



METHODOLOGIE ORSOSA

Mise à jour – Janvier 2013

DE LA RECHERCHE A LA PREVENTION DES CPO ET
TMS EN ETABLISSEMENTS DE SOINS



Julie Pavillet et Anissa Askri - Psychologues du travail – CHU Grenoble, et l'équipe de recherche ORSOSA (R de Gaudemaris, T Lang, A Sobaszek, S Caroly et A Descatha)

Introduction

La qualité de vie au travail est un enjeu essentiel dans les établissements de santé alors que s'intensifie l'activité au nom de la rentabilité et que la pénurie de soignants reste bien présente. Concernée par ce problème depuis plus de 10 ans, la recherche en soins infirmiers, a permis d'identifier des hôpitaux dits « magnétiques », c'est-à-dire capables de garder leurs personnels et où la qualité des soins et la santé des soignants est démontrée comme meilleure.

C'est dans cet état d'esprit qu'a été développé le programme national ORSOSA.

ORSOSA 1 (Organisation des Soins et de la Santé des soignants) est une cohorte épidémiologique nationale conduite dans 7 CHU (Grenoble, Bordeaux, Nancy, Toulouse, Limoges, Lille et Strasbourg). Un recueil de données épidémiologiques s'est effectué de 2006 à 2008 auprès de plus de 4300 soignants sur 3 secteurs de soins (Chirurgie, médecine, urgences/réanimation) regroupant 210 unités fonctionnelles (UFs).

Cette cohorte a conduit à définir puis à valider un outil visant à évaluer les niveaux de contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) et musculo-squelettiques perçus par les soignants, puis à valider une démarche de dynamique d'équipe visant à proposer des améliorations pour une meilleure qualité de vie au travail.

ORSOSA 2 est une action expérimentale de déploiement de l'outil et la démarche au sein de plusieurs réseaux de prévention CHU-Hôpitaux de proximité.

I – ORSOSA 1 : la cohorte, ses étapes, les connaissances apportées

A) Méthode

Une étape bibliographique a permis d'identifier les questionnaires internationaux validés les plus adaptés pour la population des soignants. Le questionnaire RNWI (Revised Nursing Work Index) a été retenu en particulier car il discrimine en Amérique du Nord, les hôpitaux attractifs « magnet hospital ». Cette qualification porte spécifiquement sur les soins infirmiers. Les conditions pour obtenir cette qualification portent sur : l'autonomie attribuée aux infirmier(e)s (IDE) dans leur organisation et leurs possibilités d'innovation, le support que l'administration apporte aux équipes, la qualité de la collaboration avec les médecins, la valorisation professionnelle et le leadership infirmier au sein de l'équipe, la relation positive avec les pairs, un ratio de personnel adéquat à la charge de travail, un focus sur le patient au centre de toutes les préoccupations, ainsi que l'importance de la qualité des soins.

La cohorte nationale ORSOSA a permis d'interroger les agents hospitaliers en 2006 puis en 2008 avec le même recueil par questionnaire.

Les questionnaires utilisés ont été les suivants :

- Le Siegrist (ERI - déséquilibre effort récompense) ;
- Le NSS (Nursing Stress Scale, mesure l'accompagnement des patients) ;

- Le R-NWI qui évalue trois dimensions, soit :
 - o Autonomie et contrôle des soignants au travail ;
 - o Soutien du cadre ;
 - o Collaboration des soignants avec les médecins.

D'autres dimensions ont été ajoutées au :

- o Organisation collective du travail ;
- o Dysfonctionnements organisationnels ;
- o Soutien de l'administration ;
- o Sens du travail.

De plus, des grilles d'observations ergonomiques ainsi qu'un questionnaire cadre ont permis de quantifier de manière objective les activités et l'organisation.

D'autres mesures ont été effectuées :

- L'état de santé mentale (anxiété et humeur dépressive) a été évalué par auto questionnaires via :
 - o Le STAY-YB (State Trait Anxiety Inventory : échelle d'autoévaluation de l'anxiété) ;
 - o Le CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, questionnaire utilisé pour évaluer la « dépressivité »).
- Une mesure de l'état de santé cardio-vasculaire (pression artérielle, âge, tabac, thérapeutiques, exercice physique ...) ;
- L'échelle de Borg (échelle d'effort ressenti) ;
- Une mesure de la prévalence des TMS réparties en trois dimensions, issues du travail d'Yves Roquelaure (CHU Angers) :
 - o Contrainte de manipulation du malade ;
 - o Contrainte de manipulation autour du malade ;
 - o Gestes et postures.

