de salaires entre cadres et ouvrier-es.

Comme précédemment, *l'effectif* moyen est en lien avec l'augmentation de la fréquence des accidents. Ici aussi, à l'exception de la mention des très petites structures pour le taux de gravité, les *tailles* les plus élevées maximisent l'augmentation de la fréquence.

Ainsi, les petites structures (moins de 15 employé-es) ont réduit leur taux de fréquence durant la période et les autres l'ont fortement augmenté. De manière concordante les structures de plus de 40 salarié-es l'ont davantage augmenté que les autres.

Par seuils successifs (15, 40) un effectif supérieur est en relation avec une augmentation supérieure du taux de fréquence.

Ce résultat apparaît en contradiction avec la littérature qui prédit un développement des fonctions supports avec la *taille*, ainsi qu'une meilleure prise en compte des politiques de prévention, formation, intégration.

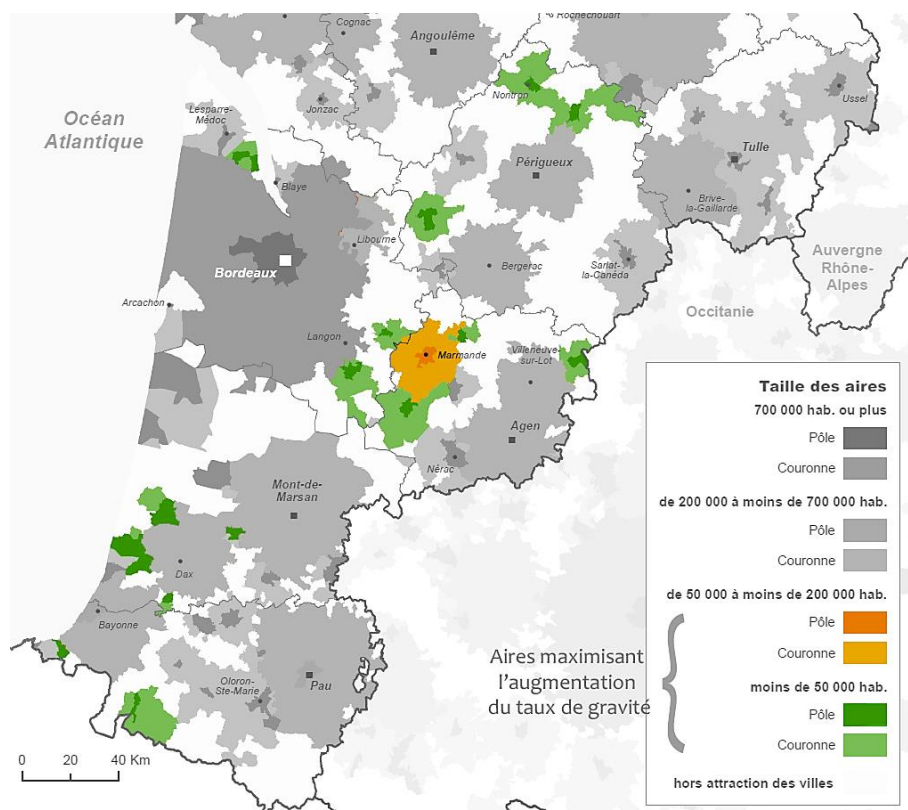
Peut-être faut-il voir avec l'augmentation de la *taille* une baisse du *soutien social*, variable-clé de la prévention dans le modèle de [Karasek & Theorell \(1994\)](#). Comme nous l'avons déjà précisé à propos de ce modèle, les travaux d'[Hamon-Cholet](#), s'ils

augmenterait ce taux dans le temps. L'une des explications serait le *présentéisme* déjà dénoncé qui amène une sous-déclaration à court-terme et une sur-déclaration ensuite.

A ce sujet, la méta-analyse de [Skagen & Collins \(2016\)](#), diligenté sur 8 jeux de données et 453 articles montre que la majorité des travaux conclut à une perte de santé à terme due au *présentéisme*. Ce comportement tend donc à réduire les taux de gravité par absence d'arrêt du travail ou retour anticipé au travail, puis à provoquer dans le temps un accroissement de ce taux du fait de l'aggravation de la santé des employé-es.

Ces Aires d'Attraction des Villes sont aussi les moins peuplées de la région et ce groupe comprend la moitié des Aires de moins de dix mille habitants (catégorie 11 observée supra comme accidentogène) mais non les communes hors attraction.

Figure 43 : Carte des AAV maximisant l'augmentation du taux de gravité



Comme le montre bien la carte, c'est un nombre réduit d'Aires qui influe sur une augmentation forte du taux de gravité des établissements. Mise à part Marmande, il

s'agit de petites Aires isolées, peu peuplées, et très peu sont aussi en zone de taux de gravité élevé.

Ce résultat est cohérent avec nos précédents résultats et nous renvoie vers le *présentisme* et la *compassion*. Il est logique de retrouver aussi dans l'arbre de régression les communes hors attraction qui présentent effectivement une augmentation élevée de la gravité durant cette période. Cette aire qui héberge 108 établissements, soit 9,6% de la base pour 5,15% des effectifs apparaît comme facteur de sinistralité en boîte 22 pour 116 établissements.

Concernant les variables structurelles, une petite *taille* (inférieure à 16 équivalents temps plein) minimise l'augmentation de la gravité et participe même à sa baisse. Quant à la croissance de la production, elle présente les mêmes relations que l'arbre de régression de la fréquence. Pour les structures supérieures à 16 salarié-es (26 sur le premier arbre) la baisse de la production maximise l'augmentation de gravité (ou la fréquence pour le premier arbre).

Nous retrouvons ici nos réflexions sur le *temps plein* et l'*incertitude professionnelle* dont nous devrions retrouver trace dans les questionnaires.

L'explication la plus probable est la suivante. La *baisse de production* tend à réduire le *temps moyen de travail* au-dessous du *temps plein*, car les gestionnaires, dans une pratique vertueuse, préfèrent conserver les compétences internes en réduisant d'abord les heures supplémentaires puis le temps de travail avant d'envisager des licenciements.

S'ils évitent ainsi le chômage, ils réduisent les rémunérations d'une partie des employé-es et n'empêchent pas l'inquiétude de ceux-ci quant à la pérennisation de leur emploi.

Pour la première fois, apparaît dans cet arbre la *densité communale*, il est vrai pour un petit nombre d'établissements (34 en boîte 23), et en défaveur des communes denses. Le seuil qui apparaît, 22, est supérieur à la densité de Biarritz, par exemple, et proche

de celles de Pau, Périgueux ou Lormont. Ce phénomène touche en fait principalement les établissements ayant une *décroissance des heures* et se trouvant en zone urbaine.

Au vu du petit nombre de structures concernées, et sachant qu'elles sont touchées par des phénomènes déjà analysés, il paraît délicat d'en tirer quelque conclusion que ce soit. Il est possible que la causalité soit à rechercher dans la différence déjà envisagée entre médecine de ville et médecine de campagne, la première étant plus encline à prendre conscience des risques, à protéger les employé-es et à allonger les arrêts de travail.

En guise de synthèse, l'ensemble des résultats au niveau des établissements peut être compilé dans le tableau suivant.

Tableau 27 : résultats du niveau des établissements

| Niveau | Hyp | Variable indépendante | Résultat | Validation, infirmation, amendement |
|----------------|-----|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Etablissements | H4 | Activité, taille, revenus, salaires | <ul style="list-style-type: none"> Les arbres de régression distinguent deux groupes d'activités, Hébergement Privé/Soin à domicile et les autres activités Pour l'hébergement privé, un nombre d'employé-es supérieur à 26, la décroissance de l'activité et un temps de travail moyen inférieur au temps plein maximisent la fréquence Les autres activités sont sensibles à la localisation et à la taille (fréquence maximale pour les très petites structures) | H4 validée |
| | | Temps de travail | <ul style="list-style-type: none"> Des faibles revenus, un haut niveau de pauvreté et l'écart de salaires réduit la durée des arrêts et le taux de gravité Des temps moyens de travail proche ou supérieur au temps plein minimisent la gravité La baisse de charge la maximise | |
| | H5 | Taille de structure | La fréquence augmente avec l'effectif par seuils (15, 40) | H5 validée |
| | | Localisation | <ul style="list-style-type: none"> La baisse d'activité accroît la durée des arrêts et la gravité L'évolution de gravité est très sensible à la localisation | |

Pour rappel, nos hypothèses à ce niveau étaient les suivantes :

H4 : le taux de fréquence des établissements et l'évolution de celui-ci est en relation avec leur activité, leur statut, leur localisation, leur nombre moyen d'employé-es et l'évolution de celui-ci

H5 : le taux de gravité des établissements et l'évolution de celui-ci est en relation avec leur activité, leur statut, leur localisation, leur nombre moyen d'employé-es et l'évolution de celui-ci

Pour reprendre leurs attendus, *l'activité* et le *statut* ont bien une relation avec les deux taux étudiés. Plus précisément, notre étude montre une nette distinction entre d'un côté l'Hébergement Privé (HP) et le Soins à Domicile (SDP), très accidentogènes, et de l'autre côté, les autres groupes *activité/statut*.

La localisation dans les Aires d'Attraction des Villes a bien un impact sur les mesures de sinistralité.

Cet impact est patent sur les quatre mesures analysées, et ce sont bien les *Aires d'Attraction des Villes*, considérées dans notre première partie comme une bonne territorialisation de la sociologie économique, mais aussi espaces des réseaux de santé et de prévention, qui paraissent influencer sur la sinistralité mais leur impact paraît distinct selon la mesure étudiée.

Si le taux de fréquence des établissements est fortement impacté par une *localisation* en Aire des tranches de population 12 et 13 (entre 5 et 50 000 habitants) le taux de gravité reste très bas en zone rurales. Il est par contre très élevé dans les agglomérations de Bordeaux et Bayonne, et dans les communes hors attraction des Villes et maximal dans les plus petites aires, en extrême marge des très grandes aires.

Quant à l'évolution des taux, le taux de fréquence voit sa croissance influencée par une *localisation* autour de petites villes et le taux de gravité autour de centre-bourgs à distance des agglomérations.

Mis à part les taux de fréquence, les aires dotées de communes moyennes entourées de zones rurales (AAV codées 12) présentent des mesures plus élevées sur les trois autres variables, renvoyant au cumul de handicaps qui touchent ces zones en termes de démographie et d'économie (démographie en baisse, vieillissement, absence de marché du travail, décroissance d'activité, dégradation des services publics, déplacements supérieurs).

Les variables organisationnelles liées devraient être *l'incertitude professionnelle*, en relation avec la baisse d'activité, le *présentéisme*, lié aux bas revenus, la *compassion* et

l'abnégation, sous-dimensions de la *Motivation de Service Public*, qui pourraient être d'autant plus élevées que les bénéficiaires des services connaissent la précarité.

On devrait aussi trouver dans ces territoires un *Locus de contrôle interne* du fait d'un travail plus solitaire. Enfin, comme nous l'avons expliqué à propos de la *taille*, on pourrait trouver une place prépondérante du *soutien social* comme levier de prévention.

Les variables structurelles participant à la sinistralité au niveau des établissements sont l'effectif moyen avec des seuils de 15, 25 et 40 augmentant la sinistralité des établissements à chaque seuil.

A l'opposé, le temps plein et la croissance de l'activité minimisent la sinistralité.

Ces deux facteurs, *effectif* et croissance du personnel, sont particuliers aux deux activités les plus accidentogènes, Hébergement Privé et Soins à Domicile et induisent à chaque fois une sinistralité supérieure pour les établissements les plus gros.

Pour les autres activités, la *taille* des établissements représentée cette fois-ci par le nombre d'heures produites, indique un seuil très bas, équivalent à 3 temps pleins, en-deçà duquel les taux de fréquence sont plus élevés, sans doute du fait d'un défaut d'organisation et donc de prévention.

Par contre les taux de gravité eux-mêmes ne subissent pas d'influence de la *taille*. Une autre variable apparaît pertinente, le *nombre moyen d'heures par employé-e*, sans critère de *taille*. Pour les raisons déjà spécifiées, pour les deux activités à haute sinistralité, la proximité au *temps plein* apparaît protectrice. Pour les autres activités, c'est la *baisse d'activité par employé-e* qui apparaît facteur de gravité.

La réflexion en termes de prévention se trouve ainsi très différente selon que l'opérateur s'adresse à tous les établissements, incitant alors ceux-ci à approcher systématiquement le *temps plein*, ou à des groupes d'établissements, adaptant alors les politiques de prévention à chaque groupe, suivant sa *localisation* et son *activité*. Nous reprendrons ce point plus en détail dans la partie suivante.

1.3. Niveau des employeurs/employé-es : les employeurs

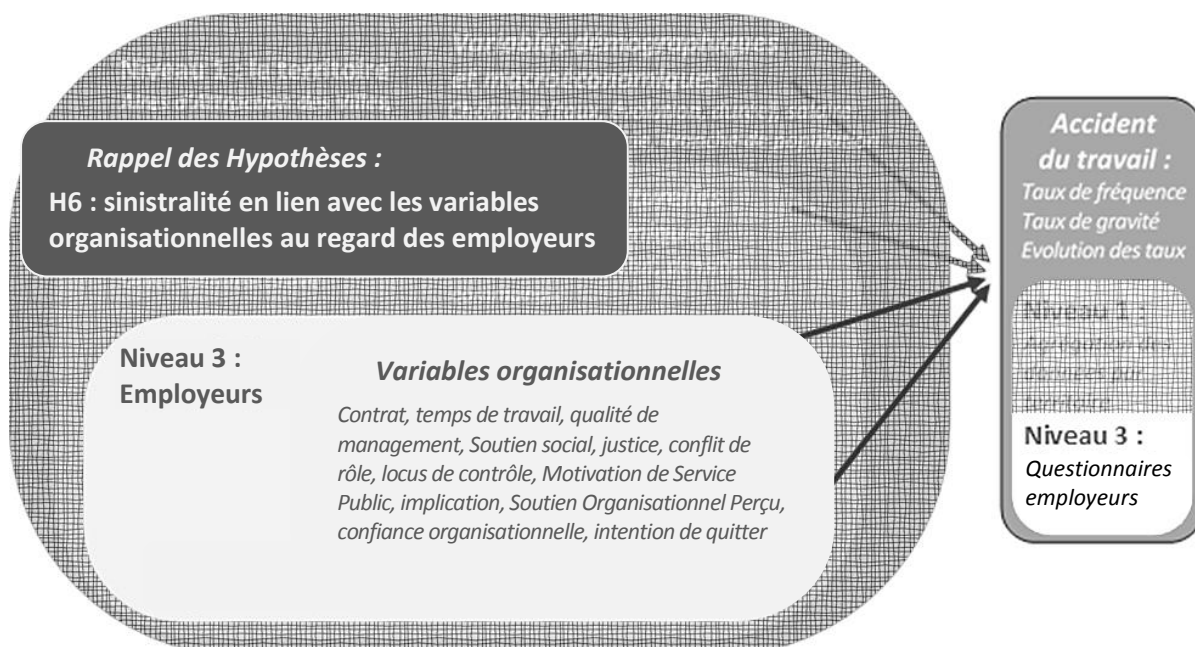


Ce niveau, affaibli par l'échantillonnage non représentatif est par contre enrichi de l'enquête par questionnaires réalisée auprès d'une trentaine d'établissements.

L'éventail très large de dimensions et sous-dimensions mesurées et sa mise en regard des questionnaires miroir complétés par plus de 450 salarié-es devrait être en mesure de répondre à nos interrogations.

Le modèle restreint correspondant à cette partie de notre recherche prend la forme suivante :

Figure 44 : Modèle niveau 3-1



Comme nous l'avons déjà précisé supra, le dispositif prévu en méthodologie a été fortement perturbé par la pandémie, non seulement sur les rencontres avec les personnes échantillonnées, mais aussi sur le temps disponible dans les structures pour répondre aux questionnaires alors que les équipes fonctionnaient en mode dégradé et multipliaient les remplacements internes ou les heures supplémentaires.

Si nous avons atteint des niveaux de réponses assez satisfaisants auprès des employeurs, le nombre d'établissements diffusant les questionnaires employé-es a fondu au fur et à mesure de l'implémentation des protocoles sanitaires.

Il nous faudra donc réaménager notre traitement des données collectées afin de répondre au mieux aux hypothèses posées.

Concernant les employeurs, la campagne de collecte a permis de rencontrer les responsables de 29 établissements du territoire aquitain, représentant correctement la plupart des catégories *activité/statut* avec une faiblesse pour les petites structures publiques d'Aide à Domicile (ADPP) et d'Hébergement (HPP), et les plus petits établissements de soin privés (ESP).

Pour rappel, les hypothèses sur lesquelles nous avons travaillé à ce niveau du système sont les suivantes :

H6 : le taux de fréquence (et de gravité) des établissements est en relation avec des variables organisationnelles (à hiérarchiser) tel qu'elles sont perçues par les employeurs.

Concernant les éléments de discrimination des établissements, il n'était plus possible de considérer ces établissements selon la grille d'échantillonnage présentée dans la méthodologie. De nombreuses catégories ne sont représentées par aucun répondant ou que par une seule structure, accroissant substantiellement le risque de biais.

Considérant néanmoins le nombre de réponses comme suffisant à une analyse, nous reprenons les conclusions des arbres de régression présentés ci-dessus pour établir de nouvelles catégorisations d'analyse.

Pour l'*activité* et le *statut*, les différents arbres distinguent de manière nette et systématique deux *activités*, l'Hébergement Privé et les Soins à Domicile, des autres groupes. Nous décidons donc de regrouper les employeurs répondants selon qu'ils appartiennent ou non à ces deux activités.

Sur les aspects structurels, plusieurs éléments se dégagent de nos analyses précédentes. Quatre seuils d'*effectifs* apparaissent, des effectifs moyens de 3, 15, 25 et 40 employé-es. De même nous répartissons à partir de ces seuils les établissements dans des groupes dont nous étudierons les éventuelles différences de sinistralité.

Le deuxième facteur structurel se dégageant touche au nombre moyen d'heures de travail réalisées par employé-e, avec une relation déjà détaillée supra autour du temps plein. Plutôt que de baser notre réflexion sur des *temps de travail* différents selon les quatre arbres de régression produits, nous choisissons de prendre comme seuil le *temps plein*, frontière déjà apparue prégnante supra, et décidons de comparer les structures ayant tendance à le dépasser et celles qui se situent dans une moyenne inférieure à celui-ci.

En termes d'évolution de l'activité, il semble là aussi qu'apparaît une différence entre les structures en *croissance* et celles en *décroissance*, les secondes apparaissant selon la littérature et nos résultats comme plus sinistrogènes.

Dans notre revue de littérature sur les territoires, nous avons proposé plusieurs types de territoires. Le processus de régression réalisé avec les arbres fait ressortir les Aires d'Attraction des Villes comme discriminant majeur. Ce sont donc celles-ci qui discrimineront nos employeurs, selon les *tranches de population* dont nous avons pu constater la pertinence supra.

Enfin, plusieurs dimensions n'ont pu être étudiées au niveau précédent du fait de l'absence de valeurs à notre disposition. Comme nous l'avons analysé dans la revue de littérature, il nous semble cohérent à propos du *statut privé* de distinguer les associations des entreprises, du fait de finalités et d'organisations fondamentalement dissemblables. Si nous n'avons pu accéder à cette donnée pour l'ensemble des structures, elle est accessible pour les établissements questionnés ici. Nous testerons l'influence de cette donnée sur les accidents de travail.

Forts de ces choix, nous pouvons synthétiser notre échantillon comme suit :

Tableau 28 : Répartition des établissements répondant selon les catégories des arbres de régressions

| Catégories | Activité/statut | | Effectif | | | | | Temps de travail | | Croissance | | Sinistralité | | Statut juridique | | |
|-------------------------|-----------------|-----------|----------|-----------|------------|------------|------|------------------|-----|------------|-----|--------------|-----------|------------------|----------------|--------|
| | HPSDP | non HPSDP | <3 | ≥3 et <15 | ≥15 et <26 | ≥26 et <40 | ≥ 40 | <TP | ≥TP | Oui | Non | (+) faible | (-) forte | Asso | Privé lucratif | Public |
| Nombre d'établissements | 7 | 22 | 0 | 2 | 6 | 7 | 14 | 14 | 16 | 13 | 15 | 15 | 10 | 9 | 13 | 7 |

| Catégories 20172 | Tranche de Population d'AAV | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | 00 | 12 | 14 | 21 | 22 | 23 | 24 | 31 | 42 | |
| Nombre d'établissements | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 1 | 4 | 6 | |
| Catégories 20171 | 0 | 1 | | 2 | | | | 3 | 4 | |
| Nombre d'établissements | 5 | 2 | | 10 | | | | 4 | 6 | |

Si les questions d'effectif sont mal représentées pour les établissements de petite taille, les autres catégories s'avèrent suffisamment pourvues pour éviter des biais conséquents.

Ainsi, pour les *activités*, le premier groupe, mêlant Hébergement Privé et Soins à Domicile, comprend 7 établissements dont 4 établissements *privés lucratifs* et 3 *associations*, et le second 22 structures, dont 9 établissements *privés lucratifs*, 6 *associations* et 7 établissements *publics*.

Concernant les Aires d'Attraction des Villes, la représentation nulle ou faible de certaines *tranches de population* pourtant cruciales, la 11 représentée par aucune structure, les 22 et 24 par 2 et 1 structures, nous encourage à les regrouper par tranche de population 20171 allant de 0 à 4, préservant ainsi l'information principale tout en réduisant le risque de biais.

En termes de méthode, nous nous attacherons à observer la similarité ou dissemblance de mesure de chaque variable en comparant les groupes d'établissements selon les catégorisations choisies (*activité, croissance/décroissance, temps plein* ou non...).

Concernant les accidents de travail, nous considérerons que les variables présentant des cotations semblables entre établissements de forte ou faible sinistralité ne sont pas en relation avec celle-ci. Inversement, les variables montrant des mesures

distinctes entre ces établissements seront désignées, après tests d'indépendance, comme facteurs potentiels de sinistralité.

Nous étendrons ce procédé aux sous-dimensions des variables et aux sous-catégories des établissements lorsque le nombre de réponses nous le permet.

Afin de rendre possible une agrégation des réponses et de produire des moyennes, nous avons coté chaque réponse du questionnaire de 1 à 5 de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » et à l'inverse pour les questions négatives, puis dénombré les types de réponses.

Tableau 29 : Extrait de codage des réponses employeurs

| Raison sociale | Attraction Politique Sociales | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| | Question APS1 | Question APS2 | Question APS3 | Question APS4 |
| Aider Pyrénées-Atlantiques | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| Association La Main Forte | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| ADMR Monflanquin | 4 d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord |
| Rés Services Séniors "La roseraie" | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| APR SERVICES | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| ACCAD | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| Sce Accomp Familles en Difficultés | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| Adour Services à la Personne | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| Aide à venir | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 4 d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord |
| CCAS de Mont de Marsan | 4 d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| CIAS du terrassonnais | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| CIAS du Grand Périgieux | 4 d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord |
| Hopital de jour du Parc | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 4 d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord |
| Sas clinique maylis | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 4 d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord |
| SAS KORIAN LA PALOUMERE | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| Clinique des Landes | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| Ssr Chateaufort | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 4 d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord |
| Polyclinique Francheville | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 2 pas d'accord | 5 tout à fait d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord |
| EHPAD Résidence Léon Lafourcade | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| Centre hospitalier des Pyrénées | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| ADGESSA EHPAD Bossege | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord |
| EHPAD St-Jean | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| La Villa des Pins | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord | 5 tout à fait d'accord | 3 ni d'accord, ni pas d'accord |
| fondation partage et vie | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| Sas Le Repos Marin | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| SAS THEMIS Marmande | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |
| EHPAD LA BOURDETTE | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord |
| EHPAD Résidence de la Belle | 4 d'accord | 4 d'accord | 5 tout à fait d'accord | 5 tout à fait d'accord |
| AAPAM | 5 tout à fait d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord | 4 d'accord |

Nous utiliserons quand cela est possible les moyennes des réponses par dimension et sous-dimension, mais en cas de risque d'hétéroscédasticité (notamment lorsque des moyennes similaires camouflent de fortes différences de variance), nous étudierons la répartition de l'ensemble des réponses.

La plupart des résultats sera présentée sous forme de radars ou d'histogrammes pour comparer aisément les notes par catégorie. Naturellement, cette analyse « à vue » des

résultats reste approximative mais elle nous permet de balayer l'ensemble des dimensions et sous-dimensions malgré les faiblesses de l'échantillon. Pour confirmer ou infirmer ce premier examen, nous nous assurerons à l'aide de tests statistiques de la pertinence des variables sélectionnées comme influentes.

1.3.1. *Les variables significatives :*



Un premier radar vient nous renseigner sur l'évaluation par l'ensemble des employeurs répondants de chaque dimension.

Figure 45 : Moyenne des dimensions pour les employeurs répondants



Le radar ci-dessus montre très logiquement que *l'incertitude professionnelle* apparaît peu significative aux employeurs, perception cohérente dans un secteur en forte *croissance*.

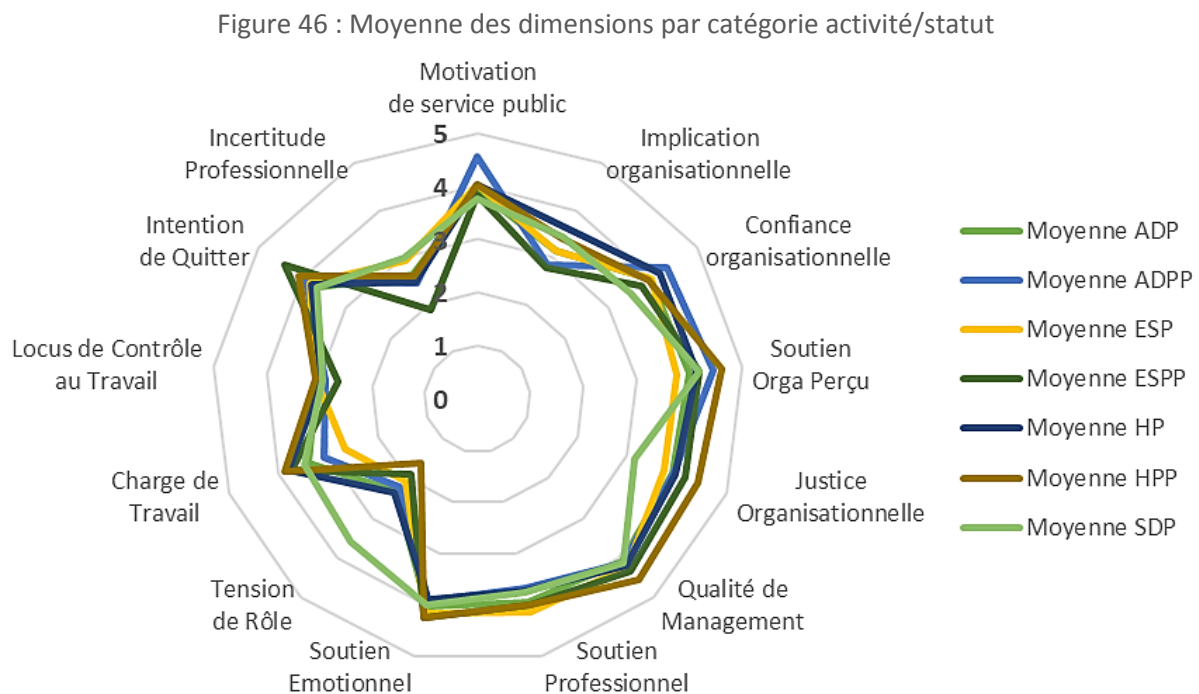
Cependant comme cette variable est ressortie comme une explication possible des arbres de régression au niveau des territoires, nous observerons les différences de cette mesure entre types d'employeurs.

L'implication organisationnelle, jugée généralement comme très élevée dans ce secteur, est, de manière moins attendue, elle-aussi en retrait.

Plus surprenant au regard des nombreux témoignages d'employé-es, les employeurs ne perçoivent pas les *tensions de rôle* comme prégnantes par rapport à la sinistralité. Nous vérifierons si les employé-es partagent ce sentiment.

Enfin, en cohérence avec nos précédents résultats, mais en désaccord avec les revendications des employé-es, la *charge de travail* est cotée à un niveau d'appréciation inférieur aux dimensions restantes, semblant peu prégnante aux yeux des employeurs.

Lorsqu'on compare ces dimensions selon le type d'activité, on obtient le radar suivant :



Si la majorité des dimensions s'avère cotée de manière très proche quelle que soit la catégorie CARSAT, quelques points se détachent.

Le soin à domicile (SDP), très accidentogène, présente une *tension de rôle* beaucoup plus élevée, situation concordante avec les articles de recherche, rappelant combien ces établissements peinent à situer leur *activité* entre Aide à Domicile et Etablissement de Soins et combien les employé-es cherchent à définir professionnellement leurs missions (cf première partie sur les cultures de *métiers*).

Pour illustrer notre propos on peut citer [Strauss](#) (1978/1992) « [l'organisation est une] arène de scripts organisationnels joués de manière flexible, sans règles fermes » ou [Grosjean](#) (2004/2) « En l'absence d'autorité sur les acteurs et d'organisation les reliant, [la négociation] est la seule ressource pour rendre compatibles les divers systèmes d'activité (domestique, médicale hospitalière / privée, associative, citoyenne, libérale, commerciale...) ».

Deux points saillants apparaissent aussi cohérents par rapport à nos connaissances des différentes *activités*. Sans surprise, *l'incertitude professionnelle* est évaluée plus faible au sein des hôpitaux (ESPP) et la *Motivation de Service Public* plus élevée dans l'Aide à Domicile Publique (ADPP).

Davantage questionnant, la *justice organisationnelle* est indiquée comme plus faible dans les Soins à Domicile (SDP). Elle pourrait être une des clés de compréhension de la très haute sinistralité de ces établissements. Enfin la *charge de travail* est perçue moins élevée dans les Etablissements de Soins Privés (ESP) par rapport aux autres secteurs, mesure étonnante au regard des témoignages du personnel. Ces deux points seront à confronter aux réponses des employé-es.

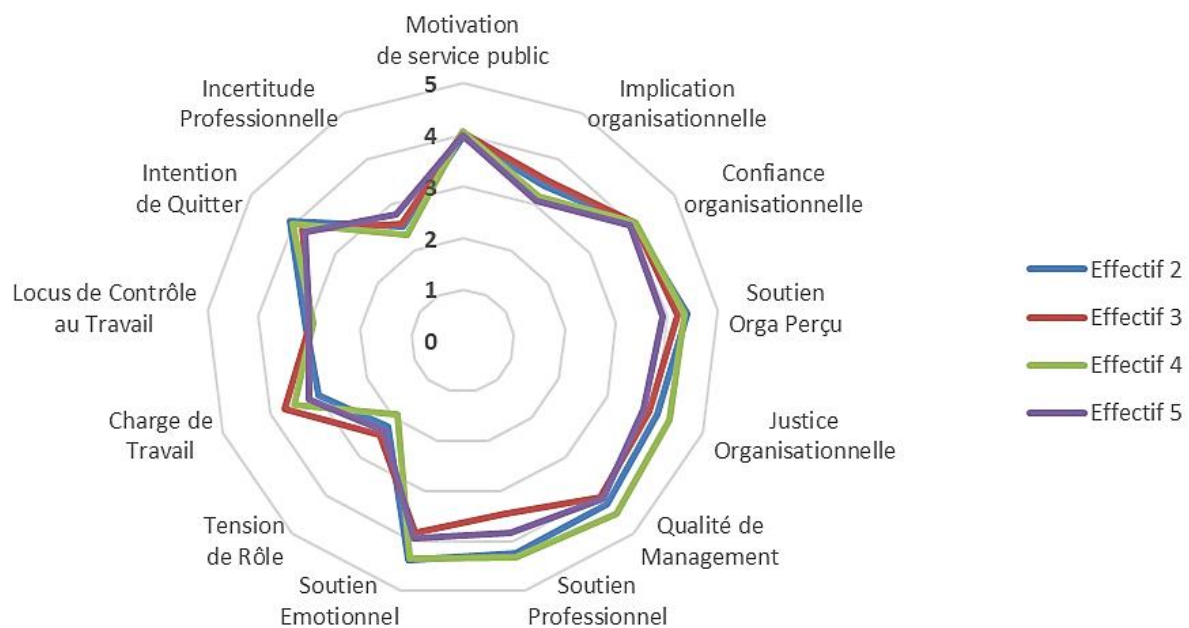
Nous souhaitons à présent comparer les perceptions des employeurs selon *l'effectif* de la structure.

Nous devons pour ce faire assumer l'absence de réponses des très petites structures. Il est vrai que celles-ci présentent aussi des défauts dans leurs mesures de sinistralité pour deux raisons déjà formulées :

- *L'effectif* à notre disposition ne mentionne que les contrats de droit privé, minoritaires dans les petites structures publiques (CCAS surtout), ce qui introduit un premier biais dans le nombre d'employé-es réel ;
- D'autre part, les taux de sinistralité, calculés sur de si petits effectifs sont très sensibles à un petit nombre d'accidents et prêtent donc à critique.

Avec ces réserves, nous produisons le radar suivant :

Figure 47 : Moyenne des dimensions par catégorie d'effectif



Pour rappel, les arbres de régression vus jusqu'ici attribuaient systématiquement, lorsque l'effectif était présent, des mesures de sinistralité supérieures pour les structures plus grandes.

Comme on peut le constater avec ce radar, les mesures des variables sont ici très proches et ne montrent des différences que pour quelques dimensions, *soutien organisationnel perçu* plus faible pour les grosses structures et inversement *soutien social* et *intention de quitter* supérieurs pour les plus petites (inférieures à 15 employé-es) et les intermédiaires (entre 26 et 40 employé-es), remarques précieuses au regard de nos résultats précédents qui mentionnaient la première variable comme potentiellement signifiante (modèle de [Karasek](#) & Theorell et résultats d'[Hamon-Chollet](#)) et la seconde à surveiller à propos du taux de fréquence d'autant plus haut que celle-ci était basse.

Ce sont en fait les établissements dont l'effectif se situe entre 3 et 15 (effectif 2) qui ont les taux agrégés de fréquence et de gravité les plus bas avec 54,1 et 1,88 contre 87,4 et 3,92 pour les structures de moins de 3 employé-es (effectif 1), 84 et 2,97 pour

les structures entre 26 et 40 employé-es en 2016, mesures en phase avec les arbres de régressions supra.

Tableau 30 : Taux de fréquence et de gravité agrégés par tranche d'effectif entre 2011 et 2016

| | Taux de fréquence agrégé entre 2011 et 2016 | Taux de gravité agrégé entre 2011 et 2016 |
|------------|--|--|
| Effectif 1 | 87,4 | 3,92 |
| Effectif 2 | 54,1 | 1,88 |
| Effectif 3 | 74,1 | 2,61 |
| Effectif 4 | 84,0 | 2,97 |
| Effectif 5 | 70,3 | 1,93 |

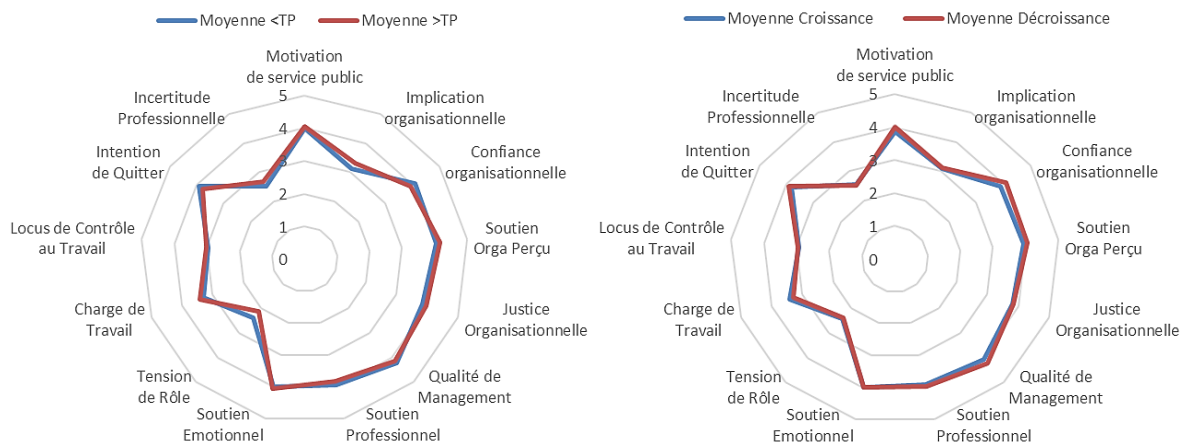
Si l'on se réfère à notre revue de littérature sur la *taille* d'effectif ([Blau & Schoenherr](#), 1971 ; [Child](#), 1973 ; [Euzéat](#), 2009 ; [Nichols](#) & Al., 1995), ces structures à basse sinistralité sont celles qui bénéficient à la fois d'un début d'organisation (fonctions-support, plan de développement des compétences...) tout en conservant des relations très proches entre employé-es (*soutien social*).

C'est effectivement dans ces structures que les employeurs mesurent le plus haut *soutien, social et organisationnel*. Et c'est aussi là qu'ils évaluent *l'implication* au plus haut.

Quant aux structures de plus grande *taille*, pourtant ciblées comme sinistrogènes par les arbres, elles présentent en fait des taux agrégés plutôt inférieurs. Cette apparente contradiction est due aux grands hôpitaux dont les taux sont assez faibles. Du fait du mode de calcul, ils pèsent massivement dans les taux agrégés (somme des accidents et jours indemnisés sur le nombre d'heures) et très faiblement sur les arbres (pour lesquels chaque établissement pèse également).

Alors que ces deux variables apparaissent discriminantes dans les arbres de régression, les radars du *temps moyen de travail* et *d'évolution de l'activité* ne présentent pas de différence notable, du moins aux yeux des employeurs.

Figure 48 : Moyenne des dimensions selon le temps moyen de travail (inférieur ou supérieur au temps plein) et l'évolution des structures (croissance ou décroissance)



En d'autres termes cela signifie que les employeurs cotent l'ensemble des variables de la même manière que leur établissement soit en *croissance* ou en *décroissance*, et quel que soit le *temps moyen de travail* de la structure.

Cela ne remet pas en cause les résultats précédents mais montre que cela n'influe pas sur les perceptions organisationnelles des employeurs de l'échantillon.

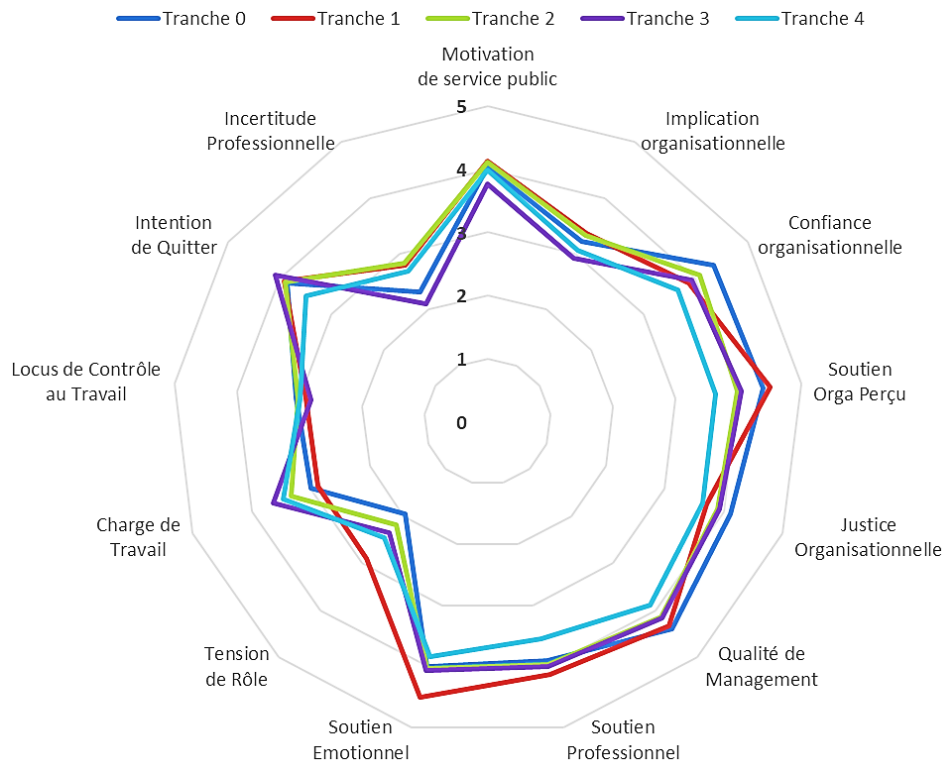
L'impact du *territoire* est plus difficile à apprécier puisque seules douze *Aires d'Attraction des Villes* sont représentées dans notre groupe d'employeurs.

Pour observer la sensibilité des établissements aux territoires du point de vue des employeurs, nous regroupons les Aires selon la tranche de population, (cf supra).

5 établissements sont en « zone hors attraction » (cotée 00 ou 0 à forte sinistralité), 2 dans la tranche 1 (cotée 11, 12 et 13 à forte augmentation de gravité) 10 dans les Aires de tranche 2 (cotées 22, 23 et 24 de sinistralité plus faible), 4 sur la tranche 3 (Aires de Pau et Bayonne, à sinistralité moyenne et stagnante), et enfin 6 établissements situés sur l'Aire très large de Bordeaux, marquée par un taux de gravité élevé.

Cette répartition dans 5 tranches de population nous permet de produire un nouveau radar.

Figure 49 : Moyenne des dimensions selon la tranche de population des Aires d'Attraction des Villes



Si de nombreuses dimensions ne distinguent pas nettement les catégories d'Aires, quelques dimensions se détachent, le *soutien émotionnel*, l'*incertitude professionnelle*, le *Soutien Organisationnel Perçu*, la *tension de rôle* et de façon moindre la *charge de travail*.

Le *soutien émotionnel* est mesuré par les employeurs comme supérieur dans les Aires de tranche 1 (11 à 14), fortement marquées par une augmentation du taux de gravité. S'il est possible d'imaginer ce *soutien* comme subséquent aux accidents, ce radar nous encourage à y voir plutôt une marque particulière de relations entre employé-es, supérieurs et pairs face aux situations d'accidents. Si l'on se fie aux éléments déjà évoqués sur la prévention des accidents, le *soutien émotionnel* devrait plutôt être préventif des accidents. Nous l'attendions donc supérieur en tranche 2.

Pour l'*incertitude professionnelle*, de manière assez logique, elle reste faible partout mais elle est moins élevée dans les communes hors attraction (tranche 0) dans

lesquelles l'absence de marché du travail peut rendre cette variable indiscernable par les employeurs. Nous avons vu que ces zones étaient des zones « d'emploi à vie » avec faible *intention de quitter* et taux de fréquence élevé. Ce point n'est pas confirmé à ce stade puisque *l'intention de quitter* apparaît un peu plus faible en tranche 4 de population (Aire de Bordeaux). En fait, comme nous allons le voir, cette variable apparaît similaire à tous les employeurs et ne montre pas de réelle dissemblance.

De manière attendue au contraire, les employeurs de l'Aire de Bordeaux montrent des faiblesses sur le *Soutien Organisationnel Perçu*, un peu plus faible que dans les autres tranches de population.

Nous avons déjà évoqué à propos de la *taille* des structures la possible baisse de *soutien* au fur et à mesure que celle-ci augmentait. Cela pourrait expliquer cette notation.

Quant à la *tension de rôle*, elle est cotée plus élevée sur la tranche 1, faisant de cette variable une candidate à la causalité des accidents. Elle est censée être d'autant plus élevée que le travail isolé est fréquent, d'autant plus forte que les missions sont peu définies, ce qui correspond bien aux structures petites et peu structurées.

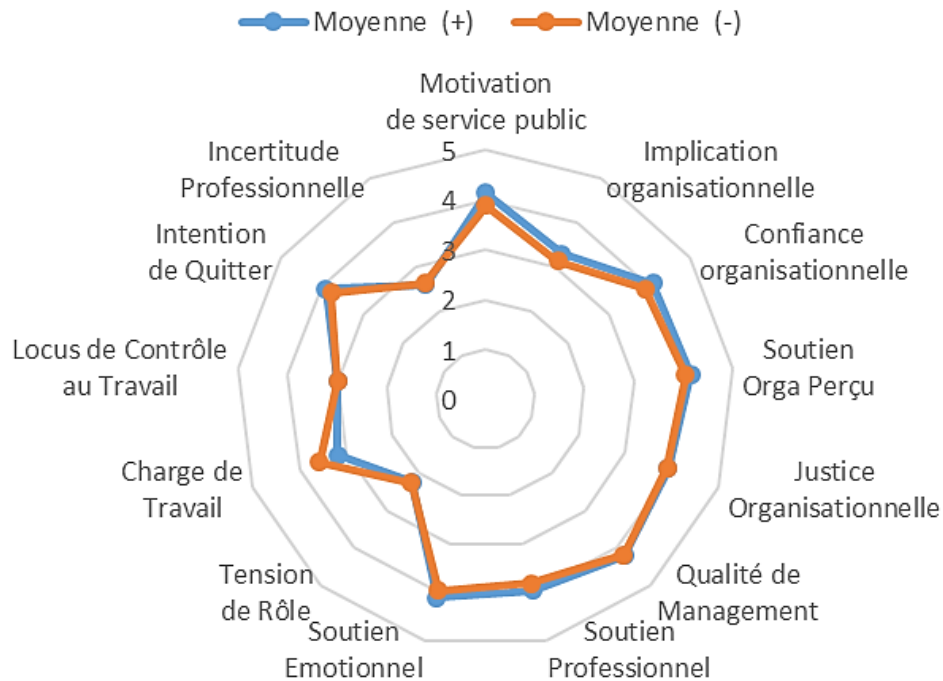
Enfin la *charge de travail* est perçue plus faible dans les tranches 0 et 1, zones plus accidentogènes, en totale cohérence avec l'ensemble des résultats précédents, prédisant plus d'accidents pour moins de charge.

Pour autant les différences restent minimes et posent question sur le *soutien social*. Nous devons confronter cette observation avec les autres résultats et en tester l'indépendance pour en tirer une conclusion.

La dernière analyse concerne le cœur de notre sujet. Y-a-t-il pour les employeurs des dimensions dont les mesures varient selon la sinistralité positive ou négative de leur structure ?

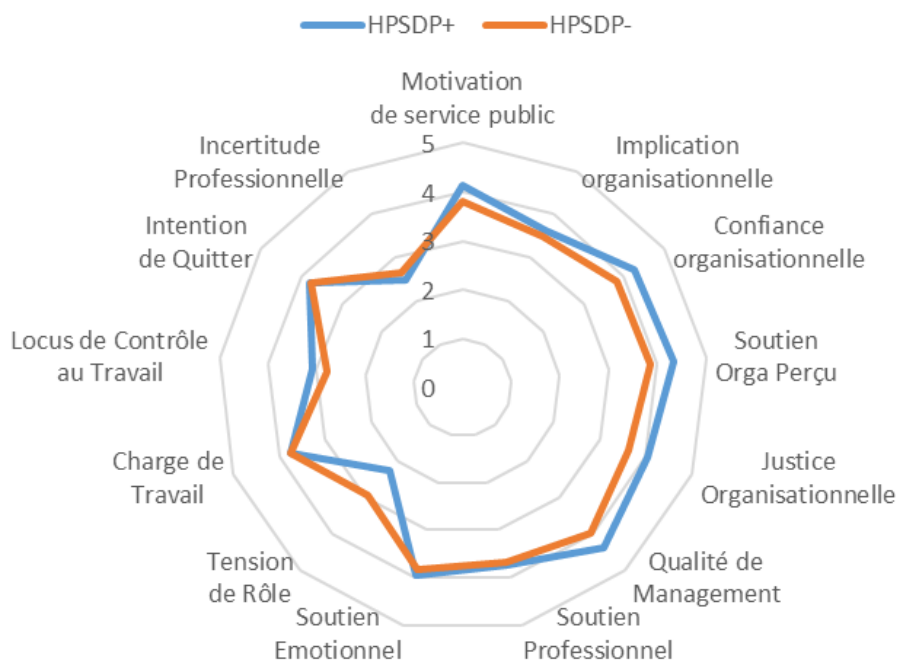
Le radar suivant apparaît peu éclairant sur le sujet tant les réponses paraissent proches.

Figure 50 : Moyenne des dimensions selon la sinistralité des établissements



Faute de pouvoir observer de différences notables, nous décidons de resserrer cette représentation sur les deux catégories d'activité distinguées par les arbres de régression comme étant les plus accidentogènes. L'image se précise un peu.

Figure 51 : Moyenne des dimensions selon la sinistralité des établissements des activités HP et SDP



Plusieurs dimensions apparaissent peu influentes aux yeux des employeurs de ces secteurs : la *charge de travail*, *l'intention de quitter*, *l'incertitude professionnelle*, dont nous verrons infra que les sous-dimensions se contrebalancent, le *soutien émotionnel* et *l'implication organisationnelle*.

Par contre, les différences sont notables sur d'autres variables. La *tension de rôle* apparaît beaucoup plus faible aux employeurs des structures à faible sinistralité, confirmant nos assertions précédentes. Par ailleurs, la *qualité de management*, la *Motivation de Service Public*, la *justice organisationnelle*, le *SOP* et la *confiance organisationnelle* apparaissent supérieures, renvoyant à l'idée déjà développée de structures plus mûres, dotées de services spécialisés, définissant mieux les postes et les missions.

La confrontation de ces attendus avec les arbres de régressions des établissements, plus accidentogènes au-dessous de 3 employé-es et au-dessus de 26 puis de 40, nous amène à imaginer des tailles optimales, assurant un *soutien social* sans contraindre à des *tensions de rôle*.

En termes de gestion, les cadres des EHPAD et Services de Soins à Domicile moins accidentogènes, perçoivent leurs employé-es comme sachant mieux ce qu'ils doivent et peuvent faire (protocole, *autonomie*, empowerment), en confiance et disposant d'un meilleur *management*, plus juste et soutenant.

Cette première analyse « à vue » permet un premier débroussaillage, puisque plusieurs variables apparaissent aux employeurs peu influentes, *l'incertitude professionnelle* qui comme nous l'avons vu semble très puissante dans certains territoires mais non dans tous, la *charge de travail* qui, pour le moment n'est apparue à aucun moment comme facteur de sinistralité, et le *soutien social*, pourtant élément-clé du modèle de [Karasek & Theorell](#).

Pour les autres variables, les différences sont faibles et demanderont un complément d'examen.

1.3.2. **Les sous-dimensions notables :**

Comme nous l'avons détaillé supra une partie de ces dimensions peuvent être décomposées en sous-dimensions (cf tableau suivant). Pour chacune de ces sous-dimensions le même processus de note et de moyenne permet de vérifier s'il existe des différences notables selon les caractéristiques des établissements répondants.

Tableau 31 : Tableau des sous-dimensions des variables

| Dimension | Sous-dimensions | | | | |
|------------------------------|--|-------------|-----------------------------|------------------|----------------------|
| Motivation de Service Public | Attraction pour les Politiques publiques | | Compassion | | Abnégation |
| Implication | Affective | | Normative | | Calculée |
| Justice organisationnelle | Distributive | Procédurale | Interpersonnelle | Informationnelle | |
| Qualité de management | Exemplarité | | Participation aux décisions | | Empathie |
| Soutien social | De la Hiérarchie | | | Des collègues | |
| Tension de rôle | Surcharge | | Ambiguïté | | Conflit |
| Charge de travail | Pression temporelle | | Quantité de travail | | Intensité |
| Locus de contrôle | Interne | Collègues | Supérieur | Chance | Patient/bénéficiaire |
| Incertitude | Crainte | Métier | Chômage | Maintien | Souhait |

Quoique nous ayons examiné toutes les variables et sous-variables, nous ne publierons ici que celles qui apportent du sens à notre recherche.

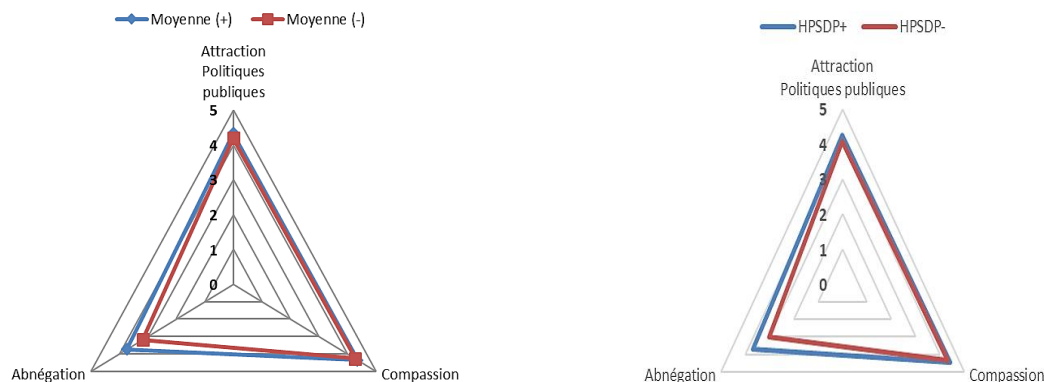
Nos premières observations concerneront les dimensions discriminantes, *MSP*, *Soutien* et *Justice Organisationnelle*, *Qualité de Management* et *Tension de rôle*, mais nous présenterons aussi les informations utiles apparaissant pour les autres dimensions.

Comme nous l'avons vu, ces différences sont surtout sensibles pour les activités les plus accidentogènes, Hébergement Privé (HP) et Soins à Domicile (SDP), et nous aurons une attention plus poussée pour ces établissements.

Concernant la *Motivation de Service Public*, une sous-dimension apparaît discriminante, *l'abnégation*. Cette propension à s'oublier, à se sacrifier, à accroître ses risques au profit de l'utilisateur ou du patient renvoie à la *charité* dont nous avons montré dans la première partie toute l'imprégnation fondatrice dans ces métiers.

Elle renvoie aussi aux fondateurs charismatiques dont les principales valeurs sont encore présentes dans les projets d'établissements : engagement, générosité, bienveillance, soin aux plus démunis...

Figure 52 : Moyenne des sous-dimensions de la MSP selon la sinistralité des établissements



Cette sous-dimension emblématique est mesurée comme nettement supérieure par les employeurs des établissements à sinistralité faible, et particulièrement dans les activités les plus accidentogènes.

Pourtant, cette attitude devrait plutôt être associée à un taux supérieur d'accidents du fait de prise de risques accrue.

Deux explications déjà évoquées dans la littérature peuvent être alléguées à ce stade.

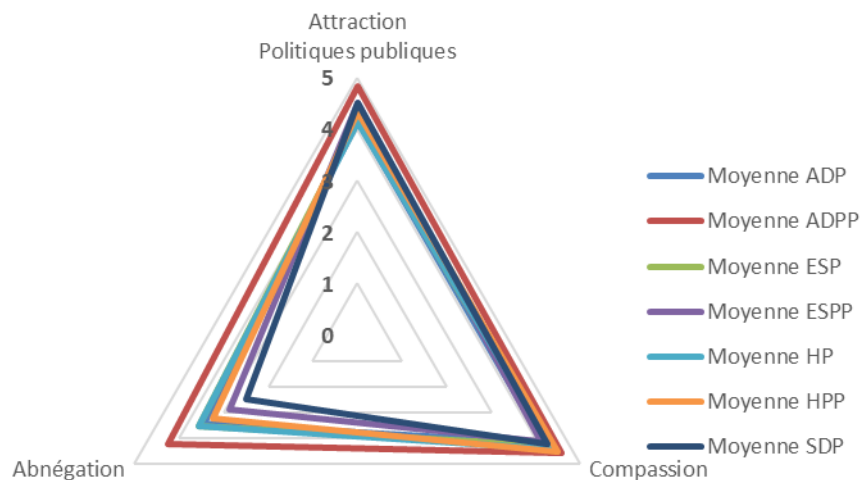
La première, exprimée à propos du *présentisme*, pourrait voir les employé-es refuser d'écouter leurs vicissitudes par sens des responsabilités vis-à-vis de leurs collègues et de leurs bénéficiaires. Les employeurs pourraient associer cette sous-déclaration à l'*abnégation* décrite plus haut.

