



HAL
open science

La démarche ORSOSA peut-elle contribuer à améliorer les postures agiles des équipes de soins ?

Christine Vianey

► **To cite this version:**

Christine Vianey. La démarche ORSOSA peut-elle contribuer à améliorer les postures agiles des équipes de soins ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01150377

HAL Id: dumas-01150377

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01150377>

Submitted on 11 May 2015

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015
N°

**LA DEMARCHE DE PREVENTION ORSOSA
PEUT-ELLE CONTRIBUER A AMELIORER
LES POSTURES AGILES DES EQUIPES DE SOINS ?**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE DU TRAVAIL

DIPLOME D'ETAT

Christine VIANEY

Née le 12/02/1976 à Grenoble

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
Le 5 mai 2015

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Membres

Professeur Anne MAITRE

Madame Jocelyne DEGLAINE

Docteur Vincent BONNETERRE

Docteur Philippe DECLETY

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2014-2015

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biotiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie

PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biotatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biotatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biotatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hiline	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Eric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDEN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biotatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation

PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAJNIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biotatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémo - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

Mise à jour le 14 novembre 2014

MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

REMERCIEMENTS

Au président du jury et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur De Gaudemaris

Vous me faites le très grand honneur de présider le jury. Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet passionnant, puis de m'avoir permis de faire ce travail dans d'excellentes conditions, de vous être investi et d'avoir toujours été disponible tout au long du travail de thèse, y compris en prenant le temps pour vos nombreuses relectures et corrections.

Aux membres du jury,

Madame Jocelyne DEGLAINE

Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté d'accompagner puis de juger mon travail. Je vous remercie d'avoir donné votre avis d'expert concernant les postures agiles et le management, de m'avoir éclairée par la pertinence de vos remarques. Merci également pour votre bienveillance.

Madame le Professeur Anne MAITRE

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury. Tout au long de mon internat, vous m'avez permis d'apprendre des choses passionnantes ; votre souci de perfectionnement permanent et votre expertise sont des modèles pour moi.

Monsieur le Docteur Vincent BONNETERRE

Je te remercie d'avoir accepté de prendre part au jury. Tes qualités professionnelles, ton exigence, ta rigueur sont des exemples, de plus ta gentillesse et tes conseils précieux font que travailler avec toi est un plaisir.

Monsieur le Docteur Philippe DECLETY

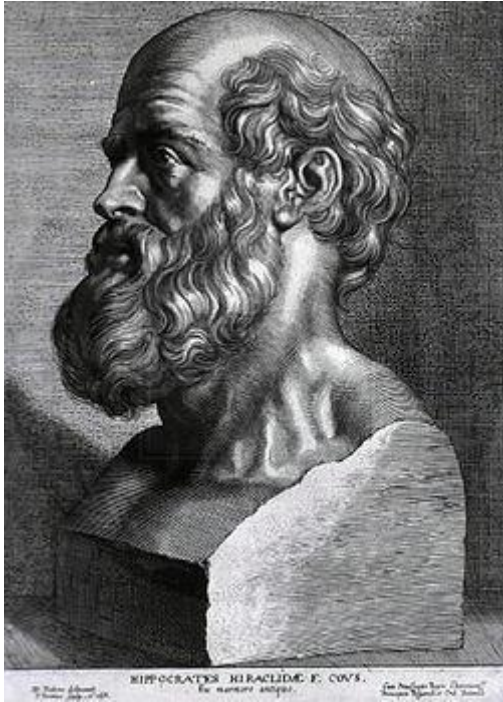
Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail

A Anissa et Julie, vous êtes toutes les deux passionnées par votre travail, merci pour votre confiance, merci de m'avoir fait découvrir votre métier et votre rôle.

A Sylvette, merci pour ta gentillesse, ta compétence et ta disponibilité.

Aux médecins et cadres, merci pour leur confiance et pour le temps qu'ils ont accepté de passer pour le consacrer aux entretiens.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
SERMENT D'HIPPOCRATE	6
Table des matières	7
ABREVIATIONS	9
MOTS-CLEFS	10
INTRODUCTION.....	11
A. Historique	11
B. Programme ORSOSA.....	12
C. Hôpital et management de proximité.....	13
METHODE	15
A. Agilité collective, postures agiles, profil d'agilité.....	15
B. Adaptation du questionnaire Agile Profile® au milieu hospitalier	17
C. Comparaison de l'agilité collective perçue avant et après ORSOSA.....	18
RESULTATS	18
A. Validation du questionnaire d'agilité collective hospitalière	18
B. Comparaison de l'agilité collective avant et après ORSOSA	19
C. Analyse qualitative des remarques des cadres et médecins.....	21
DISCUSSION	23
A. Interprétation des profils d'agilité des équipes.....	24
B. Comparaison de l'agilité collective perçue avant et après ORSOSA.....	25
C. Apport du concept d'agilité collective aux managers hospitaliers	26
D. Correspondances entre dimensions en alerte - préconisations issues d'ORSOSA et leviers de l'agilité	26
E. Perspectives	28

CONCLUSION	31
ANNEXES	33
ANNEXE 1 : Questionnaire NWI-EO	33
ANNEXE 2 : Les étapes de la démarche ORSOSA.....	34
ANNEXE 3 : Questionnaire d’agilité collective perçue.	36
ANNEXE 4 : Principales remarques et citations issues des entretiens avec les managers..	38
BIBLIOGRAPHIE	57

ABREVIATIONS

AP : Agile Profile®

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de service hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

CPO : Contraintes psychologiques et organisationnelles

CREX : Comité de retour d'expérience

CRIH : Centre régional d'informatique hospitalière

DIU : Diplôme interuniversitaire

DPC : Développement professionnel continu

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

FNP : Fond national de prévention

GEM : Grenoble Ecole de Management

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

HAS : Haute Autorité de Santé

MRP® : Magnet Recognition Program®

NWI-EO : Nursing Work Index Extended Organisation

NWI-R : Revised Nursing Work Index

TMS : Troubles musculosquelettiques

ORSOSA : Organisation des soins et santé des soignants

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RMM : Revue de morbidité et de mortalité

RPS : Risques psycho-sociaux

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UF : Unité fonctionnelle

MOTS-CLEFS

Contraintes psychologiques, contraintes organisationnelles

Risques psychosociaux

Médecins, soignants

Management, Agilité

INTRODUCTION

A. Historique

Dans les années 1980 aux Etats-Unis, les hôpitaux se sont trouvés confrontés à une pénurie d'infirmières et à un turn-over parfois important mettant certains établissements en difficulté de fonctionnement. Des travaux de recherche en psychologie du travail ont montré que les conditions de travail en étaient les facteurs déterminants⁽¹⁾ et ont pointé les critères d'attractivité des hôpitaux magnétiques, capables d'attirer et de retenir les infirmières : autonomie professionnelle des infirmières, support de l'administration dans les diverses conditions de travail, bonne collaboration entre médecins et infirmiers, valorisation professionnelle, leadership infirmier, relations positives avec les pairs, ratio de personnel adéquat, focus client, importance de la qualité (recherche d'une meilleure qualité des soins et services). Le « Magnet Recognition Program[®] »⁽²⁾ (MRP[®]) constitue aujourd'hui un des indicateurs d'excellence des meilleurs hôpitaux américains ; il est délivré par l'Association of Nursing Credentialing Center, sur ces critères.

Dans les années 2000, le concept d'hôpital magnétique s'implante en Europe, notamment au Royaume-Uni, en Belgique et en France^(1,3,4). Un hôpital magnétique se démarque toujours par une forte attraction/rétention d'infirmières, un faible roulement et une forte satisfaction au travail. De plus ces hôpitaux magnétiques sont aussi ceux où il fait bon être soigné, avec une meilleure qualité des soins et une meilleure santé des soignants.

Y. Brunelle⁽¹⁾ reprend les conclusions de deux articles de M. Kramer parus en 1988^(5,6) qui recherchent les traits communs organisationnels entre les hôpitaux magnétiques et les meilleures entreprises privées, hors du secteur de la santé. Il en ressort que les hôpitaux magnétiques : privilégient l'action, ont des soucis concrets du client, favorisent l'autonomie et le dynamisme, recherchent la productivité, mais avec l'appui des employés, sont portées par

des valeurs ancrées et partagées, comptent peu de paliers hiérarchiques, affichent une gestion souple et ferme à la fois.

B. Programme ORSOSA

Devant la dégradation des conditions de travail perçue dans les hôpitaux, au carrefour de contraintes sociétales, financières et techniques⁽⁷⁻¹³⁾, le Fond national de prévention (FNP) de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a initié et supporté, en partenariat avec des équipes de recherche de Centre hospitalo-universitaire (CHU), le programme national de recherche Organisation des soins et santé des soignants (ORSOSA) visant à mieux comprendre les contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) et apporter des méthodes de prévention adaptées aux hôpitaux.

Ce programme s'est déroulé depuis 2005 en deux phases :

- ORSOSA 1⁽¹⁴⁻²⁰⁾ : cohorte prospective de plus de 4000 infirmiers et aides-soignants issus de 210 Unités Fonctionnelles de soins (UF) de 7 CHU de France, visant à évaluer, à deux ans, la valeur pronostique des CPO sur la santé mentale, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et l'hypertension artérielle. Ce travail épidémiologique multicentrique a permis de valider un questionnaire de perception des CPO pour les infirmières et les aides-soignantes (Nursing Work Index Extended Organisation, NWI-EO), issu du questionnaire original des Magnet Hospital (Revised Nursing Work Index, NWI-R) complété de plus de dimensions organisationnelles et en a montré sa valeur pronostique en termes de santé.

- ORSOSA 2^(16,21-23) : programme de déploiement au niveau national d'une méthodologie de diagnostic puis de prévention des CPO au niveau des UF dans 4 CHU et 20 hôpitaux de proximité soit plus de 200 UF. Le questionnaire NWI-EO adressé aux infirmiers et aides-soignants identifie des scores de CPO sur huit dimensions sur lesquelles il est possible d'agir : soutien du cadre de santé, effectifs suffisants, organisation qui permet la communication,

interruption dans les tâches, relations au sein de l'équipe soignante et médicale, partage des valeurs de travail, soutien de l'administration, respect des congés (annexe 1).

Le déploiement d'ORSOSA 2 permet, au niveau des UF, de faire un bilan des forces et faiblesses en termes de CPO puis, dans une approche interne consensuelle avec tous les professionnels, modérée par une psychologue du travail, de dégager des préconisations de prévention. Il est apparu très vite évident que beaucoup des échanges au sein des UF portent sur des éléments de management interne (cadre, médecin référent) mais aussi externes (cadre supérieur, chef de pôle, services de support...).

C. Hôpital et management de proximité

La Haute Autorité de Santé⁽²⁴⁾ propose cinq axes qui caractérisent le management : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer. Nous voyons que le management est global. Il peut également être conçu comme une aide concrète à travailler ensemble⁽¹¹⁾, ou comme l'art de conduire une organisation, d'articuler les logiques collectives avec les logiques individuelles⁽¹²⁾.

L'encadrement de proximité dans une unité de soins est un binôme managérial constitué du médecin responsable et du cadre de santé de proximité. Si les médecins assument la gestion des flux d'activité patients, les cadres de proximité ont en charge la gestion de l'organisation du travail des soignants⁽²⁵⁾. La valeur managériale de ce binôme a un impact considérable sur la qualité des soins, ainsi que sur la qualité de vie au travail de toute l'équipe soignante. Un mode de management respectueux de l'équipe et des individus qui la composent préserve les professionnels de l'usure et prévient la banalisation des soins qui peut engendrer de la maltraitance. Cet aspect central de la fonction consiste à « prendre soin de l'équipe » afin qu'elle puisse à son tour « prendre soin des malades »⁽¹²⁾.

Si le cadre de proximité accompagne les professionnels donnant les soins, il se trouve aussi en interface avec les services supports gestionnaires^(25,26). Cela génère un temps de travail « caché », soit devant l'ordinateur (reporting d'activité, plannings...) soit en réunion externes à l'UF pour gérer les aléas et les futures restructurations^(11,12,26).

Les limites des méthodologies en management sont reconnues. En effet, elles peuvent entraîner une « déshumanisation » car le manager « peut tendre à se centrer sur la méthodologie et en quelque sorte à lui obéir »⁽¹¹⁾. Dit autrement, « si les méthodes, les théories du management et les formations peuvent contribuer à alimenter la pensée du cadre, elles ne sauraient néanmoins se substituer à une pensée qui s'élabore et à la pertinence réelle de l'action qui s'ensuit »⁽¹³⁾. De plus, le monde hospitalier présente quelques particularités qui font qu'on ne peut lui appliquer à la lettre les préceptes du management, en effet les cultures des professionnels des différentes filières sont fortes, et les interactions sont multiples⁽²⁵⁾. Les théories managériales sont donc utiles au manager s'il les utilise comme un outil, comme une aide. Avec cette aide, il devra tout de même tâtonner, chercher, créer, expérimenter, évaluer puis recommencer⁽¹³⁾. En effet, le management concerne l'humain, qui ne peut être réduit à un objet, et W. Hesbeen fait un parallèle intéressant entre le soin et le management : « de même qu'aucune théorie, aucun protocole, aucun guide de bonnes pratiques ne sauraient dire au professionnel comment faire pour bien prendre soin du malade et comment faire pour bien le traiter, aucune théorie de management et aucun outil ou guide ne sauraient dire au manager comment bien manager et comment bien traiter les humains qu'il a sous la responsabilité »⁽¹³⁾.