B) Résultats

1. Validation du questionnaire NWI-EO

Le questionnaire R-NWI initial a été enrichi de questions supplémentaires concernant la perception des organisations de travail au niveau de l'UF.

Une validation interne puis externe rigoureuse de cette nouvelle version : questionnaire NWI-EO, a été conduite et a permis d'identifier huit dimensions, à partir de 22 questions, sur lesquelles il est possible d'agir localement :

- o Organisation qui permet la communication ;
- o Soutien du cadre de santé ;
- o Effectif suffisant dans le service ;
- o Interruptions dans le travail ;
- o Relations au sein de l'équipe soignante et médicale ;
- o Partage des valeurs de travail ;
- o Soutien de l'administration ;
- o Organisation qui permet le respect des congés.

De plus, les niveaux de contraintes perçus sur ces dimensions, au sein des UFs, sont corrélés aux niveaux mesurés par l'équipe d'ergonomes.

2. Création d'un seuil d'alerte des niveaux de contrainte sur chacune des dimensions NWI-EO et TMS

La base de données des 210 UFs de la cohorte a permis de fixer des seuils d'alerte arbitraires sur chacune des huit dimensions du questionnaire NWI-EO ainsi que sur les trois dimensions du questionnaire TMS et sur l'échelle de Borg. Ces seuils d'alerte sont

définis comme étant la valeur au 75^{ème} percentile de la distribution des scores des 210 UFs, tant chez les IDE que les AS. Au-delà de ce seuil, on considère en effet que la dimension mesurée est dans les 25% les plus élevées des 210 UFs. Ces seuils d'alerte sont à la base de la démarche ORSOSA 2, qui, après ce diagnostic rapide partagé au sein de l'UF permet de créer une dynamique de prévention.

3. Impacts sur la santé

L'analyse des liens entre niveau de contrainte CPO – TMS et la santé des soignants (Hypertension artérielle (HTA), dépression, TMS du membre supérieur) a été conduite tout d'abord sur les données transversales (2006 et 2008) puis en liant niveaux de contraintes 2006 et état de santé 2008.

Une thèse est actuellement en cours afin d'étudier la relation entre les facteurs psychologiques et organisationnels du travail perçus au niveau de l'unité fonctionnelle, la santé mentale (dépressivité), l'HTA, et les TMS.

a – Dépressivité

L'ensemble des variations du niveau de symptôme dépressif en fonction de l'UF était expliqué par les variations de scores du NWI-EO qui évaluaient les contraintes organisationnelles du travail.

De mauvaises relations avec le supérieur hiérarchique au sein de l'équipe de soins, la perception d'un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses obtenues en retour et le fait d'être surinvesti dans son travail en 2006 étaient directement associés à un niveau élevé de symptôme dépressif en 2008 chez les IDE et les AS.

Une organisation ne favorisant pas la communication centrée sur les soins aux patients en 2006 était liée à la dépressivité en 2008 à travers la perception d'un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses obtenues en retour chez les IDE. Le défaut d'estime et de respect au travail représentait 60% et les incertitudes sur le poste 20% de l'effet du déséquilibre perçu entre les efforts fournis et les récompenses obtenues en retour.

b – Hypertension

Sur les 1133 IDE et 825 AS normo-tendues dans 169 UFs qui ont été examinées en 2006 et revues en 2008 : 37 IDE et 41 AS étaient devenues hypertendues.

En plus des facteurs de risque classiques de l'HTA (âge et IMC), le fait d'avoir des problèmes d'effectif au niveau de l'UF en 2006 était un facteur de risque de l'HTA en 2008 chez les IDE et les AS.

Aucune association significative n'a été trouvée concernant la perception d'un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses obtenues en retour, et aucune n'a été trouvée pour le surinvestissement.