Une seconde explication, à postériori, pourrait aussi être invoquée, en relation avec la première. Les cadres questionnés pourraient attribuer la faible sinistralité de leur établissement à une haute conscience professionnelle associée à une forte implication de leurs employé-es au profit des bénéficiaires et de leur structure.

Nous verrons que cette sous-dimension apparaît comme point contradictoire avec les employé-es et l'un des nœuds explicatifs de la sinistralité dans ce secteur.

La question de l'*activité*, apparue en premier dans deux arbres de régression, donne un éclairage complémentaire sur cette sous-dimension.

Figure 53 : Moyenne des sous-dimensions de la MSP selon l'activité des établissements



Au vu du radar, on peut constater que les employeurs des deux activités les plus accidentogènes, l'Hébergement Privé (HP) et l'Aide à Domicile Public (ADPP), respectivement premier et troisième plus haut taux de fréquence et deuxième taux de gravité pour l'Hébergement Privé, cotent l'*abnégation* au premier et deuxième plus hauts niveaux. Et c'est d'ailleurs la seule sous-dimension de la *Motivation de Service Public* qui présente des différences entre activités.

Comme nous l'avions pressenti dans la revue de littérature, quoique cette dimension ait été expressément conçue pour différencier le service public du secteur privé (cf supra [Perry, 1996](#)), ses effets nous paraissent aussi élevés pour les deux secteurs, privé et public, et ce, malgré la prééminence du NPM dans le privé. Les réponses des employeurs vont bien dans ce sens, confirmant notre intuition.

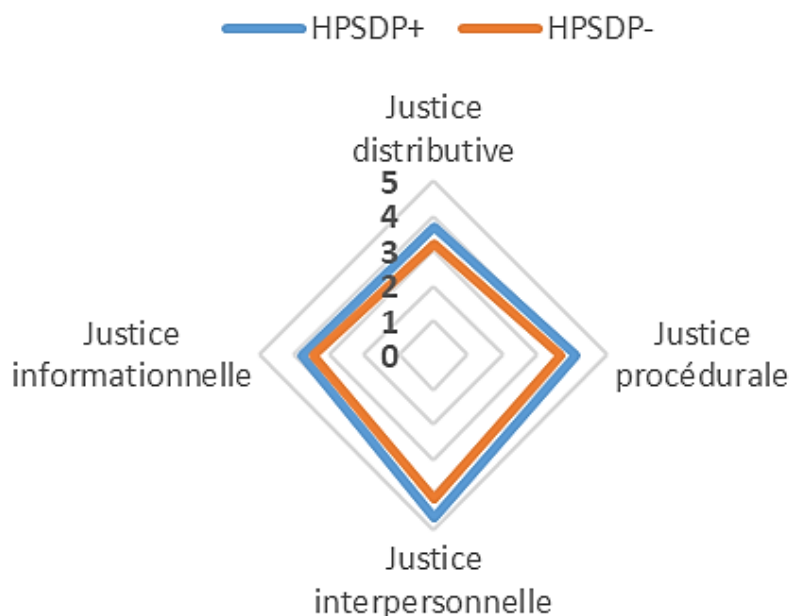
Par contre, ce même radar apparaît davantage contradictoire pour les autres activités, Soins à Domicile (SDP) affichant une *abnégation* faible pour une sinistralité très forte

ou les Etablissements de Soins Publics (ESPP) associant une *abnégation* forte et une sinistralité faible.

Les deux autres sous-dimensions, *Attraction pour les Politiques Publiques* et *Compassion* sont similaires pour les deux catégories et très élevées.

Une deuxième variable présente un intérêt en termes de sous-dimensions, la *justice organisationnelle*. Plusieurs enseignements ressortent du radar des activités les plus accidentogènes.

Figure 54 : Moyenne des sous-dimensions de la Justice organisationnelle selon la sinistralité des établissements des activités HP et SDP

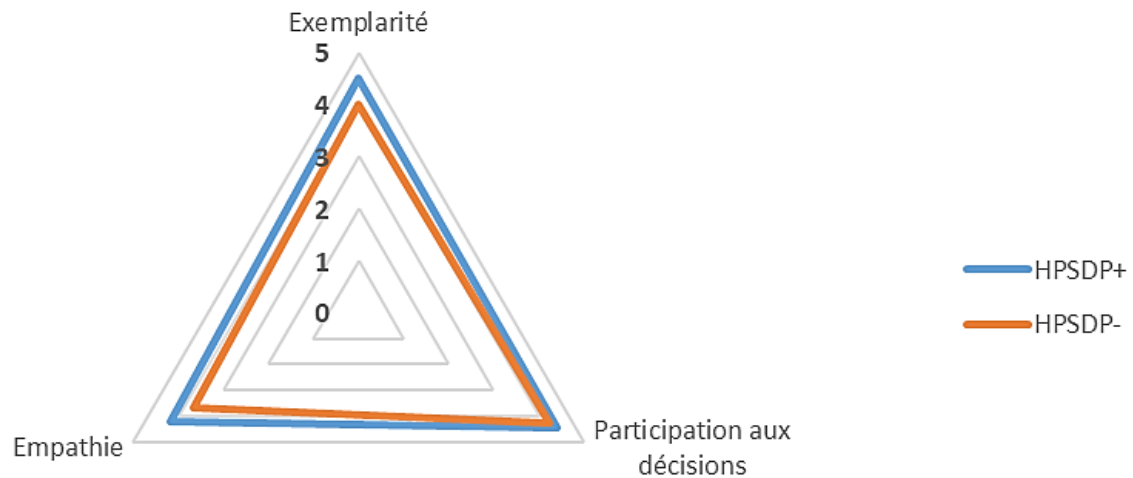


Si les sous-dimensions de la *Justice organisationnelle* sont similaires pour les activités à moindre sinistralité, elles sont toutes disjointes pour l'Hébergement Privé et les Soins à Domicile et supérieures dans les établissements à sinistralité faible.

La diffusion des informations, la transparence des décisions, l'équité des rémunérations et avantages, l'égalité de traitement sont perçus par les employeurs de ces activités comme influents sur la sinistralité.

Elles vont de pair avec d'autres variables organisationnelles comme la *qualité de management* et le *soutien* qui paraissent de même prévenir la sinistralité.

Figure 55 : Moyenne des sous-dimensions de la Qualité de Management selon la sinistralité des établissements des activités HP et SDP



Si la *participation aux décisions* ne semble pas discriminante, l'*empathie* et l'*exemplarité* sont mesurées par les employeurs nettement mieux par les établissements à sinistralité faible.

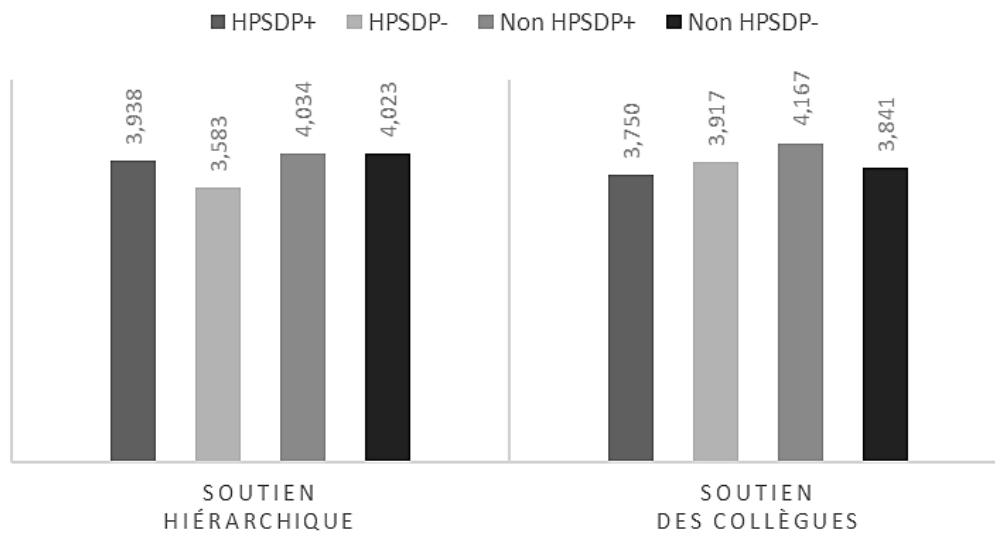
Il est vrai que ces deux valeurs apparaissent régulièrement dans les sondages comme attendues par les employé-es pour favoriser leur motivation et leur *implication*, mais nos résultats montrent qu'elles pourraient aussi être en lien avec l'accident du travail et qu'une attention importante doit être apportée au comportement des cadres dans ces structures et particulièrement dans ces deux activités.

Il est intéressant de mettre en regard l'*empathie* des supérieurs et l'*abnégation* des employé-es. On est ici face à deux attitudes qui partagent des caractéristiques d'altruisme, d'attention portée à l'autre et l'une pourrait faire écho à la seconde.

Troisième variable détaillée en sous-dimensions, le *soutien social*, est aussi, comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises, un facteur-clé.

A ce titre, les enseignements du radar suivant sont précieux.

Figure 56 : Moyenne des sous-dimensions du soutien social selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut



Après avoir observé antérieurement que le *soutien émotionnel*, très élevé dans ces activités à forte valeur *d'empathie*, n'est pas notablement différent selon la sinistralité, et que le *soutien professionnel* est par contre en relation avec une sinistralité faible, ce radar nous permet d'explorer en sous-dimensions le *soutien hiérarchique* et le *soutien des collègues*.

Comme le montre le graphique, les établissements de plus forte sinistralité présentent la notation la plus basse en terme de *soutien hiérarchique*. Il est à souligner que ce sont des cadres mêmes de ces structures qui produisent ces mesures, leur donnant un poids supplémentaire. Contrairement au premier radar, les sous-dimensions donneraient raison à [Karasek & Theorell](#) et à [Hamon-Chollet](#).

Si l'on regarde les activités les plus accidentogènes (HP & SDP), le *soutien hiérarchique* est supérieur dans les structures à sinistralité faible mais légèrement inférieur aux mesures dans les autres activités et le *soutien des pairs* est le plus bas de la série.

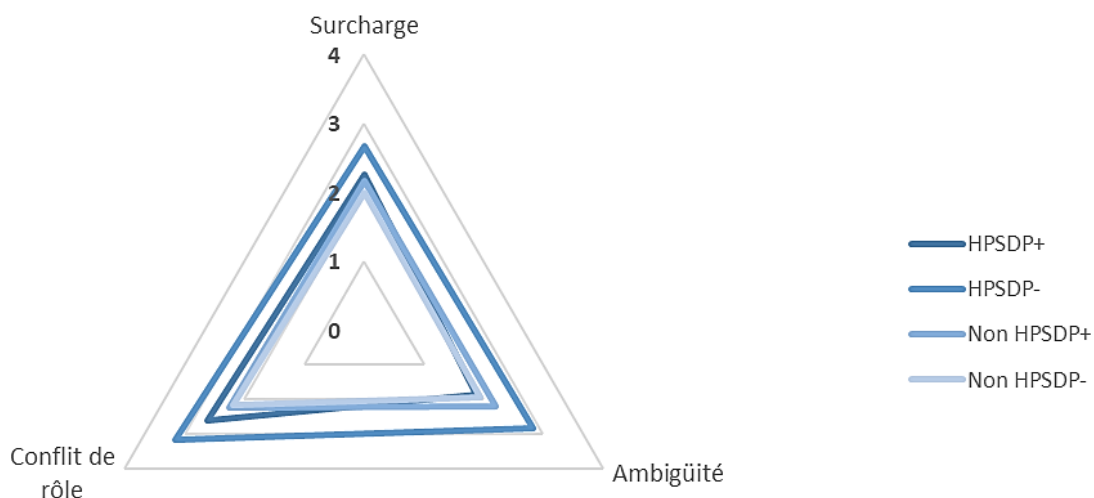
Globalement, comme le montraient les graphiques de la dimension Soutien Social, ces activités à forte sinistralité présentent un soutien plus faible, qu'il provienne de l'encadrement ou des collègues.

Confortant cette vision, les établissements des autres activités (non HPSPD) lient aussi *soutien supérieur* et *sinistralité* plus faible même si les différences sont plus légères. Nous vérifierons avec les employé-es si ceux-ci confirment l'importance du *Soutien Social* comme facteur de prévention des accidents.

Dernière dimension montrant supra des différences entre établissements à haute ou basse sinistralité, la *tension de rôle* est fréquemment mise en cause dans les accidents, comme nous l'avons montré dans la première partie. Elle est invoquée par les employé-es victimes ou agents d'accidents, se plaignant de responsabilités contradictoires, de demandes peu explicites ou d'exigences impossibles à tenir.

En accord avec cette logique, les activités à forte sinistralité différencient les sous-dimensions de la *tension de rôle* plus encore que celle-ci, comme le montre le radar ci-dessous.

Figure 57 : Moyenne des sous-dimensions de la tension de rôle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut



Pour les employeurs questionnés, les tensions de rôle apparaissent prépondérantes dans leurs trois sous-dimensions pour les établissements à plus forte sinistralité.

Le *conflit de rôle* est aussi jugé supérieur dans les établissements d'Hébergement Privé (HP) de sinistralité moindre (HPSPD+). Seule l'*ambiguïté de rôle* montre une mesure élevée dans les structures de plus basse sinistralité (Non HPSPD+), sans qu'il soit possible d'en tirer de conclusion claire.

Après ce tour des dimensions discriminantes, un rapide balayage des sous-dimensions des dimensions non discriminantes offre quelque intérêt pour deux d'entre elles, le *locus de contrôle* et *l'incertitude professionnelle*.

Pour rappel, le *locus de contrôle* est une dimension perceptive de l'individu qui attribue à divers facteurs le déclenchement de ses actions.

Si les premiers auteurs (cf supra [Rotter](#), 1954) commencent par différencier uniquement le stimulus interne du renforcement externe, les suivants ([Wallston](#) & Wallston, 1978 ; [Paquet](#) & al., 2009 ; [Paquet](#) & al., 2014) y ajoutent des « autres significatifs » (supérieurs, collègues).

L'un des apports majeurs de notre thèse est d'avoir testé un nouvel « autre significatif » suite aux divers entretiens menés avec les professionnels de la prévention de ce secteur : le « patient/bénéficiaire ».

En effet, de nombreux verbatim le désignent comme tiers influant sur la pratique professionnelle (gestion du temps, apprentissage, vigilance, respect des procédures, estime de soi...).

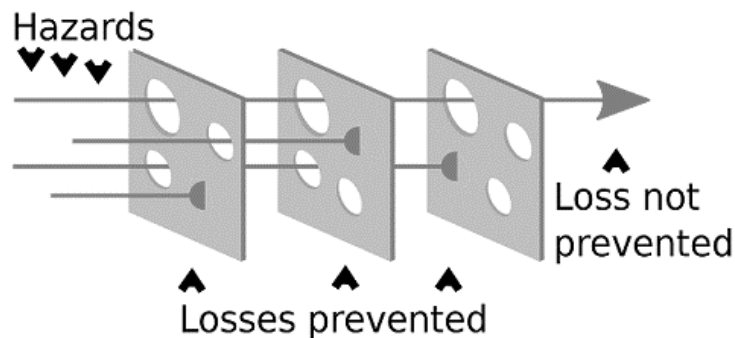
Bien sûr, concernant les accidents de travail, l'analyse de tous les *locus* est potentiellement porteuse de sens.

Une catégorie apparaît à ce titre prépondérante pour les auteurs anciens, la « chance », terme imparfait pour désigner toute forme de fatalité physique ou métaphysique qui rend l'accident imprévisible et toute prévention inutile.

Comme nous l'avons rappelé en introduction, la « Chance », est régulièrement invoquée comme « explication » de l'accident : « il était au mauvais endroit au mauvais moment », « c'est un des risques du métier » ...

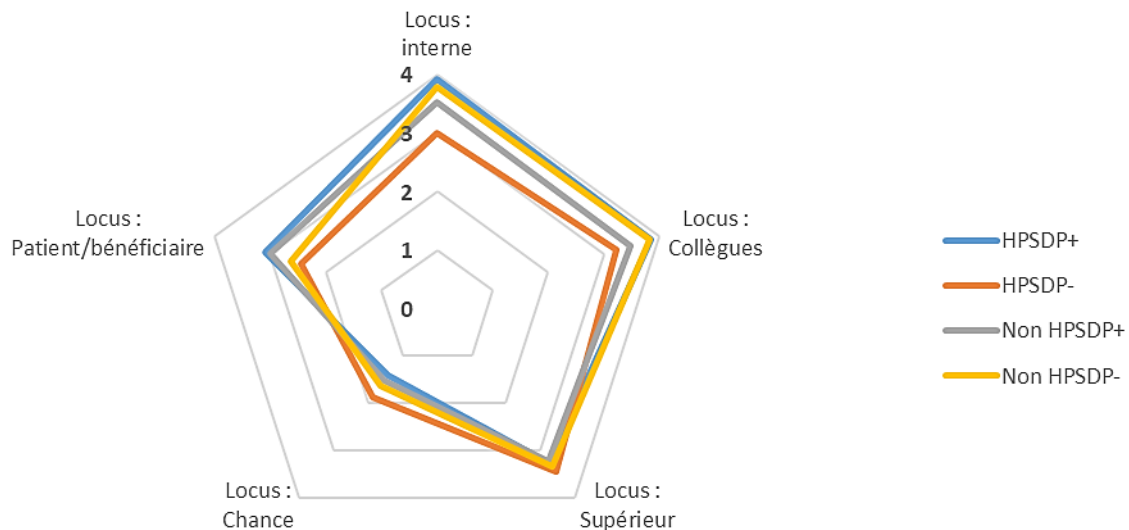
Le fameux « Swiss Cheese » de [Reason](#) fait d'ailleurs aussi appel à une forme d'aléatoire pour expliquer comment la conjonction des « trous dans la raquette » du dispositif de prévention peut permettre l'accident.

Figure 58 : Fromage suisse (d'après Reason, 1997)



Ici, nous nous intéresserons à la représentation des cinq *locus* définis pour comprendre la prise de décisions des employé-es. La hiérarchisation par les employés de ces motifs de décision nous paraît hautement significative, comme le montre le radar suivant.

Figure 59 : Moyenne des sous-dimensions du locus de contrôle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut



Comme nous le supputons, à l'instar des premiers observateurs des accidents, les deux groupes les plus accidentogènes (HP & SDP) notent le *locus chance* au-dessus des deux autres groupes, réduisant de fait, plus que les autres groupes, les velléités de prévention, analyse des accidents et presqu'accidents, procédures de sécurité, formation aux risques...

Mais, probablement grâce aux campagnes de communication sur le sujet et au développement de la pensée technique (cf partie épistémologique), ce locus reste le plus bas des cinq. Il sera primordial de poursuivre les efforts contre ce « fatalisme ».

Tout aussi signifiait, ce sont aussi les établissements du groupe le plus à risque qui notent le *contrôle par le supérieur* comme plus élevé que *l'influence des collègues* et beaucoup plus que les *locus interne* et des *patients/bénéficiaires*. Pour le dire autrement, les cadres de ces établissements à haute sinistralité attribuent les actions de leurs employé-es davantage à l'obéissance aux ordres et procédures qu'à des décisions autonomes ou induites par les patients/bénéficiaires.

Leur compréhension des accidents semble renvoyer au modèle de [Karasek](#) (1979) avec la seule « *latitude décisionnelle* » comme préventeur, et non à celui de [Karasek & Theorell](#) (1994) considérant le *soutien social* comme co-facteur de prévention.

Si les cadres répondants ne connaissent pas forcément ce modèle, ils en savent les fondements et sont régulièrement encouragés à le mettre en œuvre (cf un directeur de service à Domicile rencontré lors d'une séance de travail : « il faut leur donner de *l'autonomie*, on leur en donne ! »).

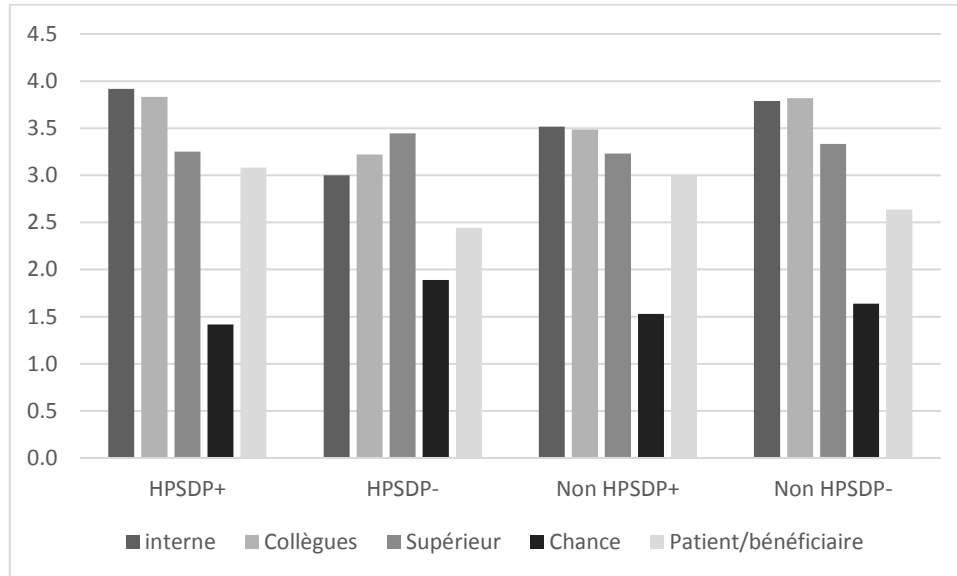
A l'inverse, les employeurs des activités les moins à risques attribuent davantage le comportement de leurs employé-es, par ordre décroissant, à leurs propres décisions (*locus interne*), à leurs *collègues* et aux *patients/bénéficiaires*. En d'autres termes, ces cadres estiment leurs employé-es davantage *autonomes* et accompagnés par leurs *collègues*, plus attachés à répondre aux attentes des *patients/bénéficiaires* qu'à obéir sans réflexion à leurs supérieurs.

Ils les jugent globalement plus acteurs de leurs pratiques que passifs face à une quelconque *fatalité* des accidents ou aux ordres et procédures.

Il semble là aussi que ces cadres aient intégré le modèle de Karasek dans leur réflexion ou leur management. Ces résultats nous amènent à questionner l'efficacité réelle de *l'autonomie* de décision dans ces activités.

Une autre explication émerge d'une autre version du graphique précédent.

Figure 60 : Moyenne des sous-dimensions du locus de contrôle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut (2)



En fait, comme le montre cette nouvelle forme du graphique précédent, les établissements les moins à risque (non HPSDP+) présentent une homogénéité maximale entre les quatre locus, « interne » et « collègues » puis « supérieur » et « patient/bénéficiaire », suggérant des prises de décision croisant le plus d'information et de conseil.

Cette assertion renvoie aux conclusions d'un tout autre modèle, celui du risque systémique de [Weick](#) (1987). Pour rappel, celui-ci démontre que le risque est accru par le conformisme de pensée des décideurs et réduit par la confrontation d'avis des différentes parties prenantes.

Pour terminer ce survol des sous-dimensions, une dernière variable décomposée en sous-dimensions, *l'incertitude professionnelle* ([Coutrot](#), 2017), comporte pour les chercheurs cinq dimensions, la « crainte » de dégradation de son emploi, l'obligation de changer de « métier » dans les années suivantes, la peur du « chômage », l'appréhension de ne pouvoir se « maintenir » durablement dans son emploi, et enfin le « souhait » de garder son emploi, qui pourrait ne pas se réaliser.

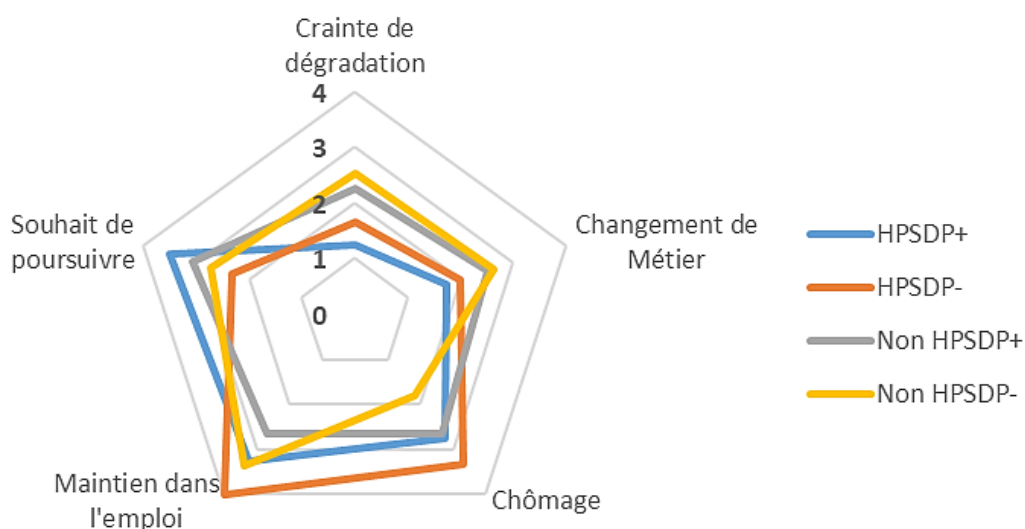
Tableau 32 : Questions posées pour mesurer l'incertitude professionnelle

| | | |
|--|-----------------------------|----------|
| Pour l'année qui vient, j'ai des craintes pour mon emploi. | Incertitude professionnelle | Crainte |
| Dans les trois prochaines années, je pense que je devrai changer de qualification ou de métier. | | Métier |
| Si je devais perdre ou quitter mon emploi actuel, il serait facile de trouver un emploi avec un salaire proche | | Chômage |
| Je serais capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à ma retraite. | | Maintien |
| Je souhaite faire le même travail jusqu'à ma retraite. | | Souhait |

Afin de produire des moyennes cohérentes, les notes de 1 à 5 ont été inversées dans la cotation des trois dernières questions afin d'intégrer les réponses négatives et d'associer note élevée et forte *incertitude professionnelle*.

Ainsi, une forte note correspond pour « chômage » à la peur de ne pouvoir trouver un d'emploi similaire, pour « maintien » au sentiment de ne pouvoir exercer cet emploi jusqu'à la retraite, à « souhait » le vœu de ne pas faire ce travail jusqu'à sa retraite.

Figure 61 : Moyenne des sous-dimensions de l'incertitude professionnelle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut



Comme on peut le voir d'entrée, l'incertitude est perçue comme notablement différente selon les activités et la sinistralité. Si l'on considère tout d'abord les activités

les plus accidentogènes (HPSDP), la perception par les employeurs de *l'incertitude professionnelle* est très différente entre les établissements à sinistralité forte ou faible.

Pour les premiers (HPSDP -), la crainte du « chômage » est la plus élevée et elle est associée au plus fort sentiment de ne pas être capable de « faire le même travail » jusqu'à la retraite. De manière cohérente, le souhait de garder cet emploi jusqu'à la retraite est le plus fort (note plus faible). Seule consolation, ces employeurs notent plus faiblement la crainte de dégradation du travail et le risque de changement de métier.

Ce diagnostic est très clairement parallèle à notre description de « l'emploi à vie » dans les zones de fort chômage, communes hors Attraction, Aires rurales en limite des Aires larges des pôles urbains. Le risque est d'autant accru que les chances de changer d'emploi sont faibles et que le risque d'accident ou d'usure professionnelle est grand. Nous avons vu que ce tableau renvoyait à un taux de fréquence élevé et un taux de gravité faible.

En termes de gestion, les employeurs décrivent ainsi des employé-es en difficulté pour trouver un emploi équivalent alors que leur travail est déjà pénible. Face à un marché du travail absent ou déséquilibré (sans doute du fait de la ruralité) et à cause de niveaux de formation bas, les employeurs supposent chez leurs employé-es une volonté de conserver cet emploi. L'accident du travail, considéré dans notre recherche comme variable dépendante pourrait dans ce cas être non seulement une conséquence mais aussi une cause de ce type d'attitude, en tant que motif d'inquiétude quant à sa santé dans la durée.

A l'inverse, les employeurs des établissements les moins à risque (Non HPSDP+) pensent que leurs employé-es pourront garder leur emploi jusqu'à la retraite, confortant notre raisonnement de manière inverse.

Intéressant également, au sein des activités les moins à risque (Non HPSDP), les employeurs des établissements à forte sinistralité (Non HPSDP-) notent de manière élevée la crainte de dégradation du travail et le changement de métier. Une partie des

entreprises concernées connaissent une forte croissance, des innovations technologiques ou des changements organisationnels (rachat, CPOM, regroupement, modification de financements, protocolisation, New Public Management...) expliquant sans doute cette impression.

Comme nous venons de le suggérer, et quoique nous ayons exclu de nous pencher sur des boucles explicatives (cf épistémologie) il est difficile d'assurer ici que *l'incertitude professionnelle* prédit l'accident de travail ou qu'elle en est la conséquence.

Les établissements les plus à risque estiment que leurs employé-es ne pourront pas garder cet emploi jusqu'à la retraite, peut-être du fait même de la sinistralité, sinistralité subie et acceptée à cause de la difficulté ressentie à retrouver un emploi similaire.

De même, il est frappant de constater que pour les activités globalement moins accidentogènes (Aide à domicile, Etablissements de soins, ou Hébergement public) les établissements de plus forte sinistralité donnent des notes élevées à la dégradation des emplois et aux nécessités d'évolution du métier, questionnant si cette mesure dénonce une pénibilité à réduire ou si d'autres facteurs vus plus haut amènent cette mesure et sont cause de sinistralité.

Comme nous l'avons détaillé supra, la recherche apparaît contradictoire sur les flèches de causalité dans ce domaine et nous ne pouvons exclure l'existence de boucles de rétroaction sur cette relation, les accidents impulsant des changements organisationnels, eux-mêmes porteurs de sinistralité (cf à ce propos [Davillerd](#), 2001 qui détaille les difficultés d'apprentissage de nouvelles normes de sécurité à l'hôpital ou [Grima](#) & al., 2019).

Pour autant, et pour rester dans notre posture épistémologique, il paraît défendable, à l'instar de la précarité des contrats, que la crainte du chômage oblige à supporter la pénibilité du travail au risque d'accroître la sinistralité.

1.3.3. *La validation par les tests*



Après cette analyse « à vue » des moyennes de réponses des employeurs, utile à notre réflexion, nous choisissons de conforter notre travail par une vérification d'indépendance des réponses.

Deux tests peuvent nous aider à vérifier la pertinence de ces résultats en débusquant l'éventuelle hétéroscédasticité des moyennes, le test de Student qui confirme une variance distincte pour les deux séries de réponses et le test de Wilcoxon qui vérifie à partir de l'ensemble des réponses l'indépendance de leur médiane, que les séries aient des variances similaires ou non.

Ces deux tests statistiques ne permettant pas de vérifier l'indépendance de plus de deux séries, nous utiliserons en palliatif pour les deux dernières explorations le test de Kruskal-Wallis qui, lui, le permet.

Nous appliquerons ces tests aux comparaisons entre établissements de sinistralité haute et établissements de sinistralité basse afin de vérifier si les différences de cotation des variables sont bien indépendantes et pas uniquement perceptibles à vue sur les radars.

Comme nous l'avons vu, *l'activité* économique apparaît comme le premier caractère discriminant des structures pour le taux de fréquence. Ce résultat nous a donc amené à catégoriser les établissements en deux groupes selon qu'ils exercent soit dans l'hébergement privé (HP) et le soin à domicile (SPD), activités à forte sinistralité, soit dans l'une des autres activités (non-HPSPD).

Nous avons vu que certaines variables donnaient des mesures similaires pour l'ensemble des établissements mais différentes dès lors qu'on les séparait en deux groupes selon les activités ci-dessus.

Nous vérifierons donc l'indépendance des réponses selon qu'ils ont une sinistralité forte ou faible puis selon leur appartenance à l'un quatre sous-groupes de la matrice activité (HPSPD et Non-HPSPD) et sinistralité (forte « - » ou faible « + »).

Tableau 33 : Matrice activités/sinistralité

| | Sinistralité | |
|----------|--------------|-------------|
| Activité | HPSDP + | HPSDP - |
| | Non HPSDP + | Non HPSDP - |

Enfin, comme les réponses des employeurs produisent la seule base de données qui distingue au sein du *statut* « privé » le *privé lucratif* (Sociétés Anonymes, par actions...) du *privé non lucratif* (associations, fondations...), malgré le petit nombre d'établissements, nous appliquerons le même test de Kruskal-Wallis aux six sous-groupes constitués par la double catégorisation, *statut* et sinistralité haute ou basse.

Tableau 34 : Matrice Statut/sinistralité

| | Sinistralité | |
|--------|----------------------|----------------------|
| Statut | Privé lucratif + | Privé lucratif - |
| | Privé non lucratif + | Privé non lucratif - |
| | Public + | Public - |

L'ensemble des résultats positifs ou proches de la significativité ($<0,05$) est synthétisé sur le tableau ci-dessous.

Tableau 35 : tests d'indépendance des réponses selon la sinistralité ou le statut

| Tests \ Dimensions | Motivation de service Public | Attraction Politiques Publiques | Abnégation | Implication Calculée | Locus Patient |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------|----------------------|---------------|
| Student sinistralité | 0,06 | | 0,01 | | 0,03 |
| Wilcoxon sinistralité | 0,10 | | 0,04 | | 0,04 |
| Kruskal-Wallis statut | | 0,06 | | 0,00 | |
| Kruskal-Wallis statut/sinistralité | | 0,06 | 0,07 | 0,02 | |

Comme on le voit peu de dimensions et sous-dimensions passent le tamis des tests d'indépendance. Nous pourrions naturellement réserver nos analyses à ces seules dimensions, plus sûres que les variables distinguées par les graphiques. Pourtant, les deux pourront nous servir par comparaison avec les réponses des employé-es.

Globalement, les tests statistiques montrent que trois variables se détachent de manière certaine, *l'abnégation*, *l'implication calculée* et le *locus « patient/bénéficiaire »*.

Hors test mais en limite de significativité, la *Motivation de Service Public* et l'une de ses sous-dimensions, *l'Attraction pour les Politiques Publiques*, pourraient aussi jouer un rôle sur le niveau de sinistralité.

Ainsi, grâce au test de Student, on peut affirmer que les réponses des employeurs montrent des variations différentes pour ces variables selon que les établissements présentent une sinistralité forte ou une sinistralité faible.

Grâce au test de Wilcoxon, on peut confirmer que pour ces mêmes variables les médianes de ces deux groupes d'établissements sont distinctes.

Nous pouvons donc affirmer que la perception des employeurs sur l'abnégation, l'implication calculée et le locus de contrôle patient/bénéficiaire est distincte selon qu'ils représentent un établissement à forte ou faible sinistralité.

Nous en déduisons la participation de ces dimensions ou sous-dimensions à l'augmentation ou à la réduction du risque.

Concernant le *statut*, le test de Kruskal-Wallis confirme que selon le *statut* seul ou le couple *statut/sinistralité* (haute ou basse), les employeurs mesurent différemment *l'implication calculée*, et, en limite de significativité, *l'attraction pour les politiques publiques* et de nouveau *l'abnégation*.

Variable non perçue jusque-là, *l'implication calculée* distingue les établissements selon leur *statut*.

La première leçon à tirer de ces questionnaires est que de nombreuses variables, pourtant omniprésentes dans la littérature, n'apparaissent plus à ce niveau d'exigence statistique. Notre protocole de recherche, mettant en relations quatre mesures de sinistralité et de nombreuses variables indépendantes, marginalise de fait un grand nombre d'entre elles pour en extraire seulement quelques-unes.

A l'opposé, la *Motivation de Service Public*, dont nous avons vu qu'elle est très élevée aussi dans la partie privée de ces activités, est en fait surtout présente au travers d'une seule de ses sous-dimensions, *l'abnégation*.

Plus surprenant, le *locus* « *patient/bénéficiaire* » qu'il nous a semblé nécessaire d'intégrer dans notre modèle, réelle innovation de notre thèse, est le seul *locus* qui différencie avec certitude les réponses des employeurs.

Pour nous intéresser au fond, les employeurs interrogés considèrent que plus leur personnel est au service des *patients/bénéficiaires*, plus il est enclin à se sacrifier pour les personnes dont il s'occupe et moins le risque d'accident est fort.

Cette situation est plutôt contrintuitive, comme nous l'avons vu dans la revue de littérature puisque des employé-es qui se « sacrifient » pour leurs bénéficiaires pourraient avoir tendance à réduire leur *locus* « *interne* », et à prendre plus de risques sans se prémunir de blessures ou de douleurs personnelles.

Les tableaux suivants vont nous permettre de déterminer la direction, préventive ou non, des variables sélectionnées et à comparer leurs mesures.

Tableau 36 : Moyennes et médianes des variables extraites selon la sinistralité

| Student | Motivation de service Public | Abnégation | Locus Patient | Wilcoxon | Motivation de service Public | Abnégation | Locus Patient |
|---------------------|------------------------------|------------|---------------|---------------------|------------------------------|------------|---------------|
| Sinistralité faible | 4,13 | 3,73 | 3,02 | Sinistralité faible | 4,08 | 3,75 | 3,00 |
| Sinistralité forte | 3,89 | 3,16 | 2,60 | Sinistralité forte | 3,91 | 3,25 | 2,33 |

Comme on peut l'observer dans ce tableau, pour les employeurs, la *Motivation de Service Public*, ou plutôt *l'abnégation* qui la constitue est préventive de la sinistralité.

Il en est de même pour le *locus Patient/bénéficiaire*, dont la prééminence sur les autres locus devra être vérifiée sur d'autres établissements pour en éprouver l'existence.

Il nous faut à présent expliciter la présence de *l'implication calculée* dans ce dernier carré. La comparaison des statuts grâce au test de Kruskal-Wallis, devrait nous permettre de compléter notre analyse.

Tableau 37 : Médianes des variables extraites selon le statut et la sinistralité

| | Sinistralité | MSP | Abnégation | Implication Calculée | Taux de fréquence | Taux de gravité |
|----------------|--------------|------|------------|----------------------|-------------------|-----------------|
| Association | faible | 4,17 | 3,25 | 3,33 | 39,2 | 3,5 |
| | Forte | 3,79 | 3,13 | 3,75 | 95,6 | 4,1 |
| Privé lucratif | faible | 3,96 | 3,63 | 2,83 | 56,7 | 1,5 |
| | Forte | 3,83 | 3,38 | 3,25 | 151,8 | 4,8 |
| Public | faible | 4,27 | 4,00 | 2,83 | 40,3 | 0,5 |
| | Forte | 4,13 | 3,00 | 2,17 | 109,1 | 4,3 |

Bien qu'elle ne soit pas clairement apparue lors de notre analyse des radars, la *Motivation de Service Public* est évaluée supérieure dans les associations et dans le service public. Pour autant, comme nous pouvons le constater, elle est notée en-deçà de tous les autres groupes dans les associations à sinistralité forte.

Constituant de cette *Motivation*, *l'abnégation* est elle-aussi notée quasi au plus bas pour ces structures, et de manière cohérente, *l'implication calculée*, investissement des employé-es attendant un retour (financier, symbolique...) équivalent à leur investissement (cf modèle de [Siegrist](#)), est au plus haut.

De manière plus fonctionnelle, les employeurs d'établissements privés non lucratifs à forte sinistralité observent chez leur personnel un *engagement calculé*, non pas au service d'une cause ou des bénéficiaires mais pour leur propre profit.

La grille de questions [d'Allen & Meyer \(1996\)](#) qui nous a servi à mesurer *l'implication calculée* traite surtout de salaire et de difficultés à retrouver un emploi. Nous sommes ici en présence de structures employant du personnel à bas niveau de formation œuvrant dans des zones à faible revenu et emploi. Au regard de l'effectif, ce sont aussi des établissements de plus grande taille.

Un retour vers notre échantillon nous montre qu'il s'agit pour l'essentiel d'associations d'aide à domicile et d'un EHPAD associatif, dont nous avons vu qu'ils sont très accidentogènes.

Un tableau simplifié va nous aider à interpréter ces résultats.

Tableau 38 : Tableau simplifié des correspondances variables/sinistralité

| | Statut | Motivation De Service Public | Abnégation | Implication calculée | Taux de fréquence | Taux de gravité |
|---------------------|----------|------------------------------|------------|----------------------|-------------------|-----------------|
| Sinistralité faible | Asso + | MSP >> | Abn = | IC >> | Tx << | Tg > |
| | Public + | MSP >> | Abn >> | IC < | Tx << | Tg << |
| | Privé + | MSP = | Abn >> | IC < | Tx << | Tg << |
| Sinistralité forte | Asso - | MSP << | Abn << | IC >> | Tx > | Tg >> |
| | Public - | MSP > | Abn << | IC << | Tx > | Tg >> |
| | Privé - | MSP < | Abn = | IC = | Tx >> | Tg >> |

En se cantonnant aux variables dont les tests démontrent qu'ils sont significatifs, et en mettant en exergue le niveau relatif de chaque valeur, plusieurs enseignements apparaissent clairement.

Des mesures élevées d'*abnégation* sont associées à des taux de fréquence et de gravité très bas, et des mesures basses d'*abnégation* sont associées à des taux de fréquence assez hauts et des taux de gravité très hauts.

La *Motivation de Service Public*, culturellement très haute dans le privé non lucratif et le public, corroborant la conviction de son inventeur, et plus basse dans le privé lucratif, apparaît néanmoins très basse dans le privé non lucratif à forte sinistralité. Et quoique haute dans le secteur public, elle n'empêche pas les établissements publics à haute *MSP* et basse *abnégation* de présenter une sinistralité haute.

Quant à *l'implication calculée*, elle est cotée de façon surprenante au plus haut niveau dans le privé non lucratif, donc les associations et fondations, mais ne semble pas influencer sur la sinistralité.

En bref, au regard des employeurs, la meilleure combinaison pour une sinistralité faible est une abnégation et une MSP dont au moins une des deux est forte.

Comme nous l'avons prédit à plusieurs reprises, plus *l'abnégation* est forte et plus la durée des arrêts est faible. Par contre nous avons jusque-là estimé que si le taux de gravité devait être faible, le taux de fréquence devrait être fort et ces taux devraient alors être en croissance du fait de l'effet-retard du *présentéisme*.

La situation la plus inattendue vient du privé non lucratif à forte sinistralité, puisqu'il présente une *abnégation*, pourtant perçue comme un pilier de ces établissements, beaucoup plus absente que dans les autres types de structures, y compris le privé lucratif. La question de *l'implication calculée* est encore plus impressionnante puisque ce sont ces mêmes établissements qui la cotent au plus haut, quelle que soit leur sinistralité.

On conçoit en se souvenant de la culture de métiers développée en première partie, que cela doit engendrer pour ces structures un conflit de valeurs très puissant, avec des conséquences importantes pour le sens apporté à l'action à la fois par les instances de décision, qui se perçoivent généralement comme défenseur du projet des fondateurs, et les employé-es qui se pourraient se sentir à la fois déconsidéré-es dans leurs attentes de rétributions de leurs efforts et en rupture avec les valeurs qu'ils-elles pourraient ne pas ressentir sur le terrain. L'analyse de leurs réponses sera primordiale pour comprendre l'effet de ces conclusions.

Le dernier enseignement vient des employeurs du public. S'ils notent logiquement *l'implication calculée* au plus bas par rapport aux autres statuts, ils la jugent plus élevée dans les structures à faible sinistralité.

Peut-être apprécient-ils ainsi les efforts de leur personnel, son « professionnalisme », l'application des procédures, le suivi de formations, une organisation rationnelle de leur travail, un lien plus fort au contrat juridique et moral ; mais peut-être faudra-t-il aussi observer chez les employé-es la capacité de cette variable à réduire la sinistralité.

1.3.4. Les facteurs-clé des employeurs



Pour synthétiser cette partie, confrontés à un taux de réponses des employeurs inférieur à 50% de notre échantillonnage, avec des catégories non ou peu couvertes, nous sommes contraints de revoir notre méthodologie afin de retrouver un bon degré de représentativité.

Très logiquement, nous reprenons les catégories obtenues à partir des arbres de régression réalisés avec l'ensemble des établissements de notre base (1 073). Non seulement cette technique nous permet de rester en cohérence avec le niveau supérieur mais elle nous autorise aussi à regrouper les réponses et à réduire les biais potentiellement dus à la singularité de certains répondants.

A partir des deux groupes *activité/statut*, des seuils d'*effectif*, de la *croissance* ou non des structures, de leur rapport au *temps plein* et de leur *localisation* dans les Aires d'Attraction des villes, nous pouvons comparer les établissements à forte sinistralité et ceux à faible sinistralité. Nous en tirons plusieurs enseignements précieux.

Premier enseignement, *l'incertitude professionnelle*, qui nous paraissait devoir ressortir de nos analyses territoriales est notée basse par les employeurs. Ce chiffre, en cohérence avec la croissance du secteur, renvoie cette variable à un bruit de fond soit peu actif sur la sinistralité soit ressenti comme peu influent par les employeurs.

Concernant ses sous-dimensions, comme nous l'avons déjà vu, les établissements à plus forte sinistralité (HPSDP-) montrent une crainte maximale de ne pas pouvoir

« faire le même travail qu'actuellement jusqu'à la retraite » et de ne pas trouver « facilement de travail équivalent ». De manière cohérente, le « souhait de faire le même travail jusqu'à la retraite » est au plus haut, montrant combien dans ces structures, *l'incertitude* est maximale et correspond bien à nos descriptions des Aires rurales à très rurales et isolées. Logiquement, à l'instar des *contrats* précaires, la peur de perdre son emploi pourrait encourager à la prise de risques.

A l'inverse, les établissements les moins à risque (non HPSDP+) présente une note moyenne sur les cinq sous-dimensions de *l'incertitude*. Si celle-ci reste présente, la conviction que sauf accident, l'employé-e poursuivra son travail et pourra en trouver un autre réduit la propension à la mise en danger. Confirmant d'autres recherches, on voit ici que la sécurisation interne et externe des emplois du secteur apparaît primordiale à la prévention.

Deuxième enseignement, les variables organisationnelles classiques, *confiance organisationnelle*, *Soutien Organisationnel Perçu*, *justice organisationnelle*, ou *qualité de management* (uniquement pour *l'empathie* et *l'exemplarité*), présentent bien des différences « à vue » entre établissements à faible ou forte sinistralité, et particulièrement pour l'Hébergement Privé et les Soins à domicile (HPSDP) : plus ces variables sont élevées et plus la sinistralité est faible. *Pourtant aucune ne passe les tests d'indépendance. Cette différence serait donc peu opérante sur les accidents.*

Troisième enseignement en accord partiel avec nos conclusions précédentes, peu ou pas de différence notable n'apparaît concernant la *charge de travail* même si elle est cotée un peu plus faible pour les activités à faible sinistralité.

Quatrième enseignement, si cette variable ne passe pas les tests, la *tension de rôle* est cotée d'un point supérieur pour les établissements cumulant forte sinistralité individuelle et forte sinistralité d'activité. Ce point sur lequel nous reviendrons nous apparaît comme un des facteurs-clé à retenir. Au-delà de la question *d'autonomie*, la délicate question des missions et de leur limite, le poids des responsabilités et des commandes ambiguës pourraient peser fortement dans la prise de risques des

employé-es, dans la dilution de leur attention, renvoyant au modèle de [Reason](#) et à ses trois niveaux de contrôle. Plus les protocoles sont intégrés, plus les algorithmes de choix sont clairs, mais aussi plus l'employé-e peut les adapter à la situation rencontrée et moins le danger est présent.

Cinquième enseignement sur une variable dont nous avons explicité l'importance, le *soutien social*, dans sa composante *hiérarchique* pour l'Hébergement Privé et le Soins à Domicile et dans le soutien *des collègues* dans l'ensemble des autres activités, apparaissent prévenants de la sinistralité.

Viennent à présent plusieurs résultats majeurs que nous allons détailler.

Le premier apport important est cette forte présence de *l'abnégation*, sous-dimension de la *Motivation de Service Public*, elle-même consolidée par les tests d'indépendance, comme différence entre établissements de faible ou forte sinistralité.

La surprise vient du fait que cette variable, vue par les chercheurs comme aggravant le risque, est ici associée à une moindre sinistralité. Ce résultat, inattendu, sera à rapprocher du deuxième apport important, le *locus de contrôle Patient/bénéficiaire*.

Il serait en effet cohérent de penser le contraire, que plus l'employé-e se « sacrifie » pour ses patients ou sa mission et plus il prend des risques, accroissant ainsi le nombre et la durée des arrêts de travail.

Ici à l'opposé, plus il met de côté ses propres intérêts au profit de la société dans son ensemble, de la structure ou des « plus défavorisés » et moins il-elle pose des arrêts de travail, réduisant ainsi le taux de fréquence et le taux de gravité. En d'autres termes, nous pourrions ici nous demander si *l'abnégation* ne réduit pas le nombre de déclarations des accidents davantage que le nombre d'accidents lui-même.

Cette hypothèse est à rapprocher des phénomènes de *présentisme* dont on a vu qu'ils réduisent les taux à court terme par sous-déclaration mais les accroissent à moyen terme par effet-retard. Elle pourrait expliquer, avec *l'incertitude professionnelle*, les faibles taux de certaines Aires associés à une croissance forte du taux de gravité.

Au regard des employeurs, les questions posées sur l'*abnégation*, « désavantage personnel acceptable dans l'intérêt de la société », « devoirs civiques avant intérêt personnel », « sacrifices pour le bien de tous », « coût en argent acceptable pour aider les plus défavorisés », vont toutes vers un déni par le personnel de ses difficultés et douleurs, vers une responsabilité vis-à-vis d'autrui qui oblitère ses propres intérêts.

La faible sinistralité perçue par les cadres est alors cohérente avec un seuil de non-déclaration plus élevé que dans les autres établissements.

Comme nous le verrons, les employé-es ne perçoivent pas l'*abnégation* de la même façon, ce qui nous amènera à conserver cette explication tout en la nuancant.

Deuxième apport important de notre thèse, conforté par les tests d'indépendance, le *locus de contrôle* paraît le deuxième facteur-clé du niveau d'accidents du travail.

Si l'on en reste à l'analyse des graphiques, le pôle de la *chance*, quoique toujours très haut, est coté au plus bas des *locus*, sans doute du fait des nombreuses campagnes de prévention et de leur efficacité. En accord avec la littérature, il est situé au plus haut par les établissements les plus accidentogènes (HPSDP-). Et ceux-ci placent au plus bas les *locus interne* et *locus des collègues*.

A l'inverse le groupe d'établissements à moindre sinistralité (non HPSDP+) positionne au plus bas la *chance* et quasiment à égalité les 4 autres *locus* avec un très léger avantage au *locus interne*. Comme nous l'avons précisé, nous y voyons, en accord avec les modèles de [Reason](#), [Kjellen](#) et [Weick](#), une forte prévention permise par un bon équilibre des moteurs de l'action suivi d'un recours en dernier ressort à sa propre gouverne. Si cela suppose comme le pensait [Karasek](#) une bonne *latitude décisionnelle*, cela impose aussi de l'empowerment, la capacité, grâce à l'expérience et la formation, de pouvoir choisir la meilleure pratique, de discerner les indicateurs de risque et de pouvoir enclencher son « droit de précaution » voire son droit de retrait.

Mais l'apport majeur sur ce plan est l'adjonction d'un *locus*, le *locus patient/bénéficiaire* supposant qu'une partie des actions du personnel est attribuée à

un souhait, une demande du patient ou bénéficiaire. Notre surprise est de voir ce locus parmi les trois (ou quatre) variables passant positivement les tests d'indépendance.

Cela signifie que le niveau de ce *locus* distingue les réponses des établissements selon que leur sinistralité est forte ou faible. Pour être plus précis, si l'on fait abstraction de l'*activité*, les établissements de sinistralité faible placent ce *locus* au-dessus des autres établissements. En d'autres termes, les employeurs des premiers considèrent que leurs employé-es sont davantage attentifs aux destinataires finaux de leur travail (et prêts à se sacrifier aussi pour eux). En phase avec la « *charité* » historique, ces structures attribuent une forte légitimité à ce tiers *patient/bénéficiaire* dans les prises de décisions, indépendamment des ordres et commandes de la hiérarchie, de la pratique de leurs pairs et même de la volonté propre de chaque salarié-e.

Là aussi nous verrons que la vision des salarié-es est sensiblement différente.

Enfin, apparaît pour la première fois une variable inattendue, *l'implication calculée*. Camouflée jusque-là par l'absence de distinction entre privé lucratif et non-lucratif, elle émerge de l'analyse des différences entre entités publiques et associations.

De façon à priori surprenante elle est notée au plus haut par ces dernières et de près d'un demi-point au-dessus par les associations à forte sinistralité. Un passage par les questions posées éclaire ce résultat, travail « autant par besoin que par envie », attente de retours de l'établissement auquel on a « tant donné » et deux questions sur la difficulté à trouver un travail comparable (cf *incertitude professionnelle*).

Le risque de précarité joue donc un grand rôle dans cette mesure. Mais le fait est que dans certaines associations où on travaille par besoin, *l'abnégation* étant au plus bas (cf [tableau 33](#)), le mal-être et les *tensions de rôle* devraient être terribles. Dans un contexte où les emplois alternatifs sont rares, ce personnel se retrouve en perte de sens du fait d'une *Motivation de Service Public* très basse, et d'une *Implication* ne rencontrant que peu de retour d'investissement. Si l'on en croit [Weick](#), ces ingrédients présents devraient accroître la sinistralité mais l'environnement restant hostile, les

employé-es répondent à la pression par des arrêts plus fréquents mais raccourcis par crainte d'une perte de revenu.

Si cette description est présente dans de nombreuses publications (par exemple [Devetter & Messaoudi, 2013](#)), l'apport de cette analyse est de montrer que ce phénomène est propre à un type particulier d'établissements et non à tous et que, contrairement à la littérature qui dresse généralement un tableau très large de préconisations, très peu de variables pourraient être réellement en cause.

Le tableau suivant permet de synthétiser l'ensemble des résultats obtenus grâce au questionnaire « employeurs ».

Tableau 39 : résultats du niveau des employeurs

| Niveau | Hyp | Variable indépendante | Résultat | Validation, infirmation, amendement |
|------------|----------|---|---|---|
| Employeurs | H5 H6 | <i>Taille de structure</i> | Un effectif entre 3 et 15 employé-es minimise la sinistralité grâce à une maximisation du soutien social et de l'implication associée à un début d'organisation formelle | Hypothèse 6 validée En opposition avec la littérature sur plusieurs variables organisationnelles apparaissant sans influence sur l'accident du travail |
| | | <i>confiance organisationnelle, SOP, justice organisationnelle, qualité de management</i> | Ces variables apparaissent sans influence sur la sinistralité | |
| | | <i>Tension de rôle et charge de travail</i> | La tension de rôle est plus élevée et la charge de travail plus faible dans les établissements des zones peu peuplées à sinistralité plus élevée. | |
| | | <i>confiance organisationnelle, SOP, justice organisationnelle, qualité de management</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Les structures de basse sinistralité présentent des variables organisationnelles meilleures et une tension de rôle plus basse, marques d'une structuration supérieure • Les structures de haute sinistralité présentent un conflit de rôle supérieur | |
| | H6 | <i>Soutien social</i> | Le soutien social est plus faible dans les structures de haute sinistralité | |
| | | <i>Locus de contrôle</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Le locus de contrôle Patient/bénéficiaire (conçu pour cette thèse) apparaît supérieur aux employeurs de structure de basse sinistralité • Le locus supérieur est associé aux établissements de haute sinistralité • les établissements de plus basse sinistralité équilibrent les locus interne, collègues, supérieur et patient/bénéficiaire | |
| | | <i>Incertitude professionnelle</i> | La peur du chômage et de ne pas pouvoir "faire le même travail" jusqu'à la retraite sont maximales dans les structures à haute sinistralité et inversement | |
| | | <i>Motivation de service public</i> | Les employeurs à sinistralité basse présentent une abnégation et/ou une Motivation de Service Public forte | |
| | | <i>Implication</i> | Les structures publiques à basse sinistralité notent plus haut l'implication calculée que leurs homologues à haute sinistralité | |

Du fait de l'ensemble de ces résultats, nous considérons validée notre hypothèse 6.

