

L'organisation du travail en milieu hospitalier : Validation de l'échelle de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Médicosociaux sur l'organisation du travail auprès du personnel hospitalier des hôpitaux gabonais

[Work organization in the hospital : Validation of the scale of the National Support Agency in the performance of health and medical establishments on the organization of work among hospital staff of Gabonese hospitals]

Tessa MOUNDJIEGOUT¹, Samuel NYOCK ILOUGA², and Nathalie LEROY²

¹Departement de psychologie,
Université Omar Bongo, B.P 13131,
Libreville, Gabon

²Departement de psychologie,
Université de Yaoundé 1,
Yaoundé, Cameroon

³Docteur en Psychologie du travail,
Formasup, Villeneuve d'Ascq, France

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The purpose of this study was to validate the psychometric properties of the scale on the work organization in the hospital developed by the National Agency for Support to the performance of health and medical establishments (ANAP) through the implementation of exploratory and confirmatory analyzes. All these analyzes were performed using SPSS 17 software and Amos. The technique of weighted least squares estimation (Weighted Least Square) from the correlation matrix has been used to evaluate the model. The final results propose four factors (collective work, help at work, organizational and informational change, pace constraints and activity peaks). This provides a factorial appropriate structure and acceptable confirmatory evidence.

KEYWORDS: work organization in the hospital, collective work, help at work, constraints and activity peaks.

RÉSUMÉ: Le but de cette étude était de valider les qualités psychométriques de l'Echelle sur l'organisation du travail en milieu hospitalier mise au point par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Médicosociaux (ANAP) à l'aide des analyses exploratoire et confirmatoire. La technique par estimation des moindres carrés pondérés (Weighted Least Square), à partir de la matrice de corrélation, a été utilisée. Les résultats finaux, proposent quatre facteurs (collectif de travail, entraide au travail, changement organisationnel et informationnel, contraintes de rythme et pointes d'activités) donnant ainsi une structure factorielle adaptée et des indices confirmatoires acceptables.

MOTS-CLEFS: organisation du travail en milieu hospitalier, collectif de travail, entraide au travail, contrainte de rythme et pointes d'activités.

1 INTRODUCTION

La notion d'organisation du travail couvre plusieurs dimensions. Selon l'approche psychologique, cette notion renvoie à la définition et à la répartition des fonctions, des tâches voire des postes de travail nécessaires à l'obtention d'une production donnée. C'est aussi donner, choisir ou mettre en place les moyens matériels et humains pour assurer la mise en route et le suivi des activités [1]. Les pionniers tels que [2].ou [3] ont abordé le concept d'organisation du travail autour de la notion scientifique et administrative du travail, tandis que d'autre tel que [4] parle de nouvelles formes d'organisation. Selon ce dernier, ces nouvelles formes d'organisation se caractérisent par une forme qui s'adapte aux contraintes d'un nouvel environnement, à travers un changement stratégique, structurel et technologique, mais aussi par un changement profond du management et un renversement complet de l'organisation du travail. Ainsi, Les auteurs fondateurs des théories des organisations, évoquaient la notion du changement organisationnel pour justifier de la pertinence de leurs théories ([5];[6];[7],[8];[9];[10]).

Dans cette optique, [11] définit le changement organisationnel comme *un processus de transformation radicale ou marginale des structures et des compétences qui ponctue le processus d'évolution des organisations*. L'auteur souligne, au même titre que [12] qu'il n'existe pas d'approche ou de modèle consensuel sur le changement organisationnel mise à part la distinction entre changement volontariste et changement déterministe. Les principales théories de l'organisation à caractère déterministe ou volontariste, traitent du changement organisationnel selon trois critères : les acteurs du changement, la relation entre l'organisation et son environnement et enfin, les modèles spécifiques du changement.

1.1 L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Dans les travaux de [13], le changement est vu comme un processus stable représenté par la chaîne suivante : l'action détermine une réponse organisationnelle (en fonction des choix) soumise à évaluation et à interprétation guidant à son tour une nouvelle action. Les modèles de [14]. et de [12] sont probablement les plus complets pour expliquer le changement. Les travaux de [14] cherchent à analyser le processus de changement par l'acte de changement plutôt que par le moment de changement. L'acte de changement s'inscrit dans une séquence entre le contexte, le contenu et le processus. Cette analyse « contextualiste » permet d'expliquer que le changement radical ou par le contenu prend naissance dans un contexte (politique, culturel, entrepreneurial) et constitue un processus dans lequel les dirigeants cherchent à légitimer leur action.