Dans les suites du déploiement d'ORSOSA, la nécessité d'une formation de management pour les médecins responsables des UF est apparue évidente. Mise en place avec Grenoble Ecole de Management (GEM) en 2014, elle a conduit à former 45 médecins.

Ce travail se veut une première réflexion sur l'impact qu'a le déploiement d'ORSOSA sur l'amélioration de la manière d'« agir ensemble » des équipes soignantes.

METHODE

La méthodologie de déploiement d'ORSOSA n'est pas reprise dans cet article car a fait l'objet de plusieurs publications⁽²¹⁻²³⁾, les grandes étapes sont présentées en annexe 2.

Pour l'approche du management, nous avons choisi le modèle de l'agilité collective⁽²⁷⁻²⁹⁾, développé et enseigné par J. Barrant et J. Deglaine dans l'Institut de l'agilité des organisations de GEM.

A. Agilité collective, postures agiles, profil d'agilité

L'agilité représente une capacité d'adaptation permanente au contexte actuel des entreprises avec une montée de la complexité, de l'individualisme, de l'incertitude, de la turbulence et de l'interdépendance. L'agilité collective est une approche systémique de l'organisation dont un fondement est le partage du sens et de relations humaines pour mieux « agir ensemble ». Elle se développe, selon le modèle de GEM, en trois postures agiles, chacune étant subdivisée en deux leviers d'action, définis ci-dessous^(27,28) :

- Posture agile de coopération : *les coopérations sont privilégiées en interne pour travailler avec fluidité en privilégiant autant que possible une satisfaction réciproque et une finalité partagée* :

- **Levier d'action de l'empathie systémique** : agir en s'entraidant pour atteindre les objectifs communs,

- **Levier d'action de la synchronisation** : agir avec le souci de fluidité des activités pour ne pas bloquer le fonctionnement collectif.

- Posture agile d'anticipation : *anticipation des ruptures de l'environnement ainsi que des conséquences de ses propres décisions et actions* :

- **Levier d'action de l'intelligence de situation** : agir spontanément en faisant confiance à sa capacité à capter et mémoriser un grand nombre d'informations qui sont traitées de façon optimale et inconsciente dans l'instant,

- **Levier d'action de la proaction** : agir à partir d'une analyse anticipée et formalisée des risques et des conséquences dans son environnement et mettre en place un plan d'étapes et d'actions concrètes pour atteindre un objectif désiré, tout en sauvegardant la satisfaction de chacun.

- Posture agile d'innovation : *innovation non systématique mais réellement bénéfique pour les différentes parties prenantes, créant ainsi une véritable valeur ajoutée* :

- **Levier d'action de la rébellion constructive** : agir en sachant sortir de son cadre de référence afin de percevoir d'autres représentations ; être ouvert aux idées nouvelles, les siennes et celles des autres,

- **Levier d'action de la pédagogie** : agir en expliquant, motivant et entraînant ses interlocuteurs par le sens à suivre les innovations définies.

L'outil de mesure des postures agiles, l'Agile Profile® (AP) développé à GEM, est un questionnaire de 68 items utilisé dans le diagnostic puis le coaching des individus et des équipes. Chaque levier d'action étant alors coté entre 0 et 12, l'AP auto-perçu peut être représenté sur un graphique (figure 1), sous forme de profil d'agilité.

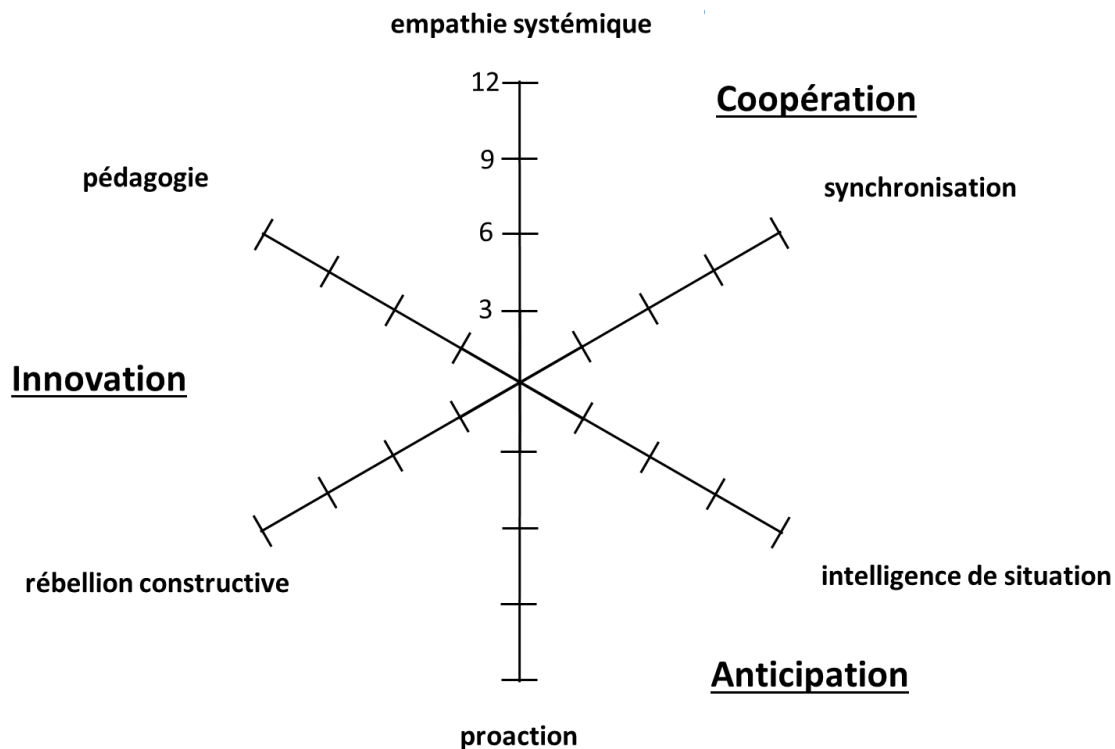


Figure 1 : Profil d'agilité (utilisé en auto-perception)

B. Adaptation du questionnaire Agile Profile® au milieu hospitalier

Pour notre étude, nous avons élaboré un questionnaire de mesure des postures agiles perçues des équipes de soins, en adaptant le contenu de l'Agile Profile®^(27,28) à des situations hospitalières, pour chacun des 6 leviers d'action. Ce travail s'est fait d'abord en focus groupe (psychologues du travail menant les démarches ORSOSA, cadres et médecins), puis il a été validé par J. Barrand et J. Deglaine ayant créé les items initiaux.

Ce **questionnaire d'agilité collective hospitalière** comporte 25 questions (annexe 3). Pour chacune, décrivant une situation hospitalière particulière, le manager interviewé était invité à positionner le comportement qu'il percevait de son équipe selon une échelle semi-quantitative : 0 (fortement en désaccord), 1 (en désaccord), 2 (d'accord) et 3 (fortement d'accord) et à ajouter un commentaire libre à chaque question, s'il le souhaitait. Chaque levier d'action a ensuite été coté de 0 à 12 par somme de la cotation des questions correspondant à ce levier d'action puis si

nécessaire un calcul de proportionnalité. Cette cotation est spécifique au questionnaire construit et les scores obtenus ne peuvent être comparés directement à l'Agile Profile®.

Une étude de validité de ce questionnaire a été conduite entre février et juin 2014, auprès de six médecins et cinq cadres de cinq UF ayant bénéficié de la démarche ORSOSA plusieurs mois auparavant, pour s'assurer de l'opportunité des situations décrites et du maintien d'une grande variabilité de réponses entre individus.

C. Comparaison de l'agilité collective perçue avant et après ORSOSA

Cette perception a été obtenue en faisant passer le questionnaire d'agilité collective hospitalière aux médecins et cadres de proximité de quatre UF médicales, avant (en mars en avril 2014) et après (en décembre 2014 et janvier 2015) le déploiement de la démarche ORSOSA.

Pendant la passation du questionnaire, l'enquêtrice a enregistré les réponses et commentaires spontanés des médecins et cadres, constituant ainsi un verbatim visant à mieux connaître la réalité des situations rencontrés au sein des UF ainsi que les caractéristiques d'une organisation jugée satisfaisante par les enquêtés afin de développer ultérieurement des formations adaptées. L'analyse qualitative à partir du verbatim a été menée en s'inspirant de la méthodologie présentée dans la littérature⁽³⁰⁻³³⁾.

RESULTATS

A. Validation du questionnaire d'agilité collective hospitalière

La figure 2 présente la variabilité interindividuelle des scores des six leviers d'action mesurés chez les 11 médecins et cadres : cette variabilité reste importante suggérant que les 25 questions ayant servi à la constitution des scores ont été discriminantes et capables de mesurer la variabilité perçue par les interviewés.

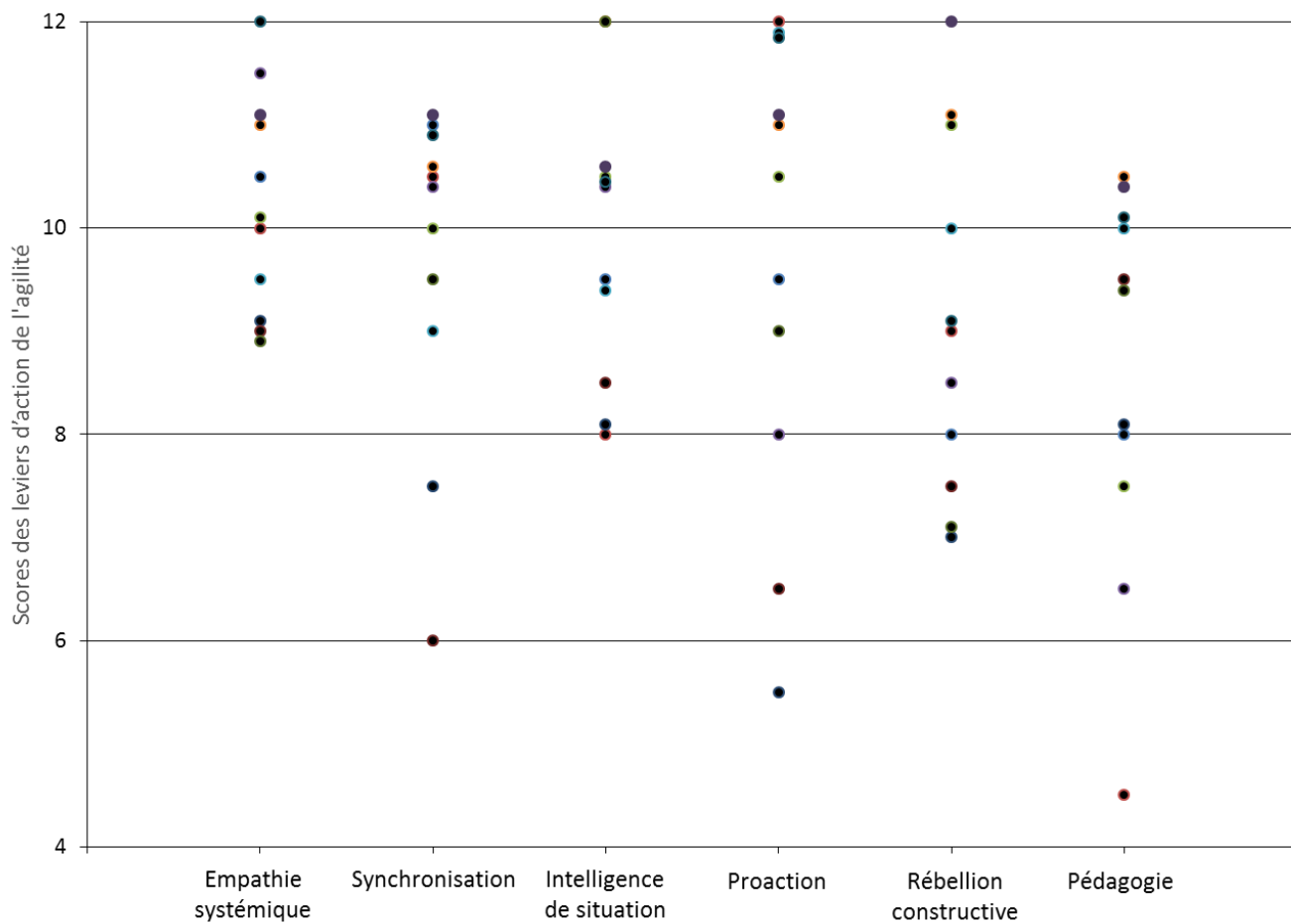


Figure 2 : variabilité interindividuelle des scores d'agilité selon 11 managers

B. Comparaison de l'agilité collective avant et après ORSOSA

La figure 3 présente graphiquement, pour les quatre UF concernées, l'évolution des profils d'agilité de l'équipe perçue par le médecin et le cadre avant et après le déploiement de la démarche ORSOSA. Aucun des médecins n'avait suivi la formation au management d'une équipe médicale.