H6 : La sinistralité des établissements est en relation avec des variables organisationnelles (à hiérarchiser) telles qu'elles sont perçues par les employeurs.

Il nous faut à présent confronter ces conclusions avec les réponses des employé-es aux mêmes questions formulées en miroir de celles des employeurs.

1.4. Niveau des employé-es

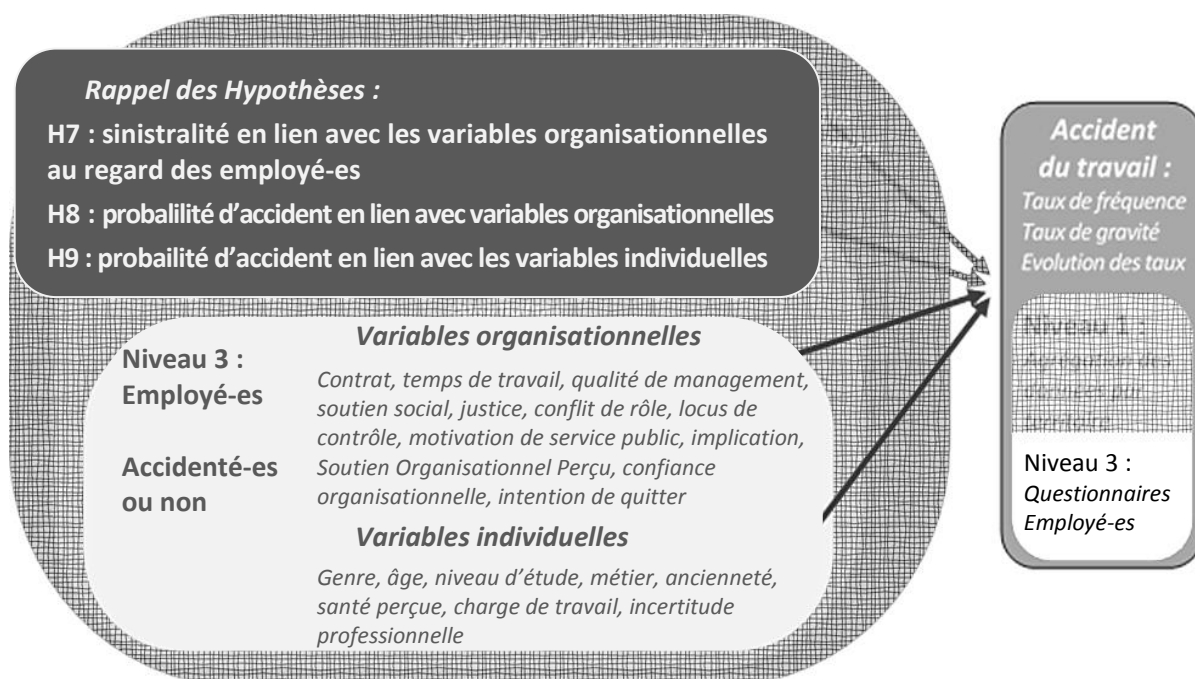


Comme nous l'avons vu, les employé-es concentrent potentiellement l'influence de très nombreuses variables, économiques à travers le *chômage*, la situation démographique du territoire, le niveau économique général et du secteur étudié, structurelles, à travers le *statut*, la *taille* de leur établissement, et à l'évidence par les nombreuses variables organisationnelles que nous avons explorées dans notre thèse.

Ils sont aussi porteurs de caractéristiques individuelles qui pourraient à leur tour influencer sur leurs attitudes et comportements, ou les positionner différemment dans les strates de l'entreprise.

Notre modèle détaillé prend alors la forme suivante :

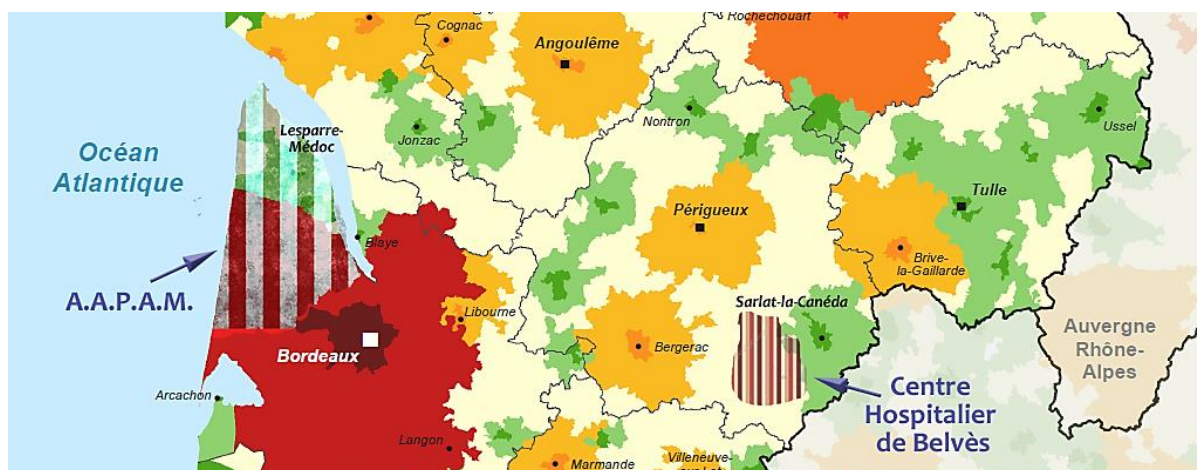
Figure 62 : Modèle niveau 3



Comme nous l'avons expliqué supra, la collecte des données auprès des employé-es a été fortement perturbée par la pandémie et de nombreuses structures engagées dans le projet se sont désengagées du questionnement de leur personnel.

Fort heureusement, deux établissements importants ont maintenu leur investissement et ont mis en place le questionnement quasi exhaustif de leurs employé-es, l'AAPAM, et le Centre Hospitalier de Belvès. Une autre structure, la SAFED, plus petite et singulière par son activité, pourra plus difficilement être comparée.

Figure 63 : carte d'implantation de l'AAPAM et du Centre Hospitalier de Belvès



Concernant l'AAPAM, « Association pour Aider, Prévenir, Accompagner en Médoc », il s'agit d'une très grosse structure de plus de 600 employé-es, dont l'activité se répartit entre Soins à Domicile (d'où sa catégorisation CARSAT en SDP) et l'Aide à Domicile. Cette structure est située sur deux zones d'emploi, Bordeaux (7204) et Pauillac (7206), et trois Aires d'Attraction des Villes, Bordeaux (006), Lesparre-Médoc (355) et Communes hors Attraction des Villes (000) pour quelques communes de la Pointe de Grave à l'entrée de l'Estuaire de la Gironde.

Concernant les Zones d'Emploi, si celle de Pauillac présente une sinistralité beaucoup plus élevée que l'ensemble de l'Aquitaine, celle de Bordeaux est dans la moyenne et les mesures agrégées des deux zones restent dans la moyenne pour le taux de fréquence (71 pour 73) contre un taux de gravité 14% au-dessus.

Pour les Aires d'Attraction des Villes, le taux agrégé des trois Aires concernées est aussi dans la moyenne de la Région (73 pour 72) et le taux de gravité de 15% supérieur.

Nous pourrions donc considérer que la sinistralité induite par la localisation est en fréquence dans la moyenne régionale mais légèrement supérieure pour la gravité. Un établissement situé dans ce territoire pourrait donc voir sa sinistralité impactée négativement par des facteurs contextuels, chômage ou niveau des salaires.

La seconde structure, le Centre Hospitalier de Belvès se situe dans la Zone d'Emploi de Sarlat-La-Canéda (7203) et dans l'Aire d'Attraction de Ville de la même commune (233).

Si l'on s'attache aux Zones d'Emploi, ce territoire présente en termes de sinistralité des taux plus bas en fréquence (63 pour 73 soit inférieur de quatorze pour cent) et très bas en gravité (1,02 pour 2,15 soit moins de cinquante pour cent).

Le regard par les Aires d'Attraction des Villes est similaire pour les taux de fréquence, inférieur de dix-sept pour cent à la moyenne générale mais très inférieur pour la gravité (0,5 pour 2,16 soit vingt-trois pour cent de la moyenne générale).

Pour cet établissement, à l'inverse de l'AAPAM, le territoire pourrait réduire légèrement la fréquence mais fortement la gravité. Les données du centre hospitalier de Belvès pourraient donc être affectées par des facteurs contextuels à la baisse.

Plus prosaïquement, le centre hospitalier de Belvès est un hôpital public, soit un Etablissement de Soins Public (codé ESPP) de 41 employé-es. Il est situé au centre du village de Belvès (1330 habitants) et partage sa direction avec l'hôpital de Bergerac.

Quoique catégorisé en Etablissement de Soins il se compose en plus du service de médecine, d'un établissement de Soins de Suite et de Rééducation (SSR) également catégorisé en ESPP mais aussi de services catégorisés en HPP : un EHPAD, un centre d'accueil de jour et un lieu d'Hébergement temporaire. S'adjoint enfin à l'ensemble un SSIAD/SPASAD, structure entre l'Aide à Domicile (ADPP) et le Soins à Domicile (SDPP).

Pour autant les répondants sont tous employés du centre hospitalier et, s'ils participent ponctuellement à d'autres services, restent affectables au code ESPP.

Le Centre hospitalier de Belvès se situe donc dans le secteur d'activité le moins accidentogène, deuxième taux de fréquence le plus faible et taux de gravité le plus bas.

Comme le territoire, l'activité pourrait influencer à la baisse sur les taux de cet hôpital.

Pour synthétiser, les deux structures répondantes ont produit pour notre recherche un nombre satisfaisant de questionnaires, couvrant l'ensemble des métiers présents dans l'établissement. Leur sinistralité est nettement distincte et les variables exogènes ont plutôt tendance à les rendre plus dissemblables encore.

Tableau 40 : Comparaison de sinistralité des deux établissements

| Comparatif AAV | Code | Libellé | Tx1116 | Tx11Tx16 | Tg1116 | Tg11Tg16 |
|--------------------|-------------|------------------|--------|----------|--------|----------|
| AAPAM | 000 | Hors attraction | 80,0 | 0,54 | 2,6 | 1,14 |
| | 006 | Bordeaux | 69,7 | 0,14 | 2,4 | 0,40 |
| | 355 | Lesparre-Médoc | 109,2 | 0,32 | 6,5 | 0,34 |
| | Taux agrégé | | 71,6 | | 2,5 | |
| CH Belvès | 233 | Sarlat-la-Canéda | 67,6 | -0,37 | 0,5 | -0,19 |
| Ensemble des Aires | | | 72,9 | | 2,2 | |

| Comparatif ZE | Code | Libellé | Tx1116 | Tx11Tx16 | Tg1116 | Tg11Tg16 |
|--------------------|-------------|------------------|--------|----------|--------|----------|
| AAPAM | 7204 | Bordeaux | 69,5 | 0,12 | 2,3 | 0,40 |
| | 7206 | Pauillac | 106,8 | 0,39 | 5,9 | 0,23 |
| | Taux agrégé | | 72,7 | 0,14 | 2,1 | 0,59 |
| CH Belvès | 7203 | Sarlat-la-Canéda | 63,2 | -0,24 | 1,0 | -0,14 |
| Ensemble des Zones | | | 70,7 | 0,1 | 2,4 | 0,39 |

| Comparatif Activités | Code | Libellé | Tx1116 | Tx11Tx16 | Tg1116 | Tg11Tg16 |
|-------------------------------|------|--------------|--------|----------|--------|----------|
| Soins à Domicile | SDP | AAPAM | 112,0 | -0,30 | 5,4 | 1,00 |
| Aide à Domicile Privé | ADP | | 74,9 | 0,23 | 2,9 | 4,86 |
| Etablissement de Soins Public | ESPP | CH de Belvès | 63,8 | 0,26 | 1,1 | 3,04 |
| Ensemble des structures | | | 71,5 | | 2,1 | |

| Comparatif Etablissements | Code | Libellé | Tx1116 | Tx11Tx16 | Tg1116 | Tg11Tg16 |
|---------------------------|-------|--------------|--------|----------|--------|----------|
| AAPAM | SDP24 | AAPAM | 125,5 | 0,31 | 5,6 | 7,94 |
| CH Belvès | ESPP4 | CH de Belvès | 57,3 | 0,53 | 2,4 | -0,65 |
| Ensemble des structures | | | 71,5 | | 2,1 | |

Comme on peut le voir, à l'exception du taux de gravité pour lequel le centre hospitalier est légèrement supérieur au taux agrégé de l'ensemble des structures, l'AAPAM se situe systématiquement sur une sinistralité supérieure aux taux agrégés et le centre hospitalier systématiquement au-dessous.

Afin de vérifier que ces écarts de taux ne sont pas uniquement dus à l'*activité* ou au *territoire*, nous allons comparer l'écart entre taux d'établissements et taux moyens avec l'écart entre territoires concernés et ensemble des territoires.

Pour le taux de fréquence, l'écart des taux dus aux *territoires/activités* des deux établissements se situent entre -11% et +5%. Elles ne peuvent donc expliquer seules le très fort taux de fréquence de l'AAPAM, de 75% supérieur au taux agrégé des établissements de la base. Elles ne peuvent pas non plus expliquer les -20% du taux de fréquence du centre hospitalier de Belvès.

Pour ce qui est du taux de gravité, concernant l'AAPAM, les taux territoriaux ou d'activité oscillent entre +38% et -12% par rapport au taux agrégé alors que le taux de l'AAPAM est deux fois et demi plus élevé que le taux agrégé de tous les établissements. Ici aussi la différence ne peut être expliquée seulement par l'impact estimé du *territoire* ou de l'*activité*.

Pour le Centre hospitalier de Belvès la question reste plus nuancée. Alors que les taux de zonage sont à un quart ou à 40% des taux agrégés, que le taux de gravité de l'activité est à la moitié, le taux de gravité de Centre est légèrement supérieur au taux agrégé de l'ensemble des structures. Il apparaît donc nettement plus haut qu'attendu et nous sommes en droit d'estimer que le taux de gravité de l'hôpital de Belvès est élevé. Par contre, il reste beaucoup plus faible que celui de l'AAPAM.

A partir des données collectées, nous concluons qu'il est possible d'établir une comparaison entre un établissement très accidentogène et un établissement qui

présente un taux de fréquence notablement bas, et un taux de gravité élevé mais très inférieur au premier.

Il nous faut préciser ici que nous avons collecté un petit nombre de questionnaires d'autres structures qu'il est difficile de traiter en tant que tels ou d'adjoindre aux autres. Nous ne les intégrerons pas à nos calculs pour ne pas perturber notre analyse.

Les résultats seront à mettre en regard des réponses des employeurs afin d'être consolidés ou questionnés.

1.4.1. La méthode :



Partant d'un questionnaire miroir de celui des employeurs, nous cotons de même les réponses de 1 à 5 entre « pas du tout d'accord » et « tout à fait d'accord » et inversement (à l'instar des employeurs) lorsque les questions sont formulées dans un sens négatif. Nous regroupons ensuite ces réponses selon que l'employé-e est issu de l'un ou de l'autre établissement et afin de perdre le minimum d'information, nous préférons aux moyennes des réponses un comptage exhaustif de chaque type de réponse. Par exemple, pour la sous-dimension « attraction des politiques publiques » nous dénombrons les « d'accord » aux quatre questions posées, puis les « pas du tout d'accord » ...

Il est alors possible de comparer la structure des réponses des deux établissements en vérifiant à l'aide de deux tests (χ^2 et Wilcoxon) l'indépendance des réponses. Nous considérerons de même que pour les employeurs que toute valeur similaire entre les deux structures n'a pas d'influence sur la sinistralité. A l'inverse, nous suspecterons que les différences entre les deux suggèrent une influence positive ou négative sur la sinistralité.

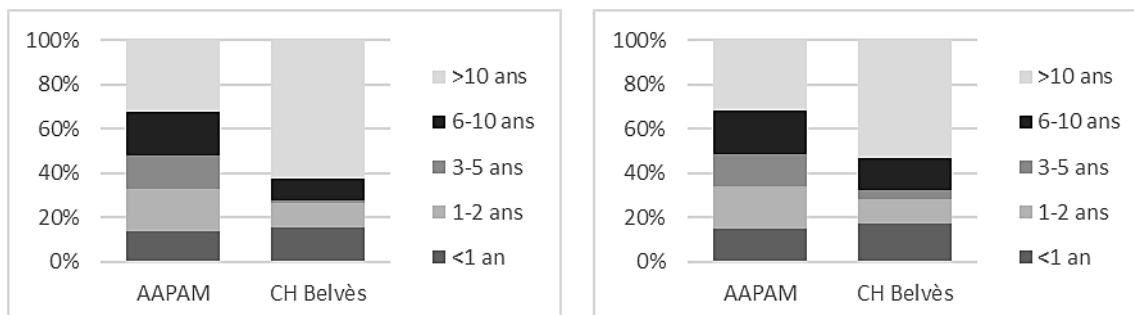
1.4.2. L'effet des facteurs individuels :



En termes de pyramide des âges, si celles-ci divergent entre l'AAPAM et le Centre Hospitalier de Belvès, (35-39 ans deux fois plus nombreux à Belvès) le test du χ^2 ne montre pas d'indépendance. L'âge ne paraît pas influencer la sinistralité. A l'inverse

(en accord avec la littérature), *l'ancienneté* dans l'entreprise et dans le poste paraissent jouer en faveur d'une plus faible sinistralité.

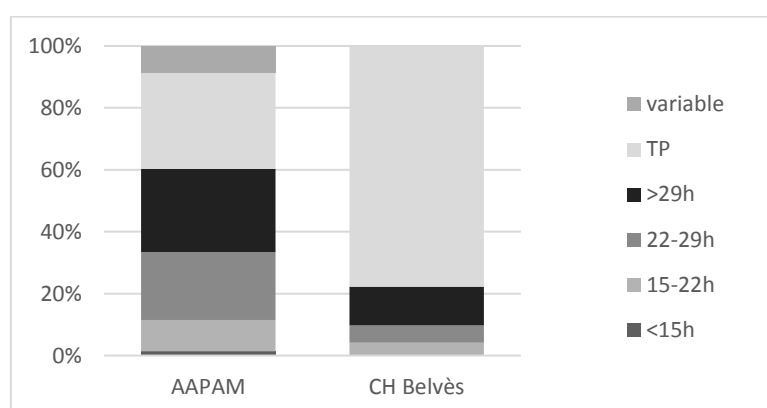
Figure 64 : Comparaison Ancienneté sur le poste et dans l'entreprise



Autre résultat cohérent avec notre analyse de la littérature, le niveau de *diplôme*, nettement plus élevé au centre hospitalier de Belvès, paraît aussi réduire la sinistralité.

De même, comme nous l'avons déjà indiqué à plusieurs reprises, en cohérence avec nos précédents résultats et la littérature, le pourcentage de *contrats publics* et le nombre de *temps pleins*, bien plus élevé au centre hospitalier, paraît en relation avec une sinistralité faible.

Figure 65 : Comparaison selon le temps de travail des employé-es



Les différences de caractéristiques individuelles s'avèrent en phase totale avec la littérature, ce qui concourt à consolider notre méthodologie de comparaison sur ces deux établissements.

Comme nous l'avons vu précédemment, les variables organisationnelles, telles qu'elles sont perçues par les employeurs, ont été beaucoup plus riches d'enseignement.

La confrontation de ceux-ci avec les réponses des employé-es devrait être davantage fructueux encore.

1.4.3. Les facteurs organisationnels des employé-es :



Pour commencer notre revue de résultats, nous commencerons par les variables traditionnelles non retenus par les employeurs.

Confiance organisationnelle, Soutien Organisationnel Perçu, justice organisationnelle et qualité de management sont toutes mesurées par les employé-es du centre hospitalier de Belvès inférieures à ceux de l'AAPAM, pourtant en plus forte sinistralité.

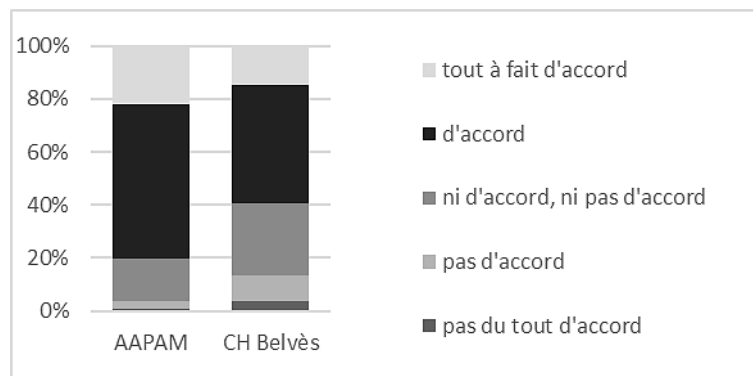
Contrairement aux employeurs qui établissent de manière logique que ces variables (sauf la *justice organisationnelle*) sont supérieures dans les établissements à faible sinistralité, les employé-es de l'AAPAM s'avèrent moins critiques que ceux du centre hospitalier, et surévaluent la *justice* et le *management* dont ils-elles bénéficient.

Faut-il y voir un défaut de perception des employé-es de l'un ou l'autre des établissements, par exemple dû à la délicate comparaison de leur situation avec d'autres structures ? Ou plutôt une différence de culture de sécurité de ces deux activités ? Le secteur sanitaire, conscient depuis longtemps de la nécessité de soutenir ces employé-es pourrait rendre ceux-ci plus exigeants. C'est ce que confirme à nos yeux une organisation syndicale et par métiers (cf histoire) plus ancienne et structurée.

A l'inverse, le travail à domicile, plus récent dans sa forme actuelle et issu de tâches de service, est très rarement porteur de revendications : manifestations dans quelques établissements dans les années 2010, mouvement plus large dans le Jura le 21 mars 2012, mouvements sporadiques début 2021 aboutissant à une grève nationale le 23 septembre « 24h sans aide à domicile ». Cette très faible culture collective pourrait amener les employé-es à moins d'exigence.

Le graphique concernant la *Qualité de Management* est représentatif de ces variables.

Figure 66 : Comparaison selon la qualité de management

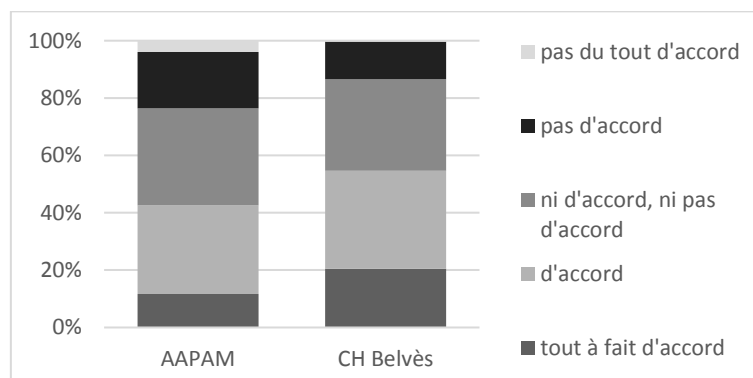


Concernant la *charge de travail*, sans surprise au vu des résultats allant tous dans ce sens, c'est bien à Belvès que les employé-es estiment avoir une *charge de travail* plus importante. Leur perception est bien cohérente avec celle des employeurs ainsi qu'avec nos statistiques au niveau des établissements.

Que ce soit dans la perception des employeurs et employé-es ou par l'entremise du nombre d'heures par employé-e, une *charge* perçue faible accroît la sinistralité.

Les questions posées sont le « manque de temps pour faire mon travail », une « charge de travail très importante », un « travail rapide » et « intense ». Et moins d'employé-es de l'AAPAM que de l'Hôpital de Belvès sont d'accord avec ces affirmations.

Figure 67 : Comparaison selon la charge de travail



Pour les accidents du travail il existerait donc un volume de travail optimal, qui favoriserait comme nous l'avons déjà vu, une automatisation des tâches, ainsi qu'un investissement des employeurs et employé-es dans la formation et la prévention.

Nous ne discuterons pas ici d'autres maux du travail (perte de sens, stress, burnout) pour lesquels la littérature est univoque : ces risques augmentent dès lors que la charge devient trop lourde de façon durable.

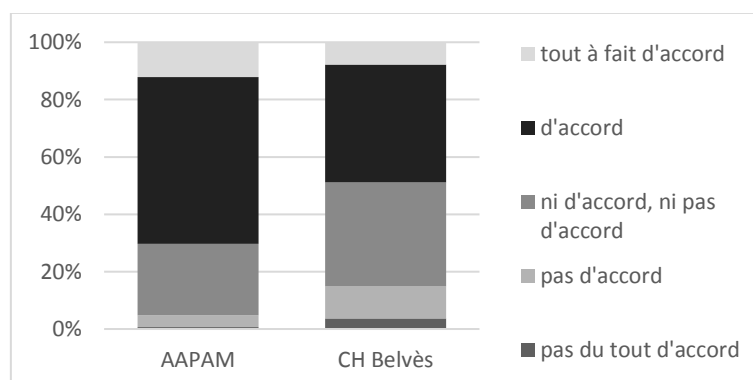
Il nous semble de nouveau que la question du sens (cf [Weick, 1995](#)) se pose sur ce point. S'il semble que la protocolisation, par ses automatismes, et la robotisation, réduisent le risque (comme le montre bien l'histoire de l'industrie ou des Mines), elles amènent d'autres maux plus insidieux.

Plus intéressant dans la mise en regard des réponses des employeurs, *l'implication organisationnelle* apparaît similaire entre les deux établissements. Il est vrai qu'elle n'apparaissait que pour une catégorie d'associations mais l'AAPAM correspond bien à cette catégorie. Il nous faudra donc réserver notre appréciation sur cette variable.

Facteur-clé de toute notre thèse, le *soutien social* apporte ici une réponse contrastée. Pas de différences entre les deux établissements sur le *soutien des collègues* dont nous avons vu qu'il était moins prégnant que le *soutien hiérarchique*.

Si des différences (confirmées par un χ^2) apparaissent bien, elles suivent les autres variables organisationnelles, à l'avantage de l'AAPAM, pourtant plus sinistrogène.

Figure 68 : Comparaison selon le soutien hiérarchique



Sans remettre en cause nos positions précédentes, nous y voyons le même biais de perception que pour les autres variables ci-dessus. Si ce biais existe, il pourrait aussi s'appliquer au *soutien des collègues*, équivalent entre les deux structures, et nous inciter à supposer qu'il est inférieur à l'AAPAM. Le fort sentiment d'isolement généralement exprimé par ces professions irait dans ce sens.

Comme nous l'avons vu supra, les réponses des employeurs nous ont amené à considérer quelques variables comme un apport prépondérant de notre thèse, *l'abnégation*, le *locus de contrôle* et une variable issue des arbres de régressions appliqués aux territoires et aux établissements, *l'incertitude professionnelle*.

Pour cette dernière à l'instar des employeurs aucune différence testée n'apparaît entre les deux établissements. Il semble ici aussi que *l'incertitude*, si elle existe, n'est pas davantage perceptible aux employé-es qu'aux employeurs.

Nous constaterons infra qu'il en est de même pour les victimes d'accidents. Cette variable, sans doute trop contextuelle, influencerait donc l'ensemble des établissements d'une zone, sans que les acteurs locaux en aient conscience.

Passons à présent aux deux variables-clé de nos précédentes analyses.

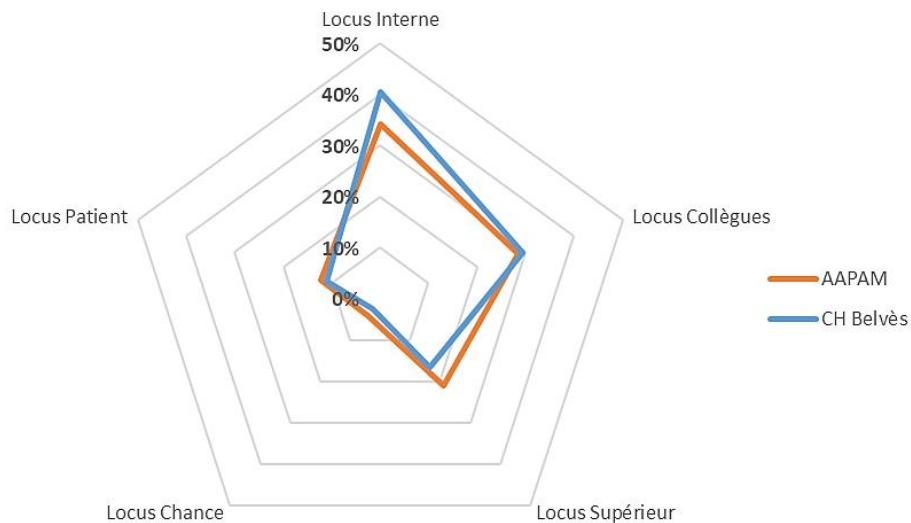
Première variable-clé de notre analyse, le *locus de contrôle* qui a occupé notre réflexion dans le chapitre précédent est à traiter ici en deux temps.

Nous constatons tout d'abord que le centre hospitalier note systématiquement plus haut l'importance de chaque locus, perturbant les modalités de comparaisons utilisées jusque-là.

Ceci confirme nos références à [Weick](#). Comme il le prédit, la meilleure prévention vient d'un équilibre entre différents points de vue plus que de la prédominance de l'un d'eux.

Pour permettre une comparaison plus aisée, nous produisons un premier radar en pourcentage de réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord ».

Figure 69 : Comparaison selon le locus de contrôle



Première remarque, contrairement aux employeurs, les employé-es répondent de manière très proche, et ce, alors qu'ils travaillent dans des établissements de statut et d'activité différente, dans des localisations différentes et présentant une sinistralité très distincte.

Deuxième remarque, le radar est très similaire à celui des employeurs avec la différence notable que ceux-ci accentuent fortement les différences.

Pour détailler, le *locus Patient/bénéficiaire*, seul à passer les tests d'indépendance pour les employeurs, est bas pour les deux établissements, et quasi similaire, augurant d'une faible influence de celui-ci sur la sinistralité, du moins au regard des employé-es.

Les *locus collègues* et *chance* sont eux-aussi semblables. Quant à la *chance*, elle signale par sa faiblesse une bonne perception des risques et une évaluation haute de la capacité à éviter les accidents. Nous pouvons en déduire une bonne appropriation par les employé-es des politiques de santé sécurité au travail ou du moins, au vu de la haute sinistralité du secteur, la responsabilisation des employé-es sur cette question.

Les deux différences qui apparaissent dans le radar corroborent les positions des employeurs. Le *locus interne*, tout d'abord, dénote un plus grand sentiment

d'autonomie à Belvès. Cela confirme une fois de plus que travail isolé (à l'AAPAM) ne rime pas forcément avec *marge de décision* et faible sinistralité.

A l'opposé, malgré le NPM et la standardisation des tâches, les employé-es du centre hospitalier mettent le *locus interne* deux fois plus haut que le *locus de la hiérarchie*, dépeignant une haute perception de leur marge de manœuvre, peut-être elle aussi influencée par l'injonction permanente à *l'autonomie*.

A ce propos, à l'instar des employeurs, les employé-es associeraient *autonomie* et faible sinistralité. L'analyse des réponses des victimes d'accident, développée infra, corrobore notre allégation que cette perception pourrait être provoquée par le discours ambiant.

Concernant ce *locus de la hiérarchie*, c'est celui qui montre la deuxième différence entre les deux établissements, l'AAPAM le plaçant au-dessus de l'hôpital de Belvès.

Alors que l'on pouvait supposer que le travail en *autonomie* (subie mais non ressentie) des aides à domicile réduisait l'influence perçue des supérieurs, c'est bien cette structure qui le place au-dessus, quoique nettement au-dessous du *locus des collègues*.

Dans cette structure les employé-es perçoivent donc une plus grande influence de leur encadrement, résultat en concordance avec leur évaluation du *soutien hiérarchique*, plus élevé, et leur jugement de la *qualité de management*. Ce résultat est aussi conforme à de nombreux articles, montrant combien *l'exemplarité* et les axes politiques, portés par les cadres immédiats et supérieurs sont vus par le personnel comme un élément-clé de la prévention.

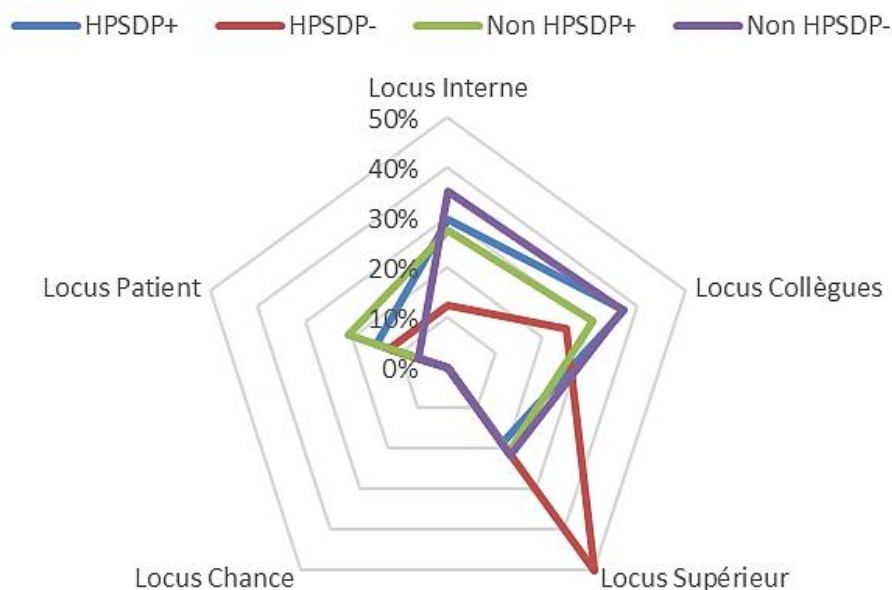
On peut citer à ce propos [Carpentier](#) (2010/8) qui montre l'importance de l'encadrement dans la mise en place des politiques de Santé Sécurité au Travail (SST) : « il devient [...] nécessaire de sensibiliser ces mêmes dirigeants à l'indispensable prise en compte de la problématique du management de la santé et sécurité au travail dans leurs pratiques managériales ».

Nous pourrions alors déduire du très haut niveau de sinistralité de cette structure l'une des trois assertions suivantes, soit ces variables ne prémunissent pas du risque, soit le risque et la pénibilité modifient la perception des *locus* soit, et c'est notre hypothèse, le *locus interne* est trop faible.

Du fait d'un niveau de formation inférieur, d'une faible standardisation des tâches, de situations plus fréquentes de face-à-face avec le bénéficiaire, l'employé-e situe davantage à l'extérieur de lui le contrôle de ses actions sans pour autant pouvoir l'attribuer à une instance en particulier.

Une comparaison avec les réponses des employeurs est riche d'enseignements comme nous allons le montrer en comptant comme pour les employé-es uniquement les réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord » et en mesurant le pourcentage de ces réponses pour chaque *locus*.

Figure 70 : Locus de contrôle pour les employeurs selon la sinistralité



Comme on peut l'observer, le *locus interne* est perçu par les employeurs de manière similaire, maximal pour les établissements à faible sinistralité (non HPSDP+), minimal pour les établissements à forte sinistralité (HPSDP-). Et la différence est accrue pour les *locus Supérieur* et *Collègues*.

Comme le graphique le montre fortement, les mêmes structures à forte sinistralité (HPSDP-) dépassent de très loin toutes les autres structures quant au *locus Supérieur* et cotent le *Locus Collègues* au-dessous des autres.

Quant au *Locus Patient/bénéficiaire* il est au plus haut des réponses « d'accord » pour les établissements de faible sinistralité quelle que soit leur activité.

Alors que les employé-es le vivent comme marginal dans leur travail quotidien (11% d'accord sur son impact sur le travail), les employeurs de basse sinistralité lui accordent une importance décisive.

L'explication pourrait venir du sens porté par les employeurs à leur structure. Alors que les employé-es perçoivent leurs métiers comme très semblables quel que soit leur établissement, les cadres les différencient nettement.

En fait, il est probable que les établissements de faible sinistralité placent les *patients/bénéficiaires* au cœur de leur politique et de leur projet et pensent de leurs employé-es qu'ils placent de même ce service au-dessus d'autres considérations. Les cultures de *métier* en présence vont effectivement dans ce sens (cf 1^{ère} partie) et cette perspective est en phase avec les hypothèses de [Weick](#) (1995) sur le management par le sens.

On pourrait supputer alors que les établissements à faible sinistralité orientant davantage leurs services vers les usagers, laissent plus de place à la relation entre employé-e et bénéficiaire, et par voie de conséquence, renforcent leur capacité de décision et les *locus* correspondants, *interne* et *collègues*.

Naturellement, ce cercle vertueux pourrait aussi donner lieu, par le truchement du New Management Public à un contrôle renforcé à partir d'objectifs chiffrés, de tableau de bord et de rapports d'activité. Dans ce cas, et c'est ce qui pourrait expliquer le plus haut *locus Supérieur* de l'AAPAM et des établissements à haute sinistralité, l'employé-e attribuera à sa hiérarchie une influence supérieure sur son travail, réduisant ainsi tous les autres *locus*.

De manière synthétique, il est possible alors de distinguer deux boucles distinctes, l'une vertueuse et l'autre vicieuse.

La première, vertueuse, associe contexte favorable et culture métier forte.

Elle accroît le sens du travail au profit des patients (du point de vue des employeurs), encourage l'empowerment, développant ainsi le locus interne des employé-es mais aussi les autres locus, dans un équilibre aboutissant à une sinistralité faible.

La seconde, vicieuse, associe contexte économique défavorable et culture métier faible.

Elle développe l'implication calculée et le locus de contrôle des supérieurs au détriment des autres, incitant à l'obéissance et au risque, aboutissant à une sinistralité forte.

Mais qu'en-est-il de la seconde variable-clé des employeurs, *l'abnégation* ?

En désaccord avec les employeurs qui lient *abnégation* forte et faible sinistralité, les employé-es de l'AAPAM notent plus haut *l'abnégation* que leurs homologues du centre hospitalier de Belvès.

Si ce résultat paraît plus en phase avec nos attendus, il ne peut que nous interroger. Pour les deux groupes, cette sous-dimension de la *Motivation de Service Public*, voit ces mesures confortées par des tests du Khi^2 et de Wilcoxon positifs.

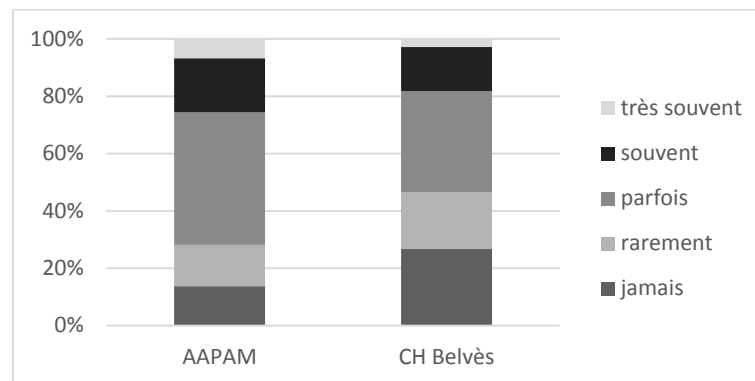
Avant de tenter une explication, il faut remarquer que la différence des réponses des deux établissements est faible et doit être regardée avec précaution.

Concernant les employeurs, nous avons supposé un lien entre *l'abnégation* et le *présentéisme*, comme symptôme d'un fort sentiment de responsabilité et/ou de crainte de perdre son emploi et comme moteur de sous-déclaration.

Ce lien est effectivement confirmé par les réponses des employé-es à la question :

« Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vous rendre au travail alors que vous étiez malade ou que vous ne vous sentiez pas bien » ?

Figure 71 : Comparaison selon le présentéisme



Les réponses, dont l'indépendance est bien confirmée par un test du KHI², renforcent notre conviction d'un comportement altruiste vis-à-vis des patients d'autant plus fort que la zone est affectée de difficultés économiques, d'autant plus intense que la relation entre employé-e et patient/bénéficiaire est personnalisée.

Cette empathie, ce sacrifice de ses propres intérêts, encourage d'abord les professionnels à déclarer moins leurs difficultés de santé réduisant ainsi les taux de fréquence et gravité.

Puis dans un second temps, elle les amène à être moins attentifs à leur propre santé, à prendre davantage de risques, augmentant alors les taux.

Cette explication se retrouve aussi dans les verbatim des professionnels lorsqu'ils comparent leurs maux à ceux de leur patient et parlent de leur pudeur à se plaindre : « L'instauration d'une chaîne de soin implique déjà la reconnaissance d'une dette envers la fragilité, qu'elle soit d'ordre vital ou d'ordre social et la nécessité de répondre à cette fragilité » (Le Blanc, Worms, 2006, 77).

Le rapport aux patients lui-même, plus affectif pour l'Aide à Domicile, plus technique à l'Hôpital, pourrait aussi induire des perceptions distinctes. L'*abnégation*, supérieure chez les employé-es de l'AAPAM, pourrait être alors source du biais de perception déjà évoqué vis-à-vis des supérieurs et de l'organisation. Associée à la pénibilité même du travail, cette attention à l'intérêt collectif peut conduire le personnel à considérer tout

comportement d'écoute comme un *soutien* et expliquer en partie les mesures hautes de *qualité de management* ou de *Soutien Organisationnel Perçu* A l'AAPAM.

D'autre part, comme on l'a vu, les effets territoriaux de hiérarchie des salaires ne sont pas anodins en ce qui concerne l'accidentologie. Les effets de « classes » qu'ils peuvent induire peuvent aussi provoquer un plus grand respect des cadres et une difficulté à les noter négativement.

Malgré cela, lorsqu'on interroge les employé-es, l'*abnégation* paraît liée à une sinistralité plus forte, ce que confirmeront infra les victimes d'accidents.

L'explication la plus probable est une différence de fond sur la définition des uns et des autres des constituants de l'*abnégation*. Si, pour les employeurs, c'est un caractère culturel positif de leur activité, il s'agit pour les employé-es d'une attitude qui se traduit au quotidien par une pratique souvent fastidieuse.

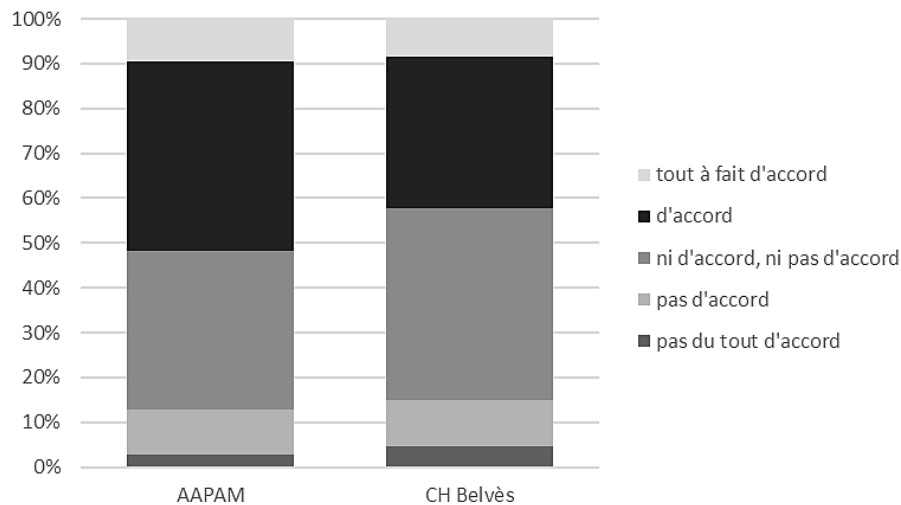
Il paraît vraisemblable que ceux-ci associent alors sacrifice, tâches accomplies et douleurs subséquentes. Si c'est bien le cas, ils-elles situeront l'*abnégation* d'autant plus haut que le travail leur est pénible et qu'ils doivent en supporter les conséquences.

Dans des établissements à haute sinistralité, les notes se trouveront ainsi d'autant plus hautes qu'ils sont témoins ou victimes d'accidents de travail. La comparaison entre accidenté-es et non-accidenté-es confortera cette position.

Bref, si le sentiment de responsabilité, d'empathie voire de pudeur peut réduire le nombre de déclarations ou la durée des arrêts, il ne devrait affecter les taux que dans une proportion mineure, comme la littérature le confirme avec [Diricq](#) (2008) ou [Boden & Ruser](#) (2003).

Pour compléter cette réflexion, on pourrait à présent s'interroger sur le lien, pour les employé-es, entre *locus Patient/bénéficiaire* et *abnégation*. A la différence du *locus* mesuré en lien avec le sentiment d'efficacité du travail, l'*abnégation* fait appel au sacrifice de ses ressources propres (temps, argent...) au profit du plus vulnérable.

Figure 72 : Comparaison selon l'abnégation



Dans l'activité de l'AAPAM qui renvoie aux tâches ménagères (cf 1^{ère} partie), souvent ressenties comme subalternes, l'employé-e redonne de la valeur à sa mission par sa réponse aux besoins essentiels de ses usagers.

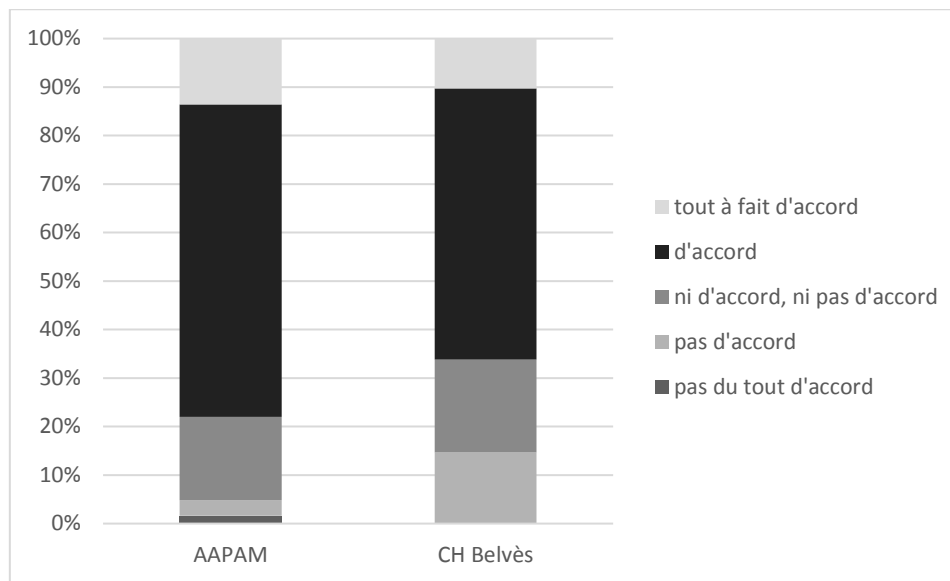
Mesurant le degré d'incapacité des bénéficiaires, ils peuvent estimer que ceux-ci ne « décident » pas de leurs tâches. Un *locus Patient* bas ne serait pas alors en contradiction avec une *abnégation* plus forte.

A l'inverse, la logique croissante de droits des usagers en hôpital, (cf Loi HPST supra) enjoint les employé-es du centre hospitalier de Belvès au dialogue entre personnel et malade, rehaussant à la fois les *locus Patient/bénéficiaire* et *Interne*.

Conséquence peu évoquée jusque-là, si ces deux *locus* sont élevés, leur concomitance pourrait générer des *conflits de rôle* plus importants pour le personnel du centre hospitalier de Belvès.

Pour rappel, cette variable apparaissait statistiquement non pertinente pour les employeurs. Pour les employé-es, seule la sous-dimension *ambiguïté de rôle* correspondant à la question « mes responsabilités sont clairement définies » présente un test du Khi^2 positif.

Figure 73 : Comparaison de l'ambiguïté de rôle selon l'établissement



Malgré le New Public Management, les tableaux de bord, le contrôle des temps de travail et les divers protocoles ou peut-être à cause d'eux, les employé-es du centre hospitalier perçoivent moins de clarté dans leurs responsabilités que ceux de l'AAPAM.

Mais mis à part cet effet indésirable, le *locus interne* reste un outil probable de prévention des accidents. Les travaux de [Clot & Stimec \(2013/1\)](#) ou de [Detchessahar M. & al. \(2015\)](#) vont dans cette direction. En phase avec la capacitation (cf littérature), ils incitent à associer les employé-es à l'organisation et à la définition de la qualité, à faciliter l'appropriation des méthodes, à rapprocher travail réel et travail prescrit. Ils y voient un moyen nécessaire d'amélioration des conditions de travail et de la sécurité.

A l'inverse, ces travaux montrent aussi combien le travail seul de salarié-es peut être éloigné d'une réelle *autonomie*, et n'être que laisser-faire et isolement.

En reprenant les catégories de [Mintzberg](#), ces résultats questionnent sur le remplacement de l'ajustement mutuel (*locus interne* et *collègues*) par une standardisation des procédures ou des normes (*locus Supérieur*).

Les nombreuses démarches ISO, qualité... ont toutes apporté une meilleure performance de l'entreprise par la maîtrise des processus de production dans un

premier temps puis en confiant à l'opérateur la double tâche de produire et de contrôler sa propre production dans un second temps.

Quoiqu'à dessein de prévention, le contrôle « scientifique » du temps d'intervention auprès des bénéficiaires, la gestion des plannings, les très nombreuses règles d'hygiène, les « gestes et postures » réduisent la marge de manœuvre des opérateurs et pourraient accroître les risques après les avoir réduits.

Pour anticiper nos préconisations infra, il pourrait être nécessaire de passer d'abord par cette phase avant de développer avec Clos et [Detchessahar](#) (2019) un empowerment des employé-es et leur permettre ainsi de développer leur *locus interne* en complément des autres *locus*.

Dans le modèle de [Reason](#), cela permet d'ajouter aux deux premiers contrôles un mode de contrôle ancré dans ses ressources propres, son expérience et celle des collègues.

Attention toutefois à ce que ce *locus* ne soit pas lui-même cause de responsabilisation supplémentaire, de *charge* mentale, sans contrepartie salariale ou symbolique. Celle-ci, additionnée de stress, pourrait amener des décisions erronées, non étayées par des algorithmes appris ([Rasmussen](#) & Jansen, 1974, [Reason](#), 1990) ou une réflexion personnelle.

1.4.4. La situation particulière des répondants accidentés :



L'une des questions posées aux employé-es portait sur les arrêts-maladie dans l'année, et l'une des suivantes questionnait sur le motif de ces absences pour maladie. 38 des 390 répondants ont ainsi indiqué avoir subi un accident de travail dans l'année, soit près de 10% de la population observée.

Il nous est apparu intéressant de vérifier si ces employé-es percevaient certaines variables différemment de leurs collègues non-accidenté-es. Ces mesures pourraient conforter ou affaiblir nos précédents résultats. Malheureusement il n'a pas été possible de sous-catégoriser ces répondants selon qu'ils sont d'une structure ou de l'autre du fait du petit nombre d'accidenté-es à Belvès (2).

Reproduisant le processus utilisé antérieurement nous vérifions grâce aux tests de Wilcoxon et du Khi^2 l'indépendance des réponses entre accidenté-es et non-accidenté-es. Nous considérerons de même comme prégnantes les variables dont les p-valeurs seront inférieures à 0,05 mais nous observerons aussi certaines des autres variables apparaissant pertinentes dans les chapitres précédents.

Avant de commenter les résultats, il convient de mettre en exergue une variable non évoquée jusqu'ici car inaccessible avec les données précédentes : le *métier*. Comme nous l'avons largement décrit dans la partie historique, ces secteurs sont marqués par une très forte prééminence des cultures de métier qui ont stratifié les tâches, les fonctions et les responsabilités, et ce, durant des siècles.

C'est donc sans surprise que nous trouvons parmi les 38 victimes d'accidents, 28 (soit 3/4) Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) alors qu'elles représentent 61% des répondants et 3 Accompagnant-es Educatives et Sociales (AES/AMP), soit près de 8% des accidentés alors qu'elles représentent moins de 4% des répondants. A l'opposé, l'ensemble des autres professions est sous-représenté.

Tableau 41 : Nombre et taux d'accidenté-es par famille de métiers

| Famille de métiers | Non-accidenté-e | | Accidenté-e | | Total | |
|----------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Administratif | 23 | 6,5% | 1 | 2,6% | 24 | 6,2% |
| Aide-soignant-e | 40 | 11,4% | 2 | 5,3% | 42 | 10,8% |
| AMP/AES | 11 | 3,1% | 3 | 7,9% | 14 | 3,6% |
| AVS | 211 | 59,9% | 28 | 73,7% | 239 | 61,3% |
| Direction | 14 | 4,0% | 1 | 2,6% | 15 | 3,8% |
| Infirmier-e | 6 | 1,7% | 0 | 0,0% | 6 | 1,5% |
| Médical | 5 | 1,4% | 0 | 0,0% | 5 | 1,3% |
| Technique | 20 | 5,7% | 1 | 2,6% | 21 | 5,4% |
| Total général | 352 | 100% | 38 | 100% | 390 | 100% |

Cette donnée, que nous devrions retrouver dans tous les établissements est déjà prise en compte depuis longtemps par les formations et politiques de prévention et amènera peu de remarques de notre part sur les préconisations.

Une variable structurelle, le *temps de travail hebdomadaire*, est en cohérence totale avec nos résultats précédents, moindre pour les accidenté-es que pour les non-accidenté-es (25 heures hebdomadaires en moyenne contre 30 heures). Bien qu'un test de Wilcoxon ne permette pas d'affirmer l'indépendance des réponses, cette donnée confirme bien nos résultats antérieurs.

Grâce aux tests d'indépendance, plusieurs variables se détachent, 3 variables organisationnelles, la *Motivation de Service Public*, dans ses sous-dimensions de *compassion* et d'*abnégation*, la *justice informationnelle* (non évoquée jusqu'à présent), le *soutien des collègues* (sous-dimension du *soutien social*) et deux variables individuelles non étudiées jusqu'ici, la *santé perçue* et l'*âge*.

Par contre, ne passent pas le filtre des tests : *l'absentéisme*, le *présentéisme* et *l'ancienneté*, pourtant attendus, le *locus de contrôle Patient/bénéficiaire* et *l'implication calculée* (présente pour certains employeurs), tellement importants dans nos analyses précédentes.

Tableau 42 : Test Khi² des réponses accidenté-es/non-accidenté-es

| Test de Khi ² | Age | Santé perçue | Motivation de Service Public | Abnégation | Justice Informationnelle | Soutien des Collègues |
|-------------------------------|------|--------------|------------------------------|------------|--------------------------|-----------------------|
| p-valeur | 0,03 | 0 | 0,03 | 0,04 | 0,028 | 0,032 |
| Moyenne non-accidentés | 4,14 | 3,71 | 3,88 | 3,41 | 3,63 | 3,74 |
| moyenne accidentés | 4,35 | 3,19 | 4,06 | 3,63 | 3,88 | 3,44 |

Tableau 43 : Test Wilcoxon des réponses accidenté-es/non-accidenté-es

| Test de Wilcoxon | Santé perçue | Motivation de Service Public | Compassion | Soutien des Collègues |
|-------------------------------|--------------|------------------------------|------------|-----------------------|
| p-valeur | 0 | 0,03 | 0,03 | 0,02 |
| Moyenne non-accidentés | 4 | 3,92 | 4 | 3,75 |
| moyenne accidentés | 3 | 4,16 | 4,5 | 3,25 |

Plus en détail, concernant l'*âge*, quand les employés non-accidentés présentent une moyenne d'âge comprise entre 40 et 44 ans, les accidentés se situent entre 45 et 49 ans. Même si nous avons privilégié avec [Bena & al. \(2013\)](#) l'*ancienneté* dans le poste

plutôt que l'*âge*, ce dernier est significatif pour la sinistralité plus on approche de la retraite. C'est sans doute le cas pour l'AAPAM et pour les accidenté-es répondants.

Troisième variable individuelle intéressant notre recherche, la *santé perçue* est différente entre les deux groupes, les non-accidenté-es perçoivent leur santé « bonne » quand les accidenté-es la qualifient « ni bonne, ni mauvaise », différence notable et soutenue à la fois par la littérature et notre chapitre théorique.

