



Prévenir ensemble

Les risques d'atteinte psychologique au travail

Editorial

Outils

- Note de synthèse : « *Agir sur les souffrances relationnelles au travail : manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail* »
- Retour d'expérience d'une approche de diagnostic, puis de prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles et musculo-squelettiques en unité de soins (ORSOSA)

Actualités

- Synthèse du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Interactions entre santé et travail, juin 2013
- Evolution jurisprudentielle : le juge face aux décisions de l'employeur en matière d'organisation

Dossier colloque

- Substances psychoactives et travail, (Expérience de la journée du 19 octobre 2012 à Digne-les-Bains),
- Substances psychoactives et milieu de travail : point juridique

Pratiques

- Colloque E-Pairs – « La Clinique Médicale du Travail. Contribution de la médecine du travail »
- Clinique Médicale du Travail : origines, concepts, définitions, pratiques
- Une histoire clinique à comprendre ensemble

Perspectives

- Recherche sur le lien entre stress professionnel et santé mentale
- Les malentendus intergénérationnels en entreprise ne sont pas réductibles à des questions de relations interpersonnelles

Revue

- Recueil des articles traitant du suicide depuis le 1^{er} numéro des *Cahiers des rps / fps*

Retour d'expérience d'une approche de diagnostic, puis de prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles et musculo-squelettiques en unité de soins (ORSOSA)

Introduction

La prévalence des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO), s'est largement accrue dans les établissements de santé ces dernières années, conjointement à une densification des soins. Ces contraintes induisent du stress, de l'épuisement professionnel, et sont aussi associées aux maladies cardio-vasculaires, mentales et aux troubles musculo-squelettiques (TMS). Si la prise en charge médicale est nécessaire, il importe aussi de développer une démarche collective de prévention primaire visant à une approche diagnostique pour agir en prévention sur les contraintes psychologiques et organisationnelles.

La méthode ORSOSA (Organisation des soins et santé des soignants) repose sur une large cohorte épidémiologique de plus de 4 000 infirmier(e)s (IDE) et aides-soignantes(e)s (AS).

Les résultats de cette étude ont permis de construire et de valider un outil de diagnostic rapide des CPO. Cet outil se fonde sur le concept des hôpitaux magnétiques, ayant la capacité de fidéliser leur personnel du fait d'une bonne qualité de vie au travail (Aiken & Patrician, 2000 ; Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008). La perception des CPO des IDE et AS est enquêtée sur huit dimensions indépendantes statistiquement, sur lesquelles il est possible d'agir : soutien du cadre, effectifs suffisants, organisation qui permet la communication, interruptions dans les tâches, relations au sein de l'équipe soignante et médicale, partage des valeurs du travail, soutien de l'administration, et respect des congés. La perception des contraintes musculo-squelettiques est, quant à elle, évaluée sur trois dimensions indépendantes : manipulation du patient, manipulation autour du patient, gestes et postures.

Le Fonds National de Prévention de la Caisse Nationale de Retraite des Agents de Collectivités Locales (CNRACL) a soutenu le déploiement de la méthode ORSOSA dans plusieurs régions françaises. Cet article se veut être un bilan de l'implantation d'ORSOSA au sein de plus de 30 unités de soins de quatre hôpitaux de la région Grenobloise ; il présente l'expérience acquise dans le déploiement de la démarche et pointe les préconisations les plus souvent identifiées avec des solutions préventives adaptées au fonctionnement de chaque unité.

ORSOSA, outil de diagnostic rapide des contraintes CPO et TMS

Dans chaque unité de soins où se déploie la démarche, la perception des IDE et AS des niveaux de contraintes psycho-organisationnelles et musculo-squelettiques est évaluée à l'aide d'un questionnaire individuel et anonyme, adapté au milieu de soin. Il comprend une partie sur les CPO (NWI-EO ; cf. Annexe), et une sur les TMS (Roquelaure, Ha, Leclerc, Touranchet, Sauteron, Melchior, Imbernon & Goldberg, 2006 ; Descatha, Roquelaure, Evanoff, Niedhammer, Chastang, Mariot, Ha, Imbernon, Goldberg & Leclerc, 2007). Après saisie des questionnaires sur la plateforme Internet¹, un tableau synthétise les scores de l'unité fonctionnelle (UF) par dimension et par profession en comparaison aux données globales de la population des 4 000 soignants.