II – ORSOSA 2 : déploiement de la démarche dans de nouveaux établissements de santé

A) Introduction

ORSOSA 2 est une démarche de prévention primaire conduite après une phase de diagnostic au niveau de l'unité de travail. Son concept est de situer l'action, non pas au niveau de l'établissement, mais au niveau de l'unité de travail, là où se situent les solutions concrètes et préhensibles. Les problématiques variant d'une unité à l'autre, la démarche ORSOSA 2 est un outil permettant d'avoir un point de vue global sur l'unité en révélant ses ressources et ses points à améliorer. Les forces de l'unité vont correspondre à un faible niveau de contraintes (CPO -TMS) ; à contrario, les éléments à améliorer vont être représentés par un haut niveau de contraintes (CPO -TMS).

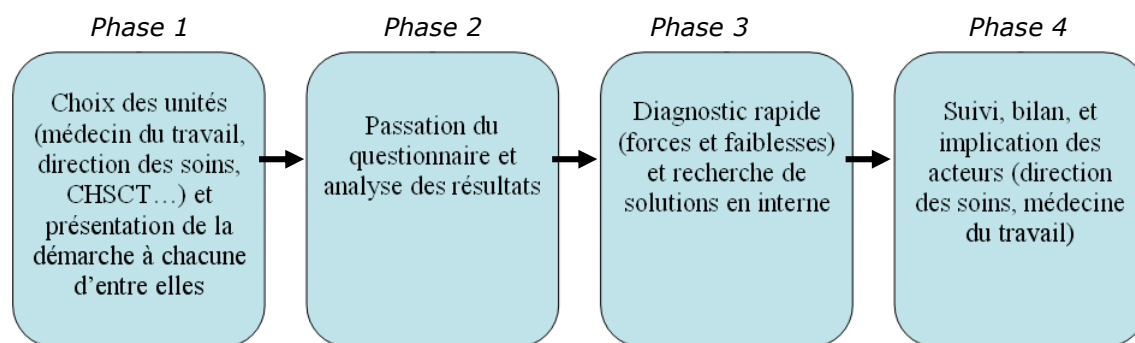
Ce programme vient en complément d'une stratégie de prévention pouvant provenir de la direction. Cela s'appuie sur un outil informatique disponible, simple d'accès (weblogiciel), permettant, après saisie des questionnaires IDE et AS, d'avoir très rapidement les scores des dimensions. La confidentialité est essentielle au bon déroulement des étapes. ORSOSA 2 peut être sollicité par l'équipe, le cadre ou le médecin, mais également les représentants du personnel ou encore la direction des soins.

Le questionnaire reste très court (22 questions concernant les CPO, 13 concernant les TMS et l'échelle de Borg). Sa validité est internationale : ce questionnaire est représentatif d'une unité de travail en impactant l'ensemble de la dynamique. La standardisation du questionnaire permet un étalonnage, une comparaison en termes de performances par établissement.

B) Etapes de la démarche ORSOSA 2

Suite aux travaux de l'équipe du CHU de Grenoble, la méthodologie est fiable et standardisée. Tout au long de ces différentes phases, les unités de travail incluses dans la démarche ORSOSA 2 sont accompagnées par une psychologue du travail. Cela assoit donc le caractère indépendant du projet.

Il s'agit d'une démarche ascendante (comme le montre le schéma ci-dessous).



Phase 1a. Rencontre des acteurs institutionnels

Il faut identifier et impliquer les porteurs de la démarche en interne à l'établissement (DRH, médecine du travail, directions des soins, responsable cellule gestion des risques et qualité) et comprendre les jeux d'acteur de manière à identifier le porteur de projet. L'important reste de toujours avoir un représentant de l'institution lors des différentes étapes car la prévention des risques professionnels est sous la responsabilité de l'employeur. Une présentation en CHSCT est fortement souhaitable.

Phase 1b. Identification des unités de travail

La phase suivante consiste à déterminer les unités de travail, unités fonctionnelles (UF) ou des services, variable en fonction des spécificités de l'établissement Il s'agit d'une démarche de volontariat des unités de travail. Il est primordial que ces entités soient adaptées à la prévention primaire, puisque l'outil a été conçu de manière à reconnaître les forces et faiblesses en amont des difficultés pouvant survenir. Les acteurs de la première phase doivent choisir ensemble ces unités.