Précisons que le test de Wilcoxon appliqué à cette variable confirme l'indépendance des réponses entre les deux groupes. S'il reste difficile d'exclure que l'accident qu'ils-elles ont vécu influence leur réponse, la revue de littérature sur ce point nous encouragera à considérer ce facteur comme prédicteur possible des accidents.

A propos des variables organisationnelles à présent, deux sous-dimensions de la *Motivation de Service Public* montrent une divergence, l'*abnégation* de nouveau, supérieure pour les accidenté-es et la *compassion*, dans le même sens. Et là aussi les tests d'indépendance sont positifs, renforçant notre conviction d'y voir des éléments-clés de sinistralité.

Ces résultats nous confortent à considérer définitivement l'*abnégation* comme nœud de prédiction de la sinistralité. La *compassion*, attitude complémentaire à l'*abnégation*, sera au contraire laissée de côté car non validée précédemment.

Comme dans nos analyses antérieures, de nombreuses variables organisationnelles semblent marginalisées en tant que facteurs d'accident. Il en est ainsi de la *confiance organisationnelle*, de la *qualité de management* ou du *Soutien Organisationnel Perçu*. La *justice informationnelle*, quoique validée par ces nouveaux tests, n'apparaît pas non plus dans les analyses précédentes et sera aussi considérée comme faiblement influente. Il est possible que les accidenté-es surnotent cette variable du fait du traitement de leur accident, sans doute positif dans une structure comme l'AAPAM, engagée depuis plusieurs années dans une politique active de prévention.

Plus intéressant, le *soutien des collègues*, sous-dimension du *soutien social*, est coté par les non-accidenté-es bien au-dessus des accidenté-es. Ils-elles déclarent aussi un *soutien professionnel* et *émotionnel* au-dessus de leurs collègues.

Avant de conclure positivement sur le caractère préventif du *soutien social*, il convient d'évoquer une explication alternative.

Jones & Nisbett (1971), cités par [Kouabenan](#) (1985), montrent que le personnel ressent peu d'empathie pour les accidenté-es. Si « les victimes tendent à attribuer [l'accident] en priorité à des causes externes, [...] les témoins d'accidents l'attribueront en priorité à une « faute » ou à des caractéristiques de la victime ».

Le *soutien des collègues* pourrait alors être perçu comme supérieur dans les établissements à faible sinistralité, en l'absence d'accidents et plus faible pour les victimes, moins réconfortés au moment où ils en ressentent le plus grand besoin.

Cette perception apparaît fréquemment dans les verbatim des employé-es en arrêt de travail. On peut citer à titre d'exemple M. Plan ([Machefer](#), 2006) qui exprime « le sentiment d'abandon, [durant son arrêt de travail], quand il évoque « les [collègues] marocains » qui ont pris de ses nouvelles chaque semaine, alors que la direction ne se serait jamais manifestée ! ».

Dans le même sens, Vibert (1957), toujours cité par [Kouabenan](#) (1985) montre que « les ouvrier-es dont l'attitude générale est favorable à l'entreprise (ce que l'on peut supposer des hautes notes attribuées par le personnel AAPAM à la *qualité de management* ou à la *confiance organisationnelle*) attribueraient les accidents plus volontiers à des défaillances personnelles ». Là aussi, les accidenté-es pourraient ressentir un manque de sollicitude de la part de leurs collègues, après leur accident.

Sans totalement négliger ces remarques, la grande cohérence entre la littérature et nos précédents résultats nous amène à considérer comme acquis le caractère préventif du soutien social sur la sinistralité, induisant l'impact probable du modèle de [Karasek & Theorell](#) (1990) sur l'accident du travail.

Une dernière variable, non validée par les tests, a attiré notre attention par son caractère explicatif d'autres hypothèses. *L'intention de quitter* apparaît très nettement supérieure pour les non-accidenté-es.

Les victimes d'accidents ont moins *l'intention de quitter* l'entreprise, situation en phase avec leur *Motivation de Service Public*, supérieure, avec leur *ancienneté*, supérieure, avec les *variables organisationnelles*, également supérieures.

Pourtant, comme nous l'avons déjà suggéré à plusieurs reprises, nous sommes en droit de nous demander si *l'intention de quitter* n'agit pas comme une protection des employé-es. En effet, dans les Aires où le marché du travail est actif, loin d'être négative, cette attitude pourrait encourager l'employé-e à préserver sa santé pour conserver son employabilité. En phase avec *l'implication calculée*, elle réduirait la propension au *sacrifice* et par conséquent la sinistralité.

En revanche, des employé-es lié-es sans alternative à leur employeur, en « emploi à vie » peuvent légitimement nourrir une forte inquiétude sur le maintien de leur emploi jusqu'à leur retraite. Ils risquent alors d'internaliser leur mal-être et surtout de s'exposer davantage au risque.

Sans adhérer à la théorie déjà rejetée des « accident-prone » (cf [Harris](#); 1950), nous tenterons pour finir d'établir si les accidenté-es présentent des caractéristiques individuelles notables.

Tableau 44 : âge et niveau de formation pour les accidenté-es du travail et les non-accidenté-es

| Dimension | Age | Diplôme | Santé perçue | |
|----------------|------|---------|--------------|---|
| Moy gale | 4,30 | 2,57 | 3,70 | Le codage d'âge est 4 = « 40-44 ans », 5 = « 45-49 ans » |
| Moy AT | 4,55 | 2,19 | 3,19 | Le codage de diplôme est 2 = « BEP/CAP », 3 = « Bac, brevet pro... » |
| Moyenne non-AT | 4,28 | 2,60 | 3,77 | Le codage de santé perçue est 3 = « ni bonne, ni mauvaise » 4 = « bonne » |

Comme nous l'avons déjà mentionné, la moyenne *d'âge* des accidenté-es est nettement supérieure à celle des non-accidenté-es, elle-même très proche de la moyenne générale.

C'est l'inverse pour le *niveau de formation*, nettement plus faible pour les accidenté-es. Enfin, la *santé perçue* est comme nous l'avons déjà précisé, plus mauvaise pour les accidenté-es, sans qu'il soit possible d'assurer que cette perception est durable ou en lien avec l'accident du travail.

Un profil d'accidenté-es se fait jour peu à peu à travers l'ensemble de ces résultats et il est très proche des descriptions de l'INSEE ([Euzénat, 2009](#)).

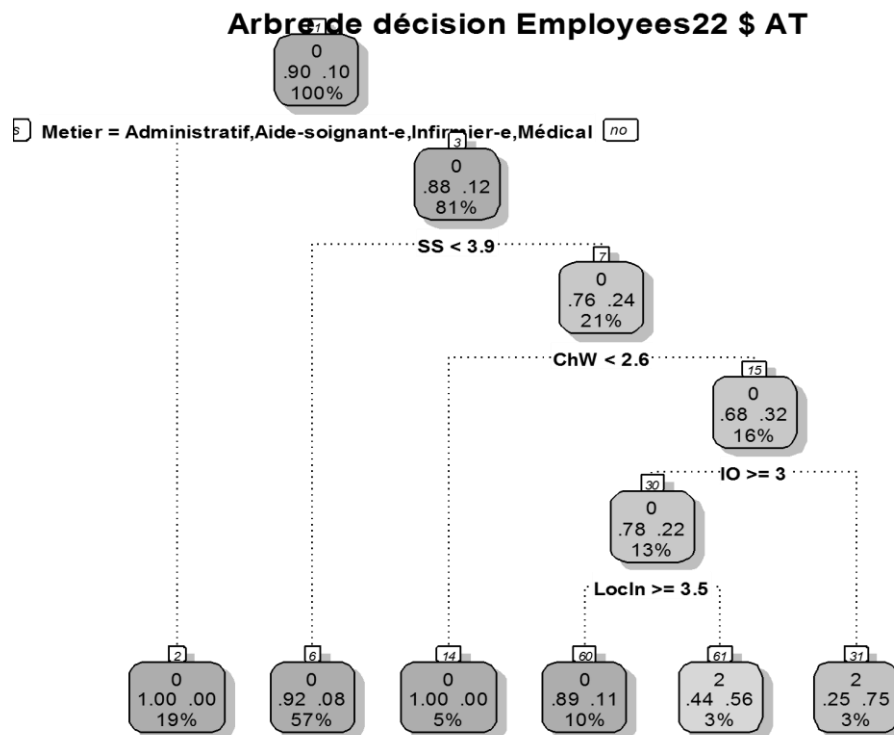
Plus âgé-e, moins diplômé-e, les victimes d'accidents du travail s'inscrivent dans une plus grande implication organisationnelle, malgré un temps de travail plus réduit, et imaginent peu quitter leur employeur tout en craignant de ne pouvoir pas y travailler jusqu'à leur retraite.

Ils se donnent davantage à leur travail et perçoivent logiquement leur *charge de travail* comme acceptable. Ils ressentent un plus grand *soutien de leurs supérieurs* mais non de leurs *collègues*. Leur *rôle* leur semble plus clair (respect des ordres, des normes) mais plus souvent en *conflit* puisque les *locus externes* sont supérieurs pour eux. Une attribution de décision plus élevée au *locus supérieur* doit les amener plus souvent à des contradictions entre travail réel et travail prescrit ([Dejours, 2006](#)).

Nous voyons à partir de ces situations particulières que les caractéristiques individuelles pourraient peser davantage que les autres variables sur les victimes. Cet état de fait renvoie aux questionnements sur les multi-accidenté-es, et affaiblit l'impact organisationnel direct tout en renforçant les modes de prévention indirects, formation, soutien, ou, plus contre-intuitifs, l'encouragement à moins *d'abnégation* ou à plus *d'autonomie* de décision.

Un arbre de régression des variables devrait nous permettre de trancher ce dilemme.

Figure 74 : Arbre de régression Accidenté-es/non-accidenté-es



Si le *métier* apparaît sans surprise comme première variable, les suivantes sont très significantes. Tout d’abord, aucune n’est individuelle. Malgré les facteurs distingués par les tests d’indépendance, *âge* ou *santé perçue*, seules des variables organisationnelles sont pour eux prépondérantes.

La première, majeure, reste l’*abnégation* (codée « SS »). Sa présence ici ne fait que confirmer nos conclusions précédentes sans apporter d’information nouvelle.

Par contre, on peut noter dans cet arbre l’apparition de variables absentes jusque-là mais dont nous avons largement indiqué l’intérêt.

L’*Implication Organisationnelle* (codée « IO »), montrée ici comme liée à l’accident renvoie à l’*Implication Calculée* des associations à haute sinistralité. Les accidenté-es perçoivent cette relation à leur établissement, qu’elle soit *affective* ou *calculée*, comme fortement liée à leur accident. Il est possible qu’ils y voient une forme de causalité, qui dans ce cas renverrait à nos analyses sur l’*abnégation*. En comparant les questions attachées à ces deux variables, on constate que l’*abnégation* évoque à

propos du patient/bénéficiaire des attitudes que *l'implication* associe à l'établissement. Joignant les deux notions, les accidenté-es pourraient les juger également sinistrogènes.

La place qu'ils donnent au *Locus Interne* va dans la même direction. Même si elle présente des caractéristiques très différentes, cette variable est perçue comme plus élevée par les non-accidenté-es. Ceux-ci nous rappellent une nouvelle fois combien la *latitude décisionnelle* leur semble importante pour éviter les accidents.

Que cette attitude soit induite par les discours omniprésents de la prévention actuelle ou qu'elle soit fondée, la question de l'autonomie et de la capacitation des employé-es reste posée comme une réponse possible, en accord de nouveau avec le modèle de [Karasek & Theorell](#) (1990).

Enfin, pour la première fois, la *charge de travail* apparaît orientée positivement. Les accidenté-es la considèrent causale de leur accident. Au vu des résultats nombreux que nous avons réunis pour affirmer l'inverse, nous considérerons qu'il s'agit là du fruit d'une vision construite des causes des accidents. Il est en effet hautement probable que la communication systématique contre la *charge de travail* induise cet attendu.

La réalité observée nous paraît davantage crédible et en phase avec les observations historiques d'autres secteurs à très forte sinistralité. En restant dans un volume d'heures proche du *temps plein* actuel, nous maintenons qu'un volume d'heures élevé mais non supérieur au *temps plein* est préventif.

Nous ne devons néanmoins pas exclure que ces 38 accidenté-es subissent une *charge de travail* trop lourde. Les questions posées renvoient à la difficulté de réaliser tout « son » travail dans le temps imparti ou à « l'intensité » du travail. Ces points peuvent être perçus comme trop élevés par les accidenté-es ou une partie d'entre eux-elles.

N'étant pas, au moment d'écrire ces lignes, en mesure de confirmer ou d'infirmier cette allégation, nous rappellerons avec la littérature qu'à partir d'un certain niveau la *charge de travail* est effectivement accidentogène.

Que la charge de travail soit seulement perçue ou réellement vécue, il sera nécessaire de poursuivre les réflexions sur le contenu du travail et ses exigences. Il sera aussi indispensable de définir avec le personnel le temps de travail optimal et le temps de travail plafond.

L'ensemble des résultats obtenus auprès des employé-es donne le tableau suivant :

Tableau 45 : résultats du niveau des employé-es

| Niveau | Hyp | Variable indépendante | Résultat | Validation, infirmation, amendement | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Employé-es | Sans distinctions | H7 | <i>Type de contrat</i> | <ul style="list-style-type: none"> Le nombre plus élevé de temps plein réduit la sinistralité Le nombre plus élevé de contrats publics réduit la sinistralité | H7 validée en accord avec la littérature |
| | | <i>Présentéisme</i> | Celui-ci est associé à une sinistralité supérieure | | |
| | | <i>Locus de contrôle</i> | <ul style="list-style-type: none"> Locus interne sup dans l'établissement à basse sinistralité Locus hiérarchie sup dans l'établissement à haute sinistralité | | |
| | | <i>Charge perçue</i> | Une charge perçue plus importante réduit la sinistralité | H7 validée en désaccord avec la littérature pour ces variables organisationnelles Le locus Patient/bénéficiaire est noté de manière contradictoire par employeurs et employé-es | |
| | <i>confiance orga, SOP, justice orga, qualité de management, incertitude professionnelle,</i> | Ces variables apparaissent sans influence sur la sinistralité | | | |
| | Victimes ou non d'accidents | H8 | <i>Temps de travail</i> | Le temps plein réduit le risque d'accident | H8 validée en accord avec la littérature |
| | | | <i>Soutien social</i> | Le soutien des collègues est associé à l'absence d'accident | |
| | | | <i>Justice org</i> | Elle est surnotée par les accidenté-es sans explication satisfaisante. Peut-être évaluent-ils ainsi la manière dont leur accident a été traité | Résultat sans explication satisfaisante |
| | | | <i>MSP (abnégation et compassion)</i> | La MSP est perçue par les employé-es comme facteur d'accident | H9 validée avec contradiction employeurs/employé-es |
| | | <i>Intention de quitter</i> | L'intention de quitter est surnotée par les non-accidenté-es | H9 validée avec amendement de la littérature sur le possible caractère préventif de l'intention de quitter | |
| | | <i>Locus de contrôle</i> | En cohérence avec nos résultats et la littérature, le locus interne (associé à l'autonomie) est perçu comme préventif. | H8 validées pour ces variables en accord avec la littérature | |
| | | <i>Implication</i> | En divergence avec l'abnégation mais en accord avec la littérature, l'implication est vue comme préventive | | |
| | | <i>Charge de travail</i> | En désaccord avec nos résultats d'établissements les accidenté-es perçoivent la charge comme cause possible | | |
| | H9 | <i>Age et ancienneté</i> | <ul style="list-style-type: none"> L'âge ne paraît pas influencer sur la sinistralité pour les employeurs mais paraît discriminante pour les accidenté-es L'ancienneté et le niveau d'étude réduisent la sinistralité | H9 validée en accord avec la littérature | |
| <i>Niveau d'étude</i> | | Les victimes d'accidents sont moins diplômé-es | | | |
| <i>métier</i> | | Le métier influe fortement sur la probabilité d'accident | | | |
| <i>Santé perçue</i> | | Meilleure est la santé perçue, plus faible est le risque | | | |

A ce stade, dans la grande cohérence entre la littérature et nos résultats, nous pouvons conclure que sont vérifiées pour ce niveau les hypothèses H8 et H9 :

H8 : des variables organisationnelles (à hiérarchiser) telles qu'elles sont perçues par les employé-es influent sur la probabilité qu'ils-elles soient victimes d'un accident de travail.

Cette hypothèse est vérifiée pour la *Motivation de Service Public*, sa sous-dimension *l'abnégation*, le *soutien social*, le *locus patient/bénéficiaire* et partiellement pour *l'implication calculée*.

H9 : les variables individuelles des employé-es influent sur la probabilité qu'ils-elles soient victimes d'un accident de travail

Cette hypothèse est vérifiée pour *l'âge*, le *niveau de formation* et la *santé perçue*, conformément à la littérature, ainsi que pour le *temps de travail*, conformément à nos précédents résultats.

Après avoir méthodiquement exploré les relations entre variables individuelles, organisationnelles, structurelles et environnementales à chaque niveau du système, il nous appartient pour finir de mettre en regard les variables de plusieurs niveaux.

Nous parviendrons à le réaliser au niveau systémique en confrontant ces différentes variables.

1.5. Au niveau systémique



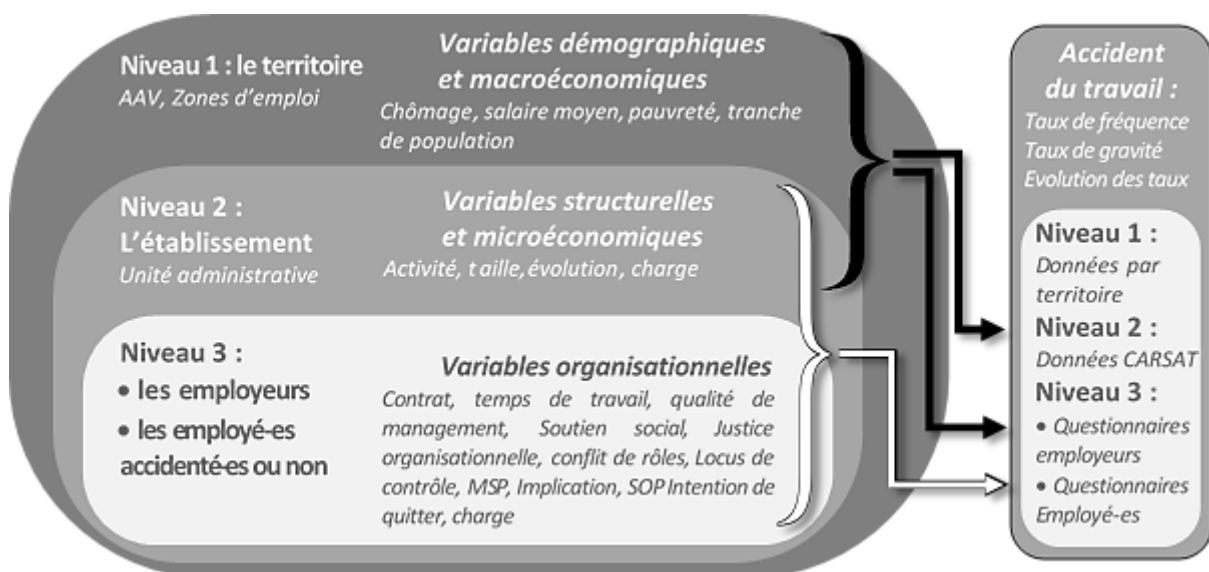
Permise par notre stratification en niveau, encouragée par les chercheurs, autorisée par des outils statistiques originaux, notre réflexion systémique devra pourtant limiter son ambition du fait d'un petit nombre d'infraterritoires de notre espace géographique d'étude, d'un échantillon de structures et de salarié-es non représentatifs de l'ensemble des établissements, mais aussi de nombreuses variables observables ou observées pour une seule strate du modèle.

Malgré ces limites, les arbres de régression, apport méthodologique important de notre thèse, nous permettent de confronter aux autres niveaux d'étude plusieurs variables significatives à un premier niveau.

C'est ainsi que nous pourrions hiérarchiser, partiellement, les facteurs entre niveaux et de ce fait, permettre une analyse systémique de la sinistralité.

Si notre modèle systémique est bien celui que nous avons présenté en deuxième partie, il peut être complété de manière à rendre compte de nos possibilités d'observations interniveaux.

Figure 75 : Modèle systémique



L'hypothèse d'indépendance des variables entre les niveaux, exigée par les techniques de corrélations ou de régressions classiques, est évidemment contredite dans notre modèle puisque la sinistralité de chaque territoire influe sur celle des établissements et, en retour, de manière moindre, la sinistralité de chaque établissement influe sur la sinistralité agrégée du territoire.

Plus prosaïquement, le même accident pèse très lourdement sur le taux de fréquence de la structure dans laquelle il advient et faiblement dans le taux agrégé du territoire de cette structure.

Un écart plus grand encore se tisse entre la sinistralité de chaque employé-e, accidenté-e ou non, et celle des établissements.

Concernant les variables dites indépendantes, elles influent également les unes sur les autres, à chaque niveau, *confiance organisationnelle/soutien organisationnel perçu/qualité de management* par exemple, mais aussi entre les niveaux. Le taux de *chômage* fait fluctuer *l'incertitude professionnelle* ou *l'intention de quitter*.

Pour le signifier en termes d'économétrie, il s'agit là de corrélations partielles dont la non-prise en compte génère une sous-estimation des écarts-types, par exemple des territoires, et par conséquent une surestimation de significativité des variables affectées aux établissements et aux individus.

Par exemple, le même nombre de phénomènes (accidents du travail ou indemnités journalières) produit un ratio distinct selon le dénominateur de la fraction. Le nombre d'heures de production agrégé au niveau des territoires étant très supérieur à celui d'un seul établissement, il induit des taux plus faibles en strate territoriale qu'en strate inférieure puisque le numérateur, lui, ne change pas.

L'autre difficulté est qu'à chaque niveau, nous avons étudié plusieurs variables issues de la littérature sans être certains qu'il n'existe pas d'autres variables non-traitées. Nous pourrions donc biaiser notre analyse en attribuant aux variables testées comme influentes l'intégralité de la variation affectée à ce territoire.

Un risque supplémentaire serait d'affecter à tous les individus du territoire de manière égale le même coefficient calculé pour ce territoire.

Deux méthodes économétriques sont utilisées pour dépasser ces contraintes ([Konopka](#), 2019).

Le modèle dit « à effets fixes » considère que chaque territoire a un effet similaire sur tous les individus qui le peuplent. Nous l'avons utilisé, lorsque nous avons comparé pour l'AAPAM et le centre hospitalier de Belvès leur écart à la sinistralité moyenne et l'écart qui devrait être induit par le territoire. Sans remettre en cause nos attendus qui se fondent sur une sinistralité atypique de ces établissements, il reste impossible de mesurer l'influence de leur localisation sur leurs taux respectifs d'accidents.

Une autre technique est de constituer un modèle dit « à effets aléatoires », générant pour chaque territoire des populations gommant les effets induits par le niveau supérieur. Nous avons vu que, malheureusement, le nombre de réponses obtenues des établissements ne nous permet pas à ce jour d'utiliser cette méthode.

Les rencontres tissées durant la thèse avec d'autres chercheurs dotés d'un solide réseau de structures pourraient ouvrir cette possibilité dans un futur proche.

Malgré ces contraintes et sans les gommer tout à fait, il reste possible de réutiliser les arbres de régression dont nous avons fait usage à plusieurs reprises.

Réfractaires à tout problème de dépendance partielle ou totale ils nous ouvrent la possibilité de comparer les relations que des variables de différents niveaux ont avec la sinistralité.

Ce processus est envisageable pour 3 inter-niveaux, entre le niveau des territoires et celui des établissements en associant à chaque établissement les variables qui caractérisent leurs territoires de localisation, entre le niveau des établissements et celui des employeurs pour les mêmes raisons, et enfin entre le niveau des établissements et celui des employé-es.

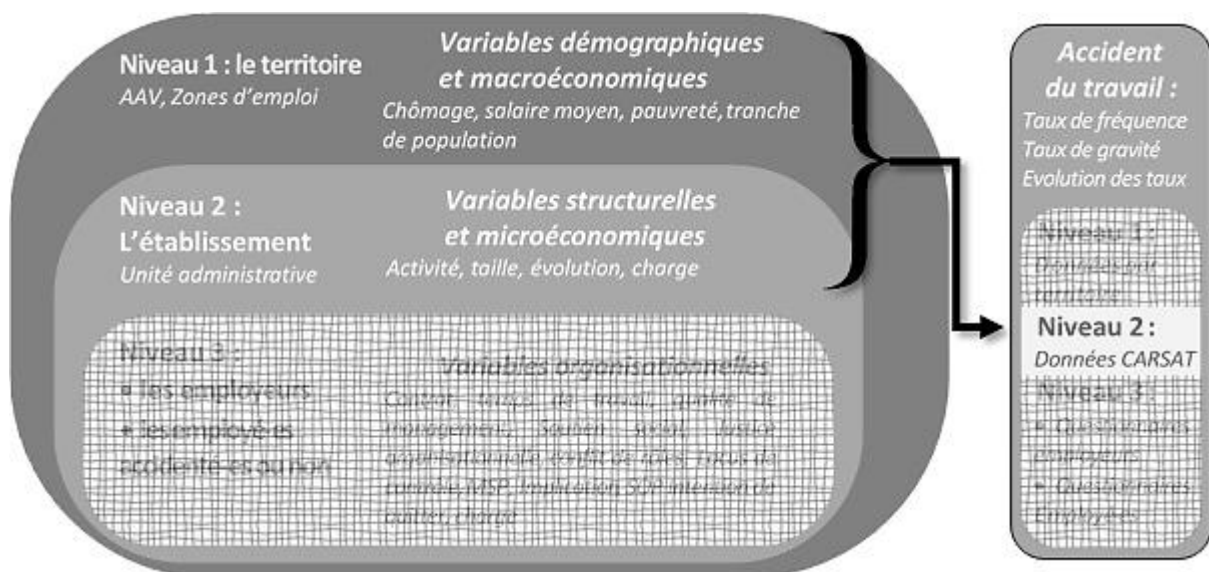
1.5.1. L'inter-niveaux territoires/établissements



L'objectif ici est de positionner en variables de causalité l'ensemble des variables démographiques et macroéconomiques dont nous disposons au niveau des territoires ainsi que les variables structurelles et microéconomiques utilisées au niveau des établissements.

Le modèle restreint prend alors la forme suivante :

Figure 76 : Modèle inter-niveaux territoires/établissements



Entre territoires et établissements, l'analyse inter-niveaux est affectée par la surreprésentation de la Zone d'Emploi de Bordeaux hébergeant 31% des établissements de notre base, ou la sous-représentation des zones de Sarlat et Pauillac représentant 1% des structures, de Mont-de-Marsan, Oloron-Ste-Marie, Libourne et Bergerac en comptant 2%.

La même situation touche les Aires d'Attraction des Villes, avec 35 Aires qui hébergent moins de 1% de l'ensemble des établissements et celle de Bordeaux qui compte 32% de la base.

La solution que nous préconisons est de partir du niveau des établissements avec un modèle « à effets fixes » et associant toutes les variables de départ.

En effet, à la différence d'une analyse par territoires qui considère chaque espace comme équivalent aux autres, qu'il soit peuplé ou non, l'analyse par établissements compare les variables de chacun de ceux-ci à tous les autres, sur une base beaucoup plus large que la première.

Comme nous l'avons dit précédemment, à l'instar des réseaux bayésiens, les arbres de régressions ne sont pas affectés par d'éventuelles corrélations partielles ou des dépendances croisées. Ils ne considèrent que les variables et les hiérarchisent par rapport à un phénomène donné.

Dans notre cas, il est possible pour chaque variable-cible, taux de fréquence d'un établissement ou accident pour un-e employé-e de hiérarchiser l'ensemble des variables que nous pouvons associer à la population étudiée.

Concernant les établissements, après avoir étudié l'influence qu'avait le territoire sur leur sinistralité et donc indirectement les facteurs démographiques ou macroéconomiques qui impactent la sinistralité agrégée de ces territoires, puis après avoir exploré au niveau des établissements l'impact sur ceux-ci des variables structurelles, nous voulons observer l'impact direct du premier type de variables sur les établissements et les confronter aux variables structurelles.

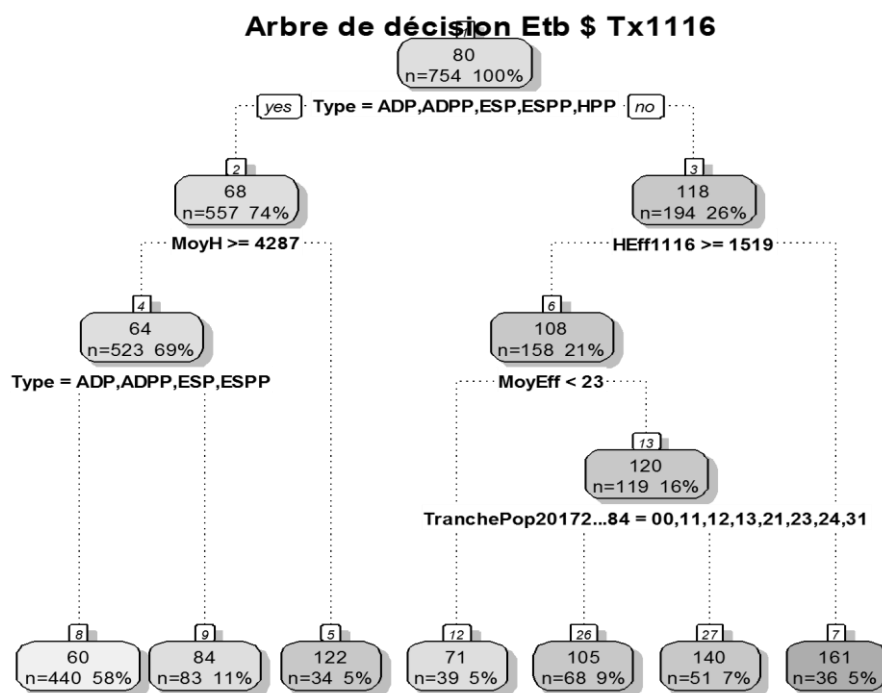
Pour ce faire, nous reprenons la base précédente en associant à chaque établissement les données précédemment rattachées aux territoires, *chômage* et *salaires moyens*. De cette manière, nous contraignons très peu notre processus statistique et si nous gardons de fait une forme de modèle « à effets fixes », cet effet est dilué par le nombre important de variables. Par ailleurs, la prise en compte de l'ensemble des établissements réduit le biais des zones de faible densité.

En effet, contraindre le système en ne prenant en compte que les variables issues de notre analyse des territoires risquerait de réduire l'importance des établissements bordelais dont on a vu la proportion dans notre base.

Il sera toutefois utile de vérifier l'impact de ce biais en observant dans l'arbre la position des territoires à forte densité d'établissements. Car les facteurs liés au *chômage* ou aux *salaires*, à fort impact sur des zones de faible densité, pourraient s'effacer devant d'autres variables plus présentes dans les urbanisations.

Le premier arbre construit avec comme valeur-cible le taux de fréquence sur la période ne fait apparaître qu'une variable contextuelle, la *tranche de population*. Plus précisément, les établissements d'activité à haute sinistralité (HPSDP), à forte *activité* et *effectif* moyen, voient leur sinistralité accrue quand ils sont situés en zone urbaine (commune centre de plus de 300 000 habitants).

Figure 77 : Arbre de régression Territoires/établissements du taux de fréquence de la période



Pour revenir à nos hypothèses systémiques, une seule variable environnementale entre ici dans les facteurs de sinistralité des établissements.

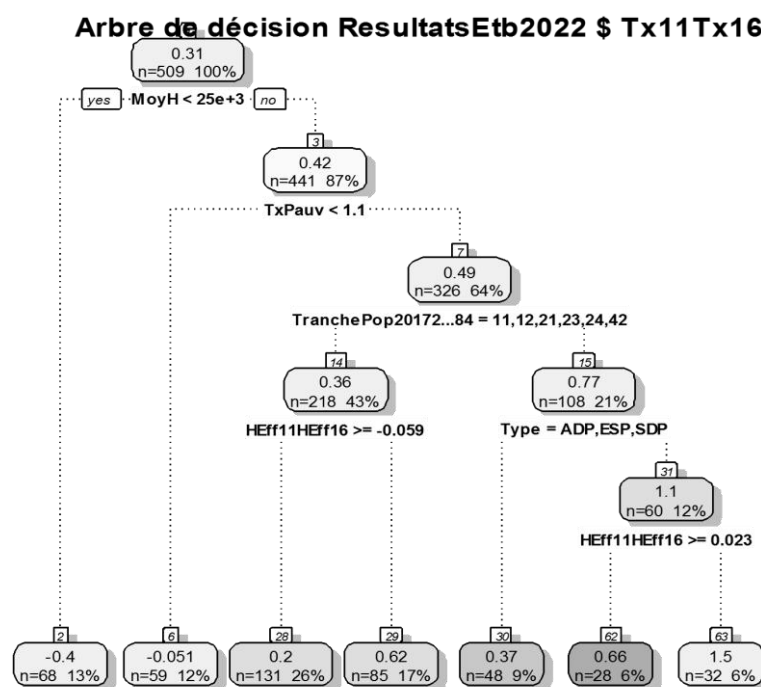
Ce facteur, la *tranche de population*, doit d'ailleurs être tempéré par nos explications précédentes. Comme seul Bordeaux dépasse dans cette région les 300 000 habitants, nous sommes clairement dans le biais prévu du fait de la proportion majeure des

structures de cette agglomération dans notre base. Effectivement, 36% des établissements se situent dans cette tranche de population dense codée « 42 ».

Si ce résultat nous encourage donc à une observation spécifique des structures de l'agglomération bordelaise, il plaide aussi pour un impact faible ou nul des variables territoriales dès lors qu'elles sont confrontées aux variables structurelles.

Concernant l'évolution du taux de fréquence, l'arbre de régressions est le suivant :

Figure 78 : Arbre de régression Territoires/établissements de l'évolution du taux de fréquence



Comme nous pouvons le constater, si les *tranches de population* impactent de nouveau notre mesure, pas de trace des *salaires* ou du *chômage*. Par contre, « R » associée à la croissance du nombre d'accidents un taux de *pauvreté* supérieur.

Comme nous l'avons déjà constaté dans notre analyse de premier niveau, si les bas *salaires* et la *précarité* réduits les taux eux-mêmes ils ont tendance sur la durée à provoquer leur augmentation (dans une tendance similaire au *présentisme*).

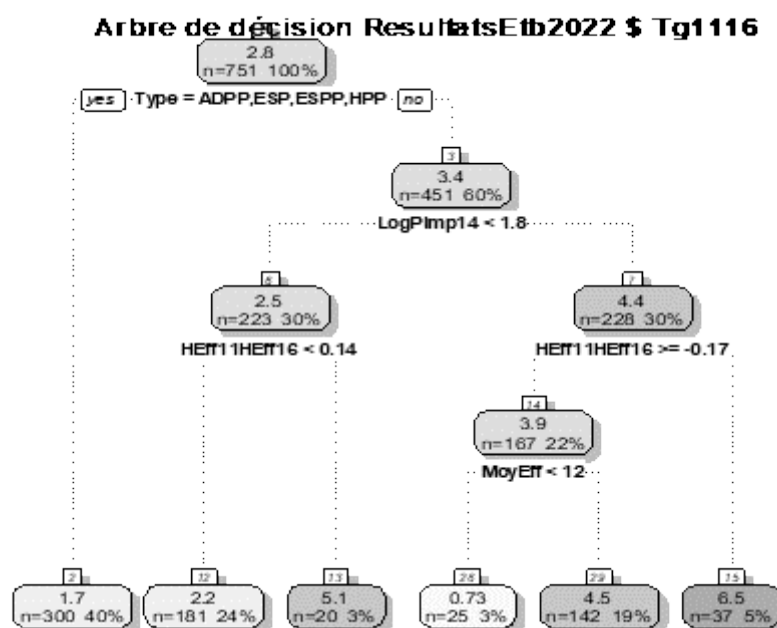
L'apport de cet arbre est de montrer que ce mécanisme impacte bien les établissements eux-mêmes à un degré proche du niveau d'activité.

Les *tranches de population*, élément récurrent dans nos observations, confirment notre résultat sur l'augmentation de la sinistralité dans les zones intermédiaires, centre-bourgs, petites villes, et s'avère prégnant pour définir le ciblage des politiques de prévention.

Pour autant, il convient d'être nuancé sur ce point du fait que, à l'instar de nos résultats sur les territoires, les *tranches de population* ne montrent pas de corrélation linéaire. Ici apparaissent sinistrogènes à la fois les communes isolées (codées « OO ») les communes intermédiaires déjà distinguées (codées « 13, 14 » pour les Aires d'Attraction entre 20 000 et 50 000 habitants), mais aussi les Aires situées entre 75 et 100 000 habitants (codées « 22 »), dans une distinction quasi-similaire à celle du premier niveau.

Concernant le taux de gravité, les résultats inter-niveaux corroborent nos résultats précédents.

Figure 79 : Arbre de régression Territoires/établissements du taux de gravité



Cet arbre reprend la *part de ménages impossibles* (Pimp) comme variable influente sur la sinistralité. Comme nous l'avons déjà constaté, la *précarité* encourage plutôt à réduire la durée des arrêts de travail.

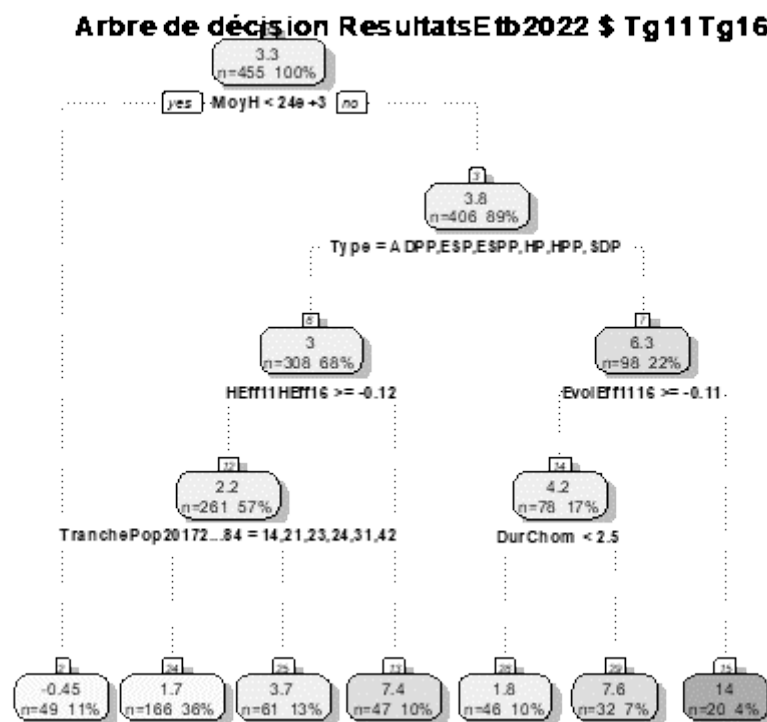
Cet effet est maximisé dans les établissements d'Hébergement Privé et de Soins à Domicile (HPSDP) soit en décroissance d'activité dans les zones à *revenus* corrects, soit en forte croissance d'activité dans les zones de *faibles revenus*.

Nous nous retrouvons dans le schéma déjà décrit supra, suspicion de sous-déclaration dans les zones de faible *revenu* ou impact de la forte croissance avec pression de la *charge* dans les autres. Rappelons que dans les deux cas, ce n'est pas le nombre d'accidents mais la durée des arrêts qui est en jeu.

Comme nous l'avons déjà détaillée, cette durée peut être due aux dommages réels des accidents, phénomène récurrent dans les établissements à charge croissante amenant à la fois du *présentéisme* avec sous-déclaration des accidents et une hausse des dommages ultérieurs. Mais elle peut aussi être due à une baisse *d'implication* dans les structures en perte d'activité, à un désengagement progressif, du travail comme des normes de sécurité.

Enfin, l'évolution du taux de gravité donne lieu à l'arbre suivant :

Figure 80 : Arbre de régression Territoires/établissements de l'évolution du taux de gravité



Pour cet arbre, deux variables environnementales apparaissent. Premièrement, la *tranche de population*, est ici beaucoup plus claire puisqu'elle confirme que ce sont les Aires inférieures à 30 000 habitants qui voient leur gravité augmenter le plus, et ce dans les structures en croissance d'activité. Cette situation est associée à des marchés du travail dont nous avons déjà largement détaillé les effets (*âge* moyen supérieur, moindre formation, déplacements plus nombreux...).

La seconde variable environnementale présente est la *durée du chômage* dont le niveau est associé positivement à une plus importante croissance du taux de gravité. Ce résultat, cohérent avec nos premières conclusions, n'est que partiellement étayé par une littérature, il est vrai, très contradictoire à ce sujet. Elle s'accorde au moins à considérer que le *chômage* a plutôt tendance à réduire les déclarations de petits accidents, réduisant ainsi le taux de fréquence, et à augmenter les accidents graves, accroissant par là les taux de gravité.

Notre arbre, s'il considère cette variable comme influente, ne l'affecte cependant qu'à moins de 20% de notre base. Nous resterons donc sur cette analyse qui confirme l'impact positif du chômage sur la gravité et plus spécifiquement sur l'évolution de celle-ci. Nous garderons aussi comme conclusion que deux facteurs contextuels ont une influence sur la sinistralité à hauteur des variables structurelles mais de manière moindre et réduite à une minorité d'établissements.

Cela confirme la nécessité en termes de prévention de concevoir des politiques particulières pour certaines zones, Pauillac ou La Teste-de-Buch entre autres, très touchées par le chômage.

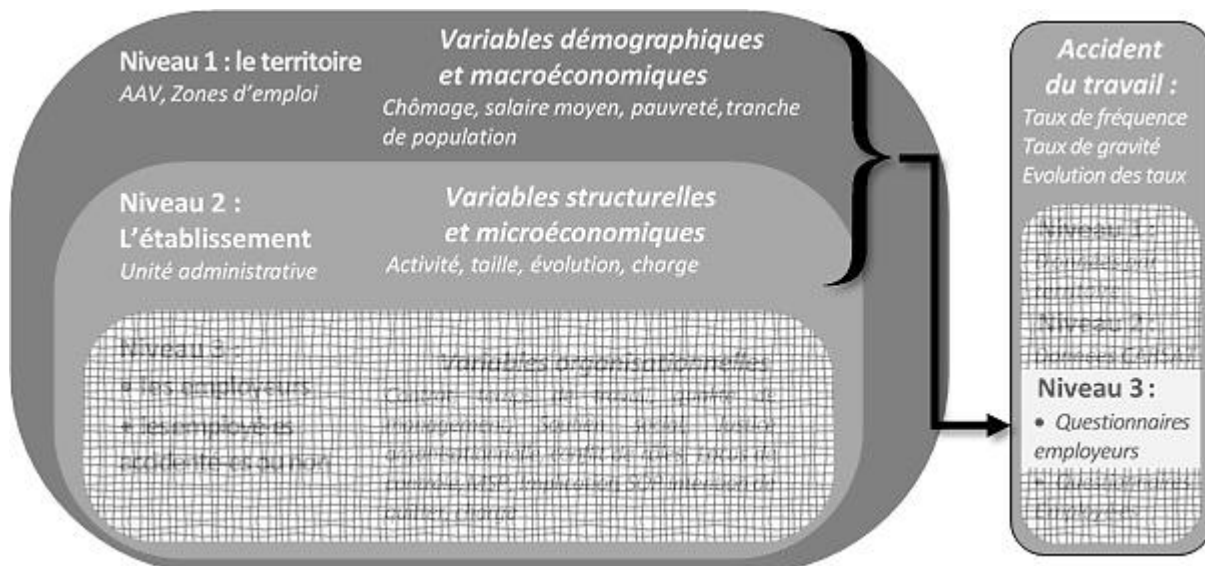
1.5.2. L'inter-niveaux Etablissements/employeurs



Les employeurs répondants ne constituant pas un échantillon représentatif, le risque est de voir apparaître des variables liées à certains établissements alors qu'elles n'apparaissent pas significatives pour l'ensemble de la base. Notre réflexion systémique a été affinée par la précédente analyse inter-niveaux et devrait être

complétée par la confrontation des variables contextuelles, structurelles et organisationnelles.

Figure 81 : Modèle inter-niveaux établissements/employeurs



Nous garderons l'ensemble des variables mais comparerons avec les facteurs influents sur l'ensemble des établissements. Si le risque de voir une hiérarchie alternative de facteurs n'est pas effacé, il en sera réduit.

Plus fondamentalement pour notre recherche, introduire cette contrainte supplémentaire permettra de vérifier que pour certains établissements les variables structurelles peuvent avoir un poids supérieur aux variables organisationnelles.

Pour ce faire, nous utiliserons de nouveau les arbres de régressions et cette fois en associant variables environnementales, structurelles et organisationnelles.

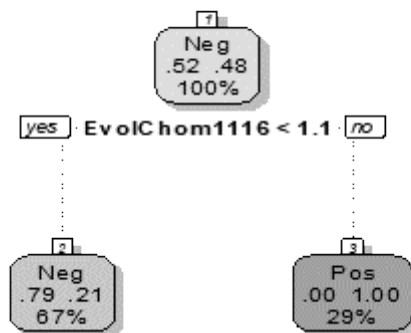
Le petit nombre d'établissements, leurs spécificités nous encouragent à traiter avec précaution les résultats.

Afin de maximiser les effets, nous produirons un arbre supplémentaire, avec pour valeur-cible la qualité forte/faible de la sinistralité, valeur déterminée pour établir l'échantillonnage et considérant qu'au moins trois des mesures sont nettement supérieures ou nettement inférieures aux moyennes.

L'arbre correspondant est le suivant :

Figure 82 : Arbre de régression de sinistralité Territoires/Etablissements/Employeurs

Arbre de décision employeurs \$ PosNeg



Ces premiers résultats confirment une nouvelle fois l'impact d'un *chômage* élevé sur les établissements à forte sinistralité. Nous avons vu qu'il avait tendance à augmenter la fréquence et à réduire la gravité.

En considérant les 4 mesures, les structures situées dans des zones de plus forte progression du *chômage* présentent une sinistralité plus faible (positive) que celles qui se situent dans des Aires de faible progression du *chômage*.

Malgré les divergences des auteurs sur ce sujet, ceci confirmerait les allégations de [Ruhm](#) (2000) : « les récessions sont bénéfiques à votre santé » ! En fait comme nous l'avons développé, nous considérons que le *chômage* est néfaste à la sinistralité, la différence de gravité étant à notre sens plutôt due à une réduction de la durée des arrêts, du fait de la crainte de la *précarité*.

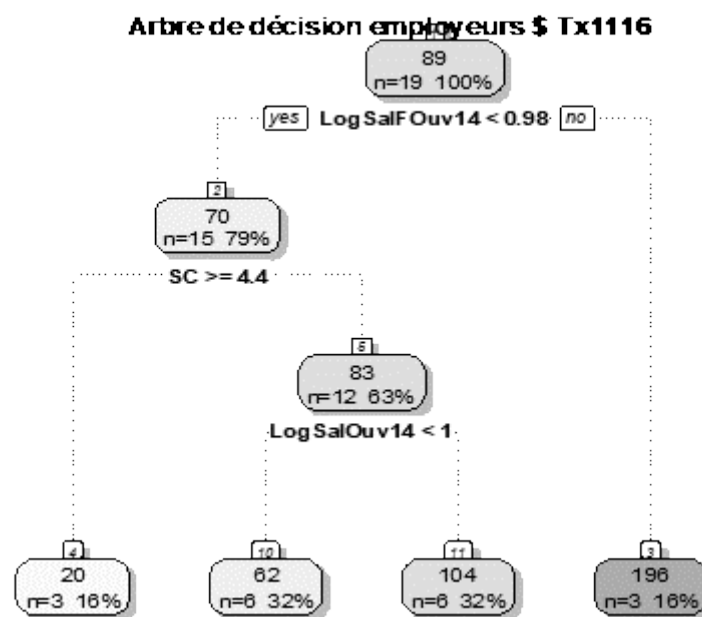
Cependant, il est frappant qu'en l'occurrence, pour les employeurs de notre échantillon, l'effet du chômage supplante en influence toutes les variables structurelles, montrant à quel point cette donnée paraît éminente aux employeurs.

Nous verrons que son impact est au contraire perçu par les employé-es comme nul sur l'accident (par la sous-dimension « *chômage* » de *incertitude professionnelle*) soit que le regard des employeurs soit fortement polarisé par leurs difficultés de recrutement

soit que les employé-es situent le *chômage* en bruit de fond, loin derrière les variables organisationnelles.

Concernant le taux de fréquence, si le *salaire moyen des ouvrier-es* vient occuper une position prépondérante, c'est dans le même sens que nos précédents résultats : à *salaire bas, taux de fréquence bas*.

Figure 83 : Arbre de régression Territoires/Etablissements/Employeurs du taux de fréquence



Cette situation montre que pour les employeurs (et non pour les employé-es cf infra) le contexte prend une place éminente dans leur compréhension de la sinistralité.

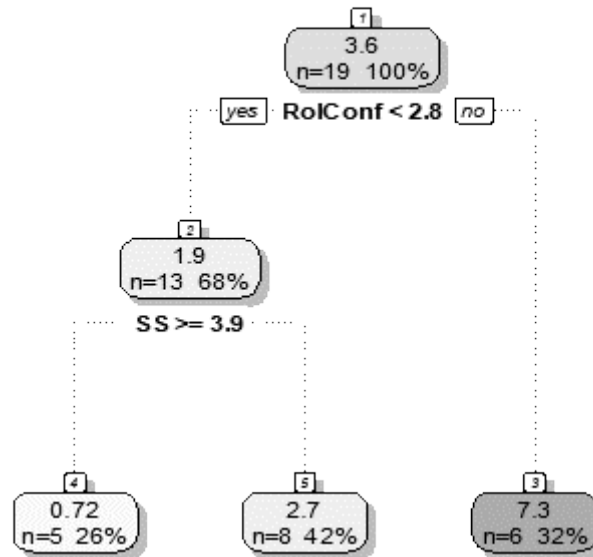
Cela renforce notre conviction, dénoncée par les employé-es, d'une vision des employeurs moins pragmatique, plus abstraite, dont nous avons constaté les affres dans la répartition des *locus* pour employeurs et employé-es, puis un symptôme dans *l'implication calculée* de certain-es employé-es.

La seule variable organisationnelle présente est le *soutien des collègues*, perçue par les employeurs (et les employé-es non-accidenté-es) comme préventif. Malgré des observations plus troubles pour les employeurs seuls, cette variable émerge bien comme un des éléments forts de la prévention à venir.

L'arbre du taux de gravité met en lumière uniquement des variables organisationnelles, *conflit de rôle* et *abnégation* et pas d'autre élément systémique.

Figure 84 : Arbre de régression Territoires/Etablissements/Employeurs du taux de gravité

Arbre de décision employeurs \$ Tg1116

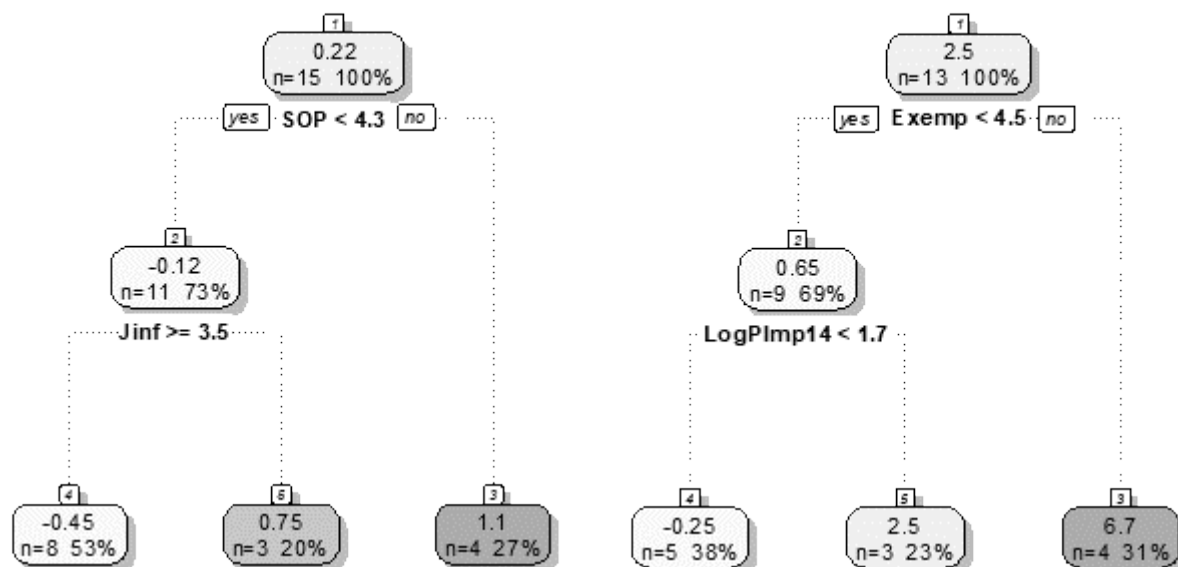


Et comme on peut le constater sur les arbres suivants, l'évolution des taux valide une seule variable contextuelle : la *part de ménages impossibles*.

Figure 85 : Arbres de régression Territoires/Etablissements/Employeurs d'évolution des taux

Arbre de décision employeurs \$ Tx11Tx16

Arbre de décision employeurs \$ Tg11Tg1



Cette *Part de Ménages Imposables*, comme pour l'ensemble des établissements, est associée positivement à la sinistralité. Ainsi la faible proportion de ménages imposables est liée à une stagnation (ou à une baisse) du taux de gravité.

Cela corrobore nos précédents résultats, dont nous avons largement explicité le mécanisme supra, autour de la réduction de la durée des arrêts de travail.

Plus intéressant car nouveau pour les employeurs et en contradiction avec l'analyse accidenté-es/non-accidenté-es, la *justice informationnelle* est liée négativement à l'augmentation du taux de gravité.

En d'autres termes, pour les employeurs, un accès bon et équitable à l'information fait stagner la durée des arrêts de travail, ce qui n'est pas en contradiction avec le fait que les accidenté-es mesurent de manière supérieure cette même *justice informationnelle* que les non-accidenté-es.

On peut supposer que les victimes d'accidents valorisent ainsi l'accès à l'information qui les concerne et peut-être celle qui touche spécifiquement au traitement de leur accident.

Au vu de l'apparition de cette variable dans peu de résultats, il nous paraît osé de la considérer comme un élément de prévention de la sinistralité. Mais son caractère positif sur les relations de travail nous encourage toutefois à la cultiver.

Quant au *Soutien Organisationnel Perçu* et à l'*exemplarité*, leur haut niveau est associé ici à une augmentation des taux. Sans nous risquer à en déduire une relation positive sur la sinistralité, à nos yeux improbable, nous considérerons en accord avec nos résultats antérieurs que ces variables ne paraissent pas en tous cas préventives des accidents de travail.