Plus précisément, pour chaque dimension, un « indicateur d'alerte » s'affiche si le score est au dessus du 75^{ème} percentile de la distribution des scores issus des 210 UF de la cohorte initiale ORSOSA¹ (Cf. exemple tableau 1).

Tableau 1 : Exemple des scores dans une unité de soins aux différentes dimensions selon la profession

Scores de l'unité aux 8 dimensions CPO				
Dimension	IDE		AS	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 - Soutien du cadre de santé	9,03		8,43	
2 - Effectifs suffisants	10,63		12,71	!!!
3 - Organisation qui permet la communication	10,15	!!!	10,25	!!!
4 - Interruptions dans les tâches	13,19	!!!	12,78	!!!
5 - Relations au sein de l'équipe soignante et médicale	8,89	!!!	7,4	
6 - Partage des valeurs du travail	9,17		8,45	
7 - Soutien de l'administration	13,33	!!!	11,31	
8 - Respect des congés	8,83		11,25	!!!
Scores de l'unité aux 3 dimensions TMS				
Dimension	IDE		AS	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 - Contrainte de manipulation du patient	5,5		11,46	!!!
2 - Contrainte de manipulation autour du patient	6,67	!!!	9,03	!!!
3 - Gestes et postures	5,84		7,75	
Scores de l'unité à l'Echelle de Borg : évaluation de l'intensité de la charge physique de travail				
Dimension	IDE		AS	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 - Borg	13,89		18,44	!!!

Le sigle « !!! » signifie que le seuil du 75^{ème} percentile a été dépassé. La dimension est donc considérée comme étant en alerte.

IDE : infirmier(e)s - AS : aide-soignant(e)s

¹ www.orsosa.fr

Critères essentiels à l'implantation de la démarche ORSOSA dans un établissement

Suite à l'expérience d'accompagnement de 30 unités de soins par des psychologues du travail du CHU, il apparaît que l'implantation d'ORSOSA n'est possible que dans certaines conditions :

- L'établissement doit être volontaire pour s'engager dans la démarche. Il est nécessaire d'identifier un ou plusieurs acteurs internes à l'établissement (DRH, médecine du travail, direction des soins, responsable cellule gestion des risques et qualité, etc.) qui vont porter la démarche. A ce niveau il est indispensable de prendre en compte les spécificités de chaque établissement, la culture de prévention, les enjeux... définissant le contexte d'intervention.
- Il est nécessaire de présenter cette démarche à l'établissement comme une dynamique collective de prévention faisant un état des lieux des contraintes et ressources perçues par les soignants de l'unité. C'est en cela qu'elle se différencie d'un audit sur le management de proximité. Il est tout aussi important d'insister sur le fait que la restitution des scores reste la propriété des acteurs de l'unité et que les scores bruts sans analyse n'ont pas de sens.
- La mise en place de cette démarche de prévention se doit d'être effectuée dans un délai court (6 mois maximum) afin de maintenir la dynamique d'équipe.
- Le choix des unités de travail intégrant la démarche ORSOSA doit obéir à plusieurs critères relationnels : volontariat des acteurs, transparence, absence de conflit important dans l'unité ; en cas de conflit majeur dans une UF où dialogue et dynamique sont difficiles à mettre en place, ORSOSA n'est pas la meilleure approche possible de prévention.

Facteurs de succès de la mise en place de la démarche au sein d'une unité de soins

L'implantation d'ORSOSA dans quatre établissements a permis de valider les phases successives de son déploiement, et de pointer les éléments essentiels à sa réussite.