Pour les UF 3 et 4 la figure ne présente pas l'évolution du profil d'agilité perçue par le cadre car celui-ci, qui gérait les deux UF, a quitté ces services de soins, juste après le déploiement d'ORSOSA et n'a donc pu être réinterrogé ultérieurement.

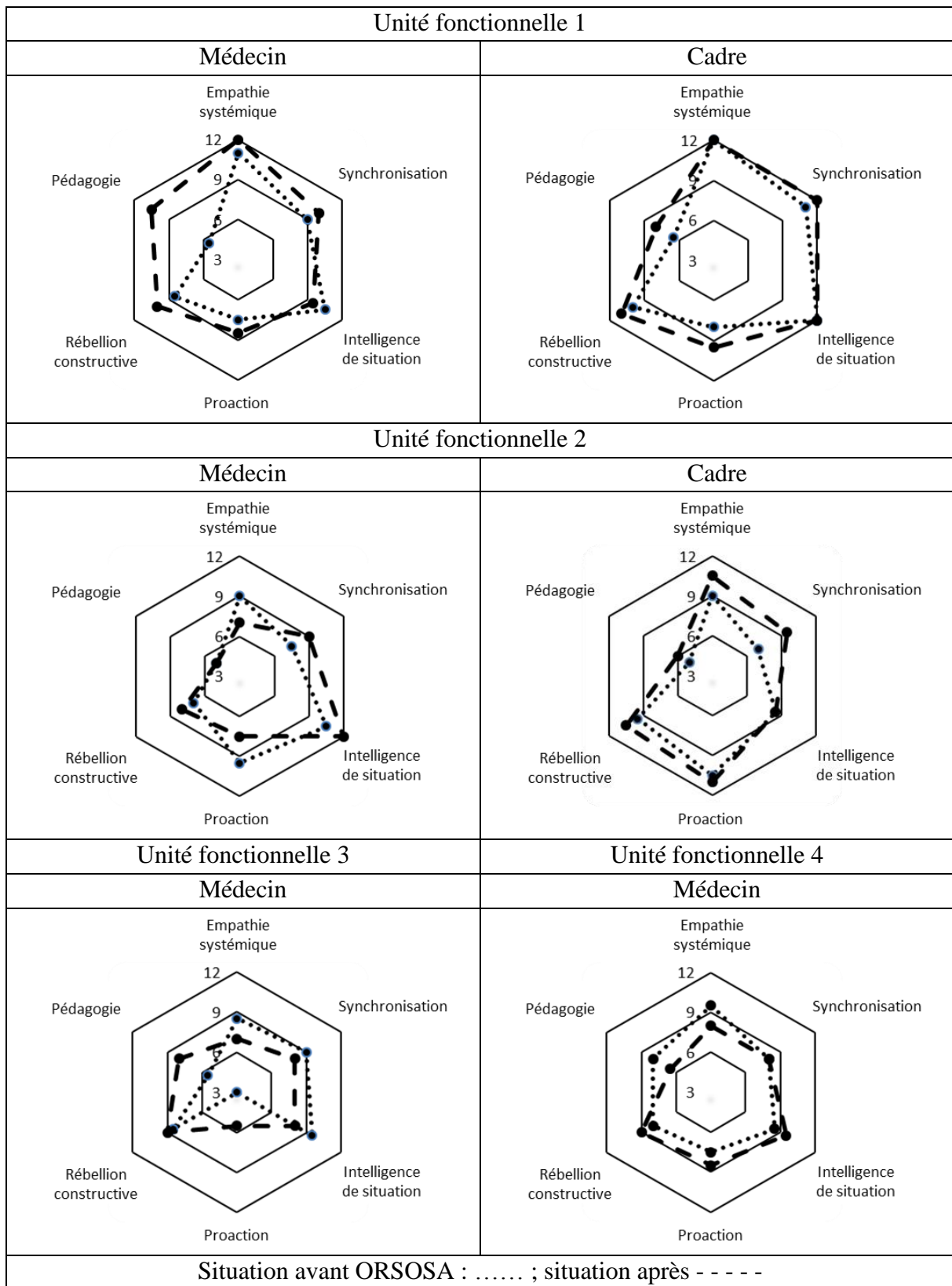


Figure 3 : évolution des profils d'agilité perçue avant et après ORSOSA

UF 1 : nous pouvons noter un très haut score d'empathie systémique tant pour le médecin que le cadre. L'amélioration de l'agilité de l'équipe perçue après ORSOSA est manifeste pour le médecin, plus discrète pour le cadre. Sur les autres dimensions, il y a une amélioration discrète globale des scores.

UF 2 : l'agilité de l'équipe perçue par le médecin est moins bonne que celle perçue par le cadre. La pédagogie a le score le plus faible chez le médecin et le cadre. Après déploiement d'ORSOSA, le médecin perçoit une amélioration modérée des scores sur la synchronisation et l'intelligence de situation, le cadre essentiellement sur la synchronisation.

UF 3 : les scores d'agilité perçue étaient globalement assez moyen pour le médecin ; après ORSOSA, il perçoit une amélioration de la proaction, et de la pédagogie de l'équipe.

UF 4 : les scores d'agilité perçue étaient également globalement moyens, sans amélioration après ORSOSA.

C. Analyse qualitative des remarques des cadres et médecins

L'annexe 4 présente les principales idées et citations qui ressortaient de l'analyse qualitative du verbatim des entretiens.

Les remarques jugées comme déterminantes pour une bonne organisation du travail qui privilégient « l'agir ensemble » sont résumées ci-dessous, classées par levier d'action.

Empathie systémique :

Importance des temps d'échanges informels, notamment entre les équipes paramédicale et médicale. Respect de temps d'échanges formels autour du patient et autour de la vie de l'équipe : visites universitaires, staffs, transmissions, temps d'échanges internes/infirmiers, réunions d'équipes. Intérêt de mettre en place une organisation privilégiant le travail en binôme IDE/AS (infirmier/aide-soignant).

Synchronisation :

Importance de structurer des temps d'échanges entre le médecin et le cadre. La communication, par l'équipe médicale, des informations concernant le patient à l'équipe paramédicale est nécessaire pour une meilleure fluidité de l'organisation des soins.

Intelligence de situation :

Former et exercer l'équipe à intervenir de façon adéquate en situation d'urgence médicale : rappel des procédures, groupes de travail sur ce thème. De même avoir la culture de formation rapide des personnels en cas de réception d'un nouveau logiciel ou de matériel médical.

Proaction :

Au niveau des patients, développer une stratégie interne pour gérer les imprévus, notamment quand le manque de lits entraînant une tension dans l'équipe : réflexions sur les moyens d'une sortie rapide des patients présents et/ou déprogrammation des admissions. Au niveau des personnels, réalisation et communication en avance des plannings paramédicaux et médicaux.

Rébellion constructive :

Importance des temps d'échanges formels et informels, en particulier entre les équipes paramédicale et médicale, pour libérer régulièrement la parole de chacun afin de faire émerger des idées ou des propositions d'améliorations nouvelles. Accueil et encadrement des stagiaires et des nouveaux membres de l'équipe par le tutorat.

Pédagogie :

Explication des décisions médicales à l'équipe paramédicales, pendant les temps d'échanges formels et informels. Mobiliser les acteurs sur des valeurs partagées et le sens de l'excellence, centrés sur la qualité des soins, sachant qu'un travail de qualité est empêché lorsqu'il existe une surcharge de travail de l'équipe et un sous-effectif chronique, ce qui est une plainte dans beaucoup d'UF. Importance des retours sur événements indésirables, formalisés et non formalisés.

DISCUSSION

L'équipe hospitalo-universitaire de Santé au Travail de Grenoble, avec le soutien du FNP de la CNRACL, a pu développer une démarche originale de prévention des RPS en milieu de soins qui a associé, dans le temps :

- une étude épidémiologique prospective (ORSOSA 1), qui à partir du concept des hôpitaux magnétiques a conduit à finaliser un questionnaire de mesure des CPO (NWI-EO), sur lesquelles il est possible d'agir et a démontré la valeur pronostique de ses huit dimensions,

- une démarche de prévention des CPO au niveau des UF (ORSOSA 2), finalisée et déployée dans plus de 20 établissements hospitaliers,

- une observation, issue de la pratique d'ORSOSA 2, sur l'impact du comportement managérial de proximité (médecin et cadre) sur les niveaux de CPO perçus par les soignants,

- une réflexion sur la façon de former les médecins au management d'équipe médicale, en partenariat avec des enseignants de GEM.

Ce travail vient apporter une nouvelle dimension à cette thématique en tentant de tester si le modèle de l'agilité collective développée par J. Barrant et J. Deglaine, enseignants de GEM, peut prendre tout son sens à l'hôpital et notamment s'il est capable de discriminer une amélioration de la perception de l'agilité de l'équipe par le médecin et le cadre après participation à ORSOSA.

La première étape a été l'adaptation des situations décrites dans le questionnaire Agile Profile® à des situations hospitalières via un focus groupe et les faire valider par les concepteurs du questionnaire initial. Si ce questionnaire modifié n'a pas subi toutes les étapes théoriques de validation d'un questionnaire avec notamment mesure de sa reproductibilité, l'analyse de la variabilité des scores sur ses six leviers d'action, issus d'un échantillon de 11 médecins ou cadres montre sa sensibilité à percevoir des différences entre les individus.

A. Interprétation des profils d'agilité des équipes

L'analyse visuelle des profils d'agilité de l'équipe montre tant avant qu'après déploiement d'ORSOSA (figure 3), une cohérence des scores entre médecins et cadres d'une même unité, même si leur niveau de perception peut être différent.

Deux leviers d'action sont quasi-systématiquement bien cotés, supérieurs à 8 : « empathie systémique » et « intelligence de situation ». Nous pouvons avancer les hypothèses suivantes :

- au niveau de l'empathie systémique, nous pouvons supposer que les agents hospitaliers ont choisi ce métier en partie en raison de leur empathie vis-à-vis des patients, mais également avec les autres membres de l'équipe,

- au niveau de l'intelligence de situation, nous pouvons aussi supposer que les soignants, de tous les métiers, sont si souvent conduits à s'adapter aux imprévus quotidiens (aggravation brutale d'un patient, absence de lits...), qu'ils ont développé une grande expertise d'adaptation instantanée.

Les leviers d'action « synchronisation », « proaction » et « rébellion constructive » sont cotées fortement dans beaucoup d'UF et plus faiblement dans d'autres. Les UF où les scores sont faibles correspondent généralement à des unités où la communication entre cadre et médecin et entre équipes paramédicale et médicale est jugée insuffisante.

Le levier d'action « pédagogie » est le plus souvent le moins bien coté ; l'hypothèse principale est un manque de temps (voire de volonté) des médecins pour faire partager au reste de l'équipe le sens de leurs actions et décisions, peut-être parce qu'ils ne se rendent pas compte de l'importance de ce partage pour l'équipe. A noter que les scores de ce levier d'action se sont améliorés ou sont restés stables en post ORSOSA dans cinq des six situations analysées (figure 3).

Si les profils d'agilités sont différents d'une UF à l'autre, ils sont souvent très proches quant à la vision du cadre et du médecin. Les UF où il existe une divergence entre médecin et cadre

sont le plus souvent celles où les managers ont remarqué un manque d'échanges entre eux et donc de représentations et de vision partagée.

B. Comparaison de l'agilité collective perçue avant et après ORSOSA

L'utilisation de tests statistiques pour faire ces comparaisons n'a pas été possible compte tenu du petit nombre d'UF et du fait que le questionnaire n'a été fait que sur deux échantillons par UF (médecin et cadre) non indépendantes. Nous pouvons cependant remarquer une augmentation de l'ordre d'un à deux points des scores sur au moins quatre des six leviers d'action pour l'UF 1, trois des six leviers d'action dans l'UF 2, et noter une concordance de scores entre cadre et médecin. Dans les UF 3 et 4, l'amélioration des scores est moins nette, situation peut-être en rapport avec le changement du cadre de santé en charge de ces deux UF, juste après le déploiement d'ORSOSA ; cela a probablement limité la dynamique d'amélioration des organisations de travail préconisée et donc l'appréciation de l'amélioration de l'agilité perçue par les deux médecins.