Au niveau systémique, les résultats obtenus dans cette partie sont présentés sur le tableau de la page suivante :

Tableau 46 : résultats du niveau systémique

| Niveau | Hyp | Variable indépendante | Résultat | Validation, infirmation, amendement | |
|------------|----------------------------|--|---|--|---|
| Systémique | territoires/établissements | <i>Tranche de population</i> | La localisation sur l'agglomération bordelaise intervient marginalement par rapport aux variables structurelles | H10 validée pour un petit nombre d'établissements avec 3 variables environnementales en accord avec les précédents résultats (durée du chômage, pauvreté et localisation dans les Aires de faible population pour l'évolution de la gravité, sur Bordeaux pour la fréquence) | |
| | | <i>Pauvreté et tranche de population</i> | La pauvreté accroît le taux de fréquence et la localisation dans les agglomérations hors Bordeaux élèvent davantage la fréquence | | |
| | | <i>Pauvreté</i> | Résultat en accord avec les précédents associant pauvreté et moindre durée des arrêts | | |
| | | <i>Chômage et tranche de population</i> | <ul style="list-style-type: none"> Impact du chômage sur un petit nombre d'établissements Tranche de population cohérente avec résultats précédents | | |
| | Etablissements/Employeurs | H10 | <i>Evolution du chômage</i> | Face à des conclusions contradictoires de la littérature, comme Rumh le prédit, l'évolution du chômage est ici associée à une sinistralité faible (positive) des établissements. Pour rappel, nos résultats montraient face au chômage une fréquence élevée et une gravité faible. | H10 validée pour le chômage (évolution) et la pauvreté. Le Soutien Organisationnel Perçu, l'exemplarité (sous-dimension de la qualité de management) et les variables absentes (implication, confiance, justice) apparaissent aux employeurs inopérantes ou contreproductives |
| | | | <i>Salaire et Soutien social</i> | <ul style="list-style-type: none"> De plus hauts salaires ouvriers haussent le nombre d'accidents Le Soutien des collègues apparaît préventif | |
| | | | <i>Conflit de rôle et abnégation</i> | <ul style="list-style-type: none"> En accord avec nos précédents résultats, le conflit de rôle est perçu comme sinistrogène L'abnégation est perçue comme préventive par les employés | |
| | | | <i>SOP & Justice orga</i> | <ul style="list-style-type: none"> En accord avec la littérature la Justice Informationnelle réduit la hausse du nombre d'accidents Le SOP apparaît contreproductif | |
| | | | <i>Pauvreté & Exemplarité</i> | <ul style="list-style-type: none"> En accord avec nos précédents résultats, la pauvreté ralentit la croissance de la gravité. L'exemplarité des dirigeants apparaît contreproductive | |
| | Etb | H11 | <i>Catégorisation</i> | Du fait des limites de représentativité des échantillons, il n'est possible de catégoriser qu'une partie des établissements, par activité, localisation, taille | H11 validée partiellement |

A partir de ces dernières explorations systémiques nous pouvons confirmer l'hypothèse 10 :

H10 : les taux de fréquence et de gravité d'un établissement sont en relation hiérarchisée avec un faisceau de variables de différents types.

Les arbres de régression inter-niveaux que nous venons de produire montrent effectivement que la sinistralité des établissements intègre aux variables structurelles et organisationnelles des variables contextuelles liées à leur localisation.

La *tranche de population* de leur territoire, l'évolution locale du *chômage* ou sa durée ainsi que le niveau des bas *revenus* influent sur les taux à l'instar de quelques variables organisationnelles largement décrites.

Les réponses des employeurs confirment cette assertion et associent la sinistralité aux mêmes facteurs contextuels.

Le manque d'établissements ayant diffusé le questionnaire à leurs employé-es ne nous permet pas par contre de produire le même type d'arbre pour les employé-es. Celui que nous avons présenté ci-dessus confirme cependant les éléments déjà fournis supra.

Enfin la dernière hypothèse suppose qu'il soit possible à partir de ce système à trois niveaux d'affecter chaque établissement à un groupe dont on peut caractériser le profil.

H11 : chaque établissement appartient à un groupe déterminé par une combinaison de variables en relation avec la sinistralité

Cette hypothèse affirme la possibilité de rattacher les établissements à des catégories pérennes en fonction de leur sinistralité et des faisceaux de facteurs qui l'influencent.

Faute de disposer de suffisamment de réponses en niveau 3, il n'est pas envisageable de produire une matrice complète, ni d'utiliser les techniques classiques de statistiques, analyses factorielles ou composantes principales. Nous ne pourrions donc produire des regroupements pour tous les établissements.

Il est cependant possible de décrire une partie des profils d'établissements à l'aide de l'ensemble de nos résultats.

Une partie des établissements est sensible au territoire dont les variables s'insinuent entre les variables structurelles et même organisationnelles.

Deux profils se dégagent assez clairement ici :

Le premier touche les territoires les plus pauvres, Zones d'Emploi de Sarlat-la-Canéda et Mont-de-Marsan ainsi que les communes hors attraction des Villes. Dans ces zones, le niveau de *revenus* décourage de déclarer les accidents et d'en prolonger la durée. Le *présentéisme* qui s'ensuit induit un risque de croissance de la gravité, entamée sur

la Zone de Mont-de-Marsan et ultérieur sur celle de Sarlat et des communes les plus rurales. Sarlat et Mont-de-Marsan sont aussi des zones à basse activité d'Aide à Domicile et marquées par de fortes cultures *métiers* du fait des Hôpitaux présents (75% de l'effectif total de nos bases).

Le deuxième groupe concerne des territoires à *pauvreté* basse mais *chômage* élevé. Les établissements présentent alors une sinistralité élevée en fréquence et gravité. La culture *métier* plus faible (proportion moindre de personnel hospitalier) développe une *implication calculée* et un haut *locus de contrôle des supérieurs hiérarchiques*. L'*incertitude* de trouver un emploi équivalent, une faible *intention de quitter*, incitent à prendre plus de risques et à le déclarer davantage. Les zones d'Agen, d'Arcachon ou de Dax répondent à ces critères.

Les autres profils, moins sensibles au territoire d'implantation, sont mieux définis par leur *activité*, leur *statut public/privé*, leur *taille* en effectif moyen, leur capacité à proposer des *temps pleins* et leur évolution.

Deux groupes d'*activité/statut* se détachent nettement, avec d'un côté deux *activités* à haute sinistralité Hébergement Privé (HP) et Soins à Domicile (SDP) et de l'autre l'ensemble des autres groupes à sinistralité plus modérée.

Trois éléments renforcent la sinistralité, un temps moyen de travail par employé-e inférieur au *temps plein*, une *décroissance* de l'activité et des seuils d'*effectif*. La situation structurelle optimale correspond à des structures situées entre 3 et 40 employé-es en stagnation ou croissance avec un haut niveau de *temps plein*.

Plusieurs profils d'établissements se dégagent de ce constat.

Le premier groupe réunit des structures de très petite *taille*, démunies de fonctions-support permettant le développement de politiques d'intégration, de formation, de prévention, de soutien. Les employé-es peuvent souffrir d'isolement et se fonder sur leur culture *métier* pour développer une *abnégation* sinistrogène. Ce sont surtout des

établissements d'Aide à Domicile (80% des structures) et 30% de l'ensemble sont dans des zones rurales ou de centre-bourgs.

Le deuxième groupe comprend les structures d'Hébergement Privé et de Soins à Domicile de plus de 40 employé-es. Comme l'indiquaient les arbres de régressions, l'*effectif* tend à augmenter fortement leur sinistralité. Contrairement aux autres *activités* qui se dotent d'outils de prévention au fur et à mesure de leur développement et s'organisent de manière fonctionnelle, les EHPAD semblent perdre avec le nombre le *soutien social* qu'ils maintiennent dans les plus petites structures.

Tableau 47 : sinistralité selon l'effectif et le groupe activité/statut

| Taux de Fréquence 2011/2016 | Effectif moyen durant la période | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------|----------------|----------------|-----|
| | <3 | Entre 3 et 15 | entre 15 et 26 | entre 26 et 40 | ≥40 |
| HPSDP | 98 | 73 | 98 | 115 | 130 |
| Non HPSDP | 99 | 58 | 67 | 69 | 59 |

| Taux de Gravité 2011/2016 | Effectif moyen durant la période | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|---------------|----------------|----------------|------|
| | <3 | Entre 3 et 15 | entre 15 et 26 | entre 26 et 40 | ≥40 |
| HPSDP | 1,02 | 2,85 | 3,49 | 3,73 | 4,53 |
| Non HPSDP | 2,31 | 2,05 | 2,15 | 2,60 | 1,48 |

A l'inverse, les établissements des autres *activités* entrent dans une démarche vertueuse. Ils associent contexte favorable et culture de *métier* forte. Le sens du travail au profit des patients croît du point de vue des employeurs, les encourageant à l'empowerment des employé-es. Ceux-ci développent en réponse le *locus de contrôle interne* mais aussi les *locus collègues* et *patient/bénéficiaire*, dans un équilibre aboutissant à une sinistralité faible.

Faute d'un nombre d'établissements suffisant à avoir répondu et diffusé les questionnaires, nous ne pouvons affirmer que l'hypothèse 11 est confirmée. Si les éléments présentés ci-dessus vont bien dans ce sens, il conviendrait d'étendre considérablement cette étude pour nous en assurer.

Pour autant, les catégories décrites nous permettent d'ébaucher un plan de prévention ciblé et affiné dans son contenu.

Il nous faut auparavant établir les apports, limites et développements possibles de notre thèse.

2 Les apports théoriques, méthodologiques, managériaux

2.1 Les principaux apports :

Par sa complexité, la masse et la variété des données récoltées, par les nombreuses expérimentations qu'elle a suscitées, cette thèse espère amener des apports à la fois sur le fond et la méthode.

2.1.1 Une méthode ambitieuse et innovante :

Confrontés à la pénurie de travaux de recherche en gestion sur l'accident du travail, nous avons dû ouvrir notre champ de vision sur l'ensemble des travaux réalisés soit par d'autres disciplines sur ce sujet soit sur des sujets connexes par les sciences de gestion.

La première surprise est que si l'accident du travail est bien présent dans la recherche, il l'est quasi-systématiquement en tant que symptôme, indicateur de présence d'autres variables. Il est ainsi toujours considéré comme un fait objectif, mesurable et non-questionnable.

Ouvrir cette boîte noire a été un premier défi. Le rapport dirigé par [Gollac](#) & Bodier (2011) sur les Risques Psycho-Sociaux nous ouvre un premier chemin, celui d'interroger de nombreuses disciplines scientifiques sur leur propre définition de l'accident du travail et sur leur interprétation des chaînes causales qui le provoquent ou le permettent.

Cette méthode a l'inconvénient majeur de produire un nombre considérable de facteurs possibles, qui entretiennent entre eux des rapports ambivalents (contradictions, dépendance, posture épistémologique distincte...).

Par contre elle a pour avantage déterminant d'éviter au chercheur un cantonnement à une méthode hypothético-déductive qui ne mettrait en corrélation qu'un petit nombre de variables. Les nombreux articles réduits à ce raisonnement aboutissent sans surprise à démontrer l'existence d'un lien causal entre une ou plusieurs variables indépendantes et la variable dépendante. Une observation de terrain, généralement limitée à une poignée d'établissements finit de convaincre sur la véracité de la

découverte. L'approximation mathématique de facteurs de corrélation parachève la tâche et encourage à réduire (ou augmenter) la présence des variables indépendantes pour réduire le phénomène dépendant.

Malheureusement, si cette méthode a prouvé son efficacité dans de nombreux domaines, elle semble atteindre ses limites à propos de l'accident du travail.

Il faut toutefois saluer les efforts considérables de nombreux scientifiques qui se sont attelés à cataloguer et délimiter les champs de facteurs possibles du phénomène à erradiquer.

Face à la profusion de causes possibles, les analystes de l'INSEE [Euzénat](#) (2009), [Euzénat](#), Morteza pouraghdam & Roux (2011), des sociologues, épidémiologistes et autres économistes se sont confrontés à de larges sources de données pour en extraire des constantes ou des similitudes.

Regroupant dans une seule base les mesures de l'enquête SIP, [Amossé](#) & al. (2012) [Hamon-Chollet & Sandret](#) (2007) ont cherché avec patience et détermination les caractéristiques récurrentes et les corrélations potentielles entre ces variables pléthoriques et les mesures de l'accident.

Cette méthode donne de remarquables résultats mais produit de nouveau une longue liste de causes probables et complique la prévention de terrain. Conscients de la difficulté, certains de ces chercheurs ont doublé ces travaux de questionnaires de terrain entre autres auprès des victimes d'accident ([Daubas-Letourneux](#), 2005) introduisant ce faisant un second niveau d'analyse des causes.

Nous avons largement puisé dans leurs travaux dans la première phase de tri des variables et dans la revue des modèles intégrateurs. Cela nous a permis de réduire notre propre champ d'investigation mais aussi de poser un postulat de principe.

Dans un pari similaire à [Durkheim](#) (1897) face au suicide, nous avons considéré que dans une population assez importante, l'accident de travail pouvait être considéré comme un fait social de santé publique. Il pouvait alors ressembler à bien des maladies

endémiques, diabètes, Parkinson, scléroses... qui toutes, mêlent à des conditions environnementales des comportements individuels.

Cette posture qui induit aussi une vision constructiviste nous a encouragé à nous tourner vers l'épidémiologie et à en observer les méthodes.

Longtemps incapable de hiérarchiser les nombreuses causes probables de l'occurrence de ces affections, de plus en plus d'épidémiologistes abandonnent les méthodes conduites par l'hypothèse (hypothesis-driven) pour se tourner vers des outils statistiques conduits par les données (data-driven). Comme leur nom ne l'indique pas, ils n'imposent pas de méthode inductive car ils partent bien d'hypothèses construites par analyse ou méta-analyse. Mais ils traitent les données de manière différente. Au lieu de supposer des relations entre variables décrites par des fonctions (linéaires ou non) et portées par des coefficients fixes ou approchés, ils cherchent à extraire les liens de coexistence des variables et ce faisant, hiérarchisent leurs relations.

Plusieurs outils s'offrent alors à nous, réseaux bayésiens, arbres de régressions et forêts aléatoires (mieux connues sous le nom anglais de Bootstrap). Parce qu'ils structurent les facteurs par catégorisations successives, sans effet indésirable de dépendances entre variables, les arbres de régression répondent bien à nos besoins.

Quoique non présentées dans cette thèse, les forêts aléatoires nous ont permis à plusieurs reprises de consolider nos arbres de régression et de conforter leurs résultats. Effectivement, cette technique permet de dépasser l'instabilité d'un unique arbre par la production simultanée de plusieurs centaines de ses homologues. A partir d'autant d'échantillons des mêmes données le bootstrap calcule le ratio d'occurrence de chaque variable assurant ainsi de sa prégnance sur le phénomène étudié.

Dernier apport méthodologique majeur de notre thèse, inspiré par les travaux de [Leclercq, Monteau & Cuny \(2013\)](#), dont les articles sont essentiels à la compréhension de l'accident du travail, nous avons bâti un modèle singulier et innovant.

Pour rester tout à fait rigoureux, la proposition de ces chercheurs visait à analyser le processus d'occurrence d'un seul accident et non celle sur une période donnée d'un ensemble d'évènements définis et déclarés comme accidents du travail.

Pourtant, nous trouvons dans leur article les prémices de cette possibilité. En recherchant un modèle qui puisse représenter « tous les évènements non souhaités », en s'attachant à définir les « facteurs généraux d'accidents » et à généraliser leur modèle à un secteur d'activité « bâtiment et travaux publics » par exemple, ils supposent l'existence plausible de modèles représentatifs d'un grand nombre d'accidents.

Plus loin, en affirmant que les facteurs peuvent être « de nature différente [...] l'état physique ou psychologique des opérateurs, les comportements, les modes opératoires, l'organisation du travail, le contexte socio-psychologique », qu'ils puissent « varier au cours du temps », qu'ils participent d'une « combinaison inédite de faits », ils ouvrent la voie à une représentation à plusieurs niveaux.

C'est sur ces bases embryonnaires que nous avons construit notre modèle systémique à trois niveaux.

Naturellement un éventuel modèle de représentation continue serait souhaitable, mais de même que la théorie de l'organisation ou l'économie fourbit des outils et concepts distincts pour comprendre le micro, meso et macro-environnement, nous sommes condamnés dans notre collecte et notre analyse à constater la différence de nature entre les caractéristiques de l'individu et celles de l'établissement ou du territoire.

Après avoir éprouvé les relations existantes au sein de chaque niveau, et afin d'explorer la globalité du système, nous décidons de confronter simultanément à l'accident les facteurs issus de plusieurs niveaux. Comme nous l'avons explicité plus tôt, cette procédure restreint l'information disponible.

En premier lieu, la plupart des variables ne sont pas mesurées à tous les niveaux et ne peuvent donc entrer dans les analyses multiniveaux. Deuxièmement, certaines ne peuvent entrer dans ce processus qu'en étant affectées de manière égale à tous les individus du niveau inférieur. C'est par exemple le cas du taux de chômage d'un territoire qui est rattaché comme une mesure fixe à tous les établissements de ce territoire. Enfin, la non-représentativité de notre échantillon nous interdit malheureusement de « remonter » des données (variables organisationnelles ou individuelles) aux niveaux supérieurs. Comme nous le précisons infra, la diffusion de nos questionnaires aux employeurs et employé-es de nouvelles structures judicieusement choisies résoudrait ce problème et répondrait à notre ambition.

Malgré ces limites, le métissage des sources, la combinaison des techniques de collecte des données et les outils innovants d'analyse, créditent notre thèse d'autant d'apports méthodologiques.

2.1.2 De nombreux apports sur le fond :



Les méthodes employées, la quantité et la qualité des données nous ont permis de confronter un très grand nombre de facteurs possibles d'abord à chaque niveau du système puis partiellement entre niveaux.

Ces catégorisations successives, consolidées par des techniques plus classiques de comparaison de médianes et d'échelles de réponses, nous ont tout d'abord permis de marginaliser l'effet de nombreuses variables sur l'accident du travail : *genre, confiance organisationnelle, Soutien Organisationnel Perçu, qualité de management, justice organisationnelle, implication organisationnelle, tension de rôle.*

Toutes ces variables dont l'action est pourtant démontrée par la littérature soit comme caractère discriminant du risque (*genre*) soit comme variable corrélée, ne présentent plus de relations avec l'accident quand elles sont introduites dans un modèle en compagnie d'autres variables.

Si cela ne remet pas en cause les travaux d'autres chercheurs, cela relativise fortement leurs conclusions. Surpris nous-mêmes de cette situation, nous avons d'abord pris la

peine de vérifier nos résultats à l'aide de plusieurs méthodes statistiques ou à partir de perspectives multiples (employeurs et employé-es, niveau des établissements et niveau des employeurs...). Après avoir constaté la concordance (et parfois la discordance) de ces résultats, nous avons porté un regard critique sur les études qui dévoilent ces variables.

Outre la remarque déjà formulée supra sur l'aporie d'hypothèses aux attendus binaires, on peut mentionner aussi la tendance des sciences de gestion à mettre en regard des variables dont la dépendance a été prouvée. Comme le montrent [Guerrero & Herrbach](#) (2009) et antérieurement [Aryee & al.](#) (2002), le *Soutien Organisationnel Perçu*, la *confiance organisationnelle* et l'*implication* participent de la même chaîne explicative. Et ces variables sont elles-même en relation causale avec la *justice organisationnelle* et la *qualité du management* ([Eisenberger & Rhoades](#), 2002).

Comme nous l'avons rappelé dans notre invocation de la psychologie, perceptions, attitudes et comportements sont en dialogue permanent pour l'individu au travail. L'introduction de l'une quelconque des variables citées amène une haute probabilité d'observer les autres. Et plus dérangent, préconiser un comportement précis suppose la possibilité du système de passer d'un état homéostatique à un autre, ce qui s'avère incertain.

A l'inverse, comme le montrent les tenants de la systémique, aucun organisme ne peut perdurer sans l'adaptation de son organisation et de son comportement à certaines caractéristiques de son environnement (cf théorie de la contingence).

Il n'est pas alors étonnant, dès lors qu'elles sont confrontées à des facteurs d'autres types, que ces variables organisationnelles soient marginalisées par les attributs les plus impactants de l'environnement (*chômage* et *revenus*), les caractéristiques structurelles des établissements (*statut*, *taille*), partiellement façonnées par les premières, ou des attitudes individuelles inscrites dans le temps long, ici les cultures de *métiers*.

Ainsi, notre thèse donne une place prépondérante aux dimensions liées à l'économie du territoire (évolution et durée du *chômage*, niveau des bas *revenus*) ou à l'établissement (*activité*, *temps moyen de travail par employé-e*, *décroissance*).

Elle attribue aussi une influence forte à plusieurs variables organisationnelles, deux largement documentées, le *soutien social* (plutôt que le *SOP*), présent dans le modèle classique de [Karasek & Theorell](#) (1990), et la *Motivation de Service Public* (inscrite structurellement dans le *statut* et historiquement dans la culture de *métier*) et deux plus inattendues, le *locus de contrôle*, et *l'intention de quitter*.

La première des deux, le *locus de contrôle*, présente un large spectre de perception des moteurs de l'action d'un individu. Là aussi, les résultats les plus pertinents proviennent de la comparaison entre *locus*, que l'individu travaille dans une association, une structure publique classique ou une entreprise privée, selon son *métier* et son *niveau d'éducation*, selon qu'il est victime d'accident ou non.

Encouragés par les écrits de [Wallston & Wallston](#) (1978) puis de [Paquet](#) & al. (2009 ; 2014) sur l'existence « d'autrui significatifs » auxquels le-la salarié-e attribue le déclenchement de son action, nous avons écouté les professionnels de terrain évoquant la possibilité d'un *locus* situé dans le *patient* du soin ou le *bénéficiaire* du service social. Et c'est bien ce *locus* qui apparaît comme prégnant pour les tests d'indépendance entre employé-es et entre victimes ou non d'accidents.

Il appert effectivement que l'employé-e qui perçoit son action davantage influencée par son supérieur est plus sujet à la sinistralité que celui qui répartit cette instigation de manière presque homogène entre *lui-même*, ses *collègues* et son *patient/bénéficiaire*. On trouve ici un écho aux théories des organisations à haute fiabilité de [Weick](#) (1995), pour qui un des éléments-clé de la prévention vient d'un plus grand partage de responsabilités entre parties prenantes et d'une latitude opérationnelle supérieure.

La seconde variable, *l'intention de quitter*, tout aussi imprévue, apparaît comme préventive. Une *intention de quitter* forte est déclarée par les individus non-accidentés, laissant entrevoir un mode de prévention nouveau. De manière assez cohérente, une personne souhaitant changer d'employeur, doit être plus attentif à sa santé, plus vigilant face au danger, et davantage impliqué dans la formation afin de préserver son employabilité.

A l'inverse, une personne persuadée de rester à son poste peut l'être par satisfaction ou par défaut d'opportunité. Si dans la première alternative on peut attendre davantage *d'implication*, on peut aussi craindre du *présentéisme* et une prise de risque accru. Dans la seconde, *l'absentéisme* et une négligence des normes y compris de sécurité peuvent être redoutés.

Nos résultats mettent aussi en exergue des variables individuelles, pour la plupart largement documentées par la littérature : *ancienneté, métier, statut, présentéisme, santé perçue*. Si nos travaux confirment les résultats antérieurs, il reste frappant que ces variables supplantent la plupart des variables organisationnelles, montrant parfois la prééminence de ces caractéristiques sur les modes de gestion de l'établissement.

Plus intéressant, elles sont souvent traitées par la recherche comme variables de contrôle à l'avantage de variables causales plus nobles car valorisant le leadership ou la démocratie décisionnelle. Pourtant, la littérature abonde en arguments contraires, affectation genrée des tâches, pénibilité inégale selon l'âge, spécialisation verticale selon le niveau d'étude, valorisation du présentéisme...

Il serait peut-être nécessaire de réorienter les politiques de prévention sur ces points, il est vrai moins activables que la gestion de l'information ou l'équité de traitement.

Plus globalement, le principal apport de notre thèse est de mettre en exergue un petit nombre de variables dont certaines sont imperceptibles aux acteurs eux-mêmes (*chômage* et niveau de *revenu*), d'autres troublées par les débats publics (*charge de travail* perçue comme accidentogène quand nous montrons que la sous-charge l'est

davantage, ou *intention de quitter* montrée ici comme protectrice alors qu'elle est étiquetée comme néfaste), d'autres rendues invisibles parce qu'elles sont des sous-dimensions de variables classiques (*abnégation* comme sous-dimension de la *Motivation de Service Public*, *implication calculée* incluse dans *l'implication organisationnelle*), une enfin difficile à appréhender par les gestionnaires, le *locus de contrôle*.

C'est pourtant cette dernière variable qui constitue l'heureuse surprise de cette thèse.

Comme nous l'avons explicité supra, c'est effectivement la sous-dimension *patient/bénéficiaire* du *locus de contrôle*, introduite pour la première fois dans ces travaux, qui se trouve distinguée statistiquement par les employeurs et les employé-es comme préventeur partiel d'accident du travail.

Il sera nécessaire pour en assurer l'existence que d'autres chercheurs s'en emparent et en testent les effets. Mais il est déjà notable d'en voir la supériorité ici sur des concepts plus assurés.

Le second apport majeur a été de montrer l'influence cruciale de *l'abnégation*, attitude héritée de la longue histoire des *métiers* du soin, et son intervention contraire dans la perception des employeurs et les employé-es.

Si sa prégnance est largement démystifiée par la concrétion progressive de la *charité* originelle et par les glissements historiques de sa signification, l'opposition entre employeurs et employé-es quant à son effet sur la sinistralité nous est d'abord apparue comme une énigme.

Si pour les premiers, elle est préventive de l'accident, elle est au contraire sinistrogène pour les seconds.

Deux mécanismes distincts en lien avec le *locus de contrôle* expliquent à notre avis cette contradiction.

Lorsque les cadres mesurent l'abnégation élevée chez leur personnel, ils réduisent le locus hiérarchique en laissant davantage d'autonomie à leurs employé-es.

Ceux-ci appuient alors davantage leur action sur les autres locus, interne (leur propre jugement), *collègues* (à travers le *soutien social*, qu'il soit professionnel ou émotionnel), *patient/bénéficiaire* mais de façon moindre que le voient leur direction (cf figures [69](#) et [70](#)).

Il en résulte une sinistralité plus faible, en phase avec les modèles de [Karasek & Theorell](#) (1990) sur le *soutien social* et la *latitude décisionnelle*, de [Reason](#) (1997) sur les trois modes de contrôle et de [Weick](#) (1987) sur le *sens* et la réduction du risque grâce à la confrontation des perceptions.

Figure 86 : Abnégation mesurée haute par les employeurs



A l'inverse, l'impression chez les employeurs que ce *locus* est faible, les enjoint de renforcer les injonctions, rappels au projet, contrôles...

Le résultat pour les employé-es est un renforcement du locus de la hiérarchie (alors très supérieur à tous les autres), auquel ils répondent par une *implication calculée*, une défiance de toutes normes, y compris de sécurité, aboutissant à une sinistralité élevée. Leurs réponses associent alors *abnégation* (imposée par leurs supérieurs) et sinistralité accrue.

Figure 87 : Abnégation mesurée basse par les employeurs



Cette analyse, étayée par les verbatims sur l'encadrement dénigré ou respecté pour sa connaissance du *métier* et pour la *confiance* qu'il accorde ou non à ces salarié-es, encourage à développer la double rhétorique, décrite par [Giordano](#) & al. (2015/2) dans son étude sur l'Union Régionale de la Mutualité. Elle montre dans cet article comment les attendus du New Public Management (recherche de productivité, d'efficacité, mise en place de tableaux de bord, de protocoles, standardisation des tâches, contraintes temporelles...) peuvent cohabiter avec des valeurs idéalisées d'altruisme, de don de soi, d'*abnégation*, de *service public*.

Clé de l'apparente contradiction de jugement des employeurs et des employé-es sur l'*abnégation*, elle montre que les cadres de l'Union Régionale de Mutualité portent un projet d'entreprise très altruiste, valorisé dans la communication interne et externe, tout en gérant leur personnel de manière très managériale, autour de contrats d'objectifs et d'évaluation formelle. Tout en restant prudents sur l'interprétation de la situation on pourrait supputer que les cadres de cette mutuelle valoriseraient l'*abnégation* à un degré élevé et les employé-es valoriseraient davantage l'*implication calculée* que l'*abnégation*. Faute de disposer des mesures de sinistralité de cette entreprise, nous nous contenterons à ce stade de ces suppositions.

Enfin un dernier apport, partiel, en lien avec notre hypothèse H11, nous permet de catégoriser une partie des établissements selon leur implantation, leur activité, leur taille, leur évolution et leur temps moyen d'heures par employé-e.

Plusieurs profils nous paraissent présentables ici.

- **Territoires 1 :**

Comme nous l'avons vu supra, certains territoires influent sur la sinistralité du fait d'un *chômage* long et croissant et de bas *revenus* inférieurs. Tous les établissements sanitaires et médico-sociaux de ces territoires, percutés par leur localisation, voient leurs employé-es développer du *présentéisme*, présence au poste malgré la maladie, suivi d'un accroissement des risques par baisse de vigilance et sous-déclaration des accidents.

Figure 88 : Territoires 1



Comme le montrent les études sur ce sujet et nos propres résultats, le *présentéisme*, perçu positivement par les employeurs comme une marque d'engagement vis-à-vis de l'établissement (*implication organisationnelle*) et vis-à-vis des bénéficiaires (*abnégation*) diminue la sinistralité à court-terme mais l'augmente à moyen-terme si les politiques adéquates n'ont pas été mises en œuvre.

Sont particulièrement concernées par cette situation les Zones d'Emploi de Sarlat-la-Canéda et Mont-de-Marsan ainsi que des petites Aires d'Attraction des Villes, Montpon-Ménéstérol, Nontron, Mauléon-Licharre, Souston et St-Jean-Pied-de-Port dont les taux de fréquence sont anormalement bas puisqu'inférieurs ou égaux à la moitié du taux de la région entière.

Ce sont logiquement des zones à faible marché du travail, compliquant le remplacement du personnel.

- **Territoires 2 :**

Une deuxième catégorie de territoires agrège des zones qui cumulent taux de chômage élevé et sinistralité haute permise par des revenus moyens plus élevés. Moins sujets au *présentéisme*, les établissements ont un niveau de déclaration soutenu, symptôme d'une prise de risque supérieure et d'une prévention moindre.

Figure 89 : Territoires 2



Les territoires les plus concernés sont les Zones de Pauillac et La Teste-de-Buch dont la sinistralité est très supérieure à la moyenne ainsi que les Aires de Pineuilh, Nérac, Tonneins et Salies-de-Béarn. Elles rencontrent la même difficulté que les précédentes en termes de marché du travail, induisant un personnel plus âgé et moins formé. Cette situation très défavorable laisse peu d'options et oblige à former les employés actuels et nouveaux aux risques. L'intégration est là une des clés de la prévention.

Si d'autres profils de territoires paraissent émerger, leurs caractéristiques nous semblent trop hypothétiques pour les définir précisément.

Concernant la deuxième dimension de notre système, celle des établissements eux-mêmes, les principaux attributs qui permettent de les catégoriser touchent à l'activité, Hébergement Privé/Soins à Domicile ou non, taille délimitée par les seuils de 3, 15, 26, 40 employé-es, croissance ou non, taux de temps plein.

Tableau 48 : Sinistralité selon les caractéristiques de l'établissement

| Sinistralité | Activité | Taille | Evolution | Temps de travail |
|--------------|-----------|--------------------|--------------|------------------|
| Elevée | HP/SDP | <3 ou >40 | Décroissance | < temps plein |
| Faible | AD/ES/HPP | $3 \leq X \leq 40$ | Croissance | ≈ temps plein |

Comme nous allons le déplorer dans les limites, le manque de réponses aux questionnaires employeurs ne nous a pas permis de répondre totalement sur la catégorisation des établissements.

La représentativité de l'échantillon nous aurait autorisé à extrapoler les résultats obtenus à l'aide des arbres de régressions à l'ensemble des établissements.

Il aurait alors été possible de délimiter des groupes dans les deux dimensions territoires/établissements à partir de tous les types de données. C'est l'une des limites de notre thèse, limite possible à dépasser par l'extension de l'échantillon de répondants.

2.2 Les limites à dépasser :



Comme nous l'avons précisé à plusieurs reprises, la faible amplitude de diffusion des questionnaires aux employé-es en pleine pandémie a réduit nos capacités de vérifications, confrontations, consolidations de variables.

Comme l'ont suggéré des chercheurs à qui cette thèse a été présentée en partie, le processus étant stabilisé, il est tout à fait envisageable de couvrir ce manque dans les mois qui viennent, en questionnant des établissements supplémentaires, choisis pour recouvrir la représentativité de l'échantillon.

Concernant les données CARSAT, il est aussi possible, après homogénéisation des données (modifiées en 2017 et 2018), de réappliquer le dispositif d'analyse aux dernières années de collecte.

De même, concernant la partie géographique, il serait approprié d'étendre nos hypothèses à l'ensemble du territoire national ou au moins à d'autres régions. La multiplication des Zones d'Emploi et des Aires d'Attraction des Villes devrait conforter ou affaiblir nos conclusions afférentes et enrichir nos résultats.

Sur les outils statistiques, si les arbres de régression résolvent bien des difficultés, ils restent un outil instable, particulièrement sur les populations de petite taille. Les forêts aléatoires, utilisées mais non présentées dans ce document, répondent en partie à cette limite. Néanmoins, comme nous l'avons expérimenté dans les parties employeurs et employé-es, la consolidation optimale de nos conclusions serait obtenue par la confrontation des arbres avec d'autres techniques statistiques et des collectes supplémentaires de données.

Enfin, à propos de prévention, la catégorisation partielle des établissements nous impose la prudence pour une partie non négligeable de la base. De même que précédemment, des compléments ciblés de notre recherche pourraient étendre notre champ d'action à l'ensemble des établissements.

2.3 Les développements possibles :



Nous en avons mentionné plusieurs en tant que limites à dépasser à seule fin de confirmer ou infirmer les résultats produits, mais d'autres développements seraient souhaitables.

Nos conclusions ouvrent à la recherche en gestion des perspectives nouvelles.

Tout d'abord les outils statistiques utilisés avec profit autour de l'accident du travail pourraient être testés sur d'autres phénomènes, épuisement professionnel, absentéisme, harcèlement... et dans d'autres environnements à forte sinistralité, police, armée, bâtiment...

Sur le fond, il serait nécessaire de vérifier dans d'autres environnements l'impact des variables décrites ici comme majeures. Si l'on a vu que le concept de *Motivation de Service Public*, et particulièrement sa sous-dimension d'*abnégation* dépassait le cadre du strict secteur public pour s'étendre à d'autres statuts juridiques, ces variables pourraient être recherchées dans des métiers connexes, social, conseil, banque, dans lesquels les souffrances dues au travail sont très nombreuses.

D'autre part et toujours sur ces variables, il serait profitable de questionner de manière qualitative des groupes représentatifs d'employé-es pour décortiquer les mécanismes décrits ci-dessus et en vérifier la justesse. Les variables *abnégation*, *Locus de contrôle*, *Implication calculée* justifieraient un retour vers les répondants aux questionnaires afin de vérifier nos hypothèses.

Enfin, les politiques de prévention que nous détaillerons infra devront être testées dans des établissements volontaires et ciblées plus précisément avant de donner lieu à une possible généralisation.

3. Préconisations



L'ensemble des préconisations a donné lieu à la production de deux documents livrés aux financeurs fin décembre 2020 et explicités en visioconférence durant l'été 2021.

Le document spécifique ([annexe 13](#)) comprenait pour chaque préconisation des témoignages d'employé-es, des références dans la littérature ainsi que des ouvrages, vidéos, livrets de communication à destination des principaux destinataires, employeurs ou employé-es.

3.1 Le ciblage des territoires



Comme nous l'avons vu supra, deux types de territoires ont pu être clairement identifiées quand d'autres restent plus délicats à décrire.

La préconisation pour les territoires 1, marqués par le présentisme et une sinistralité faible mais en forte croissance probablement pour des raisons de sous-déclaration, est d'encourager à la déclaration des accidents ainsi qu'à une formation ciblée sur les risques du présentisme et sur la gestion de sa santé.

La préconisation pour les territoires 2, marqués par l'absentéisme et une sinistralité élevée dans des marchés du travail peu dynamiques, est de développer des formations aux risques dès l'intégration des nouvelles recrues et renouvelées régulièrement.

D'autres établissements moins sensibles au territoire, sont davantage sous l'influence de variables structurelles ou organisationnelles.

3.2 La prévention par type d'établissement



Comme l'ont montré nos résultats, deux activités se détachent des autres en termes de sinistralité mais aussi de sensibilité à certaines variables structurelles.

L'Hébergement Privé (HP), autrement dit les EHPAD de statut privé dont la presse parle régulièrement, ainsi que les structures de Soins à Domicile (SDP), sont sensibles à la *taille*, au *temps plein* et à la *croissance*.

De ce fait, les instances de régulation ont intérêt à préserver les petits établissements, quitte à en mutualiser les fonctions-supports. Elles doivent aussi les encourager à assurer le maximum de *temps pleins* par une gestion optimale de la charge de travail.

Les structures en *décroissance* étant plus accidentogènes, il sera nécessaire de les observer avec vigilance et d'éviter des concurrences périlleuses.

La préconisation pour ces établissements est d'encourager la mutualisation des fonctions-support sans augmenter la taille des établissements et de motiver les gestionnaires à multiplier les contrats à temps plein.

Si une partie de la prévention doit être impulsée par les institutions de régulation, la majeure partie est liée au management des établissements. C'est ce qui a justifié notre thèse et donne tout son sens à l'ensemble des résultats obtenus.

3.3. Le management préventif



Plusieurs années de thèse nous ont permis de mettre à jour des mécanismes d'accroissement ou de prévention des accidents du travail dans ces secteurs.

La *santé perçue*, indicateur de santé réelle, est un facteur de sinistralité. Elle peut pousser au *présentéisme* mais aussi réduire l'attention portée à sa sécurité. Comme nous l'avons constaté, les victimes d'accident lui attribuent une responsabilité dans la sinistralité. La tendance des employeurs confrontés à un marché du travail anémique, est de réduire leur attention à la santé des salarié-es. C'est un choix de court-terme.

Notre préconisation, classique, sera de promouvoir un recours régulier à la médecine du travail, mais aussi de rester attentif aux signes de maladie des employé-es.

En cohérence avec le modèle de [Karasek & Theorell](#) (1990), la *latitude décisionnelle* et le *soutien social* s'avèrent préventifs. Si l'enjeu de *l'autonomie* des salarié-es est clairement identifié par les employeurs, sa mise en place oscille entre laisser-faire, accidentogène, et réduction de l'encadrement, inconfortable pour le personnel.

La *capacitation* de celui-ci, le développement du *locus interne*, est un processus complexe, itératif, imposant un repositionnement parfois douloureux des cadres sur des fonctions de *soutien*, d'accompagnement, d'animation en lieu et place du diptyque commande/contrôle. Mais il impacte aussi les salarié-es en les chargeant de nouvelles responsabilités, assorties de prises de décisions solitaire ou partagées. L'ensemble de ces procédés demande du temps de formation, d'appropriation, de mise en œuvre.

Notre préconisation est de former les cadres et le personnel à l'autonomie en clarifiant les missions respectives. L'implémentation d'instances d'échanges de pratiques et de débat sur les valeurs et objectifs complètera cette politique.

L'intention de quitter s'avère préventive même si elle induit une inquiétude des employeurs. Ceux-ci ont donc intérêt à développer l'employabilité de leur personnel qui réduit la sinistralité mais semble aussi décourager la démission, par un développement de l'implication calculée.

Notre préconisation est de développer l'employabilité par la formation, la professionnalisation, la contractualisation, l'autonomie.

Enfin, notre thèse a montré l'importance cruciale de l'*abnégation* en relation avec le *locus patient/bénéficiaire*. Comme nous l'avons largement explicité, les employeurs et les employé-es ont sur ce sujet un regard très différent. Il est nécessaire que les premiers fassent du service aux bénéficiaires le cœur du projet d'établissement afin d'en déléguer la responsabilité à leur personnel.

En revanche, les seconds se doivent d'éviter tout sacrifice de leurs intérêts au profit des *patients/bénéficiaires* car l'*abnégation* est pour eux source d'accidents. Une réponse possible est de passer par l'*implication calculée* comme mode de contractualisation des missions et des tâches.

Notre préconisation est donc ici qu'à l'instar de l'Union Régionale de la Mutualité (cf [Giordano & al. \(2015/2\)](#), les établissements puissent assurer la coexistence des « deux

rhétoriques », éthique au profit des bénéficiaires comme fondement de l'activité et contractualisation entre employeurs et employé-es comme outil de gestion.

Ces préconisations pourront donner lieu à diverses communications, informations, formations, d'abord à des structures volontaires pour tester la méthode et en analyser les résultats puis correction et généralisation. Le tableau suivant les résumant :

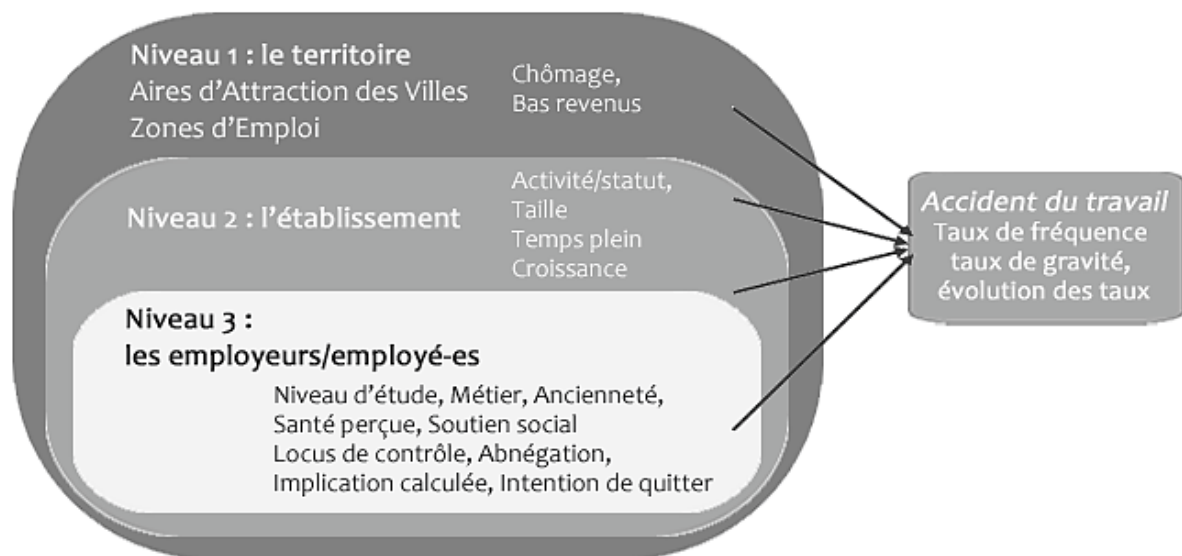
Tableau 49 : Tableau des préconisations

| Acteur | Situation | Préconisation |
|-------------------------|---|--|
| Autorités de régulation | EHPAD de petite taille | <ul style="list-style-type: none"> • Préservation des effectifs inférieurs à 40 • Encouragement à la mutualisation des fonctions-support |
| Employeurs | Territoires à chômage fort et revenus faibles | <ul style="list-style-type: none"> • Encouragement à la déclaration des accidents • Découragement du présentéisme • Gestion renforcée de la santé du personnel |
| | Territoires à chômage fort et revenus meilleurs | <ul style="list-style-type: none"> • Formation aux risques à l'intégration puis régulièrement • Développement de l'employabilité |
| | Gestionnaire de plusieurs EHPAD | <ul style="list-style-type: none"> • Préservation des effectifs inférieurs à 40 • Mutualisation des fonctions-support |
| | Santé perçue des salarié-es | <ul style="list-style-type: none"> • Recours régulier à la médecine du travail, • Découragement du présentéisme |
| Employeurs (suite) | Management autoritaire | <ul style="list-style-type: none"> • Formation des cadres à la capacitation • Formation des employé-es à l'autonomie • Mise en place d'instances d'échange de pratiques et de débat sur les valeurs et objectifs |
| | Projet économique ou altruiste | <ul style="list-style-type: none"> • Défense d'un projet éthique au service des patients/bénéficiaires • Gestion des relations employeur/employé-es par la contractualisation |
| Employé-es | Projet altruiste | <ul style="list-style-type: none"> • Développement du locus interne (confiance en soi, estime, prise de décisions) par la formation • Clarification fonctionnelle du rôle et des missions • Négociation des conditions de travail |
| | Santé perçue | <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration des maladies, pose d'arrêts de travail • Vigilance à sa santé |
| | Soutien social | <ul style="list-style-type: none"> • Développement de la solidarité émotionnelle et professionnelle entre pairs |
| | Patient/bénéficiaire | <ul style="list-style-type: none"> • Relation d'écoute tout en restant vigilant à sa propre santé et à ses missions |

Conclusion 4 : Révision de littérature et apports pluriels

Si l'on considère une dernière fois le modèle systémique mis en œuvre pour analyser la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social en Aquitaine, l'ensemble des résultats obtenus nous permet de le simplifier fortement en ne conservant que le nombre de variables influant réellement sur la sinistralité.

Figure 90 : Modèle final



Nous avons aussi pu montrer que certaines variables influent à plusieurs niveaux mais non sur l'intégralité des établissements. Certains de ceux-ci sont ainsi sensibles conjointement aux facteurs macroéconomiques du territoire dans lequel ils sont situés et à leurs caractéristiques structurelles.

D'autres, au contraire, ne semblent pas subir l'influence du territoire et devoir l'essentiel de leur sinistralité à leur propre fonctionnement. C'est évidemment sur ceux-ci que l'effort de gestion peut être le plus bénéfique.

La percolation des variables à travers les multiples filtres que nous avons mis en œuvre montre aussi combien certains facteurs sont liés, de manière jusque-là imperceptible.

A l'incertitude professionnelle due à la durée du *chômage* ou à son évolution répond soit un *présentisme* lorsque les bas *revenus* sont faibles, soit si ceux-ci sont meilleurs

davantage *d'absentéisme*, abaissant les taux dans le premier cas, les accroissant dans le second.

Tableau 50 : relations entre territoire et sinistralité

| Territoire | | Etablissement HPSDP | Sinistralité |
|---------------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Chômage long et croissant | bas revenus élevés | absentéisme | haute |
| | bas revenus faibles | présentéisme | basse |

Dans les établissements, l'esprit de sacrifice prôné par les employeurs les encourage à la capacitation de leurs employé-es qui réduisent alors le *locus Supérieur* au profit des autres *locus de contrôle*, réduisant la sinistralité.

A l'inverse, un faible esprit de sacrifice défendu par les employeurs génère un fort *locus Hiérarchique* auquel les employé-es répondent par une *implication calculée* et une forte sinistralité.

Tableau 51 : relations entre projet d'établissement, abnégation, locus et sinistralité

| Employeurs privé non lucratif | | | Locus pour les employé-es | Sinistralité |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Projet économique | Abnégation faible | Management autoritaire | Supérieur | haute |
| Projet altruiste | Abnégation élevée | Capacitation des employé-es | Interne, collègues, patient | basse |

Comme nous le reprendrons dans la conclusion générale, cette moisson de résultats nous a permis de clarifier de très nombreuses questions posées par la littérature et par le terrain.

Nous avons dû pour ce faire nous approprier des outils d'analyse jusque-là peu utilisés dans les sciences de gestion et davantage employés dans d'autres domaines, épidémiologie entre autres : les arbres de régressions. C'est à notre sens le meilleur moyen de traiter une très grande masse de données, de nature et de niveau distinct, confrontée à un grand nombre de variables dont certaines peuvent être en interdépendance, totale ou partielle.

Les apports nombreux de notre recherche tant sur le fond que sur la forme ont toutefois été pénalisés par l'absence de représentativité de l'échantillon questionné.

Mais de fait cette limite est une porte ouverte à des développements très riches, puisque la méthodologie, complexe et progressivement affinée, a fait ses preuves, et que ses modalités d'implémentation sont à présent maîtrisées.

Cette thèse ne serait alors non une finalisation mais une marche vers des analyses plus riches, comme nous allons le rappeler en conclusion générale.

CONCLUSION GÉNÉRALE :



*Approche critique de la connaissance actuelle
Et nouvelles perspectives*

En guise de conclusion générale, nous souhaiterions revenir brièvement sur l'ensemble de ce travail.

Plusieurs postulats, tous inspirés par une littérature solide, nous ont guidé dans le dévoilement des mécanismes de production de la sinistralité.

Nous avons tout d'abord considéré, en désaccord avec une naturalisation de l'accident du travail comme indicateur d'autres phénomènes, qu'il est au contraire un construit social, induit par le territoire, son économie, son habitat, produit par la culture des métiers, leurs valeurs, leurs récits, résultat de l'organisation des établissements, leur activité, leur mode de fonctionnement.

Le deuxième postulat a été d'en faire, à l'instar de [Daubas-Letourneux](#) (2009), un problème de santé publique, un phénomène endémique au fonctionnement similaire à certaines affections dépendant tant de l'environnement que des comportements individuels et collectifs : diabète, dépression, cancer des poumons.

Ayant posé ces postulats, nous avons pu penser la sinistralité comme un fait social d'abord sous l'angle positiviste de [Durkheim](#) afin d'extraire ce phénomène de sa gangue réaliste, puis progressivement sous la posture constructiviste de [Berger & Luckmann](#) (1991) afin de déterminer dans une itération avec les auteurs et le terrain les variables induisant une sinistralité plus ou moins élevée.

Grâce à ce glissement épistémologique, il nous était loisible d'étendre notre exploration des sciences de gestion à d'autres disciplines scientifiques, nécessaires pour décrire les relations entretenues entre l'accident du travail et l'environnement économique, l'organisation des structures, les collectifs de travail et les individus victimes ou non d'accidents.

Notre second postulat nous encourageait alors à utiliser en complément d'outils plus classiques, des outils statistiques peu usités en gestion et davantage adaptés à une réflexion « épidémiologique ».

Ainsi, l'épidémiologie contemporaine offre au chercheur des approches « data-driven », guidées par les données au lieu d'être guidées par les hypothèses. Les réseaux bayésiens, les arbres de régression et autres forêts aléatoires peuvent mettre à jour des variables influentes mais non corrélées, et donc inobservables par les recherches de régressions traditionnelles. Elles peuvent en outre opérer des hiérarchies ces variables et désigner ainsi les facteurs à prioriser dans les politiques de prévention.

Pour autant ces techniques ont deux défauts, une relative instabilité et l'absence de précision sur la nature de la relation détectée. Si la littérature peut répondre en grande partie à cette seconde exigence, nous décidons de réduire la première en complétant notre analyse par des questionnaires aux employeurs et aux employé-es.

Ce faisant nous développons la stratification initiée par [Daubas-Letourneux](#) (2005) autour des parcours d'accidentés mais en ajoutant un niveau, celui des territoires.

Il s'est agi alors d'intégrer ces trois niveaux et d'examiner les relations intra et inter niveaux. Si les outils statistiques exposés ci-dessus répondent à ce défi, c'est la logique systémique proposée par [Leclercq, Monteau, Cuny](#) (2013) qui ouvre la voie à une compréhension globale du phénomène.

Ces apports de forme nous amènent à produire de nombreux apports de fond.

Marginalisation de nombreux facteurs dont l'influence a pourtant été démontrée par d'autres recherches, mise en lumière de facteurs jusque là inaperçus, conditionnement de facteurs toujours au cœur de débats contradictoires, et surtout élucidation de mécanismes d'accroissement ou de réduction de la sinistralité.

L'abnégation vis-à-vis des patients ou des bénéficiaires, le soutien social des collègues et la latitude décisionnelle chers à [Karasek & Theorell](#) (1990), *l'implication calculée* dans la relation à l'organisation, mais aussi l'impact du *chômage* et du niveau des bas *revenus* sur une partie des établissements, dessinent une compréhension matricielle de l'accidentologie, touchant par des voies distinctes structures et personnel, regroupant les établissements dans des catégories jusque-là seulement pressenties.

Les apports managériaux qui découlent de ces avancées scientifiques sont à chercher dans de nouvelles politiques de prévention implémentées aux différents niveaux, instances de régulation ou de décision, encadrement, salarié-es. Plus précises, plus ciblées, elles pourront dorénavant intégrer les conclusions de ces travaux, concentrer leurs préconisations sur les seules variables extraites tout en encadrant leur intervention par les contraintes financières et contextuelles des établissements, précarité économique du territoire, volume du marché du travail, taille et évolution de la structure, attitudes et comportements du personnel.

Naturellement, cette thèse présente aussi des limites, résultats partiels du fait du faible nombre d'établissements répondant aux questionnaires employé-es, infraterritoires régionaux en trop petit nombre pour les catégoriser finement, absence de retour dans les établissements pour vérifier la justesse des processus décrits.

Mais il résulte de ces limites des développements aussi praticables qu'enthousiasmants, diffusion des questionnaires auprès d'un échantillon représentatif des établissements, application du design de recherche à d'autres maux du travail, observation de l'ensemble des Zones et Aires du territoire national, extension du processus à d'autres activités partageant les mêmes enjeux de service public et de sinistralité, adjonction des données des dernières années.

En bref, si cette démarche longue et approfondie a fait avancer la connaissance de l'accident du travail, elle ouvre aussi de nombreux champs de recherche, et pourrait en compléter d'autres, sur la méthode ou sur le fond.

Enfin, nous souhaiterions que ce travail donne lieu à des expérimentations ciblées dans des établissements volontaires et représentatifs du secteur. Les résultats managériaux alors observés, permettraient de confirmer ou infirmer, corriger ou préciser, étendre ou recentrer les politiques de prévention préconisées.

Cette thèse atteindrait ainsi les objectifs de tout travail de recherche en gestion, répondre durablement et concrètement à une problématique managériale.

