

# Contraintes psychosociales et organisationnelles en milieu de soins : quels outils de quantification?

**Dr Vincent BONNETERRE**

**Pr Régis DE GAUDEMARIS**

**Équipe Médecine et Santé au Travail, CHU Grenoble**

**Salon Aid'O Soins, Montpellier 21/01/2005**

# De la notion de stress à celle de CPO

- Le « stress au travail » :
  - « *Concept fourre-tout* », « *mot à géométrie variable* »
  - Définition : mécanismes physiologiques de défense face à une contrainte
  - Renvoie à une approche et une gestion individuelle de ses causes... au détriment d'une approche collective
- ➔ « *Effet de camouflage* » sur les situations de travail délétères
- Contraintes psychosociales et organisationnelles au travail :
  - vers une approche collective des déterminants du stress

# « Malaise chez les soignants » : une évidence épidémiologique internationale

## Insatisfaction au travail :

### France :

- 15 % d'intention de quitter le métier chez les IDE et AS (étude PRESST-NEXT 2002-5, n>5 000)
- augmentation de l'absentéisme médical et des démissions depuis 1996 (Couanau 2003).

### Étranger :

- 16-39% d'intention de quitter le métier
- 33 et 41% de taux d'insatisfaction (sauf en Allemagne :17%) (Aiken 2001, 5 pays, 711 hôpitaux, n>43 '000 infirmier(e)s)

## Souffrance mentale

- Prévalence élevée des troubles de santé mentale
- « Construction sociale » (Loriol) du concept de burn-out

# Conséquences des CPO sur la santé

- **Pathologie mentale**
  - Tennant 2001, Michie 2003, Derriennic 2003
- **Pathologie cardiovasculaire**
  - Belkic 2004, Siegrist
- **Troubles musculo-squelettiques et autres effets :**
  - multiples références... mais prudence!
- **Absentéisme**
  - en milieu de soins : Mercier 2003, Richard 2001, Brizon 2003, ...
- **Accidents de travail**
  - en milieu de soins : Murphy 1986, Aiken 1997, ...

# CPO et qualité des soins

- CPO et risques d'effets indésirables
  - Dugan 1996, Jones 1988
- CPO et infections nosocomiales
  - Lundstrom 2002
- CPO et mortalité des patients
  - Aiken 2002
- CPO et qualité des soins jugée par le patient
- CPO et qualité des soins jugée par les soignants

# Groupe de travail ORSOSA :

## ORganisation des SOins - SAnté des soignants



Équipe Médecine et Santé au Travail,  
laboratoire EPSP-TIMC, UMR CNRS 5525



UMR CNRS 5061  
Université Grenoble 2



INSERM U558  
Épidémiologie et Analyses  
en santé publique, Toulouse



Laboratoire de santé publique et  
d'informatique médicale, Paris

# Quantification des CPO en milieu de soins

## revue systématique littérature

- Questionnaires généralistes

- Modèle Demande / Contrôle (Karasek 1979)
- Modèle Efforts / Récompenses (Siegrist 1996)
- autres

- Questionnaires spécifiques au milieu de soins (>10)

- **NSS** : Nursing Stress Scale (Gray-Toft et al 1981)
- **NWI-R** : Nursing Work Index- Revised (Aiken 2001)
- autres (>10 au total)

- Autres types de mesure

# Nursing Stress Scale (NSS)

- **Contenu :**

**7 types de situations stressantes (34 items) dont il faut préciser la fréquence :**

- charge de travail
- manque de soutien social au travail
- conflit avec les autres infirmières
- conflit avec les médecins
- incertitude / traitements
  
- mort et accompagnement
- insuffisance de formation, de préparation pour répondre aux demandes des patients et familles
- +/- agression de la part du patient

- **Utilisation à des fins comparatives (pas de normes)**

- **Utilisation pour la 1ere fois en France en 1992**

Version originale Gray, Teft et Anderson 1981 et 1985

# Nursing Stress Scale (NSS) : résultats

## Ce questionnaire discrimine les niveaux de contraintes :

### - selon les services<sup>1</sup>

- Pédiatrie : NSS moyen = 47.8
- HDJ, services de consultations : 32.5
- Blocs opératoires : 30.1