Nous pouvons constater que les scores d'agilité perçue sont globalement plus élevés dans les cinq UF ayant permis de valider le questionnaire d'agilité (figure 2), que dans les quatre UF qui ont bénéficié de l'analyse avant – après ORSOSA (figure 3). Une hypothèse va dans ce sens : la passation du questionnaire d'agilité par entretien s'est faite dans le premier cas, à plus de 6 mois après le déploiement d'ORSOSA et dans le deuxième cas dans un délai inférieur à 3 mois après ORSOSA, vu les délais courts pour réaliser la part prospective de ce travail ; nous pouvons supposer que dans le premier cas la mise en place des préconisations d'amélioration du travail proposées par ORSOSA, en se mettant en place, ont pu stimuler l'agilité de l'équipe.

C. Apport du concept d'agilité collective aux managers hospitaliers

Le concept d'agilité est largement utilisé dans les écoles de management et dans le monde de l'entreprise car il vise à améliorer les postures et leviers d'action pertinents dans un contexte où l'environnement professionnel est complexe, turbulent et incertain. Ces contraintes sont retrouvées dans le monde hospitalier où se mêlent complexité et imprévisibilité des situations médicales, exigence des patients et de leur famille, adaptation permanente aux innovations techniques et aux contraintes budgétaires.

Il n'existe pas d'unanimité pour un outil unique d'évaluation de l'agilité, différents auteurs proposent des échelles de mesure de l'agilité collective ou organisationnelle⁽²⁹⁾ qui analysent toutes les comportements collectifs permettant d'exploiter les opportunités offertes par le changement. Ces échelles sont multidirectionnelles, les indicateurs sont hétéroclites, tels que culture client, offre globale, veille environnementale, intégration des systèmes d'information, apprentissages continus, rapidité, réceptivité, qualité.

Le modèle de l'Agile Profile[®] de J. Barrant et J. Deglaine implique des leviers d'action, homogènes, qui paraissent tout à fait pertinents : si l'utilisation des leviers d'empathie systémique ou d'intelligence de situation est plutôt naturelle dans le milieu des soignants, les leviers de la pédagogie, synchronisation, rébellion constructive et proaction peuvent apporter une marge de manœuvre importante pour le management au sein des UF.

D. Correspondances entre dimensions en alerte - préconisations issues d'ORSOSA et leviers de l'agilité

Après analyse des scores de l'agilité et des remarques des managers, nous avons pu faire ressortir les points essentiels qui lient les leviers d'actions et les propositions d'amélioration et préconisations issues de la passation d'ORSOSA⁽³⁴⁾. Trois dimensions d'ORSOSA, précisées ci-dessous, peuvent être rapprochées de plusieurs leviers d'action.

Dimensions ORSOSA « organisation qui permet la communication » et « relations au sein de l'équipe soignante et médicale »

Préconisations souvent émises : « favoriser de façon formelle les échanges entre l'équipe médicale et paramédicale », par exemple par des revues de mortalité et de morbidité (RMM), et « favoriser le travail de coordination entre l'équipe paramédicale et l'équipe médicale ».

Ces deux dimensions sont transversales, et renvoient aux six leviers d'actions et à certaines propositions d'amélioration correspondantes.

Leviers d'action empathie systémique et synchronisation :

- Temps d'échanges formels entre les équipes médicales et paramédicales, tels que réunions, staffs, visites universitaires, centrées sur la vie de l'équipe ou la prise en charge des patients, permettant une entraide pour atteindre des objectifs communs, une hiérarchisation des priorités et une fluidité de la circulation d'informations et de l'organisation des soins,
- Temps d'échanges informels entre les équipes médicales et paramédicales, qui renforcent et prolongent au quotidien les temps d'échanges formels centrés sur les patients et la vie de l'équipe,

Leviers d'action intelligence de situation et proaction :

Temps d'échanges entre le médecin et le cadre, permettant une coopération voire une synergie du binôme managérial pour une adaptation à court terme et à long terme aux sollicitations de l'équipe, à l'environnement institutionnel, une mise en place de projets à l'intérieur de l'UF.

Leviers d'action rébellion constructive et pédagogie :

Retours sur événements indésirables, formalisés ou non, surtout lorsqu'ils réunissent l'ensemble de l'équipe, encourageant le partage des points de vue différents avec l'émergence d'idées nouvelles

Dimension ORSOSA « partage des valeurs de travail », qui est au cœur de plusieurs réflexions comme celles de l'identité, du sens de travail et interfère avec toutes les dimensions CPO du questionnaire.

Exemple de préconisation : « favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants », en effet lorsqu'il y a conflit de valeurs l'équipe peut difficilement être une ressource pour la transmission du savoir-faire, autre préconisation : « suivi individuel régulier par l'encadrement ».

Cette dimension est fondamentale, elle renvoie notamment aux leviers d'action suivants :

Leviers d'action rébellion constructive et pédagogie :

Mobiliser les acteurs sur des valeurs partagées et le sens de l'excellence, centrés sur la qualité des soins, sachant qu'un travail de qualité est empêché lorsqu'il existe une surcharge de travail de l'équipe et un sous-effectif chronique, ce qui est une plainte dans beaucoup d'UF.

Accueil et encadrement des stagiaires et des nouveaux membres de l'équipe par le tutorat.

Au total, l'analyse des remarques met en avant l'importance essentielle de la communication : les temps d'échanges formels et informels au sein du binôme managérial et plus largement entre les équipes médicale et paramédicale. Les temps de communication sont également mis en avant dans les préconisations fréquentes lors de la démarche ORSOSA.

E. Perspectives

Malgré les biais et limites de ce travail (sélection des UF, petit nombre d'UF, cotation subjective de l'agilité et pouvant être influencée par des événements récents), cette étude permet de dégager des conclusions et des perspectives :

- Tout d'abord, le déploiement d'ORSOSA semble, même de façon discrète, améliorer la perception de l'agilité de l'équipe par le médecin et le cadre. Un suivi prospectif de

l'agilité par le questionnaire d'agilité pourrait être fait, encore plus en aval, c'est-à-dire à au moins 6 mois de la mise en place des actions préconisées, dans les UF auprès desquels l'enquête a été menée, ou dans d'autres UF qui vont bénéficier de la démarche ORSOSA.

- Une collaboration avec des chercheurs de GEM pourrait être initiée en donnant une vision plus quantitative des scores d'agilité par utilisation de l'Agile Profile® alors posé à tous les professionnels des UF concernées : c'est probablement par une telle approche avant et après déploiement d'ORSOSA que l'on pourrait démontrer réellement l'impact d'ORSOSA sur l'agilité collective. De plus l'interprétation des moyennes et dispersions des scores d'agilité auto-perçus au sein des UF pourraient devenir, à côté d'ORSOSA, un outil de travail pour l'intervenant-coach afin de chercher des axes d'amélioration.
- Notre étude pointe aussi qu'une posture agile est tout à fait possible pour ces managers hospitaliers en utilisant au mieux les six leviers de l'agilité collective. Cette approche devrait être intégrée dans la formation managériale des médecins et des cadres de santé de proximité (niveau 1). En formant l'un des psychologues du travail du CHU à l'agilité, cette formation pourrait alors se poursuivre sous forme de groupe de l'analyse de la pratique managériale (niveau 2), permettant aux médecins et cadres de proximité, qui y présenteraient leurs difficultés, d'adopter une posture agile.

La figure 4 présente la coordination qui pourrait être mise en place entre déploiement d'ORSOSA et formation et suivi managérial. Cette double approche pourrait probablement contribuer à réduire significativement les CPO dans les unités de soins.

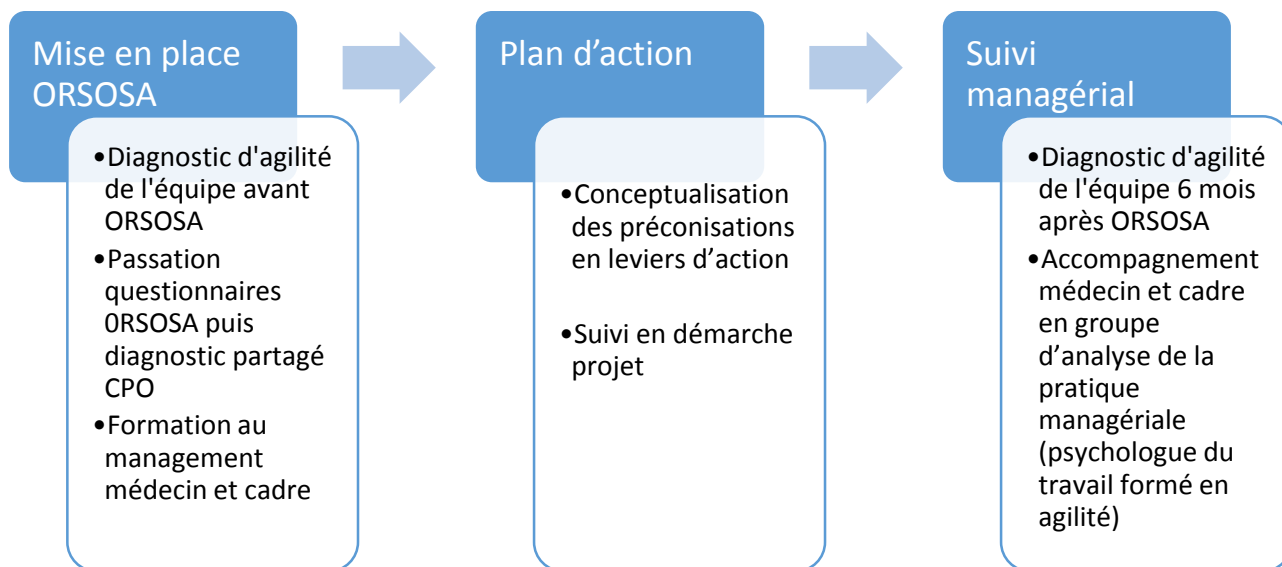


Figure 4 : Coordination passation d'ORSOSA et formations au management

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Christine VIANEY

TITRE : LA DEMARCHE DE PREVENTION ORSOSA PEUT-ELLE CONTRIBUER A AMELIORER LES POSTURES AGILES DES EQUIPES DE SOINS ?

Introduction

Le programme Organisation des soins et santé des soignants (ORSOSA), déployé dans le Centre hospitalier universitaire de Grenoble, est une démarche de prévention collective primaire faisant émerger des préconisations auprès de l'équipe soignante dans le but d'améliorer les organisations de travail, les relations entre professionnels et donc la qualité de vie au travail.

L'agilité collective est une approche systémique de l'organisation dont un des principes fondateurs est le partage du sens et des relations humaines, afin de s'adapter à un environnement complexe, incertain et turbulent.

Ce travail se veut une première réflexion sur l'impact que peut avoir le déploiement d'ORSOSA dans une unité fonctionnelle (UF) sur l'amélioration par l'équipe soignante de la manière d'agir ensemble, selon la perception du médecin et du cadre de santé.

Méthode

Un questionnaire, développé par J. Barrant et J. Deglaine, enseignants de Grenoble Ecole de Management, permettant d'évaluer le profil d'agilité individuelle et collective, a été adapté aux situations plus spécifiquement hospitalières par un travail de focus groupe. Une étude de validité a été conduite auprès de six médecins et cinq cadres de cinq UF pour s'assurer de l'opportunité des situations décrites et du maintien d'une grande variabilité de réponse entre individus.

Les mesures de l'agilité de l'équipe soignante perçue par le médecin référent et le cadre de santé ont été conduites dans quatre UF médicales, avant et après le déploiement de la démarche ORSOSA. Les commentaires spontanés des médecins et cadres ont fait l'objet

d'enregistrements anonymes pour analyse qualitative, afin de mieux connaître les caractéristiques d'une organisation jugée satisfaisante.

Résultats

Dans une même UF, le médecin et le cadre ont une perception très voisine des différents scores d'agilité de leur équipe. Nous notons une amélioration de l'ordre de un à deux points des scores d'agilité (échelle de 1 à 12) sur au moins trois des six leviers d'action (empathie systémique, synchronisation, intelligence de situation, proaction, rébellion constructive et pédagogie) dans la plupart des UF étudiées après déploiement d'ORSOSA.

L'analyse qualitative pointe des améliorations du fonctionnement des UF qui peuvent impacter sur l'agilité collective de l'équipe via des échanges formels et informels entre professionnels pour un partage d'objectifs communs, une fluidité des processus, une adaptation aux changements à court et à long terme.

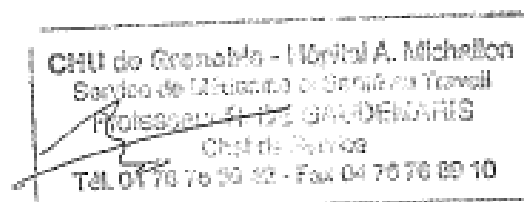
Discussion

Si les scores d'agilité semblent s'améliorer après déploiement d'ORSOSA, il apparaît nécessaire de poursuivre dans le temps cette étude. Ce travail pointe dès maintenant deux éléments essentiels dans l'agilité en service de soins : la concertation au sein du binôme managérial cadre – médecin et les échanges entre paramédicaux et médicaux. Ces facteurs sont des leviers d'action importants à promouvoir pour la formation des managers de proximité.