Table des Matières



TABLE DES MATIERES

| | |
|--|--------------|
| REMERCIEMENTS | p 3 |
| RÉSUMÉ | p 4 |
| SOMMAIRE | p 6 |
| INTRODUCTION GENERALE | p 7 |
| 1. Un phénomène mythique | p 11 |
| 2. Des conséquences tragiques | p 15 |
| 1ERE PARTIE : | P 23 |
| <i>PRESENTATION DU CONTEXTE ET DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE</i> | |
| 1. Un objet polymorphe | p 25 |
| 2. Une institution séculaire en fermentation | p 34 |
| 2.1 La persistance d'une valeur commune : la charité | p 34 |
| 2.2 La lente construction des cultures de métier | p 36 |
| 2.3 La diversification des statuts juridiques | p 38 |
| 2.4 Le sanitaire dans les turbulences | p 41 |
| 2.4.1 Hôpital et cultures de métiers | p 42 |
| 2.4.2 Protocolisation et New Public Management | p 49 |
| 2.4.3 Santé et sécurité | p 55 |
| 2.4.4 Soins et Territoires | p 57 |
| 2.5 Le médicosocial en émancipation confuse | p 60 |
| 2.5.1 Une pluralité d'objectifs et de moyens | p 61 |
| 2.5.2 Des fondateurs inspirés, des gestionnaires pragmatiques | p 63 |
| 2.5.3 Des modes de gestion concurrents | p 65 |
| 2.5.4 Une professionnalisation toujours en chantier | p 66 |
| 2.5.5 L'implantation du NPM et ses effets | p 69 |
| 2.6 L'aide à domicile en cheminement patient | p 78 |
| 2.6.1 Une profession dès l'origine féminine et isolée | p 79 |
| 2.6.2 Une tentative fragile de modernisation du statut | p 81 |
| 3. Une épistémologie constructiviste | p 91 |
| 3.1. L'accident du travail en tant que fait social | p 91 |
| 3.2. L'épineuse contextualisation du phénomène | p 96 |
| 3.3. Un dépassement par le système | p 98 |
| 3.4. La limite de la complexité | p 103 |
| 3.5. Pour un modèle systémique à trois niveaux | p 113 |
| 4. Notre design de recherche | p 114 |
| CONCLUSION 1 : objet polymorphe et modèle systémique | p 117 |

2EME PARTIE : **p 120**

PROPOSITION D'UN MODELE DE RECHERCHE SUR LES CAUSES D'ACCIDENT DU TRAVAIL

1. Une exploration pluridisciplinaire des causes d'accident du travail **p 122**

1.1. La vision sociotechnique p 123

1.2. Le regard de la psychologie p 126

1.2.1. *L'individu par ses caractéristiques* p 126

1.2.2. *L'individu dans ses prises de décision* p 132

1.3. L'apport de la psychologie sociale p 142

1.3.1. *Plusieurs modèles explicatifs* p 143

1.3.2. *Les variables qui en découlent* p 146

1.4. La part des sciences de gestion p 159

1.5. La contribution de la théorie des organisations p 177

1.6. La perspective économique p 185

1.7. La représentation territoriale p 191

MODELE REVISE (variables indépendantes) **p 199**

2. Les mesures descriptives de l'accident du travail **p 203**

MODELE REVISE (variables dépendantes) **p 212**

3. Des hypothèses imbriquées **p 213**

3.1. Au niveau des territoires p 213

3.2. Au niveau des établissements p 214

3.3. Au niveau des employeurs p 215

3.4. Au niveau des employé-es p 215

3.5. Au niveau systémique p 216

CONCLUSION 2 : vision pluridisciplinaire et faisceau d'hypothèses **p 218**

3EME PARTIE : **p 221**

DEFINITION DU CONTEXTE D'ETUDE ET DU PROCESSUS DE RECHERCHE MULTI-NIVEAUX

1. Niveau 1 : Des territoires infranationaux **p 224**

1.1. La Région Aquitaine p 224

1.2. Les Zones d'Emploi p 226

1.3. Les Aires d'Attractivité des Villes p 229

2. Niveau 2 : Les établissements **p 234**

2.1. La représentativité des employé-es p 234

2.2. La délimitation des secteurs d'activité p 238

2.3. Le statut public ou privé p 244

2.4. Les structures impropres à la recherche p 246

2.5. La validation de la segmentation choisie p 248

2.6. La description de chaque groupe p 250

| | |
|---|--------------|
| 3. Niveau 3 : Les employeurs/employé-es | p 254 |
| 3.1. L'impact de la taille | p 254 |
| 3.2. La matrice d'échantillonnage | p 256 |
| 3.3. Le questionnaire | p 259 |
| 3.4. La collecte des données | p 260 |
| 4. Niveau systémique | p 264 |
| 1.1. L'intégration des trois niveaux | p 264 |
| 1.2. Une ambition systémique | p 265 |
| 1.3. Un outil statistique performant | p 266 |
| CONCLUSION 3 : terrain tridimensionnel et méthode hybride | p 272 |
| 4EME PARTIE : | p 274 |
| <i>PRESENTATION, DISCUSSION ET PROLONGEMENT DES RESULTATS DE LA RECHERCHE</i> | |
| 1. Des résultats dégageant les facteurs déterminants par niveau | p 275 |
| 1.1. Au niveau des territoires | p 275 |
| 1.1.1. <i>Les Zones d'Emploi</i> | p 276 |
| 1.1.2. <i>Les Aires d'Attraction des Villes</i> | p 286 |
| 1.2. Au niveau des établissements | p 296 |
| 1.3. Au niveau des employeurs/employé-es : les employeurs | p 314 |
| 1.3.1. <i>Les variables significatives</i> | p 319 |
| 1.3.2. <i>Les sous-dimensions notables</i> | p 329 |
| 1.3.3. <i>La validation par les tests</i> | p 343 |
| 1.3.4. <i>Les facteurs-clé des employeurs</i> | p 350 |
| 1.4. Au niveau des employeurs/employé-es : les employé-es | p 356 |
| 1.4.1. <i>La méthode</i> | p 361 |
| 1.4.2. <i>L'effet des facteurs individuels</i> | p 361 |
| 1.4.3. <i>Les facteurs organisationnels des employé-es</i> | p 363 |
| 1.4.4. <i>La situation particulière des répondants accidentés</i> | p 376 |
| 1.5. Au niveau systémique | p 387 |
| 1.5.1. <i>L'inter-niveaux territoires/établissements</i> | p 390 |
| 1.5.2. <i>L'inter-niveaux Etablissements/employeurs</i> | p 396 |
| 2. Les apports théoriques, méthodologiques, managériaux | p 407 |
| 2.1. Les principaux apports | p 407 |
| 2.1.1. <i>Une méthode ambitieuse et innovante</i> | p 407 |
| 2.1.2. <i>De nombreux apports sur le fond</i> | p 411 |
| 2.2. Des limites à dépasser | p 420 |
| 2.3. Les développements possibles | p 421 |

| | |
|--|---------------------|
| 3. Préconisations | p 422 |
| 3.1. Le ciblage des territoires | p 422 |
| 3.2. La prévention par type d'établissement | p 422 |
| 3.3. Le management préventif | p 423 |
| <i>CONCLUSION 4 : revision de littérature et apports pluriels</i> | <i>p 426</i> |
| <u>CONCLUSION GÉNÉRALE :</u> | <u>p 429</u> |
| <i>APPROCHE CRITIQUE DE LA CONNAISSANCE ACTUELLE ET NOUVELLES PERSPECTIVES</i> | |
| ANNEXES | p 438 |
| BIBLIOGRAPHIE | p 483 |
| LISTE DES TABLEAUX | p 509 |
| LISTE DES FIGURES | p 513 |
| TABLES DES SIGLES | p 518 |

Annexes



LISTE DES ANNEXES

[Annexe 1](#) : Matrice d'échantillonnage

[Annexe 2](#) : Sinistralité des structures échantillonnées par rapport à leur groupe activité ou à l'ensemble des établissements

[Annexe 3](#) : Questionnaire, dimensions, sous-dimensions et sources

[Annexe 4](#) : Questionnaire « Locus de contrôle »

[Annexe 5](#) : Questionnaire « données personnelles employé-es »

[Annexe 6](#) : Questionnaire employé-es

[Annexe 7](#) : Courrier aux employeurs de l'échantillon

[Annexe 8](#) : Questionnaire Survey Monkey

[Annexe 9](#) : Document de communication Employeurs/Employé-es

[Annexe 10](#) : Matrice des employeurs répondants

[Annexe 11](#) : Fichier de minage de données des Zones d'Emploi 2010

[Annexe 12](#) : Arbres de Régressions du taux de gravité et de l'évolution des taux de fréquence et de gravité en fonction de variables économiques et structurelles des zones d'emploi 2010

[Annexe 13](#) : Cahier de préconisations livré au financeurs fin 2020

Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

Répartition des structures par Aire d'Attraction des Villes

| matrice d'échantillon | ADP | | | ADPP | | | ESP | | | ESPP | | | HP | | | HPP | | | SDP | | |
|------------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 |
| Aire d'Attraction des Villes | < 7,33 | | > 31,25 | < 5,71 | | > 37,08 | < 40 | | > 151,33 | < 49,5 | | > 293,83 | < 23,83 | | > 45,42 | < 16,17 | | > 26,5 | < 9,25 | | > 21,5 |
| 0 Commune hors attraction | ADP177 | ADP172 | ADP172 | ADPP4 | ADPP4 | ADPP155 | ADPP12 | ADPP155 | ADPP12 | ADPP155 | ADPP12 | ADPP155 | ADPP12 | ADPP155 | ADPP12 | ADPP155 | ADPP12 | ADPP155 | ADPP12 | ADPP155 | ADPP12 |
| 6 Bordeaux | ADP525 | ADP7 | ADP113 | ADPP89 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 | ADPP166 |
| 44 Pau | ADP121 | ADP389 | ADP389 | ADPP227 | ADPP395 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 | ADPP389 |
| 47 Bayonne | ADP53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 87 Brive | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 93 Agen | ADP168 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101 Périgueux | ADP98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 106 Mont-de-Marsan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 111 Dax | | | ADP74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 129 Bergerac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 154 Villeneuve/Lot | | | | ADPP231 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 159 Libourne | ADP185 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 175 Marmande | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 211 La Teste-de-Buch | ADP221 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 233 Sarlat-la-Canéda | ADP190 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 253 Oloron-Ste-Marie | | | ADP120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 266 Biscarosse | | ADP52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 355 Pauillac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 361 Nérac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 377 Montpon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 440 La Réole | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 485 Mauléon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 497 Soustou | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 519 Casteljalous | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 594 Salles-de-Béarn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Echantillon | 5 | 6 | 7 | 2 | 4 | 4 | 4 | 6 | 10 | 5 | 4 | 3 | 6 | 5 | 7 | 6 | 8 | 3 | 2 | 0 | 2 |
| Cible | 92 | 183 | 92 | 45 | 90 | 45 | 45 | 27 | 53 | 27 | 11 | 21 | 11 | 72 | 143 | 72 | 30 | 62 | 30 | 5 | 9 |
| Taux | 5% | 3% | 8% | 4% | 4% | 9% | 9% | 22% | 19% | 19% | 36% | 14% | 55% | 7% | 5% | 8% | 27% | 5% | 7% | 0% | 22% |
| Total | 14 | 108 | 13% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 20 | 360 | 6% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 5 | 97 | 5% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 6 | 93 | 6% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 1 | 4 | 25% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 3 | 40 | 8% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 3 | 19 | 16% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 6 | 24 | 25% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 2 | 16 | 13% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 2 | 17 | 12% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 2 | 17 | 12% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 1 | 18 | 6% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 3 | 16 | 19% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 1 | 6 | 17% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 2 | 14 | 14% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 1 | 3 | 33% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 2 | 6 | 33% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 1 | 4 | 25% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 2 | 3 | 67% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 1 | 2 | 50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 2 | 4 | 50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 1 | 1 | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux | 1 | 5 | 20% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cible | 1 | 6 | 17% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Annexe 2 : Sinistralité des structures échantillonnées par rapport à leur groupe activité ou à l'ensemble des établissements

| Structure | Taux Fréquence | | Taux de Gravité | | Taux | | | |
|-----------|----------------|---------|-----------------|---------|--------|-----|-----|-----|
| | /Tx Groupe | /Tx Gal | /Tx Groupe | /Tx Gal | Inf | Sup | Neu | |
| ADP53 | 53 | 53 | 2,09 | 2,09 | 3 | 0 | 1 | |
| ADP221 | 167 | 167 | 29,56 | 29,56 | 0 | 4 | 0 | |
| ADP121 | 23 | 23 | 4,23 | 4,23 | 2 | 2 | 0 | |
| ADP185 | 19 | 19 | 0,02 | 0,02 | 4 | 0 | 0 | |
| ADP190 | 63 | 63 | 0,39 | 0,39 | 3 | 0 | 1 | |
| ADP177 | 67 | 67 | 2,71 | 2,71 | 2 | 1 | 1 | |
| ADP168 | 109 | 109 | 2,71 | 2,71 | 1 | 3 | 0 | |
| ADP525 | 40 | 40 | 12,09 | 12,09 | 2 | 2 | 0 | |
| ADP227 | 147 | 147 | 3,61 | 3,61 | 0 | 4 | 0 | |
| ADP98 | 17 | 17 | 0,00 | 0,00 | 4 | 0 | 0 | |
| ADP52 | 203 | 203 | 9,50 | 9,50 | 0 | 4 | 0 | |
| ADP172 | 90 | 90 | 1,89 | 1,89 | 2 | 2 | 0 | |
| ADP74 | 28 | 28 | 0,19 | 0,19 | 4 | 0 | 0 | |
| ADP389 | 42 | 42 | 2,18 | 2,18 | 3 | 0 | 1 | |
| ADP7 | 80 | 80 | 3,81 | 3,81 | 0 | 4 | 0 | |
| ADP395 | 101 | 101 | 4,49 | 4,49 | 0 | 4 | 0 | |
| ADP113 | 80 | 80 | 4,57 | 4,57 | 0 | 4 | 0 | |
| ADP120 | 77 | 77 | 3,26 | 3,26 | 0 | 1 | 3 | |
| ADPP4 | 136 | 136 | 0,78 | 0,78 | 2 | 2 | 0 | |
| ADPP231 | 41 | 41 | 0,00 | 0,00 | 4 | 0 | 0 | |
| ADPP89 | 25 | 25 | 0,32 | 0,32 | 4 | 0 | 0 | |
| ADPP155 | 25 | 25 | 0,17 | 0,17 | 4 | 0 | 0 | |
| ADPP191 | 19 | 19 | 0,82 | 0,82 | 4 | 0 | 0 | |
| ADPP166 | 121 | 121 | 0,76 | 0,76 | 2 | 2 | 0 | |
| ADPP185 | 28 | 28 | 0,48 | 0,48 | 4 | 0 | 0 | |
| ADPP12 | 90 | 90 | 4,16 | 4,16 | 0 | 4 | 0 | |
| ADPP2 | 21 | 21 | 0,60 | 0,60 | 4 | 0 | 0 | |
| ADPP241 | 105 | 105 | 2,75 | 2,75 | 0 | 4 | 0 | |
| ESP54 | 57 | 57 | 0,61 | 0,61 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP105 | 18 | 18 | 0,00 | 0,00 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP115 | 40 | 40 | 0,01 | 0,01 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP101 | 117 | 117 | 7,96 | 7,96 | 0 | 4 | 0 | |
| ESP92 | 16 | 16 | 0,01 | 0,01 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP30 | 49 | 49 | 0,32 | 0,32 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP4 | 86 | 86 | 0,53 | 0,53 | 2 | 2 | 0 | |
| ESP109 | 34 | 34 | 1,64 | 1,64 | 3 | 0 | 1 | |
| ESP28 | 26 | 26 | 0,53 | 0,53 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP47 | 103 | 103 | 1,41 | 1,41 | 2 | 2 | 0 | |
| ESP19 | 45 | 45 | 1,43 | 1,43 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP23 | 106 | 106 | 1,68 | 1,68 | 2 | 2 | 0 | |
| ESP22 | 39 | 39 | 0,62 | 0,62 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP108 | 53 | 53 | 2,22 | 2,22 | 2 | 1 | 1 | |
| ESP50 | 85 | 85 | 4,49 | 4,49 | 0 | 4 | 0 | |
| ESP24 | 81 | 81 | 2,03 | 2,03 | 0 | 3 | 1 | |
| ESP18 | 102 | 102 | 3,89 | 3,89 | 0 | 4 | 0 | |
| ESP96 | 57 | 57 | 1,31 | 1,31 | 4 | 0 | 0 | |
| ESP40 | 75 | 75 | 1,02 | 1,02 | 2 | 1 | 1 | |
| ESP89 | 120 | 120 | 4,01 | 4,01 | 0 | 4 | 0 | |
| ESP26 | 73 | 73 | 1,36 | 1,36 | 2 | 0 | 2 | |
| ESPP28 | 105 | 105 | 3,45 | 3,45 | 0 | 4 | 0 | |
| | | | | | Nombre | Inf | Sup | Neu |
| | | | | | 0 | 34 | 37 | 80 |
| | | | | | 1 | 8 | 12 | 17 |
| | | | | | 2 | 18 | 13 | 2 |
| | | | | | 3 | 9 | 9 | 1 |
| | | | | | 4 | 31 | 29 | 0 |
| | | | | | | 100 | 100 | 100 |

Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

| Structure | Taux Fréquence | | Taux de Gravité | | Taux | | |
|-----------|----------------|---------|-----------------|---------|------|-----|-----|
| | /Tx | /Tx Gal | /Tx | /Tx Gal | Inf | Sup | Neu |
| ESPP35 | 102 | 102 | 2,48 | 2,48 | 0 | 4 | 0 |
| ESPP42 | 49 | 49 | 1,46 | 1,46 | 1 | 1 | 2 |
| ESPP4 | 57 | 57 | 2,38 | 2,38 | 0 | 4 | 0 |
| ESPP13 | 35 | 35 | 0,38 | 0,38 | 4 | 0 | 0 |
| ESPP46 | 17 | 17 | 0,08 | 0,08 | 4 | 0 | 0 |
| ESPP1 | 76 | 76 | 1,11 | 1,11 | 1 | 2 | 1 |
| ESPP8 | 53 | 53 | 0,63 | 0,63 | 2 | 2 | 0 |
| ESPP24 | 42 | 42 | 0,74 | 0,74 | 2 | 1 | 1 |
| ESPP27 | 88 | 88 | 0,93 | 0,93 | 1 | 3 | 0 |
| ESPP3 | 41 | 41 | 0,29 | 0,29 | 3 | 0 | 1 |
| ESPP31 | 87 | 87 | 0,63 | 0,63 | 0 | 4 | 0 |
| ESPP47 | 47 | 47 | 0,54 | 0,54 | 2 | 1 | 1 |
| HP147 | 66 | 66 | 0,24 | 0,24 | 4 | 0 | 0 |
| HP267 | 140 | 140 | 5,87 | 5,87 | 0 | 4 | 0 |
| HP101 | 61 | 61 | 5,12 | 5,12 | 2 | 2 | 0 |
| HP102 | 153 | 153 | 2,93 | 2,93 | 1 | 3 | 0 |
| HP143 | 230 | 230 | 9,86 | 9,86 | 0 | 4 | 0 |
| HP191 | 162 | 162 | 10,70 | 10,70 | 0 | 4 | 0 |
| HP141 | 51 | 51 | 2,62 | 2,62 | 3 | 1 | 0 |
| HP243 | 86 | 86 | 1,83 | 1,83 | 3 | 1 | 0 |
| HP183 | 403 | 403 | 13,02 | 13,02 | 0 | 4 | 0 |
| HP182 | 48 | 48 | 3,16 | 3,16 | 3 | 1 | 0 |
| HP30 | 219 | 219 | 6,84 | 6,84 | 0 | 4 | 0 |
| HP45 | 45 | 45 | 2,35 | 2,35 | 3 | 1 | 0 |
| HP138 | 191 | 191 | 2,04 | 2,04 | 1 | 2 | 1 |
| HP99 | 260 | 260 | 8,48 | 8,48 | 0 | 4 | 0 |
| HP275 | 271 | 271 | 18,92 | 18,92 | 0 | 4 | 0 |
| HP163 | 85 | 85 | 2,14 | 2,14 | 2 | 1 | 1 |
| HP266 | 211 | 211 | 7,54 | 7,54 | 0 | 4 | 0 |
| HP33 | 91 | 91 | 3,21 | 3,21 | 2 | 2 | 0 |
| HPP90 | 179 | 179 | 2,58 | 2,58 | 0 | 4 | 0 |
| HPP32 | 8 | 8 | 1,37 | 1,37 | 4 | 0 | 0 |
| HPP68 | 18 | 18 | 0,17 | 0,17 | 4 | 0 | 0 |
| HPP137 | 31 | 31 | 0,35 | 0,35 | 4 | 0 | 0 |
| HPP102 | 138 | 138 | 1,95 | 1,95 | 0 | 3 | 1 |
| HPP131 | 99 | 99 | 2,18 | 2,18 | 0 | 3 | 1 |
| HPP79 | 20 | 20 | 0,00 | 0,00 | 4 | 0 | 0 |
| HPP62 | 43 | 43 | 0,31 | 0,31 | 4 | 0 | 0 |
| HPP53 | 108 | 108 | 0,78 | 0,78 | 1 | 3 | 0 |
| HPP72 | 137 | 137 | 0,85 | 0,85 | 1 | 3 | 0 |
| HPP23 | 56 | 56 | 0,42 | 0,42 | 4 | 0 | 0 |
| HPP2 | 212 | 212 | 3,63 | 3,63 | 0 | 4 | 0 |
| HPP9 | 156 | 156 | 4,94 | 4,94 | 0 | 4 | 0 |
| SDP9 | 149 | 149 | 15,45 | 15,45 | 0 | 4 | 0 |
| SDP3 | 30 | 30 | 3,33 | 3,33 | 4 | 0 | 0 |
| SDP6 | 34 | 34 | 0,07 | 0,07 | 4 | 0 | 0 |
| SDP18 | 52 | 52 | 1,19 | 1,19 | 4 | 0 | 0 |
| SDP21 | 140 | 140 | 14,53 | 14,53 | 0 | 4 | 0 |
| SDP13 | 38 | 38 | 0,23 | 0,23 | 4 | 0 | 0 |
| SDP24 | 125 | 125 | 5,58 | 5,58 | 0 | 3 | 1 |

Annexe3 : Questionnaire, dimensions, sous-dimensions et sources

| | dimension | sous-dimensions | échelle (auteur) | |
|--|---|--|---|--|
| Spécifique employé-es | Genre | | | |
| | Age | | | |
| | Niveau d'études | | | |
| | Statut professionnel | Contrat de droit public Contrat de droit privé | | |
| | Emploi | | | |
| | Temps de travail | | | |
| | Ancienneté | Dans le poste Dans l'établissement | | |
| | Santé perçue | | Questionnaire SATIN INRS/Université de Lorraine | |
| Spécifique employeurs | Raison sociale | | DARES enquête 2013 | |
| | Numéro SIRET | | | |
| | Numéro FINESS | | | |
| | Activités en clair | | | |
| | Code APE | | | |
| | Statut juridique | | | |
| | Convention collective majoritaire | | | |
| | Ancienneté | | | |
| | Motivation service public | Attraction pour les politiques publiques Compassion Abnégation | | Kim et al. (2013), traduction Céline Desmarais (2014) |
| | Impl.organisationnelle | Impl.orga affective Impl.orga calculée Impl.orga normative | | Allen et Meyer (1996) |
| Confiance organisationnelle | Confiance dans l'organisation | Mayer et Davis (1999) | | |
| Soutien organisationnel perçu | Valorisation Considération | Quenneville, Bentein et Simard, 2010 utilisé dans la thèse de Carrier-vernhet (2012) sur les CL | | |
| Justice organisationnelle (Colquitt 2001) (trad Jouglard-Tritschler et Steiner, 2005) | Justice distributive | Leventhal (1976) | | |
| | Justice procédurale | Leventhal (1980) | | |
| | Justice interpersonnelle | Bies & Moag (1986) | | |
| | Justice informationnelle | Shapiro et al. (1994) | | |
| Qualité du management | Exemplarité | Qualité du management : Arnold et al. (2010) ; Srivastava, Bartol et Locke, (2006) | | |
| | Participation aux décisions | | | |
| | Empathie | | | |
| Soutien professionnel | Soutien hiérarchique Soutien collègues | Questionnaire de Karasek, version française | | |
| Soutien émotionnel | Soutien hiérarchique Soutien collègues | Niedhammer et al. (2006, 2007) | | |
| Tension de rôle | Surcharge quantitative ou qualitative | Echelle de Rizzo et al (1980) traduite et validée en français par Loubes (1997) items retenus par Commeiras, Loubes et Fournier (2009) | | |
| | Ambiguïté des rôles | | | |
| | Conflits entre les rôles | | | |
| Charge de travail | Pression temporelle | Echelle de Caplan, Cobb, French (1975) : Wallace, (2005) Utilisé dans la thèse de Carrier-vernhet (2012) | | |
| | Quantité de travail | | | |
| | Pression temporelle | | | |
| | Intensité | | | |
| Locus de contrôle au travail | Interne | Paquet et al. (2012) adaptée de la Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS) de Wallston, Wallston et De Vellis (1978) | | |
| | Collègues | | | |
| | Supérieur | | | |
| | Chance Patient/usager | | | |
| Intention de quitter | Intention de quitter pas de sous-dimension (thèse de Giraud 2012) | Colle et al. (2005) | | |
| Incertitude professionnelle | Crainte | DARES INSEE 2012 | | |
| | Métier | | | |
| | Chômage | | | |
| | Maintien | | | |
| | Souhait | | | |

Annexe 4 : Questionnaire « Locus de contrôle »

| | | | |
|---|--|-----------------|---|
| Locus de contrôle au travail | Dans mon travail, c'est mon propre comportement qui détermine si je vais réussir | Interne | Paquet et al. (2012) adaptée de la Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS) de Wallston, Wallston et De Vellis (1978) Adjonction pour la thèse d'une sous-dimension "Patient/Usager" |
| | Je peux éviter d'avoir des échecs dans mon travail par mon comportement | | |
| | Si je le veux vraiment, je peux réussir dans mon travail. | Collègues | |
| | Si mes collègues agissent de façon appropriée, je peux réussir dans mon travail. | | |
| | Je peux éviter d'avoir des échecs dans mon travail par le comportement de mes collègues. | | |
| | Si mes collègues font ce qu'il faut, je peux réussir dans mon travail. | Supérieur | |
| | Chaque fois que je veux réussir dans mon travail, je dois écouter attentivement mon supérieur | | |
| | Mon supérieur a beaucoup à voir avec le fait que je réussisse ou pas dans mon travail. | | |
| | Quand je réussis dans mon travail, c'est en général parce que mon supérieur s'est occupé de moi | Chance | |
| | La plupart de mes réussites dans mon travail arrivent par chance. | | |
| | Si je ne réussis pas dans mon travail, c'est principalement dû à la malchance. | | |
| | Quoi que je fasse, je ne réussirai probablement pas dans mon travail. | Patient /usager | |
| | Les caractéristiques ou demandes de mes patients/usagers m'empêchent de réussir dans mon travail | | |
| C'est grâce à mes patients/usagers que je suis efficace dans mon travail | | | |
| Mes patients/usagers me contraignent à des tâches qui ne font pas partie de mon travail | | | |

Annexe 5 : Questionnaire « données personnelles employé-es »

| dimension | sous-dimensions | items cadre | codes | modalités de réponses |
|----------------------|----------------------|---|-----------------------|---|
| Genre | | Stats 2010 de la CNAMTS, Askénazy 2006, Hamon Cholet 2007 | H/F | Un homme/une femme |
| Age | | Paillé, 2004; Euzenat 2009b | A1/A2/A3/A4 /A5/A6/A7 | Moins de 30 ans/30-34 ans/35-39 ans/40-44 ans /45-49 ans/50-54 ans/≥55 ans |
| Niveau d'études | | Statistiques CNAMTS | VI/V/IV/III/II/I | aucun diplôme/BEP-CAP ou équivalent (aide-soignante, AVS, ASH) /Bac, brevet pro ou équivalent/Bac +2 (BTS, DEUG...) /Bac +3/Bac +5 et plus |
| Statut professionnel | Droit public | Euzenat 2009b | A/B/C | Fonctionnaire/Cat A/Cat B/Cat C |
| | Droit privé | Askénazy 2006 | Int/CDD/CDI | Droit privé/Intérim/CDD/CDI |
| Emploi | | Hamon-Cholet 2007, Ben Halima Regaert 2015 | | ouverte |
| Temps de travail | | INSEE, Ben Halima Regaert (2015), Fenn-Ashby (2004) | TP/40%/60% /80%/Var | Temps plein/inférieur à 15 heures par semaine (40 % du temps plein) /de 15 à 22 heures par semaine (40 à 60 % de temps plein) /de 22 à 29 heures par semaine (60 à 80 % de temps plein) /plus de 29 heures par semaine (80 % de temps plein)/Variable |
| Ancienneté | Dans le poste | Euzenat 2016, Bena et al. 2013, | 1/2/5/10/Plus | Moins de 1 ans/1-2 ans/3-5 ans/6-10 ans/10 ans et plus |
| | Dans l'établissement | De la Fuente et al. 2015 | 1/2/5/10/Plus | Moins de 1 ans/1-2 ans/3-5 ans/6-10 ans/10 ans et plus |
| Santé perçue | | Questionnaire SATIN INRS /Université de Lorraine | (-)/(-)/0/(+)/(++) | Très mauvaise/Mauvaise/Ni bonne, ni mauvaise/Bonne/Très bonne |

Annexe 6 : Questionnaire employé-es

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je peux compter sur mon organisation pour tenir ses promesses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je sais que mon organisation prend en compte l'opinion des employés lorsqu'elle prend une décision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai confiance dans les compétences de mon organisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon organisation est connue pour réussir les projets qu'elle entreprend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon organisation valorise ma contribution à son bon fonctionnement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon organisation se soucie réellement de mon bien-être | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon organisation serait prête à m'aider si je faisais une demande particulière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon organisation se soucie réellement de mon niveau de satisfaction au travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon organisation prend en considération mes objectifs et mes valeurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La reconnaissance que je reçois (retours sur mon travail, appréciations...) correspond bien aux efforts que je fournis dans mon travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La reconnaissance que je reçois (retours sur mon travail, appréciations...) est appropriée au travail que je fournis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La reconnaissance que je reçois (retours sur mon travail, appréciations...) est à la hauteur du travail que j'effectue au service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La reconnaissance que je reçois (retours sur mon travail, appréciations...) est justifiée au regard de mes performances. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les prises de décisions sont appliquées de la même façon à tous les employés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les décisions prises respectent des règles d'éthique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai la possibilité de demander de réexaminer les décisions me concernant une fois qu'elles sont prises. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai de l'influence sur les prises de décision me concernant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai la possibilité d'exprimer mes opinions et sentiments sur les prises de décisions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les prises de décisions me concernant font intervenir des préjugés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les décisions prises sont basées sur des informations exactes de la situation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mon supérieur me traite poliment. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur me traite avec dignité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur me traite avec respect. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur me fait des remarques ou des commentaires déplacés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur a une communication franche avec moi concernant les prises de décisions me concernant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur m'explique de façon complète les procédures utilisées pour prendre les décisions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur me donne des explications pertinentes sur les procédures servant aux prises de décisions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur me communique des informations détaillées dans des délais raisonnables. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur adapte sa communication selon mes besoins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mon supérieur hiérarchique travaille autant que ses subordonnés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique montre l'exemple par son comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique travaille aussi dur qu'il/elle le peut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique utilise les propositions de l'équipe pour prendre des décisions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique encourage les membres de l'équipe à faire des suggestions et des propositions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique donne à chacun la possibilité d'exprimer ses opinions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique prend le temps de discuter avec chacun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur hiérarchique donne à chacun des réponses claires à ses questions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur prête attention à ce que je dis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur se soucie du bien-être de ses subordonnés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les collègues avec qui je travaille sont amicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mon travail comporte des objectifs clairs et planifiés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mes responsabilités sont clairement définies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les explications de ce que je dois faire sont claires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je dois aller à l'encontre d'une règle ou d'une procédure pour réaliser ma tâche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je n'ai pas assez de temps en une journée pour faire tout mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai une charge de travail très importante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je dois travailler très vite pour que les choses soient faites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je dois travailler intensément en permanence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| J'admire les personnes qui initient ou sont impliquées dans des activités visant à aider la communauté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il est important de participer aux activités qui s'attaquent aux difficultés sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pour moi, il est très important que le service public ne perde pas son sens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c'est important pour moi de contribuer à l'intérêt collectif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| je compatis à la situation des personnes défavorisées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| je comprends ce que ressentent les personnes qui sont en difficultés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| je suis très contrarié-e quand je vois une personne se faire traiter injustement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| prendre en compte le bien-être des autres est très important | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j'accepterais un désavantage personnel si c'était dans l'intérêt de la société | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| je pense qu'il faut faire passer les devoirs civiques avant son intérêt personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| je suis prêt-e à faire certains sacrifices pour le bien de la société | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| même si cela me coûte de l'argent je serai d'accord avec une bonne politique destinée à améliorer la situation des plus défavorisés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je serais très heureux (se) de finir ma carrière dans cette structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ressens les problèmes de cette structure comme les miens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à cette structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ne me sens pas attaché (e) affectivement à cette structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens complètement membre de cette structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cette structure a une grande signification pour moi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je reste dans cette structure autant par besoin que par envie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cela serait difficile pour moi de quitter cette structure même si je le voulais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ma vie pourrait être très perturbée si je décidais de quitter cette structure maintenant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je pense que je n'ai pas assez d'autres emplois possibles pour quitter cette structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si je n'avais pas tant donné à cette structure je pourrais penser à travailler ailleurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une de mes inquiétudes si je partais serait de trouver un autre travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ne ressens pas une obligation de rester chez mon employeur actuel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ne ressens pas le droit de quitter cette structure actuellement, même si cela était à mon avantage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si je quittais cette structure maintenant, je n'aurais aucun remords | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cette structure mérite ma loyauté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ne quitterais pas cette structure car je me sens une dette envers les autres employés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je dois beaucoup à cette structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dans mon travail, c'est mon propre comportement qui détermine si je vais réussir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je peux éviter d'avoir des échecs dans mon travail par mon comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si je le veux vraiment, je peux réussir dans mon travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si mes collègues agissent de façon appropriée, je peux réussir dans mon travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je peux éviter d'avoir des échecs dans mon travail par le comportement de mes collègues. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si mes collègues font ce qu'il faut, je peux réussir dans mon travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chaque fois que je veux réussir dans mon travail, je dois écouter attentivement mon supérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon supérieur a beaucoup à voir avec le fait que je réussisse ou pas dans mon travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quand je réussis dans mon travail, c'est en général parce que mon supérieur s'est occupé de moi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La plupart de mes réussites dans mon travail arrivent par chance. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si je ne réussis pas dans mon travail, c'est principalement dû à la malchance. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quoi que je fasse, je ne réussirai probablement pas dans mon travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les caractéristiques ou demandes de mes patients/usagers m'empêchent de réussir dans mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C'est grâce à mes patients/usagers que je suis efficace dans mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mes patients/usagers me contraignent à des tâches qui ne font pas partie de mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je sens peu de raisons d'être fier de moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parfois je me sens vraiment inutile. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je n'ai pas l'intention de quitter mon entreprise bientôt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je crois que je vais continuer à travailler dans mon entreprise actuelle dans le futur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je suis en train de penser à quitter mon travail dans mon entreprise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actuellement, je ne recherche pas activement un travail en dehors de mon entreprise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je pense sérieusement à quitter mon travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aussitôt que j'aurai trouvé un travail plus intéressant, je quitterai mon entreprise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | pas du tout d'accord | plutôt en désaccord | ni en accord ni en désaccord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pour l'année qui vient, j'ai des craintes pour mon emploi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans les trois prochaines années, je pense que je devrai changer de qualification ou de métier. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si je devais perdre ou quitter mon emploi actuel, il serait facile de trouver un emploi avec un salaire proche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je serais capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à ma retraite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je souhaite faire le même travail jusqu'à ma retraite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annexe 7 : Courrier aux employeurs de l'échantillon

Nom prénom

Adresse 1

Adresse 2

Pau, le 15 avril 2019

Madame, Monsieur,

Pour **améliorer la sinistralité** dans le secteur sanitaire et médico-social en Aquitaine, accroître l'efficacité de la **prévention** et modéliser l'organisation prévenante, la Carsat Aquitaine et AG2R La Mondiale sont partenaires d'un projet de recherche-action mené par la Chaire Optima, structure de recherche de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour.

Les premiers travaux de recherche ont circonscrit des **facteurs explicatifs** de la sinistralité dans ce secteur. Mais il est nécessaire d'affiner ces résultats avec les professionnels du secteur pour rendre la **prévention plus efficace**.

Dans cette perspective, un **échantillon** représentatif de 74 établissements a été constitué à partir des critères d'activité, de taille, d'évolution et de localisation. **Votre structure en fait partie**.

Cinq rencontres départementales sont organisées (voir infra), pour vous présenter les **premiers résultats** de l'étude, mais aussi pour recueillir, à travers une méthode de questionnaire, vos points de vue sur les points forts et axes d'amélioration organisationnels de la prévention. Une analyse complète étant requise, chaque rencontre abordera la manière avec laquelle les salariés pourront également être interrogés sur le sujet.

Les organisateurs garantissent la **confidentialité** totale des réponses, et s'engagent à vous remettre les résultats de votre structure, ainsi que les résultats globalisés du groupe d'établissements auquel elle est rattachée.

Pour cette rencontre, vous pourrez être **accompagné-e** par un-e cadre de votre structure concerné-e par le sujet.

Nous vous remercions de bien vouloir **confirmer** par tous moyens **votre présence**.

Dans l'attente du plaisir de vous rencontrer,

Bien cordialement

Pour la Chaire Optima
David CARASSUS - Directeur

Dates par département :

| Dpt | Date et heure | Lieu | Adresse |
|-----------|----------------------|---------------------|---|
| 47 | Mercredi 29 mai 14h | AG2R LA MONDIALE | 6 r. Fr. Neveu, Bât Arc-en-ciel, Z. Trenque 47550 BOE |
| 40 | Lundi 3 juin 10h | IUT Pays de l'Adour | 371 rue du Ruisseau 40004 MONT-de-MARSAN |
| 24 | Mercredi 5 juin 10h | AG2R LA MONDIALE | 21 Pl. Francheville 24000 PERIGUEUX |
| 33 | Mercredi 5 juin 14h | CARSAT | 80 Av. de la Jallère 33300 BORDEAUX |
| 64 | Mercredi 12 juin 10h | AG2R LA MONDIALE | Imm. Europa Premium - rue J. Kepler 64000 PAU |

Coordonnées de réponses :

Chaire OPTIMA Stéphane Coillard stephane.coillard@univ-pau.fr 06.33.85.01.41

Coupon-réponse

A retourner pour le 15 mai 2019 au plus tard

Par MAIL : stephane.coillard@univ-pau.fr

Ou

Par COURRIER POSTAL : Université de Pau et des Pays de l'Adour – CREG
à l'attention de Stéphane Coillard
Domaine universitaire
Avenue du Doyen Poplawski
BP 575 - 64012 Pau Cedex

Je coche la case correspondant à la rencontre à laquelle je participerai

- | | | | |
|--------------------------|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> | LOT-ET-GARONNE | 29 mai 14H | AG2R LA MONDIALE, 6 rue François Neveu, Bât. Arc-en-ciel – Zone Trenque, 47550 Boé |
| <input type="checkbox"/> | LANDES | 3 juin 10H | IUT Pays de l'Adour, 371 rue du ruisseau, 40000 Mont-de-Marsan |
| <input type="checkbox"/> | DORDOGNE | 5 juin 10H | AG2R LA MONDIALE, 21 place Francheville, 24000 Périgueux |
| <input type="checkbox"/> | GIRONDE | 5 juin 14H | CARSAT Aquitaine, 80 avenue de la Jallère, 33300 Bordeaux |
| <input type="checkbox"/> | PYRÉNÉES-ATLANTIQUES | 12 juin 10H | AG2R LA MONDIALE, Immeuble Europa Premium rue Johannes Kepler, 64000 Pau |
| <input type="checkbox"/> | Pour cette rencontre je serai accompagné(e) d'un(e) cadre de ma structure concerné(e) par le sujet | | |

J'indique ci-après mes coordonnées complètes :

Nom-Prénom : _____

Fonction : _____

Adresse mail : _ _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de la structure représentée : _____

Département sur lequel se situe la structure : _____

Annexe 8 : Questionnaire Survey Monkey

OPTIMA Prévenir et réduire la sinistralité dans le sanitaire et le médico-social (questionnaire employeurs)

Mesure des facteurs de sinistralité

La problématique
Fortement impacté par la sinistralité (Accidents du travail et Maladies Professionnelles), le secteur sanitaire et médico-social connaît de grandes hétérogénéités entre établissements ou services équivalents; Ces hétérogénéités supposent une influence de l'organisation sur le risque d'accidents du travail et l'évolution de celui-ci.

Nos objectifs
Décrire et mesurer les causes organisationnelles de la sinistralité;
Concevoir des outils de prévention complémentaires aux outils actuels.

Le questionnaire
Il a été élaboré dans le cadre d'une recherche menée par la Chaire OPTIMA de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, en partenariat avec AG2R-LA MONDIALE et la CARSAT Aquitaine.

Pourquoi vous?
Si nous vous sollicitons aujourd'hui c'est que votre structure est représentative de l'ensemble des établissements de ce secteur en Aquitaine et que vous représentez votre établissement.

La confidentialité des données
Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vos réponses sont traitées de façon anonyme pour les seuls besoins de notre recherche. Soyez donc assurés de la plus grande confidentialité des données recueillies, elles ne seront accessibles qu'aux chercheurs qui analyseront ces données et qui sont tenus au secret professionnel.

Nos remerciements
Nous vous remercions pour le temps que vous allez consacrer à notre questionnaire et pour votre sincérité, cruciale pour la qualité de notre travail.

L'accès aux résultats
Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, laissez nous votre mail à la fin de ce questionnaire.
Chaire OPTIMA, Institut d'Administration des Entreprises (IAE) de Pau-Bayonne, BP 575 - 64012 PAU Cedex - France

OK

Suiv

0 sur 111 ont obtenu une réponse

Ordinateur Tablette Téléphone

APRÉCIEZ LE TEST

OPTIMA Prévenir et réduire la sinistralité dans le sanitaire et le médico-social (questionnaire employeurs)

Partie II. L'investissement dans l'établissement
La motivation de service public

9. L'organisation sollicite les personnes impliquées dans des activités visant à aider la communauté

pas du tout d'accord pas d'accord ni d'accord, ni pas d'accord d'accord tout à fait d'accord

10. L'investissement dans l'établissement implique des personnes impliquées dans des activités visant à aider la communauté

pas du tout d'accord pas d'accord ni d'accord, ni pas d'accord d'accord tout à fait d'accord

0 sur 111 ont obtenu une réponse

Ordinateur Tablette Téléphone

[Annexe 9](#) : Document de communication Employeurs/Employé-es



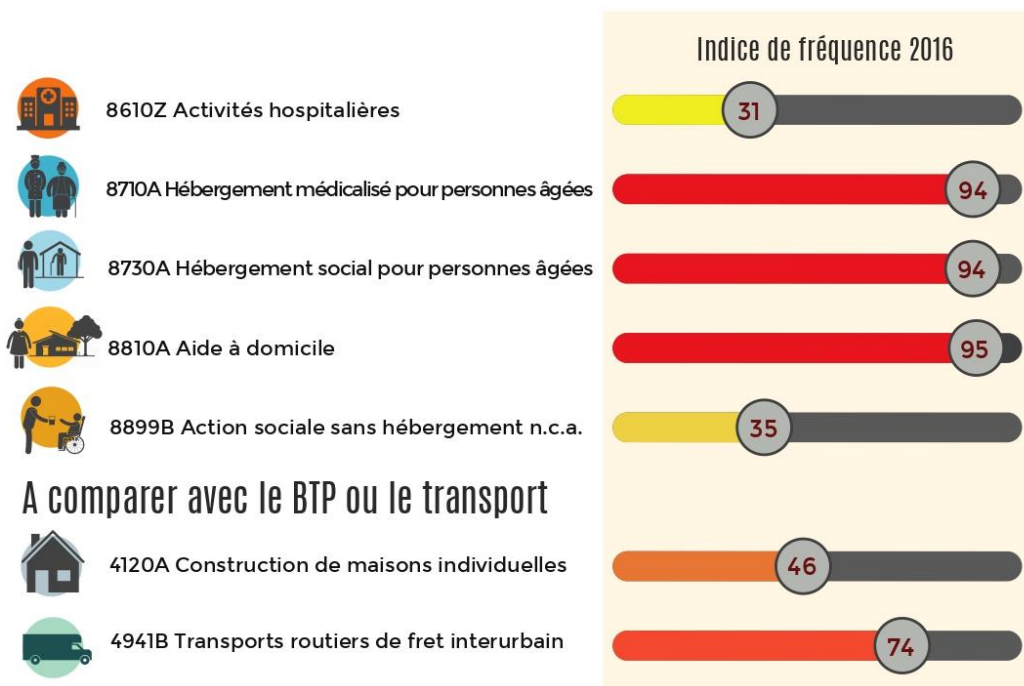


Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

“

Le secteur sanitaire et médico-social très impacté par les accidents du travail

Malgré des efforts constants, surtout en ergonomie, le secteur sanitaire et médico-social continue de présenter des fréquences d'accidents du travail élevés et toujours en hausse.

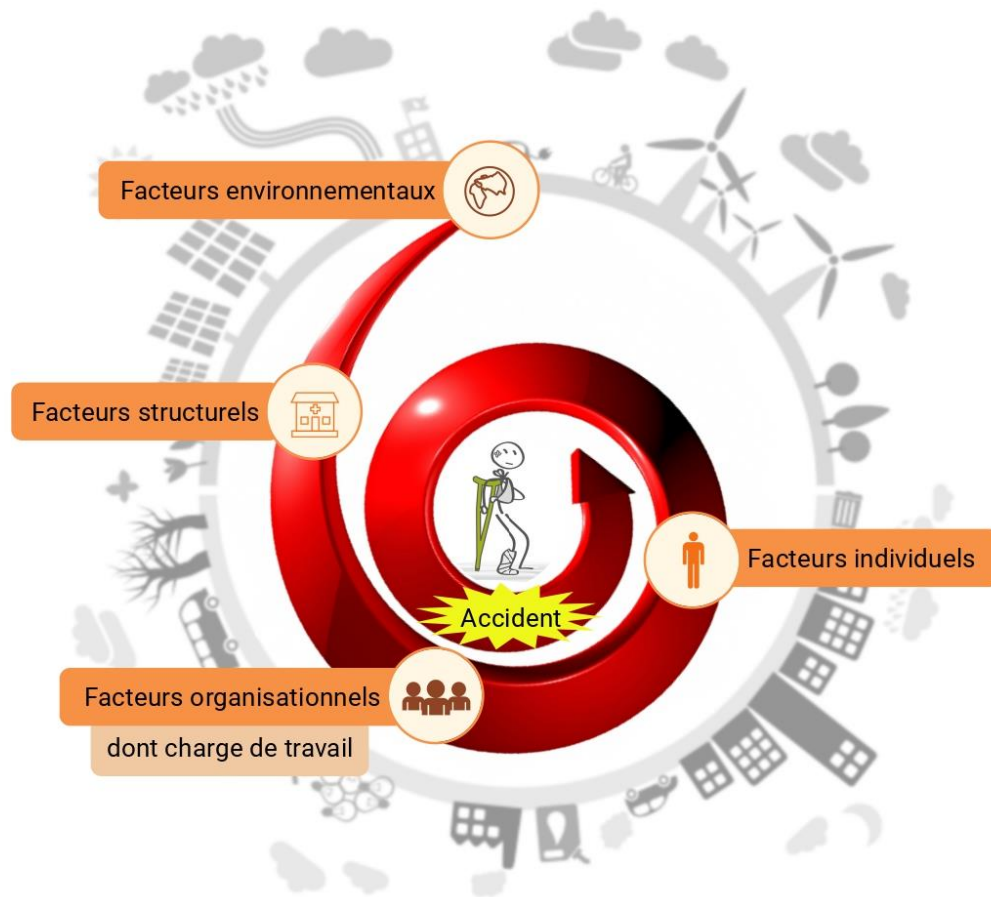


Les causes de la sinistralité sont multiples

Les statistiques d'accidents montrent des différences et des similitudes entre établissements selon leur activité, leur taille, leur localisation.

La recherche-action menée par la CARSAT Aquitaine, AG2R LA MONDIALE et l'Université de Pau vise, pour chaque groupe d'établissements, à :

- définir les facteurs principaux de sinistralité
- concevoir des politiques de prévention adaptées





Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

74 structures sur 1522

Votre structure fait partie de l'échantillon représentatif des structures d'Aquitaine.

Modalités pratiques

En accord avec votre employeur, vous participerez à une rencontre pour répondre à des questions sur l'organisation et la prévention des accidents du travail.



L'enquête

Parce que vos réponses nous aideront à comprendre les causes principales des accidents du travail...

ensemble, nous pourrons construire les modes de prévention les plus adaptés à votre situation.

Cette phase de questionnement sera suivie d'un échange avec l'animateur sur les premiers résultats obtenus.

Toutes les réponses seront anonymes et uniquement accessibles aux chercheurs responsables de l'étude.

Les contacts Etude



Stéphane Coillard
06.33.85.01.41

stephane.coillard@univ-pau.fr



sandrine.paradis@carsat-aquitaine.fr



anne-marie.vasseur@ag2rlamondiale.fr



AG2R LA MONDIALE

Carsat Retraite
& Santé
au travail
Aquitaine

2019

ORGANISATION ET PREVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

dans le secteur sanitaire et médico-social en Aquitaine



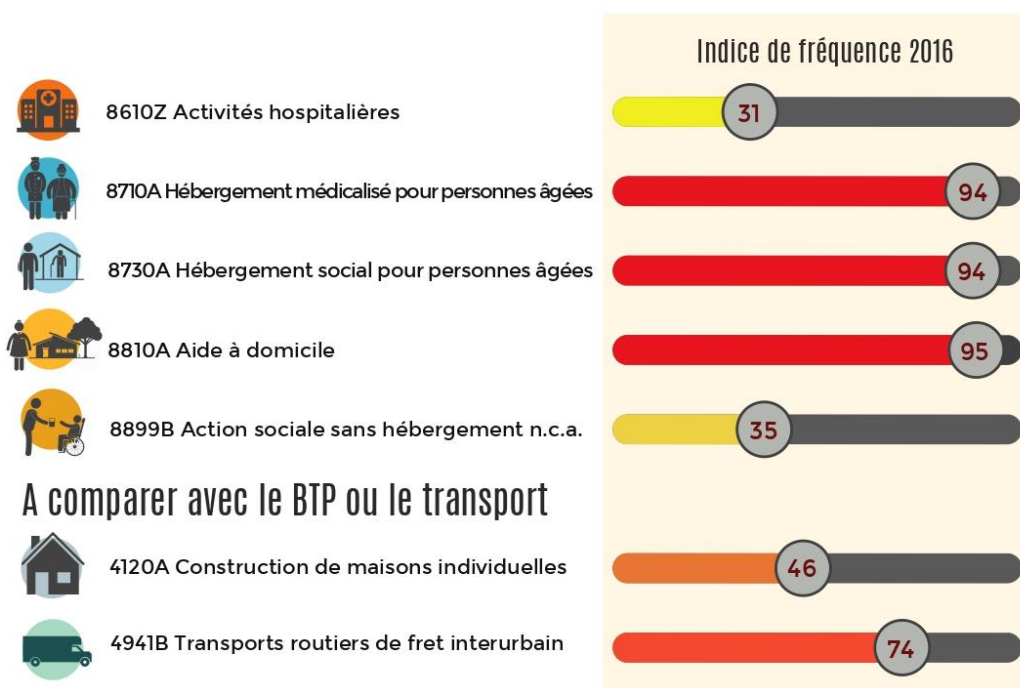


Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

“

Le secteur sanitaire et médico-social très impacté par les accidents du travail

Malgré des efforts constants, surtout en ergonomie, le secteur sanitaire et médico-social continue de présenter des fréquences d'accidents du travail élevés et toujours en hausse.

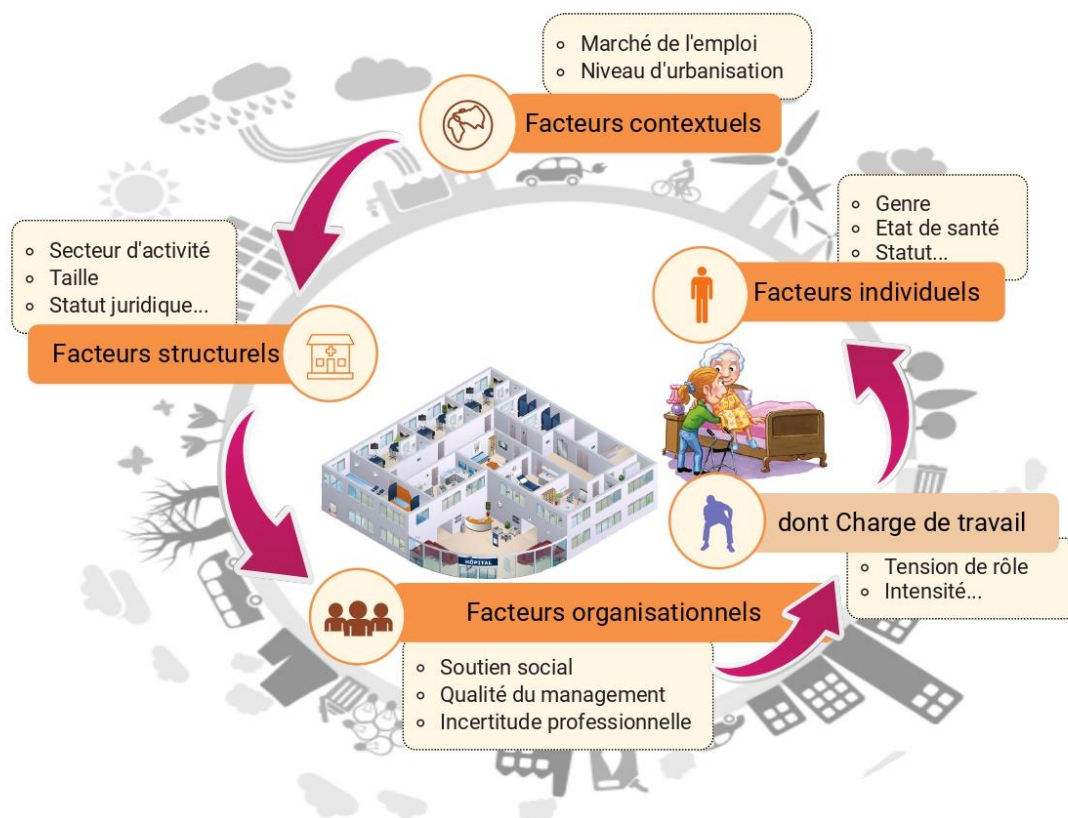


Les causes de la sinistralité sont multiples

Les statistiques d'accidents montrent des différences et des similitudes entre établissements selon leur activité, leur taille, leur localisation.

La recherche-action menée par la CARSAT Aquitaine, AG2R LA MONDIALE et l'Université de Pau vise, pour chaque groupe d'établissements, à :

- définir les facteurs principaux de sinistralité
- concevoir des politiques de prévention adaptées



74 structures sur 1522 établissements

Votre établissement fait partie de l'échantillon représentatif des établissements d'Aquitaine.



Une recherche action *En 2 phases*

- Une phase pour les structures volontaires
- Une seconde phase pour les autres structures

1ère phase

Pour les structures volontaires

Présentation à tous les employés d'un questionnaire reprenant tous les facteurs de sinistralité sélectionnés.