Phase 1c. Rencontre cadre/médecin de l'unité

S'en suit une phase de présentation à la hiérarchie de proximité des équipes (cadre, médecin voire cadre supérieur et le chef de pôle). A cette étape, il est essentiel d'écouter leurs attentes et observations car ils sont les acteurs essentiels de la réussite de la démarche. Il importe de présenter les fondements conceptuels (hôpitaux magnétiques) et scientifiques d'ORSOSA 2, puis de montrer comment la connaissance de la perception des soignants de leur CPO est une base constructive pour l'analyser des ressources et des contraintes des organisations de travail afin de créer une dynamique collective et consensuelle d'amélioration de la qualité de vie au travail. En ce sens ORSOSA est une aide au management de proximité et ne doit surtout pas être envisagé comme un audit de l'établissement sur le management de proximité. En termes de valeurs, il faut aussi rappeler qu'une bonne qualité de vie au travail pour toute l'équipe est associée à une meilleure qualité des soins, à une meilleure santé des soignants et moindre turn-over de l'équipe.

Phase 2a. Rencontre équipe/passation du questionnaire

Par la suite, la méthode ORSOSA 2 ainsi que le questionnaire sont présentés aux équipes (souvent lors des transmissions, ou lors d'un staff) afin d'exposer les différentes étapes, de répondre aux questions, aux attentes, mais surtout d'insister sur la consigne (répondre à l'intégralité du questionnaire). Il est tout aussi important de rappeler que le diagnostic s'effectue sur la perception des CPO par les soignants.

Il faut aussi souligner que, si pour des réalisations statistiques, le questionnaire NWI-EO n'est posé qu'aux infirmières et aides soignantes, la restitution de leur perception et la recherche d'amélioration implique tous les personnels de l'équipe, cadre, médecins, ASH... Ces phases de restitutions permettent de faire de l'ensemble des agents du service ou de l'UF, des acteurs de leur propre amélioration de vie au travail. Dans un cas exceptionnel où les ASH sont faisant-fonction d'AS (glissement de tâches), ces agents peuvent passer un questionnaire d'AS en répondant aux items en rapport avec ce rôle et aux activités qui s'y réfèrent.

Une urne est déposée dans un lieu défini en accord avec le cadre (généralement la tisanerie ou la salle des transmissions) permettant ainsi le recueil des questionnaires de manière anonyme. Le questionnaire et ses annexes sont disponibles en téléchargement sur le site www.orsosa.fr.

Phase 2b. Saisie et analyse des résultats

Les réponses des agents sont ensuite saisies sur la plateforme Internet du logiciel (www.orsosa.fr). Cette phase de saisie reste très rapide compte tenu du fait que le questionnaire est court. Dès que l'intégralité des questionnaires IDE et AS sont enregistrés, l'analyse est automatique et exportable. Les résultats sont bruts et peuvent être comparables. Le seuil d'alerte s'affiche dès lors que le score moyen des réponses à une dimension dépasse le 75^{ème} percentile. Le tableau ci-dessous présente un exemple de sortie pour une unité.

Tableau 1. Exemple de scores récapitulatifs

Questionnaire CPO				
Dimension	Infirmier(e)s		Aides Soignant(e)s	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 – Soutien du cadre infirmier	8		8,6	
2 – Effectifs suffisants	11,63	!!!	13,31	!!!
3 – Organisation qui permet la communication	7,2		8,3	
4 – Interruptions dans les tâches	12,42	!!!	12	!!!
5 – Relations au sein de l'équipe soignante et médicale	6,92		8	
6 – Partage des valeurs du travail	9,25		8,25	
7 – Soutien de l'administration	13,5		13,31	
8 – Organisation permet le respect des congés	13	!!!	12,75	!!!
Questionnaire TMS				
Dimension	Infirmier(e)s		Aides Soignant(e)s	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 – Contrainte de manipulation du patient	7,81	!!!	9,47	
2 – Contrainte de manipulation autour du patient	5,67		10,75	!!!
3 – Gestes et postures	5,17		8	
4 – Borg	15,13	!!!	17,9	!!!
<i>Le sigle « !!! » signifie que le seuil du 75^{ème} percentile a été dépassée. La dimension est donc considérée comme étant en alerte.</i>				

Phase 3. Restitutions

Ces étapes de restitutions doivent se faire rapidement après le recueil des questionnaires, donc les programmer dès la phase 1c. **Dans un premier temps**, le tableau des différents scores est présenté par le psychologue du travail aux cadres et médecins avec comme objectif de les aider à s'approprier ces résultats et les amener à les expliciter. Cela est un prélude au diagnostic partagé des forces et faiblesses de l'unité.