Vu et permis d'imprimer
Grenoble, le 02/04/2015



LE DOYEN
PROFESSEUR J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR R. DE GAUDEMARIS

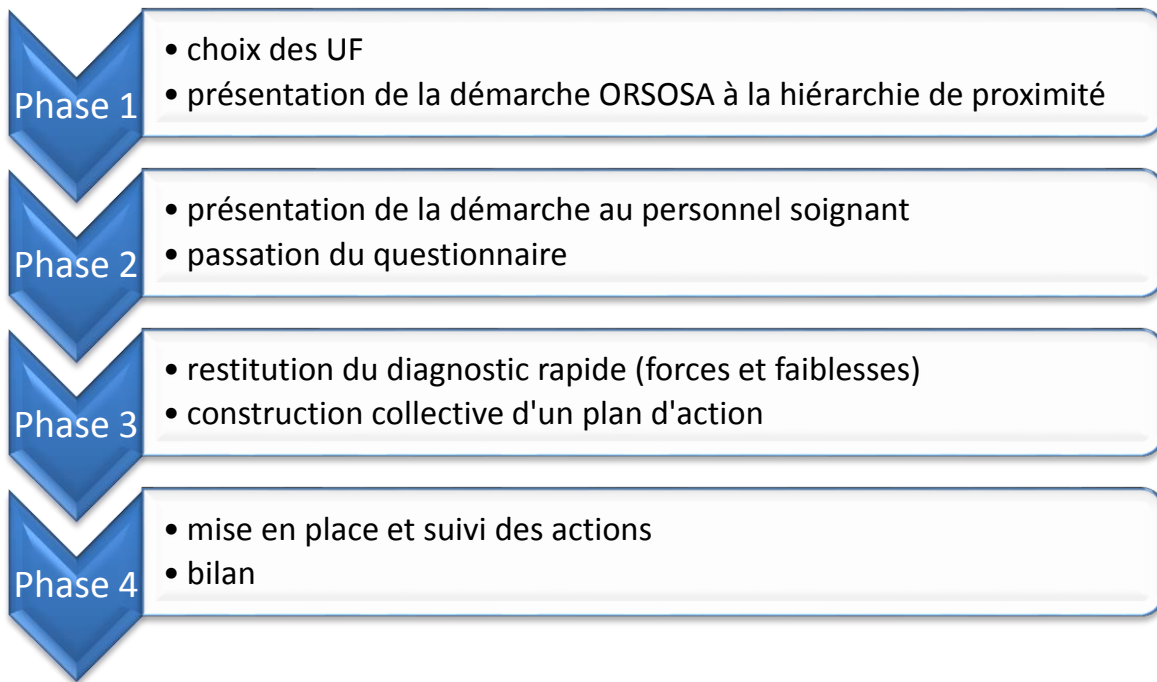
ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire NWI-EO

Questionnaire CPO version IDE

Au sein de l'unité dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
Score	1	2	3	4
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 chef 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				

ANNEXE 2 : Les étapes de la démarche ORSOSA



1. Phase 1 : Choix des unités et présentation de la démarche ORSOSA

Choix des unités avec l'aide du médecin du travail, de la direction des soins, du CHSCT, sur la base du volontariat des unités. La démarche ORSOSA est adaptée à la prévention primaire des CPO.

Présentation de la démarche ORSOSA à la hiérarchie de proximité : cadre de santé, médecin référent, voire cadre supérieur de santé et chef de pôle. Il est expliqué qu'ORSOSA est un outil d'aide au management de proximité par la dynamique d'amélioration de la qualité de vie au travail.

2. Phase 2 : Présentation de la démarche par le psychologue du travail au personnel soignant, passation du questionnaire et analyse des résultats.

Les psychologues du travail expliquent notamment à ce stade que même si les questionnaires de contrainte CPO et TMS ne sont posés qu'aux IDE et AS pour des raisons d'effectif et de représentativité, toute l'équipe sera impliquée dans la démarche d'appropriation des scores puis dans les propositions d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Une urne est déposée afin de recueillir les résultats de manière anonyme.

Les réponses sont ensuite saisies de manière anonyme sur la plateforme internet nationale d'ORSOSA. Les résultats bruts sont alors rapidement obtenus, un seuil d'alerte s'affiche dans les dimensions pour lesquels le score dépasse le 75^{ème} percentile.

3. Phase 3 : Diagnostic rapide (force et faiblesse) et recherche de solutions en interne

Dans un premier temps : restitution des résultats aux cadre et médecin.

Puis restitution auprès de l'équipe (IDE, AS, ASH), en dehors de la hiérarchie afin de libérer la parole. Des propositions sont alors émises. Une phase de restitution intermédiaire auprès de la hiérarchie de proximité est le plus souvent prévue pour une appropriation des mesures de prévention proposées par l'équipe.

De plus, ORSOSA est d'autant plus pertinent que la méthode d'approche est pluridisciplinaire.

En effet, dans le cadre des restitutions, le psychologue du travail peut être accompagné par plusieurs acteurs : membres du service de santé au travail (ergonome, médecin de travail...), et des acteurs institutionnels. Importance de la coordination avec la direction des soins pour vérifier la cohérence avec la politique de l'établissement.

Ensuite, réunion avec l'ensemble de l'équipe pour décision d'un plan d'actions, écrit sous une forme standardisée, avec date de mise en place et responsable de chaque action.

4. Phase 4 : suivi et bilan

Le psychologue vérifie que les délais de mise en place sont bien respectés.

Il peut être noté que l'évaluation de la démarche ORSOSA par une deuxième passation de questionnaire n'est pas une bonne méthode d'évaluation, pour des raisons liées à la possibilité de nombreux changements dans plusieurs domaines, qui introduisent un biais :

- départ et remplacement des membres de l'équipe de soignants,
- nouvelle organisation,
- nouvelles contraintes.

ANNEXE 3 : Questionnaire d'agilité collective perçue.

Leviers d'action	Comment se comporte l'équipe dans les situations énumérées ci-dessous ?
Empathie systémique	Le travail en binôme IDE/AS (ou IDE/IDE ou AS/AS) est privilégié dans l'équipe, pour une interrelation entre professionnels, une entraide et un partage des savoirs.
	Face à un patient lourd, l'équipe a développé systématiquement une stratégie de travail à plusieurs, prenant en charge santé physique et psychique.
	Face à une situation conflictuelle entre deux membres de l'équipe, ou avec un patient ou sa famille, le cadre de santé et/ou le médecin référent est sollicité pour régler le conflit.
	Des temps d'échange dans l'équipe permettent l'entraide, et visent à entretenir la dynamique collective. (Exemples : visites, staffs, réunions d'équipe, réunions de service...)
	Il existe des temps d'échange informels (pauses-café, sorties...).
Synchronisation	L'équipe est suffisamment informée de l'état du patient pour que les soins se fassent en bonne synchronisation entre professionnels.
	Le cadre de santé et le médecin référent se concertent suffisamment pour pouvoir agir en synergie face aux demandes des soignants.
	L'équipe optimise quand cela est possible le transfert d'informations nécessaires à la prise en charge du patient (vis-à-vis des acteurs internes et externes au CHU).
	L'équipe sait prioriser les soins en cas de surcharge de travail imprévue.
Intelligence de situation (ou anticipation intuitive)	L'équipe a développé face à une situation imprévue ou un incident des moyens de trouver rapidement une solution adaptée en matière de soins, de communication.
	Face à un état du patient qui s'aggrave brutalement, l'équipe sait comment modifier son intervention.
	En cas d'introduction d'un nouveau matériel ou d'un nouveau logiciel, tout est fait pour que l'équipe soit formée le plus rapidement possible.
Proaction (ou anticipation formalisée)	Les plannings sont réalisés suffisamment en avance.
	En cas d'absence imprévue, toutes les solutions possibles sont systématiquement envisagées.
	En cas de rappel d'un agent, le cadre a pris en compte toutes les conséquences de ce changement pour ses différents interlocuteurs.
	Le médecin référent et le cadre de santé anticipent ensemble les éléments du contrat de pôle et projettent ensemble l'évolution des soins.
Rébellion constructive	Les réunions de service permettent de faire émerger des propositions et améliorations nouvelles.
	L'équipe n'hésite pas à se remettre en question pour améliorer l'organisation des soins.
	L'équipe est ouverte aux possibles changements dans l'organisation des soins.
	L'équipe est ouverte au partage avec d'autres acteurs, extérieurs à l'unité : accueil des stagiaires, des médecins étrangers...

Leviers d'action	Comment se comporte l'équipe dans les situations énumérées ci-dessous ?
Pédagogie	Le sens et les valeurs de travail sont communiqués par le manager à ses collaborateurs, ils sont communs et partagés au sein de l'équipe.
	L'équipe participe à des temps d'échange autour du patient : RCP, retour sur événements indésirables (formalisés : RMM, CREX, ou non formalisés).
	Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) des médecins et des paramédicaux sont coordonnées sur des thématiques communes.
	Les protocoles de soins sont co-construits par les différents professionnels, y compris les médecins.
	Du temps est pris pour que l'équipe paramédicale comprenne et puisse expliquer au patient et à sa famille les décisions médicales.

ANNEXE 4 : Principales remarques et citations issues des entretiens avec les managers

Afin de respecter l'anonymat, chaque entretien et citation ont été référencés. Sans entrer dans les détails de la numérotation, il est intéressant de noter que la lettre M correspond à une citation d'un médecin, et la lettre C à une citation d'un cadre.

Thème Coopération, catégorie Empathie systémique

Travail en binôme (infirmier – aide-soignant)

- *Mise en place organisationnelle* nécessaire, par exemple une sectorisation avec un infirmier et un aide-soignant par secteur.

- *Obstacles* : lourde charge en soins spécifiquement infirmiers (« quand il y a beaucoup, beaucoup de charge en soins infirmiers, c'est vrai que du coup, les infirmières peuvent moins faire des toilettes et moins aider les aides-soignantes. » - 4C citation1), exposition de ses pratiques à son collègue (« il y a encore des difficultés [...] puisque le binôme expose les agents. Ça dévoile les pratiques, enfin ses pratiques » - 9C1 citation4).

- *Nombreux avantages* : diminution de la pénibilité (« Un patient qui est lourd, si vous le mobilisez à deux, ce sera plus confortable pour le patient, ce sera plus sécuritaire pour le patient, ce sera moins pénible pour les agents puisqu'ils sont deux. [...] Eh bien, travaillez à deux et vous verrez que la pénibilité, vous la divisez en deux. » - 9C1 citation9), gain de temps, qualité de soins, valorisation du travail des aides-soignants.

Travail à plusieurs (si patient lourd)

- Dans toutes les UF : travail à plusieurs, collaboration, entraide entre les membres de l'équipe paramédicale en cas de patient de poids important, ou d'accompagnement psychique lourd (« c'est pour se protéger surtout psychologiquement. C'est-à-dire elles sont là pour se relayer les unes les autres s'il y en a une qu'elles sentent en souffrance » - 4M2 citation2).

- *Obstacle* au travail à plusieurs : sous-effectif.

Conflit entre deux membres de l'équipe : sollicitation du cadre et/ou du médecin

- Gestion des conflits en premier intention entre les membres de l'équipe (« Si c'est un petit conflit entre deux personnes et qu'il ne dure pas, elles se débrouillent entre elles. » - 1C citation4), puis si importance croissante du conflit, sollicitation du cadre, rarement du médecin (« j'imagine que [...] le cadre, règle plein de problèmes aussi au sein de l'équipe, sans nous en parler. Mais quand il y a une situation plus complexe ou plus grave, on intervient, hein, ça c'est sûr. Et puis avec elle. » - 4M2 citation3).

- Dans certaines UF, pas de sollicitation du médecin car peu de présence dans le service (« Le cadre de santé est sollicité, le médecin, il n'est jamais... il est très peu là. » - 9C2 citation1).

Conflit avec un patient ou sa famille : sollicitation du cadre et/ou du médecin

Gestion du conflit à l'amiable par l'équipe, puis si besoin, sollicitation du cadre et du médecin (« Avec un patient ou une famille, ça oui, ça revient à nous directement. » - 6M1 citation4). En seconde intention, si nécessaire, sollicitation de l'institution par la hiérarchie (« Avec les patients oui, il arrive qu'on intervienne. J'arrive même à faire intervenir le directeur » - 3C citation3).

Temps d'échanges formels autour du patient

- *Visites universitaires* : selon les UF, quotidienne (si visite rapide, présence des infirmières et du cadre), bihebdomadaire ou inexistante. Si visite toute la matinée, pas de présence paramédicale par manque de temps (« les informations médicales sont rapportées au fil de l'eau au personnel soignant.» - 7C1 citation6), ou présence du cadre pour restituer les informations après (« Le cadre qui tient absolument à être présent, justement pour pouvoir retranscrire après à l'équipe soignante ce qui est dit. » - 4M2 citation7).

- *Staffs* : équipe médicale, avec parfois le cadre (« il y a un staff toutes les semaines où il y a un cadre ou les deux cadres toujours présente(s) » - 1M1 citation4), ou équipes paramédicale et médicale, ou inexistantes.