Présentation d'ORSOSA au cadre de santé et médecin référent de l'unité

La rencontre avec l'encadrement de proximité permet d'une part de présenter la démarche, et d'autre part, de répondre aux appréhensions de départ et aux attentes de chacun en insistant notamment sur les points suivants :

- Cette démarche se veut être un diagnostic des ressources et contraintes de l'unité, non pas un jugement des pratiques managériales ;
- La démarche est accompagnée avec un regard neutre, en toute indépendance afin de repositionner le vécu des organisations de travail et les relations interindividuelles dans les échanges collectifs ;

- Les scores obtenus au sein de l'unité et les échanges qui en découleront appartiennent à l'équipe et restent confidentiels.

Présentation d'ORSOSA aux soignants

Cette phase permet de présenter à l'équipe les étapes successives de la démarche (passation des questionnaires aux IDE et AS, saisie et calcul des scores puis restitutions avec accompagnement dans la recherche d'amélioration). Elle permet notamment d'insister sur les garanties de la méthodologie : caractère anonyme des questionnaires, libre parole lors de la restitution. Cela favorise l'adhésion à la démarche et permet de donner des conditions pour, que chacun puisse être un acteur participatif de la démarche de prévention qui découlera de la passation des questionnaires. Il est bien précisé que, si le questionnaire n'est qu'à destination des IDE et AS du fait d'un effectif suffisant pour une représentation statistique, la restitution impliquera tous les professionnels de l'unité puisqu'ils travaillent tous en collaboration.

Restitution des scores au cadre de santé et médecin référent de l'unité

Elle permet au cadre et au médecin d'échanger sur les premières hypothèses d'interprétation, de s'approprier les scores et de laisser émerger des préconisations en adéquation avec le contexte de l'unité, la politique de l'établissement et les exigences de qualité des soins.

Restitution aux soignants

La restitution des scores se fait en l'absence de la hiérarchie de proximité (cadre de santé, médecin), dans l'objectif d'ouvrir un espace de parole. Il est primordial que les soignants explicitent leurs réponses en illustrant avec leur propre vécu au travail. C'est ce cheminement qui amène à formuler les premières propositions d'amélioration en lien avec les contraintes et ressources de leur activité.

Ces propositions ainsi définies sont, par la suite, discutées avec l'encadrement dans le but de préparer au mieux la rencontre collective.

Rencontre collective, hiérarchisation des préconisations et suivi d'accompagnement

Cette dernière rencontre réunit tous les acteurs de l'unité. Elle a pour objectif d'aboutir à un diagnostic partagé des ressources et des contraintes de l'unité, mais aussi de lister puis hiérarchiser les actions de prévention.

Le suivi de la mise en place des préconisations se fait par le porteur du projet (direction des soins) et le psychologue du travail. Elle s'inscrit dans une vraie démarche institutionnelle d'évaluation des risques, de complétion du Document Unique et du Plan de prévention.

L'enjeu de ce suivi 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. Cela permet de rendre possible le suivi d'accompagnement fixé en général 6 mois après la phase de restitution collective.

Principales CPO rencontrées au sein des 30 unités et exemples d'actions de prévention mises en place

Les scores d'alerte ciblent le plus souvent les dimensions CPO suivantes : organisation qui permet la communication, relations au sein de l'équipe paramédicale et avec l'équipe médicale, partage des valeurs de travail, soutien du cadre et interruptions dans les tâches. Pour les dimensions TMS, les alertes sont majoritairement liées aux contraintes de manipulation du patient et autour du patient.

Pour chacune de ces dimensions, notre expérience d'intervention sur 30 unités réalisant la démarche ORSOSA permet de repérer des situations de travail rencontrées générant un score élevé, d'analyser les interactions avec les autres dimensions du diagnostic CPO et de présenter les principales préconisations issues du travail de l'équipe soignante (y compris cadre et médecin).

Dimension CPO « Organisation qui permet la communication »

Un score élevé à cette dimension indique souvent que l'équipe paramédicale ne dispose pas d'assez de temps pour échanger des problèmes de soins liés à la prise en charge des patients. Cela conduit à réfléchir et à repenser les espaces de communication, mais aussi à s'interroger sur la façon dont l'équipe les investit. Le psychologue du travail accompagne l'équipe dans ses réflexions, conduisant à réinvestir ces espaces de parole, existants ou manquants, tout en respectant les contraintes de soins. Comme le souligne Clot (1999), il y a nécessité de construire du sens au sein de ces échanges en plaçant au centre des valeurs, la qualité des soins et la satisfaction de son propre accomplissement personnel.