La même restitution est faite par le psychologue du travail, **dans un deuxième temps**, auprès du reste de l'équipe (IDE, AS, ASH), en dehors des acteurs précédents afin de libérer la parole. La plupart du temps, un temps intermédiaire est instauré avec le cadre et le médecin référent afin de leur présenter les préconisations émises lors de la restitution équipe. Cela permet une coordination avec la hiérarchie de proximité et une implication de celle-ci en s'appropriant ces mesures de prévention. Si la présence du porteur de projet est indispensable à toutes les étapes, elle est d'autant plus incontournable à cette phase de restitution en associant la Direction des Soins pour s'assurer que les propositions soient en cohérence avec la politique de l'établissement et institutionnaliser la phase de suivi des préconisations.

La troisième phase de restitution a pour objectif de créer une dynamique d'amélioration collective de la qualité de vie au travail en confrontant idées puis propositions de l'ensemble de l'équipe. Le consensus sur l'état des lieux de l'unité est le point de départ de cette dynamique. Le psychologue veille à ce que chacun puisse parler et devenir un acteur de ces améliorations. Les acteurs de l'unité de travail devront alors prioriser les mesures et actions d'améliorations décidées.

Phase 4. Suivi et bilan

Le suivi de la mise en place des préconisations puis le bilan, s'inscrivent dans une démarche de projet classique (Tableau 2.). Le tableau Excel de suivi des actions est téléchargeable sur le site www.orsosa.fr. Il peut servir de modèle pour structurer cette démarche. A ce niveau l'enjeu du psychologue du travail est de s'assurer que, pour chaque action d'amélioration retenue, un responsable de sa mise en œuvre soit bien identifié et que des délais de mise en place soient bien définis. La partie droite du tableau positionne chacune des actions en fonctions des 8 dimensions CPO et des 3 dimensions de contrainte mécanique ; cette approche vise à rendre possible une évaluation des actions à 6 mois ou un an. Afin de poser ces indicateurs CPO et TMS en les inscrivant dans l'UF ou le service, il est possible de redistribuer questionnaire à l'équipe à un an.

III – Conclusion

A partir de la phase de recherche ORSOSA 1, il a été possible de proposer un outil de diagnostic rapide des niveaux de contraintes des soignants, basé sur le concept des hôpitaux magnétiques. L'originalité de la démarche est de la conduire au sein des unités de travail. En effet, c'est à ce niveau que les organisations et contraintes diffèrent au sein de chaque établissement.

Le rôle du psychologue du travail est essentiel pour apporter l'indépendance nécessaire et permettre de créer une dynamique collective d'amélioration de la qualité de vie au travail au sein de chaque unité de travail où la démarche est conduite.

Il nous paraît essentiel d'associer la Direction des soins pour en faire un garant de la mise en place des préconisations.

ORSOSA 2 n'est pas et ne doit pas être perçue comme concurrente d'une éventuelle autre démarche de prévention des risques psycho-sociaux portée par l'établissement (approche ANAP, analyse violence, absentéisme, etc.) car sa spécificité est d'agir et de trouver des solutions propres à chacune des unités de travail.

En ce sens la démarche ORSOSA 2 n'est ni celle d'un audit de management des responsables de l'unité fonctionnelle (cadre ou/et médecin), ni non plus celle d'un observatoire des risques psychosociaux où il n'y a pas d'actions de prévention immédiates mises en place. C'est une démarche permettant de faire de la prévention sur mesure par et pour les acteurs de l'unité.