### - selon les caractéristiques du poste :

- groupe « manque d'autonomie »<sup>1</sup> : NSS moyen à 46.3 vs groupe « confrontation avec la mort »<sup>1</sup> : NSS à 38.5
- NSS chez infirmières volantes<sup>2</sup> : 42.3 versus 36.8 si poste fixe.
- « Les facteurs de stress liés à l'épuisement émotionnel sont à rattacher essentiellement au dysfonctionnement de la structure hospitalière et à la charge ergonomique »<sup>3, etc</sup>

# Nursing Work Index et dérivés

- **Historique** 1980 's : les « *Magnet Hospitals* »
- **Contenu du NWI-R**
  - 15 items principaux regroupés selon 3 thèmes :
    - **autonomie**
    - **contrôle sur le travail**
    - **relations avec les médecins**
- **Validation**
  - **patients**
    - ✓ **Satisfaction des patients**
    - ✓ **Diminution de la mortalité de 5% au sein des Magnets Hospitals**
  - **Soignants**
    - ✓ **Satisfaction**
    - ✓ **Qualité perçue**
    - ✓ **Épuisement émotionnel**
    - ✓ **Santé perçue (SF-36)**

Aiken, Patrician 2001 d 'après Kramer & Hafner 1989

# Adaptation française et amélioration de NWI-R

- Double traduction des 15 items du NWI-R
- Ajout de dimensions complémentaires (RNWI-E):
  - dysfonctionnements organisationnels
  - partage du sens du travail
  - soutien et reconnaissance de l'administration
  - contraintes liées au planning
  - temps consacré à l'organisation du travail en commun
- Validation statistique du nouveau questionnaire (597 soignants, 7 hôpitaux)

# RNWI-E : présentation

Au sein de l'UF dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
1- L'existence d'une aide logistique adaptée me permet de passer du temps avec mes patients.				
2- Les médecins et les infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail				
3- Le cadre infirmier apporte son soutien aux infirmier(e)s.				
4- L'équipe d'infirmier(e)s a la maîtrise de l'organisation de son travail.				
5- Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmier(e)s.				
6- Il y a suffisamment d'infirmier(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins.				
7- Le cadre infirmier est un bon chef d'équipe, un bon manager.				
8- Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail.				
9- Liberté est donnée aux infirmier(e)s de prendre des décisions importantes concernant les soins.				

# Les questionnaires aux soignants sont ils suffisants ?

- La grande majorité des études sur les CPO
  - mesurent la **perception des contraintes** par les sujets
  - Et
  - mesurent subjectivement l'anxiété, dépression, TMS....

 **biais** : quel est le sens de la liaison?

- **Nécessité de mesurer aussi les CPO avec des données objectives** :
  - Approche ergonomique (M Estryn-Behar 1990), collecte systématique de données d 'autre nature (R Bourbonnais 2000-2005), avis d 'experts, ...
  - Indicateurs quantitatifs relatifs à l 'organisation / désorganisation : turnover, absentéisme, ...

# 2<sup>e</sup> outil : Questionnaire au cadre

(58 items, temps moyen de réponse : 45 mn)

- **Charge de travail :**
  - taux moyen d'occupation des lits, DMS...
  - nombre de patients imposés ou dépendants d'autres disciplines, degré de dépendance des patients accueillis, ...
- **Effectif :** absentéisme non remplacé, % restriction d'aptitude,...
- **Organisation du travail :** travail à deux, niveau de participation des agents au planning, rapport à l'outil informatique,...
- **Indices de dysfonctionnements :** rappels sur congés, modifications de planning, formations annulées pour raisons de service, conflits, ...
- **etc**

## 3<sup>e</sup> outil : Grille d'observation

- Observer de façon systématique certaines tâches (toilette, remise de médicaments, prise de sang) et noter les dysfonctionnements :
  - nombre d'interruptions
  - déplacements pour manque de matériel
  - temps de réponse aux sonnettes
  - type de communication avec les patients (technique, relationnelle, médicale)
- Observer les transmissions