Objectifs :

- réalisation d'un premier tri parmi les différents facteurs;
- constitution d'un questionnaire réduit

2nde phase

Pour les structures restantes

Présentation d'un questionnaire réduit (grâce aux résultats obtenus lors de la 1ère phase)

- à tous les employés pour les structures de moins de 50 salariés
- à un groupe-projet représentatif des salariés pour les structures de plus de 50 salariés



Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

Fiche pratique

Mise en oeuvre des rencontres selon la taille de la structure

Votre établissement a moins de 50 employés

- réunion de vos employés durant environ 2 heures
- thème : prévention des accidents

Votre établissement a plus de 50 employés

- constitution d'un groupe-projet autour de la prévention des accidents
- et/ou mobilisation des groupes existants
- réunion du ou des groupes durant environ 2 heures par groupe



Contenu de la réunion

Horaires indicatifs

- Présentation de la recherche (objectifs, premiers résultats statistiques)
- Questionnaire
- Echanges sur les réponses au questionnaire

Partage des résultats obtenus

Pour chaque établissement

Remise à chaque structure des analyses

- Propres à chaque structure
- Ceux du secteur d'activité
- Ceux du territoire





*Organisation et prévention de la sinistralité
dans le secteur sanitaire et médico-social*



Contact Etude



Stéphane Coillard

stephane.coillard@univ-pau.fr

06.33.85.01.41



sandrine.paradis@carsat-aquitaine.fr



anne-marie.vasseur@ag2rlamondiale.fr



Les facteurs organisationnels des accidents du travail dans les secteurs sanitaire et médico-social en Aquitaine

Annexe 10 : Matrice des employeurs répondants

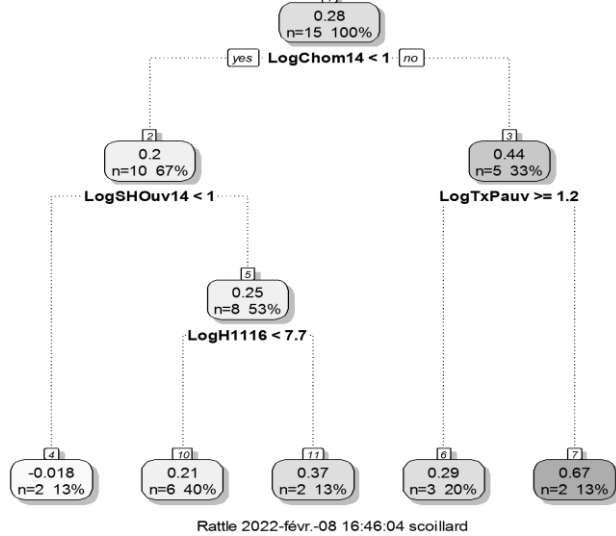
| ZE | matrice d'échantillon | ADP | | | ADPP | | | ESP | | | ESPP | | | HP | | | HPP | | | SDP | | | Total | Cible | Taux |
|------|--------------------------|--------|---------|---------|--------|----------|--------|----------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|----|----|-----|----|----|-------|-------|------|
| | | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | Q1 | IQ | Q3 | | | |
| 7202 | Périgueux | < 7,33 | > 31,25 | > 37,08 | < 40 | > 151,33 | < 49,5 | > 293,83 | < 23,83 | > 45,42 | < 16,17 | > 26,5 | < 9,25 | > 21,5 | 4 | 77 | 5% | | | | | | | | |
| 7203 | Sarlat-la-Canéda | ADP190 | ADP7 | ADPP2 | ESP92 | ESP50 | ESP92 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| 7204 | Bordeaux | ADP227 | ADP395 | ADPP2 | ESP28 | ESP108 | ESP28 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| 7206 | Paulliac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7208 | Dax | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7250 | Mont-de-Marsan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7209 | Agen | ADP168 | | | ESP30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7210 | Marmande | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7211 | Villeneuve-sur-Lot | ADP525 | | ADPP12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7214 | Pau | ADP121 | ADP389 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | neutre | ADP190 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | positifs | ADP121 | ADP525 | ADP389 | ESP92 | ESP108 | ESP92 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| | | ADP98 | | ADPP2 | ESP30 | ESP28 | ESP30 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| | négatifs | | ADP168 | ADP7 | ESP50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ADP227 | ADP395 | ADPP2 | ESP92 | ESP50 | ESP92 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| 0 | Commune hors attraction | ADP525 | ADP7 | ADPP12 | ESP30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Bordeaux | ADP227 | ADP395 | ADPP2 | ESP92 | ESP50 | ESP92 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| 44 | Pau | ADP121 | ADP389 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 87 | Brive | | | ADPP2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 93 | Agen | ADP168 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | Périgueux | ADP98 | | ADPP2 | ESP108 | ESP28 | ESP108 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| 106 | Mont-de-Marsan | | | ADPP185 | ESP108 | ESP28 | ESP108 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | ADPP185 | ADPP12 | | | | | | | | |
| 111 | Dax | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 175 | Marmande | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 233 | Sarlat-la-Canéda | ADP190 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 355 | Paulliac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Echantillon | 2 | 4 | 3 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | | | | | | | | |
| | Cible | 92 | 183 | 92 | 45 | 90 | 45 | 27 | 53 | 27 | 11 | 21 | 72 | 143 | 30 | 62 | 30 | | | | | | | | |
| | Taux | 2% | 2% | 3% | 0% | 0% | 7% | 7% | 6% | 4% | 7% | 9% | 1% | 3% | 0% | 2% | 3% | | | | | | | | |
| | Total cible par activité | 367 | | 180 | 107 | 43 | 287 | 43 | 122 | 19 | 5 | 19 | 122 | 5 | 5 | 20% | 20% | | | | | | | | |
| | Taux | 2% | 2% | 5% | 2% | 5% | 2% | 5% | 2% | 5% | 2% | 5% | 2% | 5% | 2% | 5% | 2% | | | | | | | | |

[Annexe 11](#) : Fichier de minage de données des Zones d'Emploi 2010

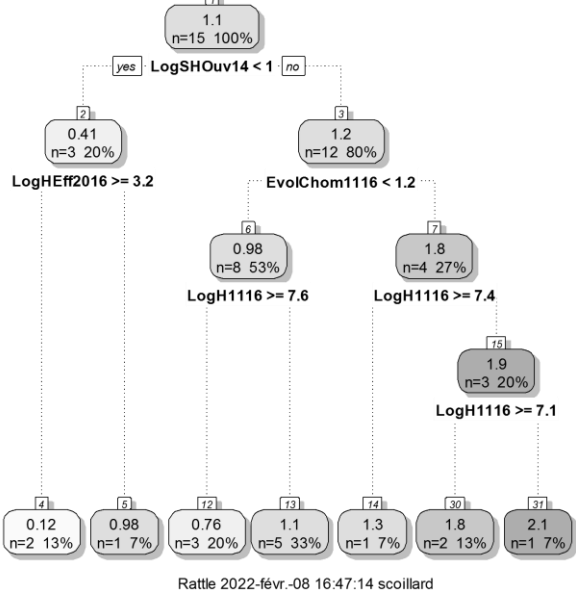
| ZENom | ZE2010 | Log Heu 1116 | Evol H 1116 | Log HEff 2016 | Evol HEff 1116 | Log Chom 2014 | LogMoy Chom 1116 | Evol Chom 1116 | Log Duree Chom 1116 | LogSH CadSup 2014 | LogSH Profinter 2014 | LogSH Empl 2014 | LogSH Ouv 2014 | LogSH Femme CadSup 2014 | LogSH Femme Profint 2014 | LogSH Femme Empl 2014 | LogSH Femme Ouvrier 2014 | LogSH 18-25 2014 | LogSH 26-50 2014 | LogSH >50 2014 | Part Empl HSM 2014 | Log MED 2014 | Log PIMP 2014 | Log Tx Pauv 2014 | | | | | | |
|------------------|--------|-------------------------|-------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|---------------------|-------------------|----------------------|-----------------|----------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|------------------|----------------|--------------------|--------------|---------------|------------------|--|--|--|--|--------|---------------|
| Bergerac | 7201 | 7,38 | 0,08 | 3,20 | 0,03 | 1,07 | 1,06 | 1,10 | 2,54 | 1,35 | 1,14 | 1,00 | 1,02 | 1,28 | 1,10 | 0,99 | 0,95 | 0,96 | 1,07 | 1,14 | 0,11 | 4,27 | 1,69 | 1,24 | | | | | | |
| Perigueux | 7202 | 7,52 | 0,01 | 3,20 | -0,02 | 1,01 | 0,99 | 1,60 | 2,56 | 1,35 | 1,14 | 1,00 | 1,02 | 1,28 | 1,11 | 0,99 | 0,97 | 0,96 | 1,07 | 1,14 | 0,10 | 4,28 | 1,70 | 1,20 | | | | | | |
| SariatLaCameda | 7203 | 6,55 | -0,03 | 3,20 | 0,05 | 1,03 | 1,01 | 1,60 | 2,68 | 1,32 | 1,12 | 0,98 | 1,01 | 1,26 | 1,09 | 0,98 | 1,00 | 0,95 | 1,04 | 1,12 | 0,13 | 4,27 | 1,70 | 1,23 | | | | | | |
| Bordeaux | 7204 | 8,41 | 0,14 | 3,20 | -0,03 | 1,00 | 0,99 | 1,00 | 2,52 | 1,38 | 1,16 | 1,03 | 1,04 | 1,31 | 1,12 | 1,02 | 0,98 | 0,98 | 1,14 | 1,23 | 0,07 | 4,33 | 1,78 | 1,09 | | | | | | |
| Libourne | 7205 | 7,18 | 0,45 | 3,19 | -0,05 | 1,05 | 1,04 | 1,10 | 2,57 | 1,36 | 1,15 | 1,00 | 1,02 | 1,29 | 1,11 | 0,99 | 0,94 | 0,96 | 1,08 | 1,14 | 0,09 | 4,27 | 1,69 | 1,23 | | | | | | |
| Pauillac | 7206 | 6,91 | 0,17 | 3,18 | -0,03 | 1,04 | 1,03 | 0,60 | 2,63 | 1,36 | 1,14 | 0,99 | 1,03 | 1,29 | 1,11 | 0,99 | 0,96 | 0,96 | 1,06 | 1,14 | 0,11 | 4,28 | 1,71 | 1,18 | | | | | | |
| LaTesteDeBuch | 7207 | 7,11 | 0,33 | 3,19 | 0,00 | 1,05 | 1,03 | 1,70 | 2,59 | 1,39 | 1,15 | 1,01 | 1,04 | 1,30 | 1,11 | 1,00 | 0,97 | 0,96 | 1,10 | 1,19 | 0,09 | 4,32 | 1,78 | 1,03 | | | | | | |
| Dax | 7208 | 7,32 | 0,04 | 3,18 | 0,05 | 1,02 | 1,01 | 1,60 | 2,59 | 1,38 | 1,15 | 1,00 | 1,03 | 1,30 | 1,11 | 0,99 | 0,97 | 0,97 | 1,09 | 1,15 | 0,09 | 4,30 | 1,75 | 1,10 | | | | | | |
| Agen | 7209 | 7,44 | 0,06 | 3,19 | -0,05 | 0,98 | 0,97 | 0,80 | 2,57 | 1,36 | 1,15 | 1,01 | 1,02 | 1,30 | 1,11 | 1,00 | 0,98 | 0,97 | 1,09 | 1,16 | 0,10 | 4,29 | 1,72 | 1,19 | | | | | | |
| Marmande | 7210 | 7,04 | 0,16 | 3,20 | -0,05 | 0,99 | 0,99 | 1,20 | 2,58 | 1,35 | 1,13 | 0,99 | 1,01 | 1,28 | 1,09 | 0,98 | 0,95 | 0,96 | 1,06 | 1,11 | 0,11 | 4,26 | 1,68 | 1,24 | | | | | | |
| VilleneuveSurLot | 7211 | 7,06 | -0,01 | 3,16 | -0,13 | 1,06 | 1,05 | 1,00 | 2,60 | 1,33 | 1,13 | 0,99 | 1,00 | 1,26 | 1,09 | 0,98 | 0,97 | 0,95 | 1,05 | 1,11 | 0,12 | 4,25 | 1,67 | 1,27 | | | | | | |
| Bayonne | 7212 | 7,76 | 0,15 | 3,20 | 0,00 | 0,95 | 0,94 | 0,80 | 2,55 | 1,39 | 1,15 | 1,01 | 1,03 | 1,30 | 1,11 | 1,00 | 0,97 | 0,97 | 1,10 | 1,18 | 0,09 | 4,32 | 1,76 | 1,07 | | | | | | |
| OloronSteMarie | 7213 | 6,95 | 0,01 | 3,18 | -0,07 | 0,86 | 0,85 | 0,10 | 2,50 | 1,35 | 1,16 | 1,00 | 1,06 | 1,28 | 1,10 | 0,99 | 1,00 | 0,97 | 1,09 | 1,15 | 0,12 | 4,30 | 1,73 | 1,12 | | | | | | |
| Pau | 7214 | 7,72 | 0,08 | 3,18 | -0,01 | 0,92 | 0,91 | 0,60 | 2,52 | 1,40 | 1,16 | 1,02 | 1,04 | 1,32 | 1,12 | 1,01 | 0,96 | 0,98 | 1,13 | 1,22 | 0,09 | 4,32 | 1,76 | 1,07 | | | | | | |
| MontDeMarsan | 7250 | 7,21 | 0,21 | 3,19 | -0,01 | 0,90 | 0,89 | 1,20 | 2,56 | 1,35 | 1,13 | 1,00 | 1,00 | 1,28 | 1,10 | 1,00 | 0,95 | 0,96 | 1,06 | 1,13 | 0,09 | 4,29 | 1,73 | 1,12 | | | | | | |
| | | variables structurelles | | | | | | | | | | | | | | | | | | Chômage | | | Salaires | | | | | | emploi | niveau de vie |

[Annexe 12](#) : Arbres de régressions du taux de gravité et de l'évolution des taux de fréquence et de gravité en fonction de variables économiques et structurelles des zones d'emploi 2010

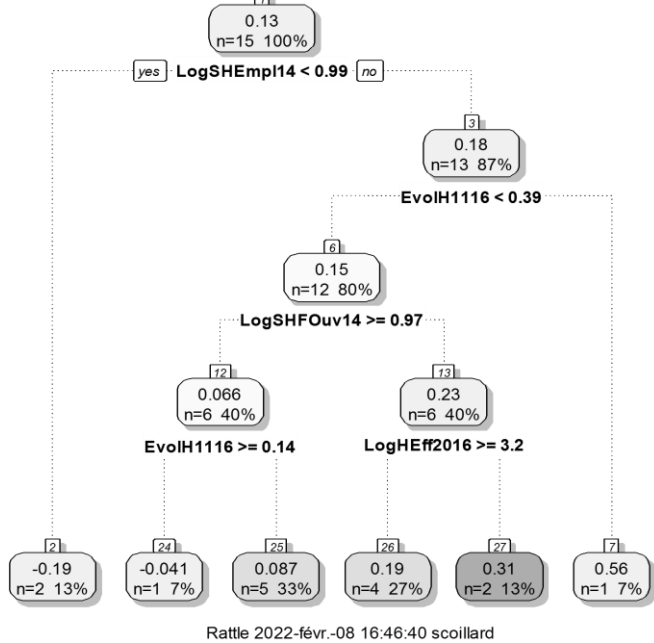
Arbre de décision DonneesAToui2022ZE \$ LogTg1116



Arbre de décision DonneesAToui2022ZE \$ Tg11Tg16



Arbre de décision DonneesAToui2022ZE \$ Tx11Tx16



Annexe 13 : Cahier de préconisations livré au financeurs fin 2020



AG2R LA MONDIALE

Carsat Retraite
& Santé
au travail
Aquitaine

2020

PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

dans le secteur sanitaire et médico-social en Aquitaine



Préconisations





Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

2

Des politiques de prévention complémentaires

Les résultats de notre recherche nous amènent à proposer des pratiques de prévention complémentaires aux politiques déjà mises en place.

Elles se déclinent en 14 préconisations, associées aux différents niveaux de décisions.



Préconisations

1 ET 2

ZONES D'EMPLOI

Préconisations

3 4 ET 5

ETABLISSEMENTS



Préconisations

6 7 ET 8

EMPLOYEURS

Préconisations

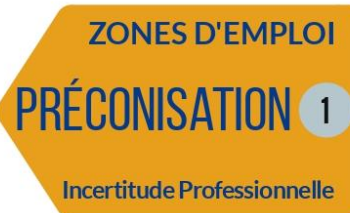
9 À 14

EMPLOYÉ-ES



Une campagne de communication territorialisée

Parce que le contexte géographique influe sur l'occurrence et la déclaration des accidents du travail, il est possible de cibler les campagnes de prévention selon deux concepts : présentéisme et incertitude professionnelle.



“ Tout incite les ouvriers à devenir de plus en plus irresponsables et notamment à masquer leurs erreurs. Se trouvent mis en balance un risque contre un autre, le risque corporel contre le risque de perdre son emploi. ” N. Jounin (2008)



#1

Crainte de perte
de son emploi



#2

Nécessité de
reconversion



#3

Peur du chômage



#4

Même emploi
jusqu'à la retraite

1 Campagne ciblée
sur les zones d'emploi à
fort taux de chômage :
Pauillac, La Teste-de-
Buch (ex. IRTS)



<https://www.facebook.com/watch/?v=4565797533445604>



Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

4

Décourager la sous-déclaration

S'il paraît positif pour l'encadrement, le travail malgré la douleur ou la maladie, ou présentéisme, est source de dommages plus graves en second temps. Lié au sentiment de responsabilité pour les patients ou les collègues, il induit la sous-déclaration.



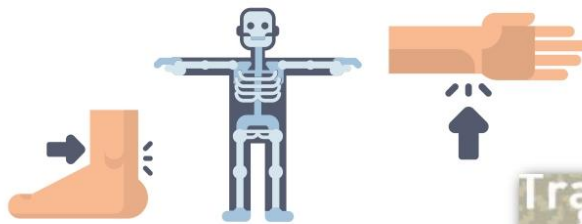
ZONES D'EMPLOI
PRÉCONISATION 2
 Présentéisme



Malgré ma maladie, j'étais capable de finir des tâches difficiles dans mon travail.



Questionnaire de Koopman & al. (2002)



2 Campagne ciblée sur les zones à faible taux de fréquence : Sarlat, Marmande, Villeneuve sur Lot (ex. ANACT-2014)



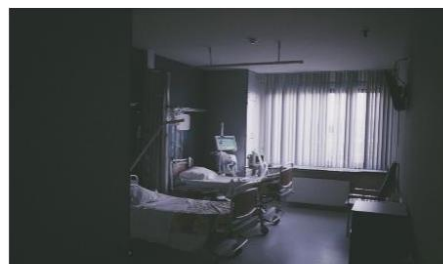
Des activités plus ou moins accidentogènes

L'hébergement pour personnes âgées, qu'il soit social ou médicalisé, le soin à domicile, présentent des taux de fréquence trois fois plus élevés que les établissements hospitaliers.

ETABLISSEMENTS

PRÉCONISATION 3

EHPAD & Soins à domicile



Le personnel est insuffisant; les tâches sont routinières; une infirmière pour 80 ou 100 résidents... elle passe tout son temps à la distribution des médicaments et à la gestion; [...] les conditions de travail sont démotivantes et le personnel ne cesse de nous dissuader d'aller un jour travailler en gérontologie



Citée par H. Archambaud (2006)



3 Campagne ciblée sur les EHPAD et Services de soins à Domicile



<https://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-62426242.pdf>

Le temps plein contre les accidents

Facteur de stabilité, garantie de salaire, le temps plein est aussi une condition de la régularité dans les gestes et les pratiques professionnelles. Il apparaît comme un élément-clé de prévention des accidents du travail.

ETABLISSEMENTS

PRÉCONISATION 4

Temps plein



Le travailleur qui accepte un emploi à temps partiel le fait généralement sous la contrainte des nécessités socio-économiques ou en raison de l'absence d'autres alternatives, ce type d'emploi étant en définitive rarement le résultat d'un choix librement effectué



OCDE, *Conduire le changement structurel. Le rôle des femmes* (1991)



4 Campagne pour le temps plein dans l'Aide à domicile

<https://www.anact.fr/formes-atypiques-demploi-et-de-travail-pour-des-pratiques-securisantes-et-performantes-0#>





Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

7

La taille des EHPAD et la sinistralité

Si les plus faibles tailles d'établissements ne permettent pas la mise en place de politique de prévention structurée, une taille "familiale" de structure paraît facteur de faible sinistralité, le risque augmentant fortement au-delà d'une vingtaine de salarié-es.

ETABLISSEMENTS
PRÉCONISATION 5
 Taille des EHPAD



Aujourd'hui, le risque, c'est que chacun fasse à sa sauce. Ça manque de communication. On a besoin de se parler plus, on a besoin de réunions d'équipe, ça existait avant avec toute l'équipe, mais plus maintenant. Du coup, aujourd'hui, il y a beaucoup de non-dits et de malentendus.



Marie, AS, citée par la DREES (sept 2016)



5 Campagne de prévention vers les EHPAD "moyens". Préservation des "petits" EHPAD

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>





Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

8

Les centre-bourgs et petites villes

L'analyse à partir de la densité urbaine montre une augmentation très forte de la sinistralité et de la gravité des accidents du travail dans les villes de densité moyenne : Cambo-les-Bains, La Réole, Hagetmau, Saint-Astier ou Mimizan.

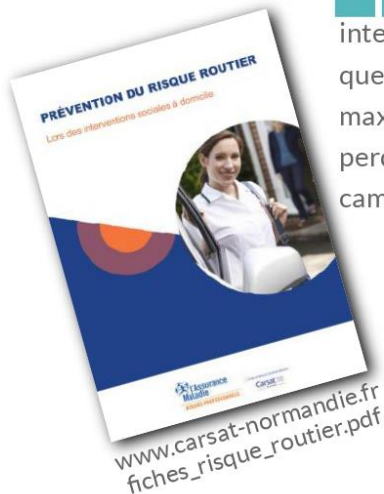
EMPLOYEURS
PRÉCONISATION 6
Petites villes



“ C’est calculé un quart d’heure entre les deux interventions. Si ça fait plus loin, il faut s’arranger pour que ça fasse un quart d’heure aussi, 20 minutes maximum. Parfois, c’est juste : en 20 minutes, il faut pas perdre de temps, surtout sur des petites routes de campagne.



Citée par A. Dussuet (2013)



6 Campagne de prévention territorialisée sur les risques routiers et organisationnels

<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/infogrisqueroutier.p>



La motivation de service public

L'attention portée à l'intérêt général, la compassion, génèrent pour les employeurs une plus grande vigilance pour la santé de leurs employé-es, pour leur bien-être au travail. Par contrecoup la motivation de service public permet des taux de sinistralité plus faibles.

EMPLOYEURS

PRÉCONISATION 7

Intérêt général



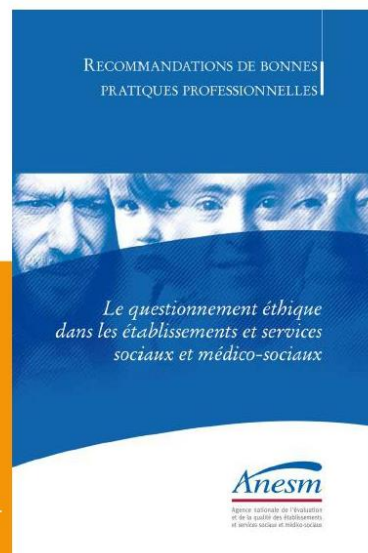
« Finalement, notre cœur de profession, c'est les situations médico-sociales complexes. Et même, on parle de questions d'éthique, mais [...] des fois, c'est simplement revenir sur des choses médicales simples : parler au patient, savoir ce qu'il veut, s'il a compris, savoir ce qu'il souhaite et de voir la situation de façon plus large et moins spécialisée. »



Cadre cité par K. Bréhaut (2015)

7 Formation des cadres à l'éthique et au management par le sens

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf



La relation entre patient/usager et employé-e

Le fait que les décisions des employé-es soient prises en fonction du patient/usager plutôt qu'en fonction de son encadrement ou de ses collègues apparaît comme facteur de baisse de fréquence des accidents.

EMPLOYEURS

PRÉCONISATION 8

Relation au patient



Il faut aussi s'adapter aux personnes ou à la famille et l'accepter, jouer avec sa psychologie. Moi quand j'arrive il faut que j'étudie vite, très vite la personne, ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas



citées par T. Ribault (2008)

Mais redonner toute sa place au bénéficiaire, c'est aussi faire valoir sa demande par rapport à sa famille, mais c'est aussi savoir lui dire "Non, ça ce n'est pas mon domaine, c'est à la famille de gérer ça".

8 Partage d'expérience
sur la place du bénéficiaire
Formation aux bonnes
pratiques professionnelles



<https://www.youtube.com/watch?v=ASwWkrwz2oU>



Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

11

La santé générale des employé-es

Une relation apparaît entre santé générale et accident du travail. Le sentiment de responsabilité vis-à-vis des collègues ou des bénéficiaires peut pousser à travailler malgré la douleur ou la maladie, amener au "présentéisme", repousser le traitement au risque de l'accident.

EMPLOYÉ-ES

PRÉCONISATION 9

Présentéisme



“ Aller travailler alors que l'on est malade a pour effet d'aggraver les problèmes de santé des salariés et d'augmenter, à moyen et long termes, le nombre des absences pour raisons de santé. Le présentéisme est de ce fait coûteux pour la collectivité



DARES (août 2020)



En 2016, les salariés signalent en moyenne onze jours de maladie qui ont donné lieu à huit jours d'absence au travail. Les trois jours restants, les salariés déclarent être allés travailler en étant malades. Ainsi, plus d'un jour de maladie sur quatre (27 %) s'est traduit par du présentéisme.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr>

9 Formation des cadres et des préventeurs
Campagne d'information des employé-es



<https://www.youtube.com/watch?v=HbXt127VCKM>



Clarification des responsabilités

Dans leur travail, les employé-es peuvent se trouver à devoir arbitrer entre plusieurs ordres de légitimité, demande atypique du bénéficiaire, exigences contradictoires des aidants, consignes implicites de leur hiérarchie. Ces ambiguïtés peuvent être sources de prise de risques et d'accidents.

EMPLOYÉ-ES

PRÉCONISATION 10

Responsabilités



Je lui laisse toujours un mot sur la machine. Pour lui dire de vider la machine. [...] si je lui dis, elle oublie tout de suite. Par contre, avec le mot, elle se souvient.

Cité par G. Doniol-Shaw (2009/2)

ça m'est déjà arrivé de... au lieu que, donc, je vienne... sur le papier, c'est marqué que je viens pour du ménage [...] ça m'est déjà arrivé de... pendant deux heures, de faire la tapisserie pour une personne.

Cité par L. Trabut (2014)



10 Échange de pratiques
Formation des cadres

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/les-services-daide-domicile>





Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

13

Valorisation de l'autonomie

Perçue comme un antidote au stress, elle doit être associée à la confiance et à la bienveillance et non au désintérêt ou à l'absence de soutien. Elle doit aussi être renforcée par l'information et la formation.

EMPLOYÉ-ES
PRÉCONISATION 11
 Autonomie



Je suis bien dans le métier. Ce qui me plaît, c'est l'autonomie : ils nous font confiance, on ne se sent pas seule, mais on est seule, on gère son travail, sa conscience professionnelle, on n'a personne derrière qui est en train de dire "où tu en es" ?

Cette autonomie me plaît. Et en même temps, je ne suis pas toute seule, je suis salariée, je ne suis pas indépendante, ça me rassure en même temps pour la sécurité de l'emploi.

Cité par E. Lada (2011)



11 Échange de pratiques
 Formation des cadres



<https://www.youtube.com/watch?v=j2Br2dyTB5o>





Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

14

Soutien de collègues

Les employé-es non-accidenté-es font état de plus de soutien de leurs collègues que les accidenté-es. Mais ils expriment aussi dépendre moins de ces mêmes collègues ou de leur supérieur. Tout en étant autonomes dans leur travail ils-elles peuvent s'appuyer sur leurs pairs, émotionnellement et professionnellement.

EMPLOYÉ-ES

PRÉCONISATION 12

Soutien des collègues



“ Il y a un patient qui n'arrête pas de nous insulter mais on en rit beaucoup parce qu'il va avoir une discussion cohérente pour demander un truc et puis il va repartir sur les insultes. ”

“ j'ai eu une expérience avec une patiente alcoolisée qui m'a traitée de tous les noms, menacée de mort...le médecin n'a rien fait. J'avais le soutien de l'équipe mais le cadre d'unité n'a pas réagi... Alors je me suis mise en arrêt maladie pour ça...”

Citées par C. Gintas (2010)

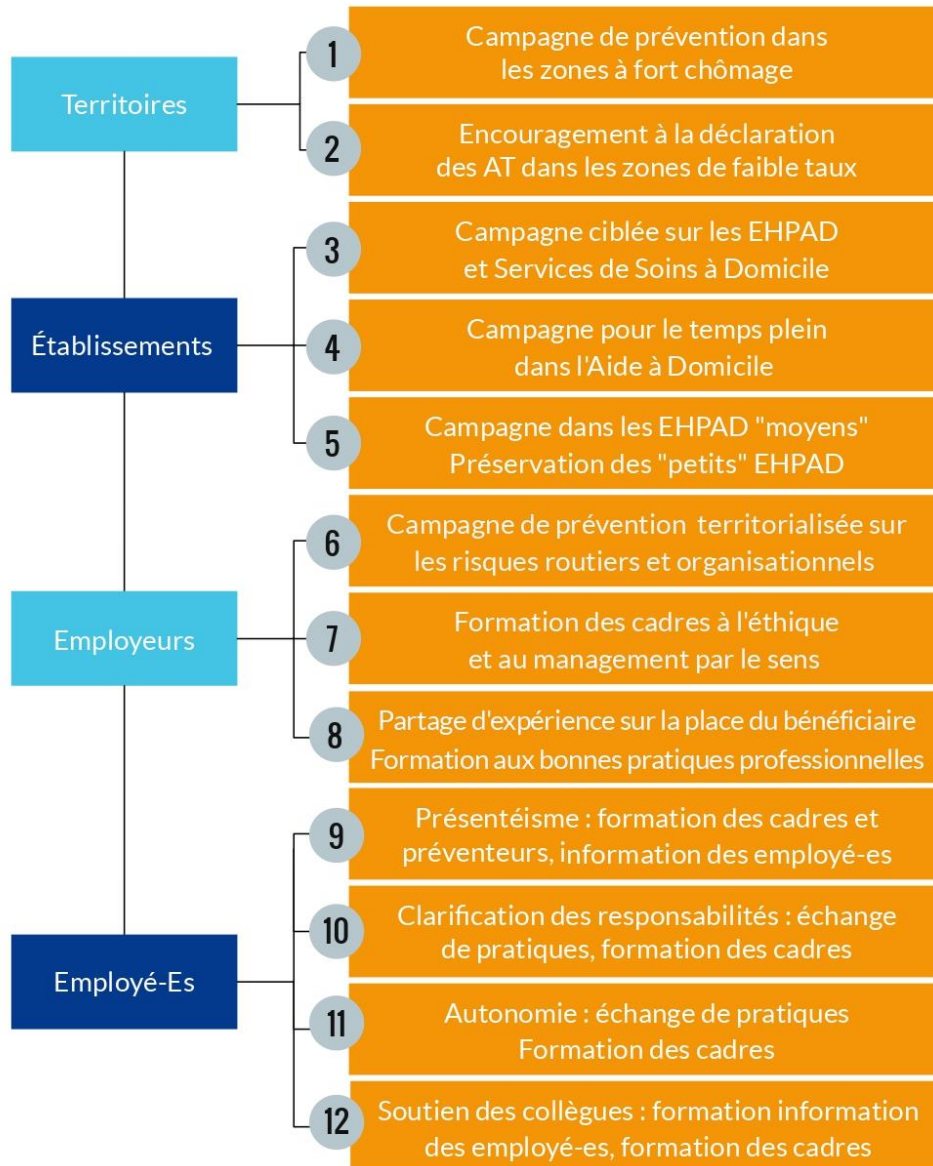
12 Formation information des employé-es
Formation des cadres



<https://www.youtube.com/watch?v=Xn3ZzVVoRDQ>

Synthèse

Déployées sur 4 niveaux d'analyse, fondées sur l'évaluation d'impact de plusieurs dizaines de facteurs et de leur hiérarchisation, il est possible de préconiser 12 actions à conduire simultanément ou successivement et à cibler par territoires et par activités :

















Organisation et prévention de la sinistralité dans le secteur sanitaire et médico-social

16



Bibliographie

-  Jounin, N. (2008). Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment. Paris, La Découverte.
-  Koopman, C., & al. (2002). Stanford presenteeism scale : health status and employee productivity. Journal of occupational and environmental medicine, 44(1), 14-20.
-  Archambault, H. (2006). Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. Gérontologie et société, 29(3), 85-100.
-  Marquier, R., & Al. (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés.
-  Dussuet, A. (2013). Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile. La Revue de l'Ires, (3), 77-97.
-  Bréhaux, K. (2015). Le management éthique?. Les Tribunes de la sante, (4), 77-89.
-  Ribault, T. (2008). Aide à domicile: de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. Revue française de socio-économie, (2), 99-117.
-  Inan, C. (2020). Quel lien entre les conditions de travail et le présentéisme des salariés en cas de maladie?
-  Trabut, L. (2014). La définition des tâches de l'aide à domicile a-t-elle pour corollaire l'absence des hommes?. Travail et emploi, (140), 21-33.
-  Doniol-Shaw, G. (2009). L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. Travailler, (2), 27-42.
-  Lada, E. (2011). Les recompositions du travail d'aide à domicile en France. Formation emploi. Revue française de sciences sociales, (115), 9-23.
-  Cintas, C. (2010). Violence des échanges en milieu extrême: que peut faire le management?. Humanisme et Entreprise, (1), 61-79.



Sitiographie

-  IRTS : <https://www.facebook.com/watch/?v=4565797533445604>
-  ANACT : <https://www.anact.fr/publications/travail-changement>
<https://www.anact.fr/formes-atypiques-demploi-et-de-travail-pour-des-pratiques-securisantes-et-performantes-0#>
-  INRS : <https://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-62426242.pdf>
-  DRESS : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>
-  Min Travail : <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/infogrisqueroutier.pdf>
-  HAS-ANESM : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf
<https://www.youtube.com/watch?v=Xn3ZzVVoRDQ>
-  CHU-Pitié/Salpêtrière : <https://www.youtube.com/watch?v=ASwWkrwz2oU>
-  JOBBOOM : <https://www.youtube.com/watch?v=HbXt127VCKM>
-  CNSA : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/les-services-daide-domicile>
-  SADVA : <http://www.sadva.fr/que-faisons-nous/>
-  Défi métiers IDF : <https://www.youtube.com/watch?v=j2Br2dyTB5o>



Photographie

-  Ho Ngoc Hai, Amélie Mourichon, Zhen Hu, CDC, Amparo Michel, Daan Stevens & al.



*Organisation et prévention de la sinistralité
dans le secteur sanitaire et médico-social*



Contact Etude



Stéphane Coillard

stephane.coillard@univ-pau.fr

06.33.85.01.41



sandrine.paradis@carsat-aquitaine.fr



anne-marie.vasseur@ag2rlamondiale.fr

BIBLIOGRAPHIE :



BIBLIOGRAPHIE

- [Abdessemed, T. & Bueno Merino, P.](#) (2016). À propos d'impact de la recherche: Les injonctions paradoxales des écoles de management françaises. *Revue française de gestion*, 261, 55-76.
- [Albentosa, J., Berthelon, C., & Galy, E.](#) (2017). Surcharge de travail en fonction de l'environnement de conduite, de l'expérience des conducteurs et de leur état interne. *Le travail humain*, 80(4), 395-416.
- [Algava, E., & Vinck, L.](#) (2015). Contraintes physiques, prévention des risques et accidents du travail. *INSEE*
- [Algava, E., & Vinck, L.](#) (2016). Vécu du travail: reconnaissance, conflits de valeurs, insécurité et changements dans le travail.
- [Allen, N. J., & Meyer, J. P.](#) (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of occupational psychology*, 63(1), 1-18.
- [Allen, N. J., & Meyer, J. P.](#) (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of vocational behavior*, 49(3), 252-276.
- [Ambler, T., & Barrow, S.](#) (1996). The employer brand. *Journal of brand management*, 4(3), 185-206.
- [Amin, A.](#) (1993). The globalization of the economy: an erosion of regional networks. *The Embedded Firm: On the Socioeconomics of Industrial Networks. L.: Routledge*, 278-295.
- [Amossé, T., Daubas-Letourneux, V., Le Roy, F., Meslin, K., & Barragan, K.](#) (2012). Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles. *Rapport de recherche, Centre d'Etudes de l'Emploi*.
- [Anderson, P. T., Greenwood, J., Sellar, J., & Sinclair, U.](#) (2007). There will be blood. *Buena Vista Home Entertainment*.
- [Andrien, L.](#) (2014). Penser la gestion médico-sociale. *Revue française de gestion*, (6), 127-140.
- [Arad, S., & Drasgow, F.](#) (1994). Empowered work groups: Measurement of leader behavior and an evaluation of a conceptual model. *Urbana-Champaign, Il: University of Illinois at Urbana-Champaign*.
- [Argyris, C.](#) (1952). *The impact of budgets on people*. Controllership foundation.
- [Arnold, J. A., Arad, S., Rhoades, J. A., & Drasgow, F.](#) (2000). The empowering leadership questionnaire: The construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. *Journal of organizational behavior*, 21(3), 249-269.

- [Aronsson, G., & Gustafsson, K.](#) (2005). Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of occupational and environmental medicine*, 47(9), 958-966.
- [Aryee, S., Budhwar, P. S., & Chen, Z. X.](#) (2002). Trust as a mediator of the relationship between organizational justice and work outcomes: Test of a social exchange model. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 23(3), 267-285.
- [Askenazy, P.](#) (2006). Some determinants of reporting workplace accidents in France: The role of labour contract. *Centre Pour La Recherche Economique Et Ses Applications (CEPREMAP), Paper*, 606.
- [Askenazy, P.](#) (2009). Un regard économique sur la santé au travail. *Regards croisés sur l'économie*, (1), 54-60.
- [Askildsen, J. E., Bratberg, E., & Nilsen, Ø. A.](#) (2005). Unemployment, labor force composition and sickness absence: a panel data study. *Health economics*, 14(11), 1087-1101.
- [Assailly, J. P.](#) (1990). Le risque accidentel à l'adolescence et sa prévention, vol. II: Le concept de risque et la genèse du risque accidentel chez les jeunes. *Rapport INRETS*, (131).
- [ATIH](#) (2014). Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2012.
- [Aubry, F.](#) (2014). L'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec: la santé au travail au risque des temporalités. *Phronesis*, 3(4), 48-55.
- [Bachelard, G.](#) (1934). Le nouvel esprit scientifique (p. 42). Paris : *Presses universitaires de France*.
- [Bachelard, G.](#) (1938). La formation de l'esprit scientifique. *Paris : Vrin*
- [Baudrillard, Jean.](#) (1993) "Hyperreal America." *Economy and society* 22, 243-252.
- [Baumann, D., & Gillig, M. H.](#) (2012). Comment transmettre un patrimoine séculaire sans perdre son esprit séculier? *Le journal de l'école de Paris du management*, (1), 38-44.
- [Beaud, S., & Pialoux, M.](#) (1993). Permanents et temporaires. *La misère du monde. Seuil, Paris*, 493-512.
- [Beaudet, T. & Pierron, L.](#) (2018). Introduction. Origines et principes. Dans : Thierry Beaudet éd., *La mutualité* (pp. 5-19). Paris cedex 14, France: *Presses Universitaires de France*.
- [Beauviala-Ripert, C., Saillard, Y., & Ternaux, P.](#) (1997). Territoire et politiques publiques de l'emploi. *Espaces et sociétés*, (1), 237-258.

- Bena, A., Giraudo, M., Leombruni, R., & Costa, G.** (2013). Job tenure and work injuries: a multivariate analysis of the relation with previous experience and differences by age. *BMC public health*, 13(1), 869.
- Benhayoun, G., & Lazzeri, Y.** (1995). *Mise en oeuvre des politiques d'emploi dans les régions et les départements* (No. 170).
- Benn, S. I., & Gaus, G. F.** (1983). The liberal conception of the public and the private. *Public and private in social life*, 31.
- Bergen, V.** (2010). Saisies du simulacre chez Baudrillard et chez Deleuze. *Lignes*, (1), 37-49.
- Berger, P. L., & Luckmann, T.** (1991). The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge (No. 10). *Penguin UK*.
- Berne, E. L.** (1961). Transactional analysis: A systematic individual and social psychiatry. *London*.
- Bezes, P., Demazière, D., Bianic, T. L., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D... & Evetts, J.** (2011). New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions? *Sociologie du travail*, 53(3), 293-348.
- Bierly III, P. E., & Spender, J. C.** (1995). Culture and high reliability organizations: The case of the nuclear submarine. *Journal of management*, 21(4), 639-656.
- Bies, R. J., & Moag, J. F.** (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. In Lewicki, R. J., Sheppard, B. H., & Bazerman, M. H. (Eds.). (1986). *Research on negotiation in organizations* (Vol. 1). Jai Press.
- Bilal, U., Alfaro, T., & Vives, A.** (2021). COVID-19 and the worsening of health inequities in Santiago, Chile. *International Journal of Epidemiology*, 50(3), 1038-1040.
- Bilodeau, J.** (2018). Expliquer les écarts de santé mentale entre les hommes et les femmes en emploi: l'effet du genre. *Thèse, Montreal*.
- Blair, A., Pan, S. Y., Subedi, R., Yang, F. J., Aitken, N., & Steensma, C.** (2022). Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier à juillet/août 2020: résultats de deux processus nationaux d'intégration de données. *RMTC*, 48(1).
- Blau, P. M.** (1964). *Exchange and Power in Social Life*, *New York: Wiley*
- Blau, P. M., Herman, J. L., Blau, M., & Schoenherr, R. A.** (1971). *Structure of organizations* (Vol. 10). New York: Basic Books.
- Blanchet, A.** (1997). *Dire et faire dire: l'entretien*. A. Colin.
- Boden, L. I., & Ruser, J. W.** (2003). Workers' compensation "reforms," choice of medical care provider, and reported workplace injuries. *Review of Economics and Statistics*, 85(4), 923-929

- Boone, J., & Van Ours, J. C.** (2006). Are recessions good for workplace safety? *Journal of Health economics*, 25(6), 1069-1093.
- Born, M.** (1959). Dans quelle mesure la mécanique classique peut-elle prédire les trajectoires? *J. Phys. Radium*, 20(1), 43-50
- Bougnères, P., & Valleron, A. J.** (2008). Causes of early-onset type 1 diabetes: toward data-driven environmental approaches. *The Journal of experimental medicine*, 205(13), 2953-2957.
- Boulding, K. E.** (1953). *The organizational revolution* New York, Harper & Row.
- Boumans, N. P., De Jong, A. H., & Vanderlinden, L.** (2008). Determinants of early retirement intentions among Belgian nurses. *Journal of advanced nursing*, 63(1), 64-74.
- Bouquet, B.** (2006). Management et travail social. *Revue française de gestion*, (9), 125-141.
- Bourbonnais, R.** (2021). *Econométrie*. Dunod.
- Bouville, G.** (2013). Les effets de la lean production sur les TMS et les arrêts maladie: les résultats d'une étude de cas rétrospective dans une entreprise de maintenance ferroviaire. *Travailler*, (1), 183-202.
- Bréhaux, K.** (2015). Le management éthique? *Les Tribunes de la sante*, (4), 77-89.
- Breiman, L., & Ihaka, R.** (1984). *Nonlinear discriminant analysis via scaling and ACE*. Davis One Shields Avenue Davis, CA, USA: Department of Statistics, University of California.
- Braudel, F.** (1963). Grammaire des civilisations, coll. « *Champs Histoire* », Flammarion.
- Buchanan, B.** (1974). Government managers, business executives, and organizational commitment. *Public administration review*, 339-347.
- Buckley, W.** (1967). *Sociology and modern systems theory*. Prentice-Hall.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R.** (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*, 16(5), 583-594.
- Bussing, A.** (1999). Can control at work and social support moderate psychological consequences of job insecurity? Results from a quasi-experimental study in the steel industry. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(2), 219-242.
- Caisse nationale de l'assurance maladie** (2020) *Etude 2020-037-CTN février 2020*
Direction des Risques Professionnels - Mission statistiques - PJ / LMCNAM
- (2013) *Etude 2013-208-CTN I de la Direction des Risques Professionnels*
- (2015) *Etudes 2015-098 novembre 2015 et 2018-196 février 2019*
- (2018) *Livret statistique de la sinistralité AT/MP 2018*

Callois, J. M. (2007). Les limites du territoire: Une application de la notion de rayon de confiance au développement territorial. *Revue d'Economie Régionale Urbaine*, (5), 811-830.

Camberlein, P. (2011). *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France-3e édition*. Dunod.

Campoy, E., & Neveu, V. (2006). Proposition d'une échelle de mesure de la confiance organisationnelle. *Revue de gestion des ressources humaines*, (62), 21-38.

Canguilhem, G. (1966). Le normal et le pathologique.

Caplan, R. D., Cobb, S., & French, J. R. (1975). Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support. *Journal of applied psychology*, 60(2), 211.

Carpentier, S. (2010). Importance de la logique d'audit social en matière de prévention de la santé au travail: l'incidence des choix de l'Assurance Maladie Française. *Management Avenir*, (8), 58-71.

Célérier, S. (2014). La belle vie désespérée des agriculteurs. Ou les limites de la mesure des risques psychosociaux liés au travail. *Études rurales*, (193), 25-44.

Chadwick-Jones, J. K., Brown, C. A., Nicholson, N., & Sheppard, C. (1971). Absence measures: Their reliability and stability in an industrial setting. *Personnel Psychology*, 24(3), 463-470.

Chanut, V., & Rival, M. (2020). L'injonction territoriale: un levier d'innovation pour l'évaluation des politiques publiques? *Finance Contrôle Stratégie*, (NS-7).

Chaplin, C., Goddard, P., Bergman, H., & Conklin, C. (1936). Modern times (Vol. 5). *Beverly Hills, CA: United Artists*.

Charbonnier-Voirin, A. & Vignolles, A. (2015). Marque employeur interne et externe: Un état de l'art et un agenda de recherche. *Revue française de gestion*, 246, 63-82.

Chesneau, C. (2020). Introduction aux arbres de décision (de type CART).

Child, J. (1973). Predicting and understanding organization structure. *Administrative science quarterly*, 168-185.

Chubb, J. E., & Moe, T. M. (1991). Politics, markets and America's schools. *Taylor & Francis*.

Clément, A. (2001). De l'évergétisme antique aux Restos du cœur : Etat et associations dans l'histoire du secours alimentaire. *Revue internationale de l'économie sociale RECMA*, (279), 26-43.

Clot, Y. (2011). Le métier comme opérateur de santé. *Bulletin de psychologie*, (1), 31-38.

Clot, Y. (2013). L'aspiration au travail bien fait. *Le journal de l'École de Paris du management*, (1), 23-28.

Clot, Y. (2015). Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux. *La découverte*.

Clot, Y., & Stimec, A. (2013). « Le dialogue a une vertu mutative », les apports de la clinique de l'activité. *Négociations*, 19(1), 113-125.

Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of applied psychology*, 86(3), 386.

Commeiras, N. (1994). *L'intéressement, facteur d'implication organisationnelle: une étude empirique* (Doctoral dissertation, Montpellier 2).

Comte, A. (1936). Cours de philosophie positive 1re et 2e leçons (1830-1842). *Librairie Larousse, Collection Classiques Larousse*. 107p

Condorcet, J. A. N. C. Marquis de (1794). Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain.

Conus, M. F., & Escudier, J. L. (1997). Sécurité et transformations du système productif: application à l'industrie française du charbon (1817-1988). *Entreprises et histoire*, (17), 49-71.

Conus, M. F., & Escudier, J. L. (1997). Les transformations d'une mesure. La statistique des accidents dans les mines de charbon en France, 1833-1988. *Histoire & Mesure*, 37-68.

Conway, H., & Svenson, J. (1998). Occupational injury and illness rates, 1992-96: why they fell. *Monthly Lab. Rev.*, 121, 36.

Cooper, S. J. (2008). From Claude Bernard to Walter Cannon. Emergence of the concept of homeostasis. *Appetite*, 51(3), 419-427.

Courlet, C. (2001). *Les systèmes productifs localisés-Un bilan de la littérature* (No. 905-2016-70321, pp. 81-103).

Coutrot, T., & Rouxel, C. (2011). Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière: l'apport de l'enquête Santé et itinéraire professionnel. *Dares analyses*, 20.

Coutrot, T. (2017). Insécurité du travail, changements organisationnels et participation des salariés: quel impact sur le risque dépressif?

Cros, S., Lombardot, E. & Vraie, B. (2019). Manager sous stress aigu en situation de crise. *Revue française de gestion*, 282, 37-56.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. *Seuil*

Cuny, X., & Lejeune, M. (2003). Statistical modelling and risk assessment. *Safety science*, 41(1), 29-51.

Dahl, R. A. (1953). Charles E. Lindblom. *Politics, Economics, and Welfare*, 495-508.

Damour, T., & Burniat, M. (2016). Le mystère du monde quantique. *Dargaud*.

[Daniellou, F., Boissières, I., & Simard, M.](#) (2010). *Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle: un état de l'art.*

[Daniellou, F., Teiger, C., & Dessors, D.](#) (1988). Formation à l'analyse de l'activité et rapport au travail. *Dejours C. (sous la direction de), Plaisir et souffrance dans le travail, 1*, 77-94.

[Daubas-Letourneux, V., & Thébaud-Mony, A.](#) (2003). Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne. *Travail et emploi (Paris)*, (96).

[Daubas-Letourneux, V.](#) (2005). Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés. Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique (*Doctoral dissertation, UNIVERSITE DE NANTES Faculté des Lettres et Sciences Humaines*).

[Daubas-Letourneux, V.](#) (2009). Accidents du travail: des blessés et des morts invisibles. *Mouvements*, (2), 29-37.

[Davies, R., Jones, P., & Nuñez, I.](#) (2009). The impact of the business cycle on occupational injuries in the UK. *Social science & medicine*, 69(2), 178-182.

[Davillerd, C.](#) (2001). *Prévention et port des équipements de protection individuelle. 6. Un centre hospitalier. L'application des prescriptions de sécurité par le personnel infirmier* (Doctoral dissertation, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)).

[De Chatillon, E. A., Bachelard, O., & Moscarola, J.](#) (2006). Conditions de travail et nouvelles pathologies: des contingences sectorielles et personnelles. *Management Avenir*, (4), 101-114.

[De Laplace, P. S.](#) (1812). Théorie analytique des probabilités. *Mme Ve Courcier, imprimeur-libraire pour les mathématiques et la marine, quai des Augustins, n° 57. 1814.*

[Dejours, C.](#) (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le travail humain*, 1-16.

[Dejours, C.](#) (1998). Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale (Vol. 715). *Paris: Seuil.*

[Dejours, C.](#) (2006). Aliénation et clinique du travail. *Actuel Marx*, (1), 123-144.

[Dejours, C.](#) (2018). Le facteur humain. *Que sais-je ? Presses universitaires de France.*

[Delbar, C., & Léonard, E.](#) (2000). Le travail intérimaire en Belgique.

[Depergola, V., & Manuti, A.](#) (2013). The meaning of working for older workers: A qualitative study in the Italian public sector. *Journal of Business and Management Sciences*, 1(4), 63-70.

[Desmarais, C.](#) (2006). Encadrer, une promenade de santé? *Management Avenir*, (2), 159-177.

[Desmarais, C., & Gamassou, C. E.](#) (2014). Tous motivés par le service public ? Les liens entre position hiérarchique et motivation de service public. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 80(1), 133-152.

[Desreumaux, A.](#) (2015). Théorie des organisations-3^{ème} édition. *Editions EMS*.

[Detchessahar, M.](#) (2019). L'entreprise délibérée: refonder le management par le dialogue. *Nouvelle Cité*.

[Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A. & Stimec, A.](#) (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations : Réflexions méthodologiques à partir de l'intervention dans une clinique. *@GRH*, 16, 63-89.

[Devetter, F. X., & Messaoudi, D.](#) (2013). Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial: conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. *La Revue de l'Ires*, (3), 51-76.

[Devetter, F. X., Messaoudi, D., & Farvaque, N.](#) (2012). Contraintes de temps et pénibilité du travail: les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, (2), 244-268.

[Devetter, F. X., Jany-Catrice, F., & Ribault, T.](#) (2009). Les services à la personne. *Lectures, Publications reçues*.

[Devetter, F. X., Dussuet, A., & Puissant, E.](#) (2017/2). Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements? *Revue d'Economie Régionale Urbaine*, (2), 239-270.

[Devetter, F. X., & Puissant, E.](#) (2018). Mécanismes économiques expliquant les bas salaires dans les services à la personne. Une analyse centrée sur les aides à domicile. *Travail et emploi*, (155-156), 31-64.

[Diricq, N.](#) (2008). Rapport de la commission de la Sécurité Sociales

[Dirks, K. T., & Ferrin, D. L.](#) (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for research and practice. *Journal of applied psychology*, 87(4), 611.

[DREES](#), (2019). Les établissements de santé

[Ducharne, T., Van Lu, A.](#) (2017) L'isolement et la dépendance des bassins de vie au regard de l'accès aux services et à l'emploi. *INSEE*.

[Dupraz, L.](#) (2008). Nounou d'hier, assistante maternelle d'aujourd'hui: l'évolution d'une véritable profession. *Spirale*, (4), 57-73.

[Durkheim, E.](#) (1897). Le suicide: étude de sociologie. *Alcan*.

[Durkheim, É.](#) (1894-2017). Les règles de la méthode sociologique. *Flammarion*.

[Dussuet, A.](#) (2013). Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile. *La Revue de l'Ires*, (3), 77-97.

- Einstein, A.** (1905). Un point de vue heuristique concernant la production et la transformation de la lumière. *Œuvres choisies 1 Quanta*, 132-148.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D.** (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500.
- Eisenberger, R., & Rhoades, L.** (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698.
- Esping-Andersen, G.** (2015). *Les trois mondes de l'État-providence: Essai sur le capitalisme moderne*. Presses universitaires de France.
- Estryn-Behar, M., Le Nézet, O. L. M., Bedel, M., Cantet-Bailly, N., Charton-Promeyrat, C., Crave, S. & Caillard, J. F.** (2004). La situation des cadres de santé en France et comparaisons européennes. *Soins cadre supplément au N° de Novembre*.
- EUROPEENNE, U.** (1993). Croissance, compétitivité, emploi. Les défis et les pistes pour entrer dans le XXIe siècle. *Livre blanc, Bulletins des Communautés européennes, Supplément, 6*, 93.
- Eurostat.** (2004). Statistical analysis of Socio-economic costs of accidents at work in the European Union.
- Euzéat, D.** (2009). L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007. *DARES*
- Euzéat, D., Mortezapouraghdam, M., & Roux, S.** (2011). Les changements d'organisation du travail dans les entreprises. Conséquences sur les accidents du travail des salariés. *DARES*
- Everaere, C.** (2007). Proposition d'un outil d'évaluation de l'autonomie dans le travail. *Revue française de gestion*, (11), 45-59.
- Ewald, F.** (1981). Formation de la notion d'accident du travail. *Sociologie du travail*, 3-13.
- Eysenck, H. J.** (1990). Biological dimensions of personality.
- Fall, A., Safy-Godineau, F., & Carassus, D.** (2018). Perceptions de justice organisationnelle dans les collectivités locales: quels impacts sur le bien-être psychologique au travail et sur l'intention de quitter des agents. *@ GRH*, 29(4), 31-59.
- Farelo, M.** (2013). La mutualisation des risques et ses effets sur le fonctionnement des gouvernements des villes côtières portugaises au Moyen Âge. *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest. Anjou. Maine. Poitou-Charentes. Touraine*, (120-2), 193-211.
- Fauve-Chamoux, A.** (1998). Le surplus urbain des femmes en France préindustrielle et le rôle de la domesticité. *Population*, 359-377.
- Faverge, J. M.** (1964). Esquisse d'une théorie de l'accident. *Sociologie du travail*, 6(1), 8-17.

Fleishman, E. A., Mumford, M. D., Zaccaro, S. J., Levin, K. Y., Korotkin, A. L., & Hein, M. B. (1991). Taxonomic efforts in the description of leader behavior: A synthesis and functional interpretation. *The leadership quarterly*, 2(4), 245-287.

Frankenhaeuser, M. (2000, June). Ancient humans in the newborn millennium: Stress and gender perspectives. In *International Journal of Psychology* (Vol. 35, No. 3-4, pp. 203-203).

Fressoz, J. B. (2014). L'émergence de la norme technique de sécurité en France vers 1820. *Le mouvement social*, (4), 73-89.

Fuller, R. (1984). A conceptualization of driving behaviour as threat avoidance. *Ergonomics*, 27(11), 1139-1155.

Fukuyama, F. (1995). Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity.

Gabris, G. T., & Simo, G. (1995). Public sector motivation as an independent variable affecting career decisions. *Public personnel management*, 24(1), 33-51.

Gacia, N. (2005). Les métamorphoses contemporaines du droit des accidents du travail: Etude de droit de la sécurité sociale (*Doctoral dissertation, Paris 2*).

Gadrey J. (1994), « La modernisation des services professionnels – Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », *Revue française de sociologie*, XXXV, pp. 163-195.

Gadrey N., Jany-Catrice F., Pernod-Lemattre M. (2004), « Les conditions de travail des employés non qualifiés », in Méda D., Vennat F., *Le travail non qualifié, permanences et paradoxes*, La Découverte, Paris, pp. 182-196.

Gaudez, C., & Leclercq, S. (2008). Accidents de plain-pied. Données statistiques nationales et analyses menées en entreprises.

Gauss, C. F. (1809). *Theoria motus corporum coelestium in sectionibus conicis solem ambientium auctore Carolo Friderico Gauss*. Sumtibus F. Perthes et IH Besser.

Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008). Méthodologie de la recherche. *Editions Pearson Education France*.

Georgescu, I., & Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital: une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 18(3), 67-95.

Giauque, D., Resenterra, F., & Siggen, M. (2013). Stress et satisfaction au travail des cadres intermédiaires dans les hôpitaux de Suisse romande dans un contexte de réformes. *@ GRH*, (4), 123-155.

Gibert, P. (2008). Un ou quatre managements publics? *Politiques et management public*, 26(3), 7-23.

Gibson, J. J. (1961). The contribution of experimental psychology to the formulation of the problem of safety—a brief for basic research. *Behavioral approaches to accident research*, 1(61), 77-89.