Ainsi l'encadrement médical et paramédical prend alors conscience des réels besoins de l'équipe, pourquoi certains espaces déjà organisés sont peu attractifs ou pourquoi les agents présents sont peu participatifs. Réfléchir sur l'ensemble des aspects de la communication en identifiant les freins et les leviers, conduit à s'interroger sur les relations entre les différents intervenants (internes, médecins, cadre, etc.).

Une des préconisations souvent émise est de « **favoriser de façon formelle les échanges entre l'équipe médicale et paramédicale** » :

- **Action** : mettre en place un staff morbidité/mortalité associant IDE, AS et médecins, tous les 3 mois pour aborder les problématiques de soins paramédicaux, avec mise en place d'un classeur support pour le suivi ;
- **Action** : mettre en place des Animation d'Intervalle Court (AIC) régulièrement (Ministaffs de 15 minutes : après 17 h00/ le week-end avec les médecins).

Dimension CPO « Relations au sein de l'équipe soignante et médicale »

Un score élevé à cette dimension témoigne que les professionnels ont des difficultés à travailler en coordination.

Les IDE peuvent, par exemple, souligner un manque de rigueur dans la saisie des prescriptions, la visite trop tardive des patients, un manque de communication avec les médecins et un manque de

fluidité dans la circulation d'informations à tous niveaux. Cela retarde le travail infirmier et est source d'interruptions dans les tâches : vérifications, retour aux dossiers de soins...

Exemple de préconisation souvent émise « **Favoriser le travail de coordination avec l'équipe médicale** » :

- **Action** : former les internes et futurs internes sur la nécessité de communiquer avec les IDE et sur l'importance d'être rigoureux dans la saisie des prescriptions en illustrant les répercussions bénéfiques de cette pratique sur l'organisation des soins.

C'est à cette occasion que le rôle du cadre de santé est attendu : rôle d'intermédiaire, modérateur dans la gestion et résolution de conflits. Il est à l'interstice et se doit de créer du lien entre l'équipe médicale et paramédicale.

Les AS perçoivent le plus souvent comme contrainte, la difficulté à créer un binôme AS/IDE. Pour accompagner l'émergence de préconisations, le psychologue du travail aborde souvent, dans la discussion collective, les sources de cette contrainte (difficultés à travailler en binôme, freins dans l'organisation des soins, absentéisme...). Construire des préconisations impose alors de donner du sens au travail collectif.

Ainsi, des notions telles que l'entraide, l'entente, la collaboration sont soulevées et développées lors des échanges collectifs pour décrire ce qui les caractérisent en situation de travail. Selon Weill-Fassina et Bencheikroun (2000) « *Tout travail collectif n'implique pas un collectif de travail.* ». Selon Cru (1988) pour pouvoir parler de collectif de travail, « *il faut simultanément plusieurs travailleurs, une oeuvre commune, un langage commun, des règles de métier, un respect durable de la règle par chacun, ce qui suppose un cheminement individuel qui va de la connaissance des règles à leur intériorisation.* ». Le travail de collectif peut faire émerger des conflits sous-jacents intergroupes et intragroupes de plusieurs natures (conflit d'identité, de métier, de genre, de génération, de valeur, etc.) empêchant le collectif de travail de se former ou d'évoluer pouvant conduire à des clivages au sein de l'équipe paramédicale.

Le psychologue du travail prend en compte cette multitude de facteurs afin d'identifier les différentes sources de dysfonctionnements du travail collectif. Il doit aussi amener l'équipe à prendre conscience de l'intérêt du collectif pour soi. Selon Caroly et Clot (2004), « *La santé se dégrade en milieu de travail lorsqu'un collectif professionnel devient une collection d'individus exposés isolément.* ». En effet, Pavageau, Nascimento et Falzon (2013) montrent que le collectif permet également aux agents de s'économiser et de se protéger.