Tableau 2. Exemple de préconisations

Suivi de projet				Contraintes CPO							Contraintes TMS			Responsable de l'action				Suivi des actions														
Intitulé du pôle clinique	Code libélé	Intitulé de l'unité	Date de l'intervention	Plan d'action/ Préconisations	Plan des sous actions	Organisation permet la communication	Soutien Cadre	Effectif suffisant	Relation équipe	Interruptions travail	Partage des valeurs	Soutien de l'administration	Respect des congés	Manipulations du patient	Gestes et postures	Manipulations autour du patient	Cadre sup	Cadre	Medecins	Equipe	Date prévue	Action réalisée	Action en cours de réalisation	Echec de l'action	Commentaires et Observations	CR						
Pôle	janv-12	1	Prioriser et anticiper à l'avance les échanges avec le cadre et le médecin	1	Création AIC : (Animation d'Intervalle Court) Mini staffs non formels de 15 minutes peuvent être mis en place régulièrement (après 17h00/ le week-end avec les médecins)	x										x			x	01-janv										
						2	Espace de parole autour d'un café après les visites (10 à 11h) Médecins – Cadre - IDE	x		x													x	x								
						3	Réunion d'équipe plus régulière à la demande de la cadre : formaliser avec un ordre du jour et une continuité autour des projets de service	x		x														x								
				2	Agir sur la motivation et le sens du travail	1	Faire participer l'équipe aux visites des familles (définir un cadre précis : heure + date à afficher)				x										x		x									
						2	Permettre aux jeunes professionnels de trouver le juste équilibre entre les soins médicaux et relationnels : - Check-list - Livret d'accueil à finaliser - Tutorat d'accueil - Accentuer l'accompagnement, -Rassurer les jeunes professionnels				x		x												x							
						3	Valoriser la spécialité auprès des jeunes diplômés : participer au forum qualité, établir un plan de communication							x									x	x								
			3	Informer l'équipe des formations existantes au Chu de Grenoble en lien avec la prévention CPO et TMS	1	Formation gestes et postures Formation analyse de la pratique	x											x	x	x												
			janv-12	1	Optimiser les réunions pluridisciplinaires afin que les IDE et AS s'organisent pour y participer	1	Heure et temps définis pour chaque patient abordé	x												x			x									
						2	Mettre en place des actions favorables à la cohésion d'équipe	1	Favoriser le travail en binôme AS-IDE	x			x											x								
								2	Prioriser l'information en se réappropriant les outils de communication (Vie du service, message formel, message informel)	x															x		x					
			3	Favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants	1	Accompagner, vérifier les connaissances et les gestes techniques requis pour cette unité via check-list							x							x					janv-13							

IV - Références

Références internes :

Bonneterre, V., Liardy, S., Chatellier, G., Lang, T. & De Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity and health issues arising from questionnaires used to measure psychosocial and organizational work factors (POWFs) among hospital nurses: a critical review. *Journal of Nursing Measurement*, 16(3), 207-30

Bonneterre, V., Ehlinger, V., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., De Gaudemaris, R. & Lang, T. (2010). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: the NWI-EO questionnaire. *International Journal of Nursing Studies*, 71(3):534-40.

De Gaudemaris, R., Lang, T., Sénéchal, M., Amar, A., Caroly, S., Zimmermann, B. & Sobaszek, A. (2011). Diagnostic et prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles. *Gestions Hospitalières*, 509 : 536-540.

Jolivet, A., Caroly, S., Ehlinger, V., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Balducci, F., Sobaszek, A., De Gaudemaris, R. & Lang, T. (2010). Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. *Social Science and Medicine*, 71(3):534-54.

Lamy, S., R. de Gaudemaris, et al. (2012). Organisational work factors and mental health among hospital workers is mediated by perceived effort-reward imbalance. Result of a longitudinal study. paper under review in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*.

Lamy, S., R. de Gaudemaris, & al. (2012). Behind the effort-reward imbalance (ERI): Which components influence hospital workers' mental health: esteem and respect from colleagues, salary or job stability and security? The ORSOSA cohort study. paper in-process.

De Gaudemaris, R., Levant, A., Ehlinger, V., Hérin, F., Lepage, B., Soulat, J.M., Sobaszek, A., Kelly-Irving, M. & Lang, T. (2011). Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 104(2):97-103.

Références externes

Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals : The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146 -153

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., Abdous, B. & Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 335-42

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisations des soins*, 40(1), 39-47