# Grille d'observation :

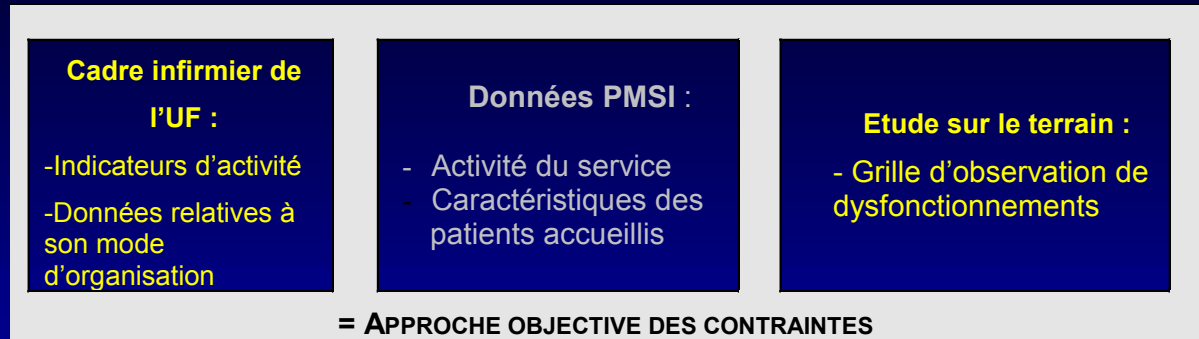
site : .....nom de l'UF : .....date : .....observateur : .....

TACHES	DUREE	MATERIEL	INTERRUPTION	TRAVAIL COLLECTIF	NATURE DES COMMUNICATIONS	
<b>Toilette au lit d'une personne non dépendante</b>	<input type="checkbox"/> 3 minutes <input type="checkbox"/> 5 minutes <input type="checkbox"/> 10 minutes	<b>Manque de matériel :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  <b>Matériel inadapté :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  <b>Espace de travail inadapté :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  <b>Déplacement réserve par manque de matériel :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui une fois <input type="checkbox"/> oui deux fois et plus	<b>Nombre d'interruptions :</b> <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> une fois <input type="checkbox"/> deux ou trois fois <input type="checkbox"/> quatre fois et plus  <b>Qui interrompt ?</b> <input type="checkbox"/> Aide soignante <input type="checkbox"/> infirmière <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> autres :  Durée sonnettes :	<b>Travail à deux :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  <b>Composition du binôme :</b> <input type="checkbox"/> 2 IDE ou 2 AS <input type="checkbox"/> 1 IDE/ 1 AS <input type="checkbox"/> 1 IDE ou 1 AS et autres :	<b>Communication technique :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  <b>Communication relationnelle :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  <b>Communication médicale :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  Solliciter l'autonomie : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
						<b>QUI LE FAIT ?</b>
						<input type="checkbox"/> Aide soignante <input type="checkbox"/> infirmière

REPRESENTATIVITE DE LA SEQUENCE OBSERVEE :  oui  non : refaire une observation à un autre moment

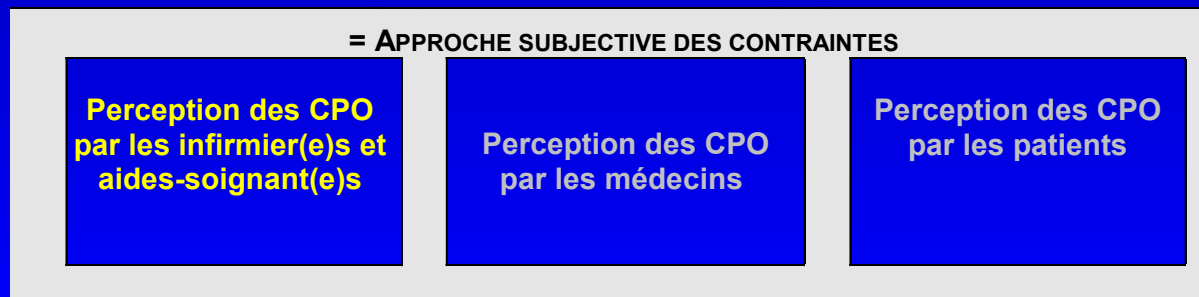
# Originalité de l'approche ORSOSA

**Mesures objectives**



**Quantification des contraintes psychosociales et organisationnelles dans chaque UF**

**Mesures subjectives**



# Annexes

# Conséquences des CPO pour l'employeur et la société

- / Employeur

- Majoration de l'absentéisme.
- Diminution de l'aptitude à mobiliser les ressources
- Risque d'altération de la paix sociale

- / Société

- Coûts financiers majeurs : 3 à 4% du PIB des pays européens attribuables aux troubles de la santé mentale liés au travail (com. europ. Emploi et Aff. Soc. 07/2002).
- Danger social. Rôle du travail dans la cohésion sociale (réaffirmé par le CES 07/2003). ex mouvements revendicatifs des infirmières en 1988 et 1991.