Exemple de préconisation souvent émise « **Favoriser le travail de coordination au sein de l'équipe paramédicale** » :

- **Action** : travailler en binôme l'après-midi pour le tour de 15h et de 20h : temps d'essai à définir. Débriefing avec la cadre de santé par la suite : à mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion d'équipe.

Dimension CPO « Partage des valeurs de travail »

Cette dimension permet de voir si l'ensemble des valeurs éthiques sont partagées au sein de l'équipe. Elle est au coeur de plusieurs réflexions comme celle de l'identité, du sens au travail, et interfère avec toutes les dimensions CPO du questionnaire. Elle est très difficile à appréhender et les actions de prévention mises en place seront indirectement liées. C'est une dimension du questionnaire qui sollicite une analyse approfondie, et une prise de conscience collective qui ne sera pas palpable de prime abord, mais seulement lors de l'appropriation des scores aux autres dimensions par l'équipe.

Pour illustrer, lorsqu'il y a conflit de valeurs « les membres de l'équipe ne partagent pas les mêmes valeurs de travail », l'équipe peut, par exemple, être difficilement une ressource pour la transmission du savoir-faire aux jeunes professionnels. Selon Daniellou, Simard et Boissières (2010), « *les collectifs professionnels contribuent à l'accueil et la formation des nouveaux, auxquels ils peuvent transmettre des formes de connaissances distinctes de celles enseignées par l'entreprise...* ».

Exemple de préconisation souvent émise « **Favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants** » :

- **Action** : accompagner les nouveaux arrivants « tutorat d'accueil », IDE référent(e) à définir ;
- **Action** : vérifier les connaissances et les gestes techniques requis pour cette unité à travers une check-list ou une grille d'évaluation ;
- **Action** : suivi individuel régulier par l'encadrement (modalités à définir).

Dimension CPO « Soutien du cadre de santé »

Cette dimension du questionnaire peut soulever, au départ, énormément de réticences de la part de l'encadrement.

L'alerte à cette dimension met en lumière les contraintes du cadre de santé vis-à-vis de l'évolution de sa fonction. L'intensification du travail, l'évolution des politiques institutionnelles avec une restriction de ses marges de manoeuvres l'obligent à s'éloigner peu à peu du terrain. L'équipe a souvent peu conscience de la multitude de tâches invisibles que réalisent le cadre de santé (Bourret, 2006). A cela s'ajoute la demande d'une nouvelle génération de soignants, plus exigeante sur sa qualité de vie au travail.

Face à un tel constat, l'équipe est alors à même de comprendre le mal être du cadre. Selon Paul Ricœur (1990), la souffrance n'est pas uniquement définie « *par la douleur physique ou mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir.* ».

Le rôle du psychologue du travail est alors d'instaurer un espace de parole entre le cadre et son équipe, et de repositionner le cadre dans son rôle de manager. Cet espace de parole a pour but de clarifier les attentes et les contraintes de chacun afin d'identifier sur quoi il est possible d'agir, de rétablir ce climat de confiance par une transparence dans la communication et une reconnaissance mutuelle des tâches et des activités de chacun. La

démarche de prévention ORSOSA est, en cela, un outil d'aide au management.

Exemple de préconisation souvent émise « **Favoriser la communication avec la hiérarchie de proximité** » :

- **Action** : définir un ordre du jour à chaque réunion avec une régularité dans le temps laissant la possibilité aux agents d'échanger autour des difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient ;
- **Action** : informer l'équipe régulièrement de l'avancement des demandes de renouvellement ou de réparation de matériel.

Dimension CPO « Interruptions dans les tâches »

Cette dimension caractérise des interruptions fréquentes dans la réalisation des tâches, qui bien que considérées comme faisant partie intégrante de la fonction de soignant, viennent entraver le bon déroulement des soins et l'organisation du travail.