- Gilbert, A., & Chakraborty, J.** (2011). Using geographically weighted regression for environmental justice analysis: Cumulative cancer risks from air toxics in Florida. *Social Science Research*, 40(1), 273-286.
- Gilbert, P.** (2020). Le Covid-19, la guerre et les quartiers populaires. *Métropolitiques*, April, 16, 2020.
- Giordano, F., Le Goff, J., & Malherbe, D.** (2015/2). L'éthique mutualiste est-elle soluble dans le New Public Management ? - Le cas d'une union régionale de la Mutualité. *Revue française de gestion*, 41(247), 119-135.
- Glazner, J. E., Lowery, J. T., Borgerding, J. A., Zhen, B., Bondy, J., & Kreiss, K.** (1998). Risk factors for injury among construction workers at Denver International Airport. *American journal of industrial medicine*, 34(2), 113-120.
- Gleeson, D., & Knights, D.** (2006). Challenging dualism: Public professionalism in troubled times. *Sociology*, 40(2), 277-295.
- Glodeanu, A., Gullón, P., & Bilal, U.** (2021). Social inequalities in mobility during and following the COVID-19 associated lockdown of the Madrid metropolitan area in Spain. *Health & place*, 70, 102580.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H.** (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie¹. *Gestion*, 27(3), 12.
- Gollac, M., & Bodier, M.** (2011). Rapport du collège d'expertise, de suivi des risques psychosociaux au travail.
- Gonzalez, F., & Quast, T.** (2010). Mortality and business cycles by level of development: evidence from Mexico. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2066-2073.
- Gouldner, A. W.** (1960). The norm of reciprocity: a preliminary statement. *American Sociological Review*, 25, 161-178
- Granados, J. A. T., & Ionides, E. L.** (2008). The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries. *Journal of health economics*, 27(3), 544-563.
- Green, F., Felstead, A., & Burchell, B.** (2000). Job insecurity and the difficulty of regaining employment: an empirical study of unemployment expectations. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 62, 855-883.
- Greenan, N.** (2003). Organisational change, technology, employment and skills: an empirical study of French manufacturing. *Cambridge Journal of economics*, 27(2), 287-316.
- Greenberg, J.** (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *Academy of Management review*, 12(1), 9-22.
- Greenberg, J.** (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of management*, 16(2), 399-432.

Grima, F., Brunel, O., & Taphanel, L. (2019). Antécédents et conséquences de l'insécurité professionnelle dans un contexte de réforme institutionnelle: le cas des Responsables Formation. *Revue de gestion des ressources humaines*, (4), 53-71.

Grosjean, M., et al. (2004/2). La négociation constitutive et instituante. Les configurations du service en réseau de soins. *Négociations*, vol. n° 2, no. 2, 75-90.

Guerrero, S., & Herrbach, O. (2009). La confiance organisationnelle au cœur de l'échange social: et si bien traiter ses employés était payant ? *Relations industrielles/Industrial Relations*, 64(1), 6-26.

Guignon, N., Niedhammer, I., & Sandret, N. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail: une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003.

Guiral, P., & Thuillier, G. (1978). *La vie quotidienne des domestiques en France au XIXe siècle*. FeniXX.

Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety science*, 34(1-3), 215-257.

Gutton, J. P. (1987). La mise en place du personnel soignant dans les hôpitaux français (XVe-XVIIIe siècles). *Bulletin-Société française d'histoire des hôpitaux*, (54), 11-19.

Gutton, J. P. (1981). *Domestiques et serviteurs dans la France de l'Ancien Régime* (Vol. 14). Editions Aubier.

Gutton, J. P., & Imbert, J. (1982). Histoire des hôpitaux en France.

Gutton, J. P. (1974). *La société et les pauvres en Europe, XVIe-XVIIIe siècles* (Vol. 18). Paris: Presses universitaires de France.

Haddon, W. (1980). The basic strategies for reducing damage from hazards of all kinds. *Hazard prevention*, 16(1), 8-12.

Halbwachs, M. (1913). La théorie de l'homme moyen: essai sur Quételet et la statistique morale (Vol. 263). *Alcan*.

Hamon-Cholet, S., & Sandret, N. (2007). Accidents et conditions de travail. *Documents pour le médecin du travail*, (111), 383-389.

Harris, F. J. (1950). Can Personality Tests Identify Accident-Prone Employees? 1. *Personnel Psychology*, 3(4), 455-459.

Haukelid, K. (2008). Theories of (safety) culture revisited — an anthropological approach. *Safety science*, 46(3), 413-426.

Heinrich, H. W. (1941). Industrial Accident Prevention. A Scientific Approach. *Industrial Accident Prevention. A Scientific Approach*, (Second Edition).

Hélaridot, V. (2005). *Santé ou travail ? : les expériences sociales de la santé et de la précarisation du travail* (Doctoral dissertation, Toulouse 2).

Hély, M. (2009). *Les métamorphoses du monde associatif*. Presses universitaires de France.

- [Henry, M.](#) (2011). L'essence de la manifestation. *Presses universitaires de France*.
- [Henry, S.](#) (2009). Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie: entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux. *Genre & Histoire*, (5).
- [Hireche-Baiada, L.](#) (2004). L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle: esquisse d'un modèle conceptuel.
- [Hirschman, A. O.](#) (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states* (Vol. 25). Harvard university press.
- [Hobfoll, S. E.](#) (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
- [Hobfoll, S. E.](#) (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied psychology*, 50(3), 337-421.
- [Hobfoll, S. E.](#) (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general psychology*, 6(4), 307-324.
- [Holmes, T. J.](#) (1999). Scale of local production and city size. *American Economic Review*, 89(2), 317-320.
- [Homans, G. C.](#) (1958). Social behavior as exchange. *American journal of sociology*, 63(6), 597-606.
- [Hood, C.](#) (1995). Contemporary public management: a new global paradigm? *Public policy and administration*, 10(2), 104-117.
- [Hopkins, A., & Palser, J.](#) (1987). The cause of coal mine disasters. *Industrial Relations Journal*, 18(1), 26-39.
- [Hosmer, L. T.](#) (1995). Trust: The connecting link between organizational theory and philosophical ethics. *Academy of management Review*, 20(2), 379-403.
- [Houillon, V., & Thomsin, L.](#) (2001). Définitions du rural et de l'urbain dans quelques pays européens. *Espace Populations Sociétés*, 19(1), 195-200.
- [Hovden, J., & Larsson, T. J.](#) (1987). Risk: culture and concepts. *Singleton, WT & Hovden, J (Ed: s): Risk and Decisions*. John Wiley & Sons.
- [Hugo, V.](#) (2011). Les travailleurs de la mer. *Le Livre de poche*.
- [Huver, B.](#) (2013). *Du présentéisme au travail: mesure et facteurs explicatifs* (Doctoral dissertation, Lille 1).
- [ILO \(OIT\)](#) C121 - Convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 [tableau I modifié en 1980]
C017 - Convention (n° 17) sur la réparation des accidents du travail, 1925
C012 - Convention (n° 12) sur la réparation des accidents du travail (agriculture), 1921

- R121 - Recommandation (no 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964
- R031 - Recommandation (no 31) sur la prévention des accidents du travail, 1929
- R025 - Recommandation (no 25) sur l'égalité de traitement (accidents du travail), 1925
- R023 - Recommandation (no 23) sur la réparation des accidents du travail (juridiction), 1925
- R022 - Recommandation (no 22) sur la réparation des accidents du travail, (indemnités), 1925
- [Imbert, J., Modrzejewski, J., Kalifa, S., Polaček, A., Duparc, P., Houlou, A., ... & Schnapper, B.](#)** (1974). Histoire générale du droit et des institutions.
- [Imbert, J.](#)** (1982). *Histoire des hôpitaux en France*. Toulouse, Privat
- [Imbert, J.](#)** (1993). *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime*. Presses Universitaires de France-PUF
- [International Labor Organization \(ILO\)](#)**. (2006). Occupational Safety and Health: Synergies between Security and Productivity.
- [INRS](#)**. (2019). Rendez-vous de Travail & sécurité : les exosquelettes
- [INSEE Références](#)**. (2021) La France et ses territoires
- [Ion, J., & Tricart, J. P.](#)** (1985). Une entité professionnelle problématique: les travailleurs sociaux. *Sociologie du travail*, 137-153.
- [Jaeger, M.](#)** (2014/4). De la loi 2002-2 aux États généraux du travail social (EGTS): deux voies pour la (re) construction d'une légitimité. *Vie sociale*, (4), 39-48.
- [Jany-Catrice, F., Puissant, E., & Ribault, T.](#)** (2009). Associations d'aide à domicile: pluralité des héritages, pluralité des professionnalités. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (107), 77-91.
- [Johnson, W. G.](#)** (1975). MORT: The Management Oversight and Risk Tree. *Journal of Safety Research*.
- [Jounin, N.](#)** (2008). Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment. *Paris, La Découverte*.
- [Jung, B.](#)** (2014/1). Le placement public à Paris: De la bienfaisance à la lutte contre le chômage. (1880-1910). *Revue d'histoire de la protection sociale*, (1), 81-101.
- [Kanungo, R. N.](#)** (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of applied psychology*, 67(3), 341.
- [Kanter, R. M.](#)** (1968). Commitment and social organization: A study of commitment mechanisms in utopian communities. *American sociological review*, 499-517.
- [Khandwalla, P. N.](#)** (1971). *The influence of the techno-economic environment on the organizational structure of firms*. Carnegie Mellon University.

Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990) Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. 1990. *New York: Basic Books*.

Katz, D., & Kahn, R. L. (1966). *The Social Psychology of Organizations*. Wiley.

Keller, O. (1890). Les accidents d'appareils à vapeur. *Journal de la société française de statistique*, 31, 112-115.

Kim, S., Vandenabeele, W., Wright, B. E., Andersen, L. B., Cerase, F. P., Christensen, R. K., ... & De Vivo, P. (2013). Investigating the structure and meaning of public service motivation across populations: Developing an international instrument and addressing issues of measurement invariance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23(1), 79-102.

Kinnunen, U., & Nätti, J. (1994). Job insecurity in Finland: Antecedents and consequences. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 4(3), 297-321.

Kjellen, U., & Larsson, T. J. (1981). Investigating accidents and reducing risks--A dynamic approach. *Journal of occupational accidents*, 3(2), 129-140.

Kjellén, U. (1984). The deviation concept in occupational accident control—I: Definition and classification. *Accident Analysis & Prevention*, 16(4), 289-306.

Kjellén, U. (2000). *Prevention of accidents through experience feedback*. CRC Press.

Kniesner, T. J., & Leeth, J. D. (1989). Separating the reporting effects from the injury rate effects of workers' compensation insurance: a hedonic simulation. *ILR Review*, 42(2), 280-293.

Koenig, G., Vandangeon-Derumez, I., Marty, M. C., Auroy, Y., & Dumond, J. P. (2016). Le respect des règles élémentaires: enjeu d'un management dialogique, habilitant et disciplinant. *M@n@gement*, 19(1), 1-45.

Konopka, A. M., Barnay, T., Billaudeau, N., & Sevilla-Dedieu, C. (2019). Les déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus: une analyse départementale. *Economie prévision*, 216(2), 43-63.

Korzybski, A. (1931). *A non-Aristotelian system and its necessity for rigour in mathematics and physics*.

Kotey, B., & Slade, P. (2005). Formal human resource management practices in small growing firms. *Journal of small business management*, 43(1), 16-40.

Kouabenan, D. R. (1985). L'analyse des attributions causales des accidents. *Le Travail Humain*, 1-17.

Kouabenan, D. R., Nguetsa, R., & Mbaye, S. (2013). Climat de sécurité, perception des risques et implication dans le management de la sécurité: une étude avec des

managers de première ligne. *Conditions de travail, évaluation des risques et management de la sécurité*, 57.

[Jarrige, F., & Reynaud, B.](#) (2014). Les usines en feu. L'industrialisation au risque des incendies dans le textile (France, 1830-1870). *Le mouvement social*, (4), 141-162

[Lachaise, C.](#) (1822). *Topographie médicale de Paris...* Bandomin Frères.

[Lacroux, A., & Larbi, S. B.](#) (2009). Les paradoxes de la responsabilité sociétale de l'entreprise: l'exemple du secteur de l'intérim. *Management Avenir*, (7), 31-53.

[Lang, F.](#) (1927). *Metropolis. Germany: Kino International.*

[Laville, J. L., & Nyssens, M.](#) (2006). Services de proximité. *Dictionnaire de l'Autre Economie, Desclée de Brouwer collection folio actuel, Paris*, 561-571.

[Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W.](#) (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 1-47.

[Lazarus, R.S.](#) (1966), *Psychological Stress and the Coping Process, New York, Mc Grow-Hill*

[Lazarus, R. S., & Folkman, S.](#) (1984). *Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company.*

[Lécuyer, B. P., & Brian, E.](#) (2000). L'argent, la vie, la mort: les recherches sociales de Louis-René Villermé sur la mortalité différentielle selon le revenu (1822-1830). *Mathématiques et sciences humaines. Mathematics and social sciences*, (149).

[Leclercq, S., Monteau, M., & Cuny, X.](#) (2013). Quels modèles pour prévenir les accidents du travail d'aujourd'hui? *Le travail humain*, 76(2), 105-127.

[Lecourt, D.,](#) (sous la direction de) (2019). *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences, Paris, PUF.*

[Leibniz, G. W.](#) (1893). *La monadologie. Alcan.*

[Le Menn, J., & Milon, A.](#) (2012). Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé. *Sénat, Paris.*

[Le Moigne, J. L.](#) (2010). Agir ⇔ penser en complexité, le discours de la méthode de notre temps. In *Conférence Grand débat.*

[Le Moigne, J. L.](#) (2012). L'étude de la constitution des connaissances valables. *Que sais-je ?* 4, 3-12.

[Le Moigne, J. L.](#) (2007). Repères historiques pour l'entendement des épistémologies constructivistes. *Que sais-je ?*, 3(2969), 41-69.

[Le Moigne, J. L.](#) (1995). *Les épistémologies constructivistes (Vol. 2969). Paris: Presses universitaires de France.*

[Lengagne, P.](#) (2017/1). Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail. *Regards*, (1), 51-61.

Lenoir, R. (1980). La notion d'accident du travail: un enjeu de luttes. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 32(1), 77-88.

Letourneux, V. (1998). *Précarité et conditions de travail dans l'Union Européenne*. Office des publications officielles des Communautés européennes.

Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38.

Levinson, H. (1965). Reciprocation. *Industrial Organizations and Health*, 1, 100-117.

Lévy, A. (2007). Questions d'éthique. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 9-22.

Lévy, C. (1984). Une mesure de la gravité des blessures. *Population (French edition)*, 378-380.

Likert, R. (1961). An emerging theory of organization, leadership, and management. *Leadership and interpersonal behavior*, 201-215

Likert, R. (1961). New patterns of management. *Mc Graw-Hill*

Lintner, A. C., & Ducette, J. (1974). The effects of locus of control, academic failure and task dimensions on a student's responsiveness to praise. *American Educational Research Journal*, 11(3), 231-239.

López-García, J. R., García-Herrero, S., Gutiérrez, J. M., & Mariscal, M. A. (2019). Psychosocial and ergonomic conditions at work: influence on the probability of a workplace accident. *BioMed research international*, 2019.

Lortie, M. (2002). Manutention: prise d'information et décision d'action. *Le travail humain*, 65(3), 193-216.

Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail: L'exemple du burn out des infirmières hospitalières. *Travail et emploi*, (94), 65-74.

Loriol, M. (2014). Les modèles d'analyse de la souffrance et du stress : quelles causalités pour quels niveaux d'analyse? *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail. Toulouse, Octarès 2014*

Loriol, M. (2014). Les sociologues et le stress. Quelques enseignements des recherches anglo-saxonnes. *La nouvelle revue du travail*, (4).

Loriol, M. (2010). La construction sociale du stress: entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés au travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (2), 111-124.

Lowery, B. J., & DuCette, J. P. (1976). Disease-related learning and disease control in diabetics as a function of locus of control. *Nursing Research*, 25(5), 358-362.

Machefer J. (2006). Fragilités. *Les cahiers Santé et Médecine du Travail n°21*

- [Mansiaux, Y.](#) (2014). *Analyse d'un grand jeu de données en épidémiologie: problématiques et perspectives méthodologiques* (Doctoral dissertation, Université Pierre et Marie Curie-Paris VI).
- [Mansiaux, Y., & Carrat, F.](#) (2014). Detection of independent associations in a large epidemiologic dataset: a comparison of random forests, boosted regression trees, conventional and penalized logistic regression for identifying independent factors associated with H1N1pdm influenza infections. *BMC medical research methodology*, 14(1), 1-10.
- [Manz, C. C., & Sims Jr, H. P.](#) (1987). Leading workers to lead themselves: The external leadership of self-managing work teams. *Administrative science quarterly*, 106-129.
- [March, J. G., & Simon, H. A.](#) (1993). *Organizations*. 1958. NY: Wiley, New York.
- [Maruani, M., & Meron, M.](#) (2014). *Un siècle de travail des femmes en France: 1901-2011*. La Découverte.
- [Massot, C.](#) (2015). Yves Clot & Dominique Lhuillier (dir.), Perspectives en cliniques du travail, Toulouse, Éditions Érès, 2015, 271 p. *La nouvelle revue du travail*, (7).
- [Mauss, M.](#) (1923). 1924. Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Presses Universitaires de France*.
- [Mayer, R. C., & Davis, J. H.](#) (1999). The effect of the performance appraisal system on trust for management: A field quasi-experiment. *Journal of applied psychology*, 84(1), 123.
- [McAllister, D. J.](#) (1995). Affect-and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of management journal*, 38(1), 24-59.
- [Melville, H.](#) (1892). Moby Dick: or, the white whale. *Page*.
- [Mercier, S.](#) (1999) L'éthique dans les entreprises. Paris Editions La découverte & Syros
- [Meron, M., & Maruani, M.](#) (2014). *Un siècle de travail des femmes en France: 1901-2011*. La Découverte.
- [Messing, K., & Elabidi, D.](#) (2002). Aides-soignants et aides-soignantes: la collaboration dans les tâches physiques lourdes. *Cahiers du genre*, (1), 5-24.
- [Mintzberg, H.](#) (1972, August). Research on strategy-making. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 1972, No. 1, pp. 90-94). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- [Mintzberg, H.](#) (1982). Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisation. *Les Editions Agence d'ARC Inc., Paris*, 62-9.
- [Metz, R.](#) (1949). Jean Imbert, Les Hôpitaux en droit canonique. *Revue des sciences religieuses*, 23(1), 164-167.

[Minvielle, É.](#) (2003/5). De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. *Revue française de gestion*, (5), 167-189.

[Molinié, A. F.](#) (2005). Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (7-1).

[Monteau, M., & Favaro, M.](#) (2003). Modéliser l'accident du travail: intérêt théorique et portée pratique. *Formalismes de modélisation pour l'analyse du travail en ergonomie*, 137-170.

[Moorman, R. H.](#) (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship?. *Journal of applied psychology*, 76(6), 845.

[Morgan, J. N., & Sonquist, J. A.](#) (1963). Problems in the analysis of survey data, and a proposal. *Journal of the American statistical association*, 58(302), 415-434.

[Morin, E.](#) (1987). La méthode: T. 3: La connaissance de la connaissance Livre premier: anthropologie de la connaissance. *Seuil*.

[Morrow, P. C.](#) (1983). Concept redundancy in organizational research: The case of work commitment. *Academy of management Review*, 8(3), 486-500.

[Moustié, J. B.](#) (2014). Droit et risques psychosociaux au travail. (*Doctoral dissertation*).

[Mouton, J. S., & Blake, R. R.](#) (1964). The managerial grid. *Houston: Gulf Publishing*.

[Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R.](#) (1982). Organizational linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover.

[Näätänen, R., & Summala, H.](#) (1976). Road-user behaviour and traffic accidents. *Publication of: North-Holland Publishing Company*.

[Neumayer, E.](#) (2004). Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Social science & medicine*, 58(6), 1037-1047.

[Nichols, T., Dennis, A., & Guy, W.](#) (1995). Size of employment unit and injury rates in British manufacturing: a secondary analysis of WIRS 1990 data. *Industrial relations journal*, 26(1), 45-56.

[Niveau, S.](#) (2016). Le salut par les œuvres : les bienfaiteurs laïcs de l'Aumône Notre-Dame de Chartres à la fin du Moyen Âge. *Histoire, économie & société*, 35, 12-38.

[Northouse, P. G.](#) (2021). *Leadership: Theory and practice*. Sage Publications.

[Norman, D. A., & Shallice, T.](#) (1980). Attention to Action: Willed and Automatic Control of Behavior Technical Report No. 8006.

[Norman, D. A.](#) (1981). Categorization of action slips. *Psychological review*, 88(1), 1.

[O'Reilly, C. A., & Caldwell, D. F.](#) (1981). The commitment and job tenure of new employees: Some evidence of postdecisional justification. *Administrative science quarterly*, 597-616.

[ORME](#) (2021). Résultat du recensement des ergonomes 2021

Otto, K., Hoffmann-Biencourt, A., & Mohr, G. (2011). Is there a buffering effect of flexibility for job attitudes and work-related strain under conditions of high job insecurity and regional unemployment rate? *Economic and Industrial Democracy*, 32(4), 609-630.

Paquet, Y., Berjot, S., & Gillet, N. (2009). Validation d'une échelle de locus de contrôle spécifique à la performance en sport individuel (LOCPSI). *Bulletin de psychologie*, (4), 351-363.

Paquet, Y., Lavigne, G. L., & Vallerand, R. J. (2014). Validation d'une échelle courte et multidimensionnelle de locus de contrôle spécifique au travail (MLCST). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(1), 60.

Parsons, T. (2013). *The social system*. Routledge.

Pearce, J. L., & Huang, L. (2012). The decreasing value of our research to management education. *Academy of Management Learning & Education*, 11(2), 247-262.

Pennaforte, A. (2015/4). Le développement de liens d'implication multi-cibles en formation-emploi: le rôle des soutiens organisationnels, du supérieur, et des collègues de travail. *Gestion 2000*, 32(4), 15-35.

Pérez-Díaz, C. (2000). Comportements des conducteurs et modèles du risque. *Déviance et société*, 24(2), 187-208.

Perriault, J., Proutheau, S., Kleinpeter, É., Peña-Vega, A., & Le Moigne, J. L. (2011). L'exercice de la pensée complexe permet l'intelligence des systèmes complexes. *Hermès, La Revue*, (2), 157-163.

Perrow, C. (1984). *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. New York: Basic Books.

Perry, J. L. (1996). Measuring public service motivation: An assessment of construct reliability and validity. *Journal of public administration research and theory*, 6(1), 5-22.

Perry, J. L., & Rainey, H. G. (1988). The public-private distinction in organization theory: A critique and research strategy. *Academy of management review*, 13(2), 182-201.

Pesqueux, Y. (2014). De la notion de territoire. *Prospective et stratégie*, (1), 55-68.

Pezé, M., Saada, R., & Sandret, N. (2011). *Travailler à armes égales: souffrance au travail: comment réagir*. Pearson.

Phanuel, D., & Lemaire, I. (2015). Concilier éthique et performance dans l'économie sociale et solidaire: quelle contribution de la vision stratégique et de la qualité ? Le cas de «AIDER». *Gestion et management public*, 42(4), 5-30.

Piaget, J., (1970). *L'épistémologie génétique*.

Poilpot-Rocaboy, G., Pijoan, N., & Chevance, A. (2013). Agir sur les conditions de travail pour maintenir les seniors en emploi. *@ GRH*, 8(3), 119-149.

Posner, B. Z., & Schmidt, W. H. (1984). Values and the American manager: An update. *California management review*, 26(3), 202-216.

Pouvreau, D. (2013). Une histoire de la "systémologie générale" de Ludwig Von Bertalanffy-Généalogie, genèse, actualisation et postérité d'un projet herméneutique (Thèse).

Pransky, G., Snyder, T., Dembe, A., & Himmelstein, J. A. Y. (1999). Under reporting of work-related disorders in the workplace: a case study and review of the literature. *Ergonomics*, 42(1), 171-182.

Pras, B., Evrard, Y., & Roux, E. (2009). Market: fondements et méthodes des recherches en marketing. *Dunod*.

Probst, T. M., & Brubaker, T. L. (2001). The effects of job insecurity on employee safety outcomes: cross-sectional and longitudinal explorations. *Journal of occupational health psychology*, 6(2), 139.

Rabelais, F. (1858). Pantagruel (Vol. 1). *P. Janet*.

Rancière, J. (1998). Aux bords du politique.

Randon, S., Baret, C., & Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie: du savoir académique à l'action managériale. *Management Avenir*, (9), 133-149.

Rasmussen, J., & Jensen, A. (1974). Mental procedures in real-life tasks: A case study of electronic trouble shooting. *Ergonomics*, 17(3), 293-307.

Reason, J. (1979). Actions not as planned: The price of automatization. In G. Underwood & R. Stevens (Eds), *Aspects of consciousness. Vol. 1. Psychological issues (pp 67-89)*. New York: Academic Press.

Reason, J. (1990). Human error. *Cambridge university press*.

Reason, J. (1997). Managing the risks of organizational accidents. *Aldershot: Ashgate Publishing*.

Revet, T., (1992). La force de travail, *LITEC*.

Ribault, T. (2008/2). Aide à domicile: de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. *Revue française de socio-économie*, (2), 99-117.

Rican, S., Vaillant, Z., Bochaton, A., & Salem, G. (2014). Inégalités géographiques de santé en France. *Les Tribunes de la santé*, (2), 39-45.

Rivière, A., Commeiras, N., & Loubès, A. (2019/2). Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, (2), 3-20.

Roberts, K. H. (1990). Managing high reliability organizations. *California management review*, 32(4), 101-113.

- Roberts, K. H.** (1990). Some characteristics of one type of high reliability organization. *Organization Science*, 1(2), 160-176.
- Ross, L.** (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 173-220). Academic Press.
- Rost, J. C.** (1991). *Leadership for the twenty-first century*. Greenwood Publishing Group.
- Rost, J. C.** (1993). Leadership development in the new millennium. *Journal of Leadership Studies*, 1(1), 91-110.
- Rotter, J. B.** (1954). *Social learning and clinical psychology*. Johnson Reprint Corporation.
- Rouse, W. B.** (1981). Experimental studies and mathematical models of human problem solving performance in fault diagnosis tasks. In *Human detection and diagnosis of system failures* (pp. 199-216). Springer, Boston, MA.
- Rousseau, J. J.** (1782). *Discours sur l'origine et les fondemens de l'inégalité parmi les hommes* (Vol. 14). Cazin.
- Rousseau, D. M., & Libuser, C.** (1997). Contingent workers in high risk environments. *California management review*, 39(2), 103-123.
- Ruhm, C. J.** (2000). Are recessions good for your health? *The Quarterly journal of economics*, 115(2), 617-650.
- Ruiller, C.** (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management Avenir*, (2), 15-34.
- Safy, F.** (2011). La relation entre souffrance et implication au travail dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources : le cas d'une organisation médico-sociale (*Doctoral dissertation, Montpellier 3*).
- Salancik, G. R.** (1977). Commitment and the control of organizational behavior and belief. *New directions in organizational behavior*, 1, 54.
- Schrödinger, E.** (1935). Discussion of probability relations between separated systems. In *Mathematical Proceedings of the Cambridge Philosophical Society* (Vol. 31, No. 4, pp. 555-563). Cambridge University Press.
- Seligman, M. E.** (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2(2002), 3-12.
- Selye, H.** (1962). *Le stress de la vie*. Paris, Gallimard.
- Selznick, P.** (1948). Foundations of the theory of organization. *American sociological review*, 13(1), 25-35.

- [Shapira-Lishchinsky, O. & Rosenblatt, Z.](#) (2009). Perceptions of organizational ethics as predictors of work absence: a test of alternative absence measures. *Journal of Business Ethics*, 88, 717-734.
- [Shapiro, D. L., Sheppard, B. H., & Cheraskin, L.](#) (1992). Business on a handshake. *Negotiation journal*, 8(4), 365-377.
- [Shapiro, D. L., Buttner, E. H., & Barry, B.](#) (1994). Explanations: What factors enhance their perceived adequacy? *Organizational behavior and human decision processes*, 58(3), 346-368.
- [Schein, E. H.](#) (1996). Culture: The missing concept in organization studies. *Administrative science quarterly*, 229-240.
- [Scherr, J., Wolfarth, B., Christle, J. W., Pressler, A., Wagenpfeil, S., & Halle, M.](#) (2013). Associations between Borg's rating of perceived exertion and physiological measures of exercise intensity. *European journal of applied physiology*, 113(1), 147-155.
- [Seeman, M., & Evans, J. W.](#) (1962). Alienation and learning in a hospital setting. *American Sociological Review*, 772-782.
- [Sibé, M., Alis, D.](#) (2016) un hôpital «aimant» qui favorise performance et bien-être au travail, in Stress, burn-out, harcèlement moral (sous la direction de Coutanceau, R.), Paris, Dunod, 288p.
- [Sieber, S.](#) (2013). *Fatal remedies: The ironies of social intervention*. Springer Science & Business Media.
- [Siegrist, J.](#) (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27.
- [Simon, D., & Colesberry, R. F.](#) (2002). The wire [Television series]. USA: HBO Entertainment.
- [Simon, H.](#) (1962). The Architecture of Complexity. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 106, 467-482.
- [Skagen, K., & Collins, A. M.](#) (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 161, 169-177.
- [Snow, J.](#) (1856). Cholera and the water supply in the south districts of London in 1854. *Journal of public health, and sanitary review*, 2(7), 239.
- [Sobel, R.](#) (2004). Travail et reconnaissance chez Hegel. *Revue du MAUSS*, (1), 196-210.
- [Soler, L.](#) (2009). Introduction à l'épistémologie. Paris Ellipses
- [Spencer, H.](#) (1860). The social organism. *Westminster review*, 73(143), 90-121.
- [Steel, R. P.](#) (2003). Methodological and operational issues in the construction of absence variables. *Human Resource Management Review*, 13, 243-251.

- [Strauss, A.](#) (1992). La trame de la négociation. *Sociologie qualitative et interactionnisme*, 10(4), 154-157
- [Summala, H.](#) (1987). Young driver accidents: Risk taking or failure of skills? *Alcohol, Drugs & Driving*.
- [Sweeney, P. D., & McFarlin, D. B.](#) (1993). Workers' evaluations of the "ends" and the "means": An examination of four models of distributive and procedural justice. *Organizational behavior and human decision processes*, 55(1), 23-40.
- [Tahri, N.](#) (2014). *Responsabilité sociale des entreprises et comportements citoyens: Application au cas de la mutuelle*. Éditions EMS.
- [Talandier, M.](#) (2007). *Un nouveau modèle de développement hors métropolisation. Le cas du monde rural français* (Doctoral dissertation, Université Paris XII Val de Marne).
- [Tannenbaum, R., & Schmidt, W. H.](#) (1958). Leadership styles: continuum of leadership behavior. *Harvard Business Review*, March/April, 95-102.
- [Tannenbaum, R., & Schmidt, W. H.](#) (1973). How to choose a leadership pattern. *Harvard business review*.
- [Tessier, N.](#) (2006). L'impact des modes de gestion des cadres sur le stress au travail. *Management Avenir*, (2), 143-158.
- [Tett, R. P., & Meyer, J. P.](#) (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel psychology*, 46(2), 259-293.
- [Thébaud-Mony, A., Daubas-Letourneux, V., Frigul, N., & Jobin, P.](#) (2012). Santé au travail. Approches critiques. *La Découverte*.
- [Thiesse, A. M.](#) (2014). *La création des identités nationales. Europe, XVIIIe-XXe siècle*. Média Diffusion.
- [Thiétard R.-A.](#) (1999). *Méthodes de recherche en management*. Dunod, Paris.
- [Thomason, T., & Pozzebon, S.](#) (2002). Determinants of firm workplace health, safety, and claims management practices. *ILR Review*, 55(2), 286-307.
- [Torgén, M., & Kilbom, Å.](#) (2000). Physical workload between 1970 and 1993—did it change? *Scandinavian journal of work, environment & health*, 161-168.
- [Trébuq, S.](#) (2005/5). De l'idéologie et de la philosophie en gouvernance d'entreprise. *Revue française de gestion*, n°158
- [Valensi, R. R.](#) (2019). Les sources de stress au cabinet dentaire éprouvé par le chirurgien-dentiste.
- [Vallery, G., Bobillier-Chaumon, M. E., Brangier, E., & Dubois, M.](#) (2019). *Psychologie du Travail et des Organisations: 110 notions clés-2e éd*. Dunod.

- [Vandenberghe, C. & Panaccio, A.](#), (2009). Perceived organizational support, organizational commitment and psychological well-being: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 75(2), 224-236.
- [Van der Molen, H. H., & Bötticher, A. M.](#) (1988). A hierarchical risk model for traffic participants. *Ergonomics*, 31(4), 537-555.
- [Veazie, M. A., Landen, D. D., Bender, T. R., & Amandus, H. E.](#) (1994). Epidemiologic research on the etiology of injuries at work. *Annual review of public health*, 15(1), 203-221.
- [Verne, J.](#) (2012). 20 000 lieues sous les mers. *Kinoscript*.
- [Vico, G. B.](#) (1981). Vie de GB Vico écrite par lui-même, (suivi de: La méthode des études de notre temps, 1708), trad. par A. Pons, Ed. B. Grasset, Paris.
- [Vigneron, E.](#) (1995). La géographie de la santé: un agenda qui se précise. *Espace Populations Sociétés*, 13(1), 31-41.
- [Villermé, L. R.](#) (1823). Note sur la population de Paris. *Archives générales de médecine*, 1, 468-71.
- [Viswesvaran, C., Sanchez, J. I., & Fisher, J.](#) (1999). The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*, 54(2), 314-334.
- [Von Bertalanffy, L., Chabrol, trad.](#) (1973). Théorie générale des systèmes (p. 296). Paris: Dunod.
- [Von Bertalanffy, L. V.](#) (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. G. Braziller.
- [Von Bertalanffy, L.](#) (1955b). An essay on the relativity of categories. *Philosophy of Science*, 22(4), 243-263.
- [Von Bertalanffy, L.](#) (1932). Theoretische Biologie (Vol. 1). *Gebrüder Borntraeger*.
- [Von Thünen, J. V.](#) (1826). Der isolierte Staat. *Beziehung auf Landwirtschaft und Nationalökonomie*.
- [Von Trier, L. & al.](#) (1996). Breaking the waves. *Faber*.
- [Vygotsky, L. S.](#) (1978). Socio-cultural theory. *Mind in society*.
- [Wallace, R. B., & Whitt, W.](#) (2005). A staffing algorithm for call centers with skill-based routing. *Manufacturing & Service Operations Management*, 7(4), 276-294.
- [Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R.](#) (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.
- [Wamsley, G. L., & Zald, M. N.](#) (1973). The political economy of public organizations. *Public Administration Review*, 62-73.
- [Watzlawick, P.](#) (1976). How real is real? Communication, disinformation, confusion. *New York, Random House*.

- [Weber, L.](#) (1903). Vers le positivisme absolu par l'idéalisme (Vol. 188). *F. Alcan*
- [Weber, M.](#) (1958). *Essays in sociology*. A Galaxy Book.
- [Weber, M.](#) (1964). L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme suivi d'un autre essai. *Revue Française de Sociologie*, 5(3), 354.
- [Weick, K. E.](#) (1987). Organizational culture as a source of high reliability. *California management review*, 29(2), 112-127.
- [Weick, K. E.](#) (1993). The collapse of Sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster. *Administrative science quarterly*, 628-652.
- [Weick, K. E.](#) (1995). Sensemaking in organizations (Vol. 3). *Sage*.
- [Weick, K. E.](#) (1999). Theory construction as disciplined reflexivity: Tradeoffs in the 90s. *Academy of management review*, 24(4), 797-806.
- [Wichert, I. C.](#) (2002). *Reducing the impact of job insecurity and work overload: the role of social support* (Doctoral dissertation, University of Cambridge).
- [Wilde, G. J.](#) (1982). The theory of risk homeostasis: implications for safety and health. *Risk analysis*, 2(4), 209-225.
- [Wolff, J.](#) (2006). Risk, fear, blame, shame and the regulation of public safety. *Economics and Philosophy*, 22, 409-27.
- [Wonnacott, T. H., & Wonnacott, R. J.](#) (1995). Statistique, 4^{ème} édition, Paris. *Economica*, 919.
- [Woods, L.](#) (2017). *A statistical and geographical analysis of workplace accidents in England and Wales* (Doctoral dissertation, University of Liverpool).
- [Wright, C.](#) (1986). Routine deaths: Fatal accidents in the oil industry. *The Sociological Review*, 34(2), 265-289.
- [Yvon, F., & Clot, Y.](#) (2001). Le travail en moins. Une approche psychologique de l'activité. *Cités*, (4), 63-73.
- [Zohar, D.](#) (1980). Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *Journal of applied psychology*, 65(1), 96.
- [Zola, E.](#) (1898). *Germinal*, Paris, 1885. *Œuvres complètes*.

LISTE DES TABLEAUX :



LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|-----------------------|
| Tableau 1 : Tableau des paradigmes 1 | p 11 |
| Tableau 2 : Evolution des accidents du travail 2014-2017 | p 17 |
| Tableau 3 : Evolution du nombre d'Accidents du travail et indice de fréquence 2017 par CTN | p 18 |
| Tableau 4 : Evolution du nombre d'Accidents du travail et indice de fréquence 2017 par Code NAF du CTN I | p 19 |
| Tableau 5 : Catégories d'établissements de santé en 2013 et 2017 | p 42 |
| Tableau 6 : Nombre d'employé-es, évolution et distribution par catégories de métiers 1977/2018 | p 44 |
| Tableau 7 : Métiers les plus touchés par les accidents du travail | p 46 |
| Tableau 8 : Tableau des paradigmes 2 | p 111 |
| Tableau 9 : Tableau des variables | p 199 |
| Tableau 10 : Typologie des AAV en fonction des tranches de population | p 232 |
| Tableau 11 : Code et libellé des activités sélectionnées | p 240 |
| Tableau 12 : Indices de fréquence et de gravité 2017 par Code NAF des CTN H & I | p 242 |
| Tableau 13 : Etablissements d'Aquitaine selon les codes APE, Risque, CARSAT, de 2011 à 2016 | p 245 |
| Tableau 14 : Test d'indépendance des sous-groupes par code CARSAT | p 249 |
| Tableau 15 : Test d'indépendance de chaque activité selon le statut privé/public | p 250 |
| Tableau 16 : Variables clé des sous-groupe CARSAT entre 2011 et 2016 | p 250 |
| Tableau 17 : Corrélations effectif moyen/taux de fréquence (de gravité) par activité | p 255 |
| Tableau 18 : Tableau des variables dépendantes par zone d'emploi 2012 | p 279 |
| Tableau 19 : Tableau des variables dépendantes et indépendantes par AAV2020 | p 287 |
| Tableau 20 : Tableau de corrélation de l'indice de Gini avec les mesures de sinistralité par AAV2020 | p 288 |
| Tableau 21 : Tableau de corrélation des taux de gravité et évolution de ce taux entre Aires d'Attraction des Villes 2020 et Zones d'Emploi correspondantes | p 291 |
| Tableau 22 : P-valeurs des corrélations des taux de gravité et évolution de ce taux entre Aires d'Attraction des Villes 2020 et Zones d'Emploi correspondantes | p 291 |

| | |
|---|-----------------------|
| Tableau 23 : Répartition des établissements par activité selon la catégorie de population des Aires d'Attraction des Villes 2020 | p 292 |
| Tableau 24 : Matrice de corrélations et de p-valeurs des mesures de sinistralité et de diverses mesures structurelles par catégorie de population des Aires d'Attraction des Villes | p 293 |
| Tableau 25 : Evolution du Taux de gravité et nombre moyen d'heures par employé-e par catégorie de population des Aires d'Attraction des Villes | p 294 |
| Tableau 26 : Résultats du niveau des territoires | p 294 |
| Tableau 27 : Résultats du niveau des établissements | p 311 |
| Tableau 28 : Répartition des établissements répondant selon les catégories des arbres de régressions | p 317 |
| Tableau 29 : Extrait de codage des réponses employeurs | p 318 |
| Tableau 30 : Taux de fréquence et de gravité agrégés par tranche d'effectif entre 2011 et 2016 | p 323 |
| Tableau 31 : Tableau des sous-dimensions des variables | p 329 |
| Tableau 32 : Questions posées pour mesurer l'incertitude professionnelle | p 340 |
| Tableau 33 : Matrice activités/sinistralité | p 344 |
| Tableau 34 : Matrice Statut/sinistralité | p 344 |
| Tableau 35 : Tests d'indépendance des réponses selon la sinistralité ou le statut | p 344 |
| Tableau 36 : Moyennes et médianes des variables extraites selon la sinistralité | p 346 |
| Tableau 37 : Médianes des variables extraites selon le statut et la sinistralité | p 347 |
| Tableau 38 : Tableau simplifié des correspondances variables/sinistralité | p 348 |
| Tableau 39 : Résultats du niveau des employeurs | p 355 |
| Tableau 40 : Comparaison de sinistralité des deux établissements | p 359 |
| Tableau 41 : Nombre et taux d'accidenté-es par famille de métiers | p 377 |
| Tableau 42 : Test Khi ² des réponses accidenté-es/non-accidenté-es | p 378 |
| Tableau 43 : Test Wilcoxon des réponses accidenté-es/non-accidenté-es | p 378 |
| Tableau 44 : Age et niveau de formation pour les accidenté-es du travail et les non-accidenté-es | p 381 |
| Tableau 45 : Résultats du niveau des employé-es | p 385 |

| | |
|---|-----------------------|
| Tableau 46 : Résultats du niveau systémique | p 402 |
| Tableau 47 : Sinistralité selon l'effectif et le groupe activité/statut | p 405 |
| Tableau 48 : Sinistralité selon les caractéristiques de l'établissement | p 419 |
| Tableau 49 : Tableau des préconisations | p 425 |
| Tableau 50 : Relation entre territoire et sinistralité | p 427 |
| Tableau 51 : Relation entre projet d'établissement, abnégation, locus et sinistralité | p 427 |

LISTE DES FIGURES :



LISTE DES FIGURES

| | |
|--|-----------------------|
| Figure 1 : Carte des variables 1 | p 15 |
| Figure 2 : Design de recherche (partie 1) | p 22 |
| Figure 3 : Les quatre mondes de l'hôpital | p 46 |
| Figure 4 : Carte des variables 2 | p 90 |
| Figure 5 : Modèle systémique à 3 niveaux | p 113 |
| Figure 6 : Le design de recherche | p 116 |
| Figure 7 : Le design de recherche (partie 2) | p 119 |
| Figure 8 : Approches successives de la sécurité industrielle | p 122 |
| Figure 9 : Carte des variables 3 | P 125 |
| Figure 10 : Modèle de Karasek (1979) repris de Bilodeau (2018) | p 140 |
| Figure 11 : Carte des variables 4 | P 142 |
| Figure 12 : Carte des variables 5 | P 159 |
| Figure 13 : Carte des variables 6 | P 184 |
| Figure 14 : Carte des variables 7 | P 190 |
| Figure 15 : Modèle de recherche avec variables indépendante | P 201 |
| Figure 16 : Modèle de recherche avec variables indépendantes et dépendantes | p 212 |
| Figure 17 : Le design de recherche (partie 3) | p 220 |
| Figure 18 : Taux de chômage des 15-64 ans par Zone d'Emploi en Aquitaine | p 228 |
| Figure 19 : Les Aires d'Attractivité des Villes en Aquitaine | p 229 |
| Figure 20 : Le taux de chômage par Aire d'Attractivité des Villes en Aquitaine | p 230 |
| Figure 21 : La densité démographique en Aquitaine | p 232 |
| Figure 22 : Distribution des établissements (code CARSAT) selon le taux de fréquence | p 248 |
| Figure 23 : Taux de fréquence et de gravité selon l'effectif moyen de 2011 à 2016 | p 255 |
| Figure 24 : Le design de recherche (partie 4) | p 273 |
| Figure 25 : Modèle niveau 1 | p 275 |
| Figure 26 : Modèle détaillé au niveau des territoires | p 279 |
| Figure 27 : Arbre de régression du taux de fréquence des ZE2010 | p 280 |

| | |
|---|-----------------------|
| Figure 28 : Arbre de régression du taux de gravité des ZE2010 | p 282 |
| Figure 29 : Arbre de régression de l'évolution du taux de fréquence des ZE2010 | p 284 |
| Figure 30 : Arbre de régression de l'évolution du taux de gravité des ZE2010 | p 285 |
| Figure 31 : Dispersion du taux de fréquence agrégé par catégorie de population | p 288 |
| Figure 32 : Dispersion de l'évolution du taux de fréquence agrégé par catégorie de population | p 288 |
| Figure 33 : Dispersion du taux de gravité agrégé par catégorie de population | p 289 |
| Figure 34 : Dispersion de l'évolution du taux de gravité agrégé par catégorie de population | p 289 |
| Figure 35 : Modèle niveau 2 | p 297 |
| Figure 36 : Arbre de régression du taux de fréquence des établissements en fonction des variables structurelles et géographiques | p 300 |
| Figure 37 : Carte des AAV maximisant le taux de fréquence des établissements | p 302 |
| Figure 38 : Arbre de régression du taux de gravité des établissements en fonction des variables structurelles et géographiques | p 303 |
| Figure 39 : Carte des AAV minimisant le taux de gravité des établissements | p 304 |
| Figure 40 : Arbre de régression de l'évolution du taux de fréquence des établissements en fonction des variables structurelles et géographiques | p 305 |
| Figure 41 : Carte des AAV dont le taux de fréquence stagne ou décroît | p 306 |
| Figure 42 : Arbre de régression de l'évolution du taux de gravité des établissements en fonction des variables structurelles et géographiques | p 308 |
| Figure 43 : Carte des AAV maximisant l'augmentation du taux de gravité | p 309 |
| Figure 44 : Modèle niveau 3-1 | p 314 |
| Figure 45 : Moyenne des dimensions pour les employeurs répondants | p 319 |
| Figure 46 : Moyenne des dimensions par catégorie activité/statut | p 320 |
| Figure 47 : Moyenne des dimensions par catégorie d'effectif | p 322 |
| Figure 48 : Moyenne des dimensions selon le temps moyen de travail (inférieur ou supérieur au temps plein) et l'évolution des structures | p 324 |
| Figure 49 : Moyenne des dimensions selon la tranche de population des AAV | p 325 |
| Figure 50 : Moyenne des dimensions selon la sinistralité des établissements | p 327 |
| Figure 51 : Moyenne des dimensions selon la sinistralité des établissements des activités HP et SDP | p 327 |
| Figure 52 : Moyenne des sous-dimensions de la MSP selon la sinistralité des établissements | p 330 |

| | |
|---|-----------------------|
| Figure 53 : Moyenne des sous-dimensions de la MSP selon l'activité des établissements | p 331 |
| Figure 54 : Moyenne des sous-dimensions de la Justice organisationnelle selon la sinistralité des établissements des activités HP et SDP | p 332 |
| Figure 55 : Moyenne des sous-dimensions de la Qualité de Management selon la sinistralité des établissements des activités HP et SDP | p 333 |
| Figure 56 : Moyenne des sous-dimensions du soutien social selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut | p 334 |
| Figure 57 : Moyenne des sous-dimensions de la tension de rôle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut | p 335 |
| Figure 58 : Fromage suisse (d'après Reason, 1997) | p 337 |
| Figure 59 : Moyenne des sous-dimensions du locus de contrôle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut | p 337 |
| Figure 60 : Moyenne des sous-dimensions du locus de contrôle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut (2) | p 339 |
| Figure 61 : Moyenne des sous-dimensions de l'incertitude professionnelle selon la sinistralité des établissements par catégorie d'activité/statut | p 340 |
| Figure 62 : Modèle niveau 3-2 | p 356 |
| Figure 63 : Carte d'implantation de l'AAPAM et du Centre Hospitalier de Belvès | p 357 |
| Figure 64 : Comparaison Ancienneté sur le poste et dans l'entreprise | p 362 |
| Figure 65 : Comparaison selon le temps de travail des employé-es | p 362 |
| Figure 66 : Comparaison selon la qualité de management | p 364 |
| Figure 67 : Comparaison selon la charge de travail | p 364 |
| Figure 68 : Comparaison selon le soutien hiérarchique | p 365 |
| Figure 69 : Comparaison selon le locus de contrôle | p 367 |
| Figure 70 : Locus de contrôle pour les employeurs selon la sinistralité | p 369 |
| Figure 71 : Comparaison selon le présentisme | p 372 |
| Figure 72 : Comparaison selon l'abnégation | p 374 |
| Figure 73 : Comparaison de l'ambiguïté de rôle selon l'établissement | p 375 |
| Figure 74 : Arbre de régression Accidenté-es/non-accidenté-es | p 383 |
| Figure 75 : Modèle systémique | p 387 |
| Figure 76 : Modèle inter-niveaux territoires/établissements | p 390 |
| Figure 77 : Arbre de régression Territoires/établissements du taux de fréquence | p 392 |

[Figure 78](#) : Arbre de régression Territoires/établissements de l'évolution du taux de fréquence [p 393](#)

[Figure 79](#) : Arbre de régression Territoires/établissements du taux de gravité [p 394](#)

[Figure 80](#) : Arbre de régression Territoires/établissements de l'évolution du taux de gravité [p 395](#)

[Figure 81](#) : Modèle inter-niveaux établissements/employeurs [p 397](#)

[Figure 82](#) : Arbre de régression Territoires/Etablissements/Employeurs [p 398](#)

[Figure 83](#) : Arbre de régression Territoires/Etablissements/Employeurs du taux de fréquence [p 399](#)

[Figure 84](#) : Arbre de régression Territoires/Etablissements/Employeurs du taux de gravité [p 400](#)

[Figure 85](#) : Arbres de régression Territoires/Etablissements/Employeurs d'évolution des taux [p 400](#)

[Figure 86](#) : Abnégation mesurée haute par les employeurs [p 416](#)

[Figure 87](#) : Abnégation mesurée basse par les employeurs [p 416](#)

[Figure 88](#) : Territoires 1 [p 418](#)

[Figure 89](#) : Territoires 2 [p 418](#)

[Figure 90](#) : Modèle final [p 426](#)

TABLE DES SIGLES :



TABLE DES SIGLES

| | |
|--------|--|
| AAV | : Aires d'Attraction des Villes |
| ADMR | : Aide à Domicile en Milieu Rural |
| ADP | : Aide à Domicile Privé |
| ADPP | : Aide à Domicile Public |
| AES | : Accompagnant Educatif et Social (voir AMP) |
| AMP | : Aide Médico-Psychologique |
| ANAES | : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé |
| ANAP | : Agence Nationale de l'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux |
| ANESM | : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux |
| APA | : Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| APE | : Activité Principale Exercée |
| APHP | : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris |
| ATIH | : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation |
| AT/MP | : Accident du Travail/Maladie Professionnelle |
| CARSAT | : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail |
| CART | : Classification and Regression Trees (Arbres de Classification et Régression) |
| CCNE | : Comité Consultatif National d'Ethique |
| CESU | : Chèques Emploi Service Universel |
| CHU | : Centre Hospitalier Universitaire |
| CITI | : Classification Internationale Type des activités économiques, par Industrie |
| CME | : Commission Médicale d'Etablissement |
| CNAM | : Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CNIL | : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés |
| CPOM | : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens |
| CNAMTS | : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |

| | |
|------------|--|
| CNSA | : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie |
| CTN | : Comités Techniques Nationaux |
| DADS | : Déclarations Annuelles des Données Sociales |
| DARES | : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques |
| DGAFP | : Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique |
| DREES | : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| DSN | : Déclarations Sociales Nominatives |
| DUERP | : Documents Uniques d'Evaluation des Risques Professionnels |
| EHESP | : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique |
| EPA | : Etablissement Public Administratif |
| EPCI | : Etablissement Public de Coopération Intercommunale |
| EPI | : Equipements de Protection Individuelle |
| ESMS | : Etablissement Social et Médico-Social |
| ESP | : Etablissements de Soins Privés |
| ESPP | : Etablissements de Soins Public |
| ETP | : Equivalents Temps Plein |
| FEPEM | : Fédération des Particuliers Employeurs de France (Fédération des Particuliers Employeurs de Maison) |
| FNAAFP/CSF | : Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire/Confédération Syndicale des Familles |
| FNP | : Fonds National de Prévention |
| FA | : Forêts Aléatoires |
| GPEC | : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences |
| GPECT | : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences Territoriales |
| HAS | : Haute Autorité de Santé |
| HLM | : Habitat à Loyer Modéré |
| HP | : Hébergement Privé |
| HPP | : Hébergement Public |

| | |
|------------|---|
| HPST (loi) | : Hôpital Patients Santé Territoires |
| INRS | : Institut National de la Recherche Scientifique |
| INSEE | : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques |
| IRP | : Instances de Représentation du Personnel |
| LASSO | : Least Absolute Shrinkage and Selection Operator |
| LOLF | : Loi Organique relative aux Lois de Finances |
| MDHP | : Mouvement de Défense de l'Hôpital Public |
| MES | : Modèles d'Equations Structurelles |
| MLH | : Modélisations Linéaires Hiérarchiques |
| MORT | : Management Oversight and Risk Tree |
| MSP | : Motivation de Service Public |
| NAF | : Nomenclature d'Activité Française |
| N.C.A. | : Non Classé Ailleurs |
| NPM | : New Public Management |
| OCDE | : Organisation de Coopération et de Développement Economique |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ORME | : Organisation Représentant les Métiers de l'Ergonomie |
| PCH | : Prestation de Compensation du Handicap |
| PMSI | : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| RH | : Ressources Humaines |
| RMI | : Revenu Minimum d'Insertion |
| RPS | : Risques Psycho-Sociaux |
| RSA | : Revenu de Solidarité Active |
| RURM | : Régression logistique Univariée puis Régression Multivariée |
| SAD | : Services d'Aide à Domicile |
| SAE | : Statistique Annuelle des Etablissements de santé |
| SDP | : Soins à Domicile Privé |
| SIASP | : Système d'Information des Agents des Services Publics |

| | |
|--------|---|
| SMIC | : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance |
| SOP | : Soutien Organisationnel Perçu |
| SST | : Santé Sécurité au Travail |
| T2A | : Tarification A l'Activité |
| TFP | : Taux de Faux Positifs |
| TMS | : Troubles Musculo-Squelettiques |
| TP | : Temps Plein |
| TPS | : Troubles Psycho-Sociaux |
| TVP | : Taux de Vrais Positifs |
| UNA | : Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles |
| URSSAF | : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales |
| WHO | : World Health Organization (voir OMS) |
| ZE | : Zones d'Emploi |

FIN

ECOLE DOCTORALE :
ED SSH 481

LABORATOIRE :
LIREM

RÉSUMÉ

L'objet de cette thèse est de mettre en regard dans un modèle systémique à trois niveaux l'ensemble des facteurs démontrés de l'accident du travail dans le secteur sanitaire et médicosocial. A l'aide d'arbres de régression et de méthodes statistiques plus classiques, nous montrons que ce phénomène est plurifactoriel. Il dépend au niveau des territoires du chômage et du niveau des bas revenus, au niveau des établissements du couple activité/statut mais aussi de la taille des structures, de leur croissance et de leur taux de temps pleins.

Au niveau des employeurs et employé-es, nos résultats minimisent l'impact du *genre*, de la *confiance organisationnelle*, du *Soutien Organisationnel Perçu*, de la *qualité de management*, de la *justice organisationnelle*, de l'*implication organisationnelle*, de la *tension de rôle*, corroborent le modèle de Karasek et Theorell (1990) sur l'effet préventif de la *latitude décisionnelle* et du *soutien social*, et mettent en évidence l'*abnégation*, sous-dimension de la *Motivation de Service Public*, dans toutes les structures, publiques ou privées. Cette variable apparaît préventive pour les employeurs et aggravante pour les employé-es encourageant les établissements à porter un projet altruiste au profit des bénéficiaires tout en gérant leurs employé-es de manière contractualisée.

Enfin cette thèse permet de valider l'existence d'un nouveau *locus de contrôle, patient/bénéficiaire*, dont l'effet est parallèle à l'*abnégation*, et de catégoriser partiellement les établissements selon les causes de leur sinistralité, invitant à une prévention différenciée selon l'implantation géographique, l'activité, le statut, la taille.

Mots-clés : Accident du travail, Taille d'établissement, Abnégation, Motivation de Service Public, Locus de contrôle, Soutien social, Autonomie, arbres de régression