- Au total intérêt des managers (RM Kanter, *Magnet Hospitals*) et de la santé publique et naissance d'initiatives institutionnelles notamment européennes

# Résumé - Conclusions

- **Revue de la littérature :**
  - Recherche développée depuis le milieu des années 1980 avec amélioration progressive de la qualité des études (premières études d'intervention en cours)*
  - **Eléments descriptif :**
    - ✓ Évidence d'un malaise profond ressenti par les soignants (insatisfaction, « Intent To Leave », absentéisme, démissions)
    - ✓ Retentissement de ces CPO sur la santé mentale des soignants
  - **Recherche étiologique :**
    - ✓ Au-delà de la classique charge affective, de nombreux facteurs organisationnels sont désormais incriminés... mais les études comportent d'importantes limites.
- **Définition d'une méthode originale de quantification des CPO associant approches « objective » et subjective.**
- **Développement d'outils épidémiologiques en ce sens**

# Perspectives...

- 2006 : Étude ORSOSA
  - étude prospective (T0 et T +2 ans)
  - multicentrique (plusieurs CHU et hôpitaux généraux, > 3000 soignants)
  - mesure à 2 ans d'intervalle l'effet du niveau de contraintes sur la santé cardio-vasculaire, mentale et qualité des soins.
- A plus long terme :
  - Avec ces outils, fournir aux hôpitaux, une méthode de diagnostic des type et des niveaux de CPO dans les UF

# « Malaise organisationnel à l'hôpital »

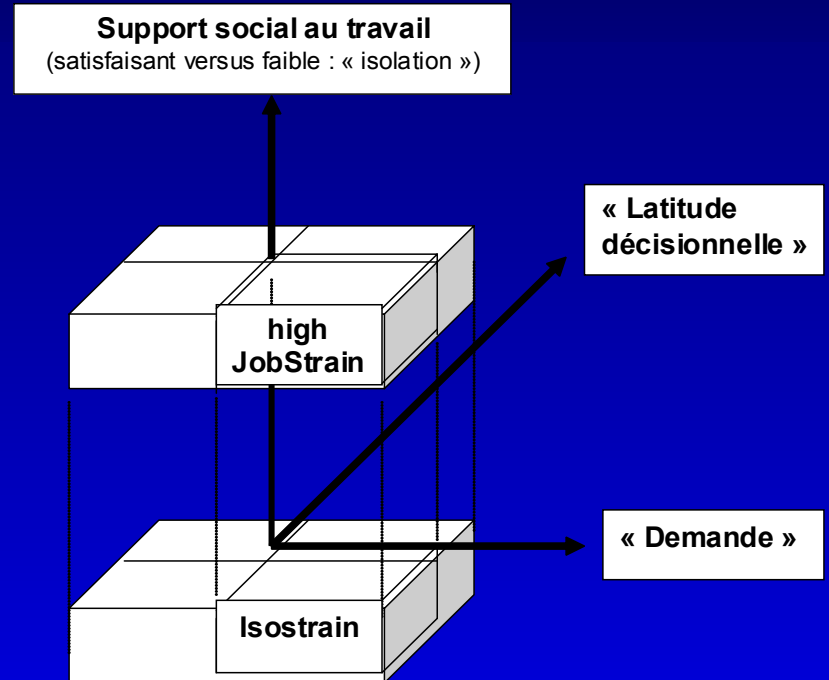
- Tonalité négative de plusieurs rapports récents sur l'évolution de l'organisation au sein des hôpitaux publics :
  - Rapport parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital (R.Couanau 2003)
  - Enquête du LSC-CNRS (Gallienne & Sainseaulieu 2003)
  - Rapports de la DREES (Le Lan 2004, Tonneau 2004)
- Modifications organisationnelles en cours :
  - Plan hôpital 2007 (nouvelle gouvernance et T2A)