- *Transmissions* : moments privilégiés pour l'équipe paramédicale, présence des cadres si leurs possibilités (« Les temps d'échanges formels, ce sont les transmissions, où effectivement autour de ces transmissions, il se passe aussi beaucoup de choses. J'assiste pour 99% du temps aux transmissions. Et entre elles et moi, effectivement, on échange plein de choses. Je leur fais passer des informations, elles m'en font passer. » - 4C citation8),

- *Temps d'échanges internes/infirmiers* : dans quelques UF (« les infirmières, tous les matins, elles ont un petit temps avec les internes. » - 4C citation18).

Temps d'échanges formels autour de la vie de l'équipe

Réunions d'équipes : plusieurs formes de réunions, selon les UF :

- *Réunions de service de l'équipe paramédicale* : infirmiers, les aides-soignants, et les ASH (si le cadre manageait cette catégorie de personnel), présence des médecins occasionnelle selon l'ordre du jour communiqué (« On essaie de faire une réunion d'équipe par mois, où sont invités les médecins, ils viennent selon l'ordre du jour, s'il y a des choses particulières. » - 6C2 citation5), absence des médecins dans certaines UF. Fréquence en général mensuelle ou bimestrielle.

- *Réunions de service de l'équipe médicale* : dans certaines UF réunions peu fréquentes des médecins de l'unité, dans d'autres UF réunions de médecins de 4 UF de la même spécialité médicale. Existence de réunions de pôles, avec les cadres et des représentants paramédicaux (« Il y a les réunions du pôle. [...] Il y a la cadre, les médecins, et une fois par an ou une fois tous les six mois je crois, il y a des représentants des infirmières. » - 8M1 citation3).

- *Réunions de service des équipes paramédicale et médicale* : annuelle ou semestrielle (« On fait deux réunions de service [par an] avec le [médecin] et au changement d'internes,

avec l'équipe paramédicale et médicale, pour l'organisation. » - 3C citation7), type de réunion parfois inexistant par manque de volonté médicale (« Maintenant des réunions paramédicale/médicale, je n'en ai pas. » - 8C2 citation3).

- *Objectif de la réunion d'équipe* : réflexion sur un problème, puis un suivi (« Une réunion d'équipe en effet cela permet de pointer un dysfonctionnement, et puis de régler ce problème et de mettre des choses en place, ou ça permet de donner des informations. Mais ce n'est pas suffisant. Si derrière il n'y a pas de suivi, il n'y a pas de contrôle, la réunion elle ne sert à rien. Toute seule, elle ne sert à rien. » - 1C citation6).

- Egalement *temps d'échanges au quotidien*, des *groupes de travail* avec quelques personnes sur un temps court (« Souvent, ce ne sont que quelques personnes. Ça dépend de l'objectif du groupe de travail. Là on a fait sur les transmissions ciblées, deux réunions c'était suffisant. » - 2C citation7), des revues de morbidité et de mortalité - RMM – et comité de retour d'expérience - CREX (« ces réunions CREX [...] et Mor-Mor, c'était aussi fait pour avoir plus de temps d'échanges. » - 4M2 citation10).

- *Obstacles aux réunions* : manque de temps ; *écueil à éviter* : la réunionite (« le danger autour de ça, ce serait de tomber dans la réunionite. Et à force de créer trop d'échanges, il n'y a plus d'échanges. Parce qu'on se fatigue. » - 9C1 citation16).

Temps d'échanges informels

- *Pauses-café, pauses-déjeuner* : équipe paramédicale, avec parfois les internes et les médecins, selon leur disponibilité (« Pauses-café plus que sorties. Pauses-café au moment du repas de la pause de midi. [...] Moi, j'y suis facilement, parce que j'aime, voilà. Et puis mes collègues y sont peut-être un peu moins, parce que ce n'est pas forcément leur truc. » - 4M1 citation8).

- *Sorties* : organisées par l'équipe paramédicale (« Je sais qu'elles organisent des sorties à l'extérieur pour se retrouver. » - 6C2 citation8), cadre et équipe médicale souvent conviés.

- *Facteurs favorisant les temps d'échanges informels fréquents*, notamment entre les équipes paramédicale et médicale : une salle de travail commune (« on est une équipe où on a une salle commune, où il y a les infirmières et les médecins qui travaillent, du coup on est tous ensemble » - 6M1 citation11), gardes de nuit médicales sur site (« Et puis nous, on a tout le temps un médecin de garde la nuit, sur site. Si bien que la nuit, il y a quand même de grands échanges entre les médecins et les infirmières. Les médecins prennent le temps de discuter avec les infirmières. » - 6C1 citation8), présence médicale fréquente dans l'unité (« des petits temps informels, qui bien sûr ne sont pas assez nombreux à nos goûts tous. C'est sûr, mais on est tous pris par la charge de travail quotidienne. Et puis on ne prend pas assez le temps de le faire. » - 4M2 citation6).

Thème Coopération, catégorie Synchronisation

Communication des informations concernant le patient à l'équipe

- *Temps privilégiés* : transmissions, visites universitaires si présence de l'équipe paramédicale, temps d'échanges internes/infirmiers, staffs.

- Temps de présence médicale important dans l'UF : favorise explications des décisions médicales.

- *Prescriptions médicales* : importance de la coexistence écrit et oral (« l'information orale manque parfois. Par exemple une modification de prescription, l'information existe, mais elle n'est pas toujours signalée et du coup elles n'ont pas forcément l'info. » - 7C1 citation9).

- *Obstacles à communication des informations* : manque de rencontres et d'échanges entre les équipes paramédicale et médicale, un fort turn-over des patients avec une charge de travail médicale et paramédicale très importante.

Collaboration et synergie cadre/médecin

- *Temps de concertation cadre/médecin* : quotidiens si présence médicale importante dans l'UF (« Généralement [les médecins] viennent me voir chaque fois qu'ils arrivent dans le service ou qu'ils le quittent, et on échange facilement. [...] ils s'intéressent fortement à la vie de l'équipe » - 6C1 citation11), ces temps de concertation parfois insuffisants (« On se consulte en fait, en fonction des besoins. On n'a pas un échange qui permettrait d'anticiper un besoin. On a plutôt des échanges, des temps d'échanges, qui sont correctifs. » - 7C1 citation10).

- *Synergie cadre/médecin* : pas toujours obtenue, notamment vis-à-vis des entrées et sorties des patients lourds, le cadre voulant préserver l'équipe d'une trop lourde charge en soins (« [Le cadre] se plaint souvent du manque de synergie avec [le médecin], c'est-à-dire du fait qu'il puisse ne pas entendre, par exemple, le fait que l'équipe est déjà à bout, qu'elle ne peut pas recevoir d'autres patients. [...] certainement qu'il y a une synergie, on échange régulièrement, mais qu'on ne tient peut-être pas assez compte de ce que peut nous dire la cadre. » - 4M2 citation18).

Relations et transferts d'informations avec les acteurs externes au CHU (services accueillant le patient en amont ou en aval de son séjour au CHU, médecin traitant)

- *Moyens de communication avec les structures d'aval*, notamment les services SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) : demandes de place sur le logiciel Trajectoire remplies par le personnel médical et paramédical, avec un problème intrinsèque de manque de place (« La région Rhône-Alpes est la région la moins bien dotée en lit de soins de suite, de France et de Navarre, semble-t-il. Grenoble, particulièrement » - 1M1 citation14), transmission des renseignements concernant le patient par fiche de liaison ou téléphone, une interactivité avec les SSR dans une UF (« S'il y a une difficulté après, on n'hésite pas à revoir les patients, à les reprendre s'il le faut. » - 1M2 citation5).

- *Transferts d'information avec le médecin traitant* : appel téléphonique pendant le séjour, et courrier, avec un problème de retard de frappe et d'envoi (« on fait un petit courrier provisoire

de sortie. Parce que le courrier définitif [de sortie], on est au-delà du mois, nous. » - 4M2 citation19).

Relations et transferts d'informations avec les acteurs internes au CHU (services accueillant le patient en amont ou en aval, la pharmacie à usage intérieur, le service de brancardage, le plateau technique : l'imagerie, le laboratoire d'analyse médicale)

- *Connaissance mutuelle avec les services SSR* du CHU dans certaines UF (« On connaît bien la structure SSR [...] à Sud parce que nous les cadres on était allé les voir, on est allés visiter le secteur [...] Les médecins entre eux aussi se connaissent et communiquent facilement sur le patient. » - 6C1 citation12).

- *Transmissions d'informations* vers le service d'aval informatisées : demandes de lits ou dossiers de soins.

- *Demandes* auprès du plateau technique, de la pharmacie, des services transversaux comme le brancardage souvent compliquées, redondantes, nécessitant vérifications et contrôles, entraînant une perte de temps : fax et appel téléphonique, demande par logiciel interne et vérification de la réponse.

- *Avis médicaux* demandés par UF chirurgicale : difficilement obtenus, entraînant des plaintes.

Priorisation des soins en cas de surcharge de travail imprévue

- *Hiérarchisation des priorités* par la plupart des équipes, en particulier si beaucoup d'urgences (« on est un service d'urgence, donc à chaque fois [...] elles savent gérer les urgences, et elles organisent leur travail en fonction » - 6C2 citation14) et si grande expérience de l'équipe (« Il me semble que, même si pour eux c'est un stress important... Ça arrive, et ce sont des gens qui ont de l'expérience, des professionnels. Ils arrivent à hiérarchiser les priorités. » - 8M1 citation9). Mais priorisation au prix d'un inconfort voire d'une insatisfaction professionnelle (« Mais c'est un travail décousu. Et pour certains agents, des fois, c'est un peu

plus difficile, parce qu'elles ont l'impression de ne pas faire correctement leur travail, voilà, parce qu'elles ont interrompu un soin pour se donner à une arrivée, à une urgence qui arrive. » - 6C2 citation15).

- *Hiérarchisation difficile* dans quelques UF, du fait du manque d'expérience de l'équipe (« Maintenant, j'ai une équipe, je vous l'ai dit tout à l'heure, très jeune. Donc peu expérimentée. Donc elle peut malgré tout vite se faire noyer par une charge, et ne pas avoir la lisibilité ou l'anticipation qu'il faudrait. Mais tout simplement par manque d'expérience. » - 9C1 citation26), présence du médecin et du cadre alors précieuse (« Il y a des fois où quand même, il y a tellement de surcharge qu'elles ont du mal à prioriser. Donc il faut être là, hein. Non, non, il faut que je sois là parfois, hein. [...] même la cadre. » - 5M citation6).

Thème Anticipation, catégorie Intelligence de situation

Solution adaptée face à une situation imprévue ou un incident (problème technique).

Gestion au quotidien des imprévus, de manière efficace (« Je pense que s'il y a quelque chose d'imprévu, on arrive à gérer et à y faire face. On n'est jamais en difficulté véritablement de ce point de vue-là. » - 4M1 citation12), présence du cadre et du médecin souvent précieuse (« elles viennent nous interroger, cadre ou médecin, pour savoir quoi faire. » - 5M citation7).

Intervention adéquate en cas d'aggravation de l'état d'un patient

Gestion efficace de l'urgence médicale en appliquant les procédures, surtout dans les services habitués à l'urgence, groupes de travail sur le thème de l'urgence dans 1 UF (« ça a fait l'objet, et ça fait l'objet, même, de travail de groupe, justement. D'un travail d'équipe, en ce moment, autour de tout ce qui est l'urgence » - 7C2 citation8).

Formation rapide en cas de nouveau matériel ou logiciel

- Volonté de formation dans la plupart des UF.

- *Stratégies de formation* : par le service informatique, le CRIH, mais utilisation fréquente de logiciels sans formation préalable (« on a l'impression que les logiciels et autres, les gens apprennent sur le tas. » - 8M1 citation11) ; sessions de formation de l'ensemble de l'équipe par petits groupes ; formation de personnes référentes puis formation de l'équipe par celles-ci (« tout ce qui était informatisation du dossier de soins, des transmissions, on les a effectivement formées, il y a eu un travail en amont qui a été fait, avec l'envoi de personnes référentes pour les formations adaptées, etc. » - 7C1 citation17) ; après rédaction de nouveaux protocoles, dans certaines UF manque de nouveaux protocoles malgré les demandes des cadres.

- *Obstacles à une bonne formation* : absence de l'annonce de l'arrivée d'un nouveau logiciel, manque de disponibilité des fabricants et de l'équipe, manque de temps de l'équipe (« Après c'est la problématique de l'inclusion dans le temps de travail, etc. » - 4M2 citation25), un niveau de formation initial faible (« il y a des gens, aides-soignantes ou ASH [...] qui savent à peine lire et écrire. » - 4M2 citation26).

Thème Anticipation, catégorie Proaction

Plannings paramédicaux

- Réalisation et communication en avance des plannings (« Les plannings sont à l'affichage 15 jours avant le mois suivant, comme la réglementation le demande. » - 1C citation18), jusqu'à deux mois en avance.