Une alerte à cette dimension peut renvoyer à des dysfonctionnements externes comme des difficultés géographiques de connexion WIFI pour le suivi des soins ou la réception de commandes incomplètes. Les dysfonctionnements peuvent aussi être internes comme une préparation incomplète d'un guéridon de soins conduisant à des aller-retours supplémentaires à la réserve. Le psychologue du travail accompagne les soignants dans une réflexion sur l'organisation globale de l'unité au travers l'analyse des éléments sous-jacents à ces interruptions.

Exemple de préconisation souvent émise « **Réduire les tâches afférentes dans le but d'améliorer la continuité des soins** » :

- **Action** : améliorer la réception du WIFI en fin de couloir ;
- **Action** : conduire une réflexion sur l'approvisionnement optimal des chariots de soins ;
- **Action** : ajouter une fonctionnalité dans le logiciel permettant de changer la couleur de la ligne quand l'IDE a mis le médicament dans le pilulier.

Dimension contraintes musculo-squelettiques « Manipulation du patient et manipulation autour du patient »

Ces deux dimensions renvoient aux fréquences de manutention au cours d'une journée type de travail.

Quand elles sont en alerte, ces dimensions pointent des contraintes physiques importantes liées au niveau de dépendance des patients (nombre très important de manipulations) mais aussi des difficultés liées à l'aménagement des locaux (absence de possibilité de faire entrer le lève-malade dans une chambre sans sortir l'intégralité du mobilier).

L'ergonome et le psychologue du travail interrogent ensemble les soignants sur la façon dont ils réalisent ces manutentions (ex : seul ou en binôme, avec une possibilité d'aide si nécessaire), mais également les aides matérielles à leur disposition (ex : verticalisateur, planche de transfert, etc.). Le but est, dans un premier temps,

d'avoir un point de vue représentatif des pratiques de manutentions et de l'organisation des soins de nursing dans l'unité, et, dans un second temps, de pouvoir les accompagner dans une démarche de formation, d'achat de matériel ou d'adaptation des locaux.

Exemple de préconisation souvent émise « **Optimiser les conditions matérielles pour réduire les risques TMS** » :

- **Action** : adapter les chambres au polyhandicap des patients (marche à supprimer dans la douche de la chambre n°X ; Evaluer les modifications à effectuer sur les portes des chambres) ;
- **Action** : recenser le matériel présent/utilisé pour aider aux manutentions dans l'unité, évaluer les besoins pour chiffrer les manques.

Conclusion

L'implantation d'ORSOSA en termes de diagnostic et d'actions de prévention correspond à une véritable démarche de terrain au niveau des unités de travail, co-construite par l'ensemble des acteurs (soignants et encadrement de proximité) et accompagnée par le psychologue du travail. C'est une condition essentielle pour créer une dynamique collective d'appropriation des contraintes et ressources de l'unité et rechercher des préconisations consensuelles, qui engage le collectif et l'individu dans la prévention de la santé au travail.

Le psychologue du travail accompagne ce processus et aide les soignants et leur encadrement dans une réflexion commune sur les liens entre organisation, relations et contraintes de travail et santé. Cette démarche est un support pour le management de proximité et contribue à la mise en place d'une prévention de terrain.

Remerciements

Les auteurs remercient vivement :

- Le groupe recherche d'ORSOSA (Thierry Lang, Annie Sobaszek, Vincent Bonnetterre, Alexis Descatha, Elsa Laneyrie et Sébastien Lamy) pour sa contribution scientifique, base de ce travail ;
- Les directions, médecins du travail, et préventeurs des établissements qui se sont impliqués dans la démarche ;
- L'ensemble des personnels des unités de soins qui se sont engagés dans la démarche ;
- Le Fond National de Prévention (FNP) de la Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) pour son soutien financier à ORSOSA.



Anissa Askri et Julie Pavillet

Psychologues du travail, Département de Médecine et Santé au travail, Pôle Santé publique, CHU de Grenoble.



Virginie Josselin

Ergonome, Département de Médecine et Santé au travail, Pôle Santé publique, CHU de Grenoble.



Paola Sicard

Cadre supérieure de santé, Direction des soins et service au patient, Pôle Management, CHU de Grenoble.