# Modèles « généralistes » de quantification des CPO validés épidémiologiquement : Modèle Demande / Contrôle

2 dimensions essentielles

Utilisation internationale

Version française validée



Karasek 1979, Karasek & Theorell 1990, Johnson & Hall 1988

# **Modèle Demande / Contrôle :** **éléments de validation chez les soignants** **d 'après 30 études répertoriées**

- **« Validation interne »** (5 études, 1988 – 2004)
  - **Utilisé mais non validé chez des soignants francophones**
  - **Structure (ACP) : résultats incomplets et / ou décevants**
- **« Validation externe »** (25 études : 1993 - 2004)

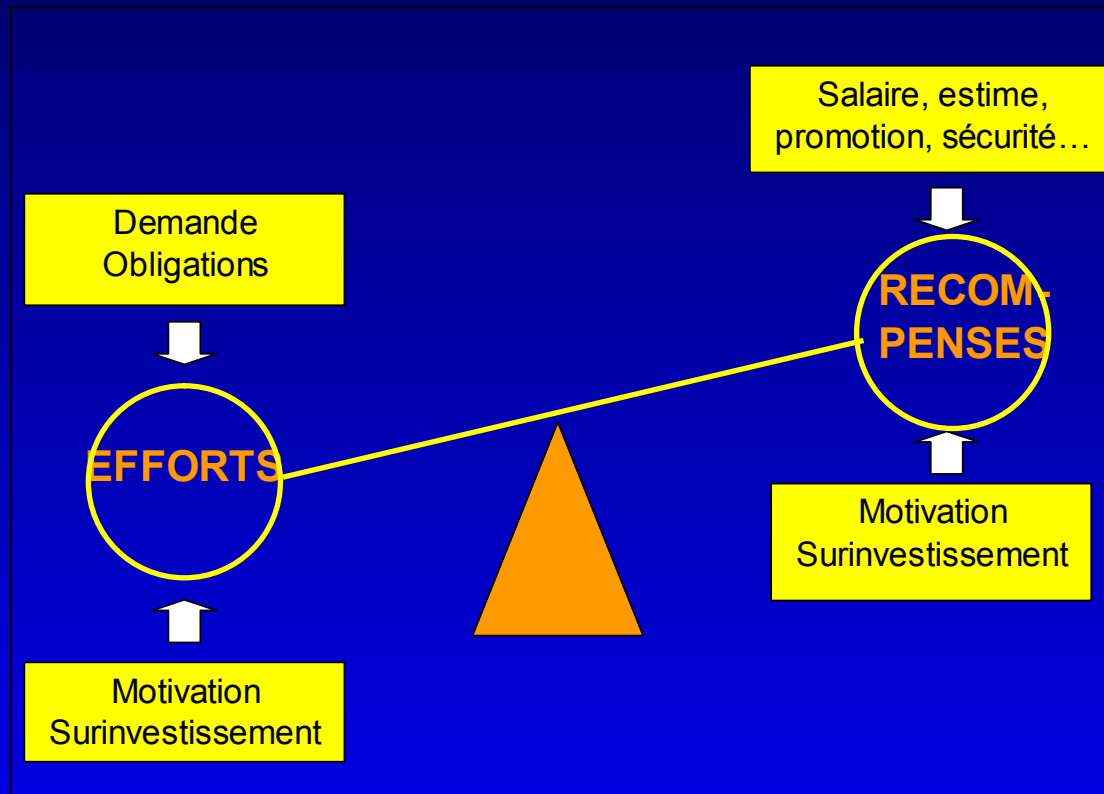
 **= RESULTATS : Job strain associé à**

- **absentéisme : RR ~ 1.2** (Bourbonnais 2001)
- **détresse psychologique : RR ~ 2.3** (Bourbonnais 1998-99)
- **épuisement émotionnel : RR ~ 5.7** (Bourbonnais 1998-99)
- **conduite addictive : OR ~1.5** (Storr 1999)

# Modèles « généralistes » de quantification des CPO validés épidémiologiquement :

## Modèle Efforts / Récompenses

- Utilisation internationale
- Version française validée



Siegrist, 1996

# **Modèle Efforts / Récompenses :** éléments de validation chez les soignants 4 études répertoriées

- **Validation interne**

- **Utilisé mais non validé chez les soignants**

- **Validation externe**

(3 études transversales + 1 étude longitudinale en cours)

- **Les différentes dimensions du burn-out sont associées au déséquilibre effort-récompenses**
- **Lien avec la satisfaction au travail**