- Adaptation si possible des plannings selon les desideratas, ou même en cas de grossesse de l'agent (planning à 80%). Obstacles : effectif limite voire sous-effectif chronique. en avance.

- Pas d'intervention des médecins dans les plannings paramédicaux (« je ne rentre pas dans la rédaction des plannings avec le personnel paramédical. » - 8M2 citation11).

Plannings médicaux

Réalisation et communication des plannings médicaux en avance (« Nos congés sont prévus jusqu'en 2018. [...] Tout ce qui n'est pas du quotidien : les absences, les congrès, les cours, les machins. [...] On est 4 + 2 à être en écriture, mais le droit de lecture est pour tout le monde. C'est-à-dire la secrétaire qui veut savoir où je suis cet après-midi elle regarde dans le machin, et si c'est hors planning elle le sait. » - 1M1 citation17). Présence quotidienne d'un médecin référent dans le service et communication de son nom. Toutefois, dans certains services, absences des autres médecins pas systématiquement anticipées, entraînant une surcharge de travail pour les médecins présents.

Plannings des patients, programmes des patients

Imprévus dans la programmation des patients pouvant entraîner une désorganisation du planning, avec manque de lits, que le cadre doit gérer rapidement (« On se retrouve souvent dans des situations où on va accueillir des patients en urgence, enfin en semi-urgence, sur lesquels on ne va pas avoir de lit tout de suite. Ça va entraîner une situation de stress, de crise, puisqu'on n'a pas ce qu'il faut pour gérer ça. » - 7M1 citation12).

Solutions en cas d'absence imprévue d'un agent

Manque de marge de manœuvre des cadres car effectif limite voire sous-effectif chronique.

Stratégies selon les UF : d'abord pool, puis remplacement en interne dans le service, ensuite remplacement dans un autre service, en heures supplémentaires ; ou d'abord remplacement en interne, puis pool, ensuite remplacement en heures supplémentaires (si elles sont accordées par le cadre supérieur et le directeur de soins) ; ou d'abord remplacement en interne, puis par autre service intrapôle, ensuite le pool, puis un remplacement en heures supplémentaires (si elles sont accordées par le cadre supérieur et le directeur de soins) ; exceptionnellement déclenchement institutionnel avec fermeture de lit.

Rappel d'un agent

- Autonomie de plusieurs équipes avec gestion des rappels dans l'équipe avant d'en parler au cadre (« Il n'y a pas eu de cadre pendant longtemps et elles sont très autonomes, aussi bien quand il y a un problème de gestion de planning, s'il y a un arrêt : moi, j'arrive le matin, elles ont déjà géré, quoi. » - 2C citation9).

- Importance de l'équité pour les cadres : par le rappel à tour de rôle de l'ensemble des agents, même s'ils peuvent bien sûr refuser ; respect des desideratas des agents souvent disponibles ; disponibilité varie parfois selon un cadre (l'équipe des infirmiers acceptait plus facilement les rappels que l'équipe des aides-soignants, qu'il définit comme plus individualiste).

Anticipation du contrat de pôle et de l'évolution des soins par concertation cadre et médecin

- Contrat de pôle discuté au niveau hiérarchique supérieur, par le cadre supérieur et le chef de pôle, avec une forte dynamique médicale. Contrat de pôle restant en arrière-plan pendant le travail au sein de l'UF (« On ne travaille pas tellement avec l'objectif de pôle, même si c'est en arrière-plan » - 8M1 citation14).

- Cadres et représentants des équipes paramédicales présents aux réunions de pôles.

- Certains managers rapportaient qu'un projet d'équipe, un projet de service étaient défini dans l'UF.

Thème Innovation, catégorie Rébellion constructive

Temps d'échanges formels (émergence propositions et améliorations nouvelles)

- *Double objectif des réunions d'équipes* : informations descendantes, et espaces de parole, d'expression permettant l'émergence de propositions et améliorations nouvelles (« Les réunions ont pour objectif d'informer de l'activité, de l'évolution du service telle qu'on la voit, et telle qu'on la voudrait. Elle doit être aussi à double sens. C'est un moment aussi d'expression

de l'équipe. » - 4M1 citation18). *Limites* : réticence de certains agents à la prise de parole dans ces réunions, importance des échanges en amont car réunions seules insuffisantes.

- *Visites et staffs* : objectif premier prise en charge du patient, également expression de l'équipe, surtout si présence équipes paramédicale et médicale.

- *Objectifs temps d'échanges après événements indésirables*, sous forme institutionnelle (CREX, RMM) ou non : émergence de solutions et la mise en place de plans d'actions.

Temps d'échanges informels (émergence propositions et améliorations nouvelles)

Importance des temps d'échanges informels, en plus des temps d'échanges formels : pour cohésion de l'équipe et pour émergence des questions, des problèmes et des solutions possibles, surtout si présence médicale importante dans le service avec échanges quotidiens équipes médicale et paramédicale (« je pense qu'on est beaucoup plus efficace et plus réactif sur des discussions informelles quotidiennes sur tel ou tel truc. » - 1M1 citation19) ou entre le cadre et l'équipe paramédicale (« on n'a pas besoin de réunion pour [mettre en place un projet]. Parce que de toute manière, elles savent que je suis disponible » - 4C citation29).

Remise en question du fonctionnement de l'équipe pour améliorer l'organisation des soins

- Dans certaines UF, remise en question si contexte le nécessitait (« Simplement on s'adapte, on est bien obligés. Là, on s'est adapté à l'occasion des travaux. » - 9M1 citation16) ou en cas d'événement indésirable (« J'ai eu une plainte de famille [...] il y a des dysfonctionnements globaux liés à l'équipe. Donc [...] il est prévu qu'on fasse une réunion de service pour aborder le problème globalement en équipe, pour faire émerger une remise en question de chacun, du rôle et de la place de chacun dans les soins, quoi. » - 8C1 citation10).

- Dans d'autres UF, changements récurrents, avec critique constructive du fonctionnement (« c'est vrai qu'elles sont assez critiques du travail et de l'organisation en général pour améliorer les choses. Je pense que c'est aussi lié à la restructuration. Il a fallu

beaucoup, beaucoup travailler là-dessus, pendant plus d'un an, avant de trouver une organisation qui convienne à peu près. » - 1C citation24).

Ouverture aux possibles changements dans l'organisation des soins

- *Ouverture au changement* de beaucoup d'équipe (« On a introduit le travail en binôme et ça n'a pas posé de problèmes. Elles sont partantes, il n'y a pas eu de problème non plus sur l'informatisation du dossier de soins... Très bien. » - 7C1 citation22). Parfois, stratégie pour mener le changement, en argumentant et en organisant des groupes de travail (« Les changements d'habitude c'est plutôt difficile. Après, il faut choisir les éléments moteurs de l'équipe, les jeunes. Vous en mettez un vieux et un jeune dans les groupes de travail, et du coup, ça marche bien. » - 2C citation19).

- Parfois, *réticences au changement* : dans un premier temps (« En fait, c'est comme tout le monde, c'est de la réticence au changement dans un premier temps, mais une fois le cap passé, on y va. » - 8C1 citation11) si trop de changement (« il y a une résistance au(x) changement(s), surtout quand il y en a beaucoup. » - 1M1 citation21), si charge de travail trop importante (« on est tellement organisé, ça tourne tellement vite, les programmes sont tellement pleins que le moindre changement a des répercussions en boule. » - 9M1 citation17), si demande institutionnelle incohérente (« Exemple typique : on vient de nous dire qu'il fallait vraiment que l'on fasse un hôpital de semaine. [...] on finit par mettre sur pied un hôpital de semaine. Et même, on avait vraiment commencé. Quinze jours ou trois semaines après, réunion de pôle. On nous dit : "il ne faut absolument plus aucun hôpital de semaine." » - 1M1 citation22).

Partage avec acteurs extérieurs à l'unité

- *Accueil de nombreux stagiaires* : étudiants infirmiers et autres paramédicaux, internes, externes, médecins étrangers, etc., les équipes aimaient encadrer (« C'est une équipe qui aime bien encadrer. Il ne faut pas qu'il y en ait trop en même temps, mais globalement ils aiment bien encadrer. » - 1C citation25). Les stagiaires étaient souvent satisfaits de leur stage (« la

plupart des gens qui sont venus faire leur stage de fin d'étude chez nous restent après, reviennent dans l'unité. » - 4M2 citation37).

- *Accueil des nouveaux membres de l'équipe* : tutorat dans une UF (« j'axe beaucoup sur le tutorat. Dans l'unité, j'ai des référents. Des nouveaux infirmiers, des nouveaux aides-soignants, ou des nouveaux embauchés. Et justement, pour l'accompagnement, il y a le tutorat. » - 9C1 citation28)

Thème Innovation, catégorie Pédagogie

Partage des valeurs de travail, sens de l'excellence

- *Valeurs communes et partagées* dans beaucoup d'UF (« on a les mêmes valeurs soignantes, mais il n'y a rien de formalisé. Mais, ça se partage, oui. De toute façon, si on n'a pas les mêmes valeurs, travailler ensemble, c'est compliqué. » - 3C citation25), parfois sous l'impulsion du manager (« En fait, le responsable donne un état d'esprit qui retentit sur l'ensemble de la pyramide. » - 8M1 citation17), mais non systématiquement. Parfois, pas de valeurs partagées ressenties (« C'est un peu difficile d'avoir des valeurs communes pour toute l'équipe. Je ne sais pas quoi répondre à ça. » - 6M1 citation25).

- *Sens de l'excellence* du travail impulsé par l'exigence du manager, vis-à-vis de lui-même et de son équipe (« Et puis on a des chirurgiens.... il y a ce que pense et ressent l'équipe, et il y a les exigences des chirurgiens. Les chirurgiens sont aussi très exigeants des deux côtés [car 2 spécialités dans l'UF]. Ils suivent leurs patients de près, et vraiment de façon très globale, et je pense que ça incite aussi les infirmières à être rigoureuses et consciencieuses. » - 1C citation27).

- *Obstacle* : très forte charge de travail empêchant un travail d'excellente qualité (« Aujourd'hui, la difficulté des agents, c'est par rapport au statut de mon service où j'ai un gros flux, enfin un fort flux patients, la difficulté c'est de pouvoir donner du sens. Avec tout ce

volet prise en compte globale du patient : on dit sur l'environnement, sur la pathologie, sur la famille, sur le devenir et tout ça. Et une charge de travail très forte par rapport à un flux patients et des blocs opératoires. » - 9C1 citation20).

Réflexion pluridisciplinaire sur prise en charge du patient

Participation de l'équipe médicale à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), ou des temps de réflexion pluridisciplinaire (staffs anatomo-cliniques, staffs médico-chirurgicaux), absence de l'équipe paramédicale, présence du cadre dans une UF (« on va aux RCP "soins palliatifs". Donc en général je descends. Parce qu'il y a effectivement le médecin, ça c'est important. Mais il faut qu'ils entendent aussi le point de vue de l'équipe. » - 4C citation33), staff avant RCP avec équipes paramédicale et médicale dans une autre UF.

Retour sur événements indésirables

RMM et CREX dans la plupart des UF avec équipe médicale, avec ou sans équipe paramédicale :

- équipe paramédicale absente (« c'est formalisé sous forme de RMM. Les RMM sont tous les mois. Avec [les 4 UF de la spécialité] [...] C'est sans l'équipe paramédicale. » - 9M1 citation20), avantage : libération de la parole médicale (« je trouve que la parole est plus libre, on discute vraiment du problème, et il me semble que c'est beaucoup plus constructif [...] il ne risque pas d'y avoir d'interprétations erronées de la part de quelqu'un de l'extérieur. Je crois que c'est le but, il faut être pragmatique dans ces réunions de morbi-mortalité. » - 8M2 citation20),

- équipe paramédicale dont cadre conviée, mais absente par manque de temps (« l'équipe c'est plus difficile. Parce que ce sont des horaires pas forcément évidents. » - 2C citation21),

- présence de l'équipe paramédicale, y compris les ASH (« Alors, des temps d'échange formels, on en a avec le médecin, puisqu'on a des CREX et des RMM, qui sont tous les deux mensuels. [...] [RMM avec] l'équipe paramédicale : infirmières, aides-soignants, rarement les ASH. Les soignants sont là pour les deux. Les ASH sont là au CREX, aussi. » - 3C citation4),

- essai de mise en place de RMM et CREX par un cadre sans arriver à mobiliser l'équipe médicale (« dans la mise en place d'un CREX, il faut un pharmacien et il faut un médecin. Donc chose qu'on n'a pas [...] Il faut tous les acteurs, je ne les ai pas. Donc, ce n'est pas faute d'avoir des référents paramédicaux, mais je n'ai pas la présence médicale. » - 7C2 citation14).