Sandrine Caroly

Enseignant-chercheur, Maître de conférences en Ergonomie, Laboratoire PACTE, Université Grenoble.



Régis de Gaudemar

PU PH, Département de Médecine et Santé au travail, Pôle Santé publique, CHU de Grenoble, Laboratoire Environnement et Prédiction de la Santé des Populations (EPSP), Grenoble.

Si vous souhaitez

recevoir les cahiers des RPS,

merci d'en faire la demande

à la DIRECCTE

auprès de :

valerie.giorgi@direccte.gouv.fr

Bibliographie

- Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000), Measuring organizational traits of hospitals : the Revised Nursing Work Index, in *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, in *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229
- Bourret, P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital*, Editions Seli Arslan, Paris
- Caroly, S. & Clot, Y. (2004), Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience, in *Formation Emploi*, 88, 43-55.
- Clot, Y. (1999), *La fonction psychologique du travail*, PUF, Paris
- Cru, D. (1988), Collectif et travail de métier, in C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail*. (p. 43-49), Editions de l'AOCIP, Paris
- Daniellou, F., Simard, M. & Boissières, I. (2010), Facteurs humains et organisationnels de la Sécurité Industrielle : un état de l'art, in *Cahiers de la Sécurité Industrielle*, 02, 13
- Descatha, A., Roquelaure, Y., Evanoff, B., Niedhammer, I., Chastang, J.F., Mariot, C., Ha, C., Imbernon, E., Goldberg, M. & Leclerc, A. (2007), Selected questions on biomechanical exposures for surveillance of upper-limb work-related musculoskeletal disorders, in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81(1), 1-8
- Pavageau, P., Nascimento, A. et Falzon, P. (2013), Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle, in *Pistes*, 9(2), 1-17
- Ricœur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Editions du Seuil, Paris
- Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A., Touranchet, A., Sauteron, M., Melchior, M., Imbernon, E. & Goldberg, M. (2006), Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population, in *Arthritis & Rheumatism*, 55(5), 765-78
- Weill-Fassina, A. & Benckroun, T.H. (2000), Diversité des approches et objets d'analyse du travail collectif en ergonomie, in Benckroun, T.H. et Weill-Fassina, A. (Coo.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*. (p. 217-224), Octarès Editions, Toulouse

ANNEXE

Questionnaire NWI-EO

Chaque soignant est amené à se positionner sur une échelle de 1 (fortement d'accord) à 4 (fortement en désaccord). Il existe un questionnaire IDE et un questionnaire AS.

Le questionnaire de cette annexe est celui à destination des IDE ; le questionnaire pour les AS porte quelques différences : le terme « infirmier(e)s » se voit remplacé par « aide-soignant(e)s » ; et, pour les questions 1, 7, et 9 le terme « médecins » est remplacé par « infirmier(e)s ».

Au sein de l'UF dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
1 - Les médecins et les infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail				
2 - Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmier(e)s				
3 - Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmier(e)s				
4 - Il y a suffisamment d'infirmier(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins				
5 - Le cadre de santé est un bon d'équipe, un bon manager				
6 - Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail				
7 - Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les infirmier(e)s et les médecins				
8 - Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmier(e)s lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin				
9 - Il y a des moments où les infirmier(e)s et les médecins travaillent ensemble				
10 - Je suis souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplis : sonnette, téléphone, demande d'aide, nouvelle tâche à faire...				
11 - Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de mon travail				
12 - Les tâches annexes que j'ai à faire gênent mon travail de soignant				
13 - Il y a rarement des rappels sur vacances ou RTT				
14 - Il n'y a pas de difficulté à choisir des jours de vacances ou RTT				
15 - Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève				
16 - Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe				
17 - Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans ma relation de soins avec les malades				
18 - Je suis consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service				
19 - L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques				
20 - L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail				
21 - L'administration a conscience des difficultés actuelles d'exercice du métier				
22 - L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants				

Ces questionnaires, ainsi que les formules de calcul des scores des questionnaires NWI-EO et TMS, sont disponibles sur le site web ORSOSA : www.orsosa.fr