Retours non formalisés sur événements indésirables dans beaucoup d'UF, pendant des réunions d'équipe (« c'est quand il y a eu une difficulté ou quand... oui, conflit, décès, démarche thérapeutique qui est parfois difficile à comprendre. Ça, on en parle parfois en réunion de service » - 7C2 citation15), pendant les transmissions (« Des fois, quand il y a une information à transmettre, liée à un dysfonctionnement dans le service ou une erreur de quelqu'un, moi j'interviens au moment des transmissions. » - 1C citation26), ou pendant des temps de discussions improvisées si nécessaire, regroupant soit les équipes paramédicales et médicales, soit le cadre et l'équipe paramédicale après éventuellement une discussion entre le médecin et le cadre (« Donc c'est avec le cadre. C'est plus le cadre. Je pense que lui, il a eu un échange plus étroit avec les infirmières, bien sûr. Lui, il communique directement avec moi, ou avec nous, ou avec l'équipe. » - 9M1 citation21).

Procédure institutionnelle après signalement d'un événement indésirable sur intranet : mise en place des actions par l'équipe et le cadre, équipe n'étant jamais actrice de la réflexion (« Les personnes concernées peuvent apporter des éléments de réponse, voire la correction, auquel cas après il y a un retour à l'équipe via le cadre de santé pour apporter la correction nécessaire. » - 7C1 citation24).

Réunions de supervision concernant les prises en charge difficiles souhaitées par un cadre (« Et c'est la régulation, c'est-à-dire la régulation de la prise en charge difficile, ou les conversations difficiles, ou la consultation d'annonce difficile, là on a besoin d'un débriefing derrière pour pouvoir, comment dirais-je, faire face à la fois d'après. » - 5C citation7).

EPP (Evaluation des pratiques professionnelles)

- *EPP médicales* dans la plupart des UF (staff-EPP, RCP, RMM, CREX), pas d'EPP paramédicales en général (« Les EPP, moi je n'ai jamais fait. Non, ça ne me dit rien. » - 2C citation22), bien que certaines actions soient en cours de validation ou déjà en place (« On a remis sur pied une réunion tous les mois et demi ou tous les deux mois pour les rééducateurs sur des sujets un par un, donc on passe en revue pour remettre à plat les pratiques. Pour le coup, ça c'est de l'EPP, pour voir si on change ces pratiques ou pas. Et viennent à ces réunions entre 25 et 35 rééducateurs de la ville, du CHU. » - 1M1 citation24).

- *Formation continue* pouvant entrer dans le développement professionnel continu ou DPC (« Il y a les cours de [la spécialité médicale] qui sont donnés une fois par an. C'est la formation continue. Et il y en a un que je vais essayer de monter pour l'année prochaine. [...] L'objectif est de monter un module spécifique. Ce n'est pas encore validé. Ce sera validé en DPC. » - 7M1 citation20), sous forme de DIU (« il y a un DIU de plaies et de cicatrisation de Grenoble où certaines infirmières sont venues et ont été formées » - 1M1 citation27), ou cours des médecins aux infirmiers, mais l'obstacle était le manque de temps médical et paramédical.

Co-construction des protocoles de soins

Nécessité de protocoles spécifiques au service lors de la mise en place de nouvelles techniques médicales ou chirurgicales pour la préparation du patient ou son suivi (« « On a essayé de protocoliser plein de choses justement, pour qu'elles aient des références, donc je pense que ça c'est globalement plutôt réussi. [...] Voilà, surtout qu'il y a des choses très particulières dans notre spécialité. Donc c'est aussi une demande qu'elles ont. » - 1M2 citation13), absence de nécessité en cas d'existence préalable de protocoles appropriés diffusés au niveau institutionnel (« Les protocoles de soins, en général, ils arrivent plutôt des instances. » - 3C citation27), ou présents dans les services voisins.

Construction des protocoles selon les UF : véritable co-construction par les équipes médicale et paramédicale (« Il y a des groupes de travail. Médecins, infirmiers, aides-soignants

participent à l'écriture et à la réécriture des protocoles. » - 7C1 citation27) parfois avec des équipes d'autres services ; construction médicale, avec le cadre (« En général, quand le cadre, quand on estime que les procédures ne sont plus assez modernes, elles sont revues avec le cadre. Et puis on les réactualise. » - 7M2 citation7) ; construction purement médicale (« c'est purement construit que par les médecins. C'est uniquement médical. » - 8C2 citation10), parfois après prise en compte des remarques des soignants.

Diffusion des protocoles construits sur intranet, sur V-Doc.

Explication des décisions médicales par l'équipe médicale à l'équipe paramédicale

- *Pas d'explication en amont* des demandes des soignants (« Mais c'est vrai que je ne pense pas que ce soit en première intention chez le médecin de dire à l'infirmière : "bon, alors, attends, chez ce patient..." » - 6C2 citation29), mais explications durant les temps d'échanges formels et informels.

- Plainte des infirmières de certains UF d'une mauvaise compréhension des décisions (« Mais par contre pour la communication des nouveautés médicales, des innovations thérapeutiques qu'on met en route pour les soignants [...] ils étaient un peu démunis parce qu'ils ne savaient pas l'expliquer au patient. Ils n'avaient pas l'information suffisante pour l'expliquer au patient. » - 7M1 citation11), favorisée par présence médicale insuffisante dans le service (« ce n'est pas systématique que les médecins tiennent au courant l'équipe paramédicale, de l'évolution de la pathologie et tout ça. Donc bien souvent le paramédical découvre des choses, justement par le manque de rencontres [entre les équipes médicale et paramédicale]. » - 7C2 citation7), ou fort turn-over des patients.

- Suite aux questions des patients ou de leur famille pour lesquelles les infirmiers n'avaient pas de réponse, appel à un collègue ou demande d'explications aux médecins (« je dis toujours à l'équipe : "vous devez faire ce que les médecins vous disent, mais vous devez le comprendre". [...] Je dis ce n'est pas contester les décisions, c'est les comprendre et se les

approprié. » - 4C citation35), parfois demande d'intervention du médecin (« Donc elle doit se tourner vers le médecin pour faire réintervenir le médecin. » - 7C1 citation28).

Management (remarques des interviewés)

- *Nécessité d'adaptation permanente* (« Ce que je peux dire c'est que le management que je conçois, il doit s'adapter quand même à beaucoup de choses. [...] il faut s'adapter au service, à l'équipe, à l'histoire du service, à l'évolution du service, aux chirurgiens, aux pressions du moment. » - 1C citation28).

- *Insuffisance de temps pouvant être consacré au management* (« Je pense qu'on est un service où on est loin du service. Ça arrive sûrement souvent en chirurgie. Moi je passe environ une heure de temps dans le service par jour, cinq heures de temps en salle, quatre heures en consultation. Donc le service, ce n'est pas un axe central de notre activité, comme ça devrait l'être. Voilà. Donc de ce fait, ça limite certaines interactions. » - 7M1 citation21).

- *Création de liens* (« je pense qu'il faut que chacun prenne conscience, qui qu'il soit, quel que soit le métier qu'il occupe, médical, paramédical, administratif, qu'on est tous des acteurs autour du patient. [...] Donc moi, en tant que cadre, et tant que je serais cadre, je me battrais toujours, dans une équipe, enfin dans les équipes, pour donner du lien entre tout ça. » - 9C1 citation50).

- *Défense du service* auprès de l'institution, y compris au niveau des effectifs, de l'équipement bureautique (« Et en tant que manager, c'est du travail de tous les jours pour défendre 20% de médecin, 20% de secrétaire, les ordinateurs qu'on n'a pas, le scotch qu'on n'a plus, enfin... [...] Mais c'est comme ça qu'on arrive à motiver l'équipe, et à maintenir une équipe positive. » - 5M citation17).

- *Equipe devant être de petite taille* (« Et je suis contre les grosses équipes où tout est mutualisé, et où il n'y a plus de référents bien identifiés. Parce que là les gens perdent justement l'envie de travailler. Et puis, de s'investir justement pour le bien des patients. » - 5M citation18).

BIBLIOGRAPHIE

1. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Prat Organ Soins*. 2009;40(1):39-48.
2. American Nurses Credentialing Center. ANCC Magnet Recognition Program®. Silver Spring: ANCC. [Internet]. [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx>
3. Buchan J. Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *J Adv Nurs*. 1999;30(1):100-8.
4. Stordeur S, D'Hoore W, the NEXT-Study Group. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *J Adv Nurs*. 2007;57(1):45-58.
5. Kramer M, Schmalenberg C. Magnet hospitals: Part I. Institutions of excellence. *J Nurs Adm*. 1988;18(1):13-24.
6. Kramer M, Schmalenberg C. Magnet hospitals: Part II. Institutions of excellence. *J Nurs Adm*. 1988;18(2):11-9.
7. Lombrial P. Mutations du travail : la situation des établissements de santé. Actes du séminaire. La Plaine Saint-Denis: Haute autorité de santé; 2010.
8. Haute autorité de santé, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue. Saint-Denis La plaine: Saint-Denis La Plaine : Haute autorité de santé; 2013.
9. Haute autorité de santé. La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail. Saint-Denis La Plaine : Haute autorité de santé; 2013.

10. Bertaux R. L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social. Un métier en construction. Paris: Seli Arslan; 2006.
11. Bourret P. Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital. Pour sortir le travail réel de son invisibilité. Paris: Seli Arslan; 2011.
12. Sliwka C, Dechamps C. Les cadres de santé, des cadres de métier. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2007.
13. Hesbeen W. Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien des soins. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
14. Bonneterre V, Ehlinger V, Balducci F, Caroly S, Jolivet A, Sobaszek A, et al. Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: the NWI-EO questionnaire. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(5):557-67.
15. Lamy S, De Gaudemaris R, Sobaszek A. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé Publique.* 2013;25(4):389-97.
16. De Gaudemaris R, Lang T, Sobaszek A, Salembier A, Kerjean I, Caroly S, et al. Evaluer l'impact des contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants. *Rev Infirm.* 2011;(175):22-3.
17. Lamy S, De Gaudemaris R, Lepage B, Sobaszek A, Caroly S, Kelly-Irving M, et al. Psychosocial and organizational work factors and incidence of arterial hypertension among female healthcare workers: results of the Organisation des Soins et Santé des Soignants cohort. *J Hypertens.* 2014;32(6):1229-36.

18. Lamy S, Descatha A, Sobaszek A, Caroly S, De Gaudemaris R, Lang T. Role of the work-unit environment in the development of new shoulder pain among hospital workers: a longitudinal analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(4):400-10.
19. Lamy S, De Gaudemaris R, Lepage B, Sobaszek A, Caroly S, Kelly-Irving M, et al. The organizational work factors' effect on mental health among hospital workers is mediated by perceived effort-reward imbalance: result of a longitudinal study. *J Occup Environ Med*. 2013;55(7):809-16.
20. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2000;49(3):146-53.
21. Centre hospitalier universitaire de Grenoble, Laboratoire TIMC, Techniques de l'ingénierie médicale et de la complexité, Université Joseph Fourier, Fond national de prévention de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales. Contraintes professionnelles en établissement de santé. ORSOSA [Internet]. [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.orsosa.fr/>
22. Pavillet J, Askri A, De Gaudemaris R, Lang T, Sobaszek A, Caroly S, et al. Méthodologie ORSOSA. De la recherche à la prévention des CPO et TMS en établissements de soins. [Internet]. Grenoble: Centre hospitalier universitaire; 2013 [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.orsosa.fr/public/docs/Methode-ORSOSA.pdf>
23. Centre hospitalier universitaire de Grenoble, Laboratoire TIMC, Techniques de l'ingénierie médicale et de la complexité, Université Joseph Fourier. Notice explicative ORSOSA. Questionnaire de diagnostic rapide des niveaux de CPO et TMS en établissement de soins [Internet]. Grenoble: Centre hospitalier universitaire; 2015 [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.orsosa.fr/public/docs/Questionnaires-et-annexes.pdf>

24. Haute Autorité de Santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. Paris : HAS; 2005.
25. Hart J, Lucas S, Goudeaux A. Management hospitalier. Stratégies nouvelles des cadres. Concepts. Méthodes. Etudes de cas. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2002.
26. Bourret P. Que font les cadres de santé ? Santé Ment. 2010;(153).
27. Barrand J, Deglaine J. Développer l'agilité dans l'entreprise de nouveaux leviers d'action et d'intelligence collective. 1ère édition. Issy-les-Moulineaux: ESF; 2013.
28. Agil'OA. Agil'OA. Grenoble: Agil'OA. [Internet]. 2015 [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.agiloa.com/>
29. Charbonnier-Voirin A. Développement et test partiel des propriétés psychométriques d'une échelle de mesure de l'agilité organisationnelle. M@n@gement. 2011;14(2):119-56.
30. Desanti R, Cardon P. L'enquête qualitative en sociologie. 2ème éd. Rueil-Malmaison: ASH; 2007.
31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
32. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009;20(87):74-9.

33. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009;20(88):106-12.

34. Askri A, Pavillet J, Josselin V, Sicard P, Caroly S, de Gaudemaris R. Retour d'expérience d'une approche diagnostic, puis de prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles et musculo-squelettiques en unité de soins (ORSOSA). Cah RPS. 2013;(22):11-5.