Si l'on considère que le changement organisationnel est causé par la loi sur le temps de travail par exemple, on accorde un poids très fort à l'environnement externe, en particulier législatif, pour justifier les changements organisationnels au sein des entreprises et des organisations. On se situe alors dans une approche déterministe. Le changement ne se fait pas naturellement, mais sous la pression de l'environnement, c'est donc une contrainte. On peut se placer dans le cadre de la théorie de la contingence structurelle [15] dans ce cas de figure ; ici, la structure des organisations reflète l'interdépendance entre l'organisation et l'environnement externe. Si la théorie de la contingence est modérément déterministe et laisse une latitude réduite aux dirigeants (possibilité d'utiliser les heures supplémentaires), le changement organisationnel de structure est imposé par l'environnement lorsque la « congruence » n'est plus assurée entre des variables internes et les variables externes.

Ainsi, les différentes réformes du système hospitalier français et gabonais ont marqué les évolutions structurelles des Centres hospitaliers régionaux et Universitaires (CHRU). Ces évolutions ont permis le développement et la mise en exergue des résultats de l'engagement de toutes les composantes hospitalières autour des vastes projets d'établissements dédiés au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Ces projets d'investissement de grande importance ont été menés à bien et les équipes médicales, soignantes, techniques, logistiques et administratives se sont engagées collectivement pour mener à terme ces projets. Au niveau des conditions de travail et de sécurité par exemple, certains nouveaux bâtiments ont permis d'offrir aux patients un « confort hôtelier » (même si cette expression ne fait pas l'unanimité) à la hauteur des exigences d'un établissement public moderne.

La rénovation des blocs opératoires par exemple, a également permis d'offrir un plateau technique d'excellence, elle s'est assortie d'une réflexion sur les organisations de travail, les mutualisations de moyens et la gouvernance. Le développement d'une médecine de pointe accessible à tous s'est traduit par la mise en place de nouvelles prises en charge. La chirurgie ambulatoire, la structuration des consultations d'annonce en cancérologie ou encore la création de structures d'accueil adaptées, permettent de limiter les séparations mères-enfants et nourrissons, sont autant d'exemples qui donnent une nouvelle configuration des structures hospitalières actuelles. Dans certains établissements, d'autres programmes d'actions ont été développés, on peut citer entre autre la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences avec pour but de repenser l'ensemble des organisations avec l'encadrement et l'aide d'une cellule d'accompagnement social. Le plan

d'actions pour prévenir les risques psychosociaux a été également élaboré, l'institut de formation des personnels de santé a été créé (actuellement Ecole Nationale Supérieure de Santé et d'Actions Sociales) dans le double objectif de mutualiser les formations tout en conservant les spécificités de chaque filière.

Une autre série de transformations majeures concerne directement la professionnalisation des actes des soins dans tous ses états : d'une part au niveau de la reconnaissance acquise par les professions de soins, le détachement sur le plan administratif des professions médicales, le changement de statut ayant des incidences sur les rapports entre les différents corps professionnels et, d'autre part, sur les stratégies de carrière des membres des professions concernées et implicitement sur leurs relations de coopération. Notons que certaines spécialisations médicales sont nouvelles (par exemple la création d'un service d'urgentistes avec l'arrivée du SAMU), et la transformation des hiérarchies médicales se répercute dans les rapports à l'intérieur du corps paramédical, dans le fonctionnement de l'équipe du bloc opératoire, par exemple. Si la tendance actuelle au niveau de l'organisation du travail est vers plus d'autonomie et de spécialisation, celle-ci n'est pas en contradiction avec l'augmentation de l'interdépendance observée au niveau de l'exécution des tâches.

La professionnalisation des actes de soins est considérée comme une des formes d'amélioration générale des conditions de travail : la formation initiale et continue (les stages, départ en stage de perfectionnement ou de spécialisation) des professionnels, la présence de psychologues dans certaines équipes (bien que cela reste plutôt rare dans certains centres hospitaliers gabonais) sont citées dans ce sens. Les infirmiers et infirmières prêtent une attention à la dimension intellectuelle de leur activité (être dans la réflexion, pas seulement dans l'exécution). Ils accordent généralement à l'expérience, acquise par l'ancienneté, le rôle prééminent dans la création d'une zone propre d'expertise et l'éventualité de pousser encore plus loin la professionnalisation, par exemple en situant la formation des infirmières à un niveau universitaire, est dans ce sens vu avec réserve.

La traçabilité hospitalière confirme une fois de plus la professionnalisation à travers la multiplication des procédures et des formulaires d'enregistrement des traitements et des interventions d'une part, et d'autre part, elle témoigne de la remise en cause du pouvoir médical par les usagers. Autour de la question des communications plus générales (informatisation, accès à l'information par les professionnels et les patients, constitution du dossier infirmier en parallèle au dossier médical, etc.), il y a polarisation des opinions entre ceux qui relèvent l'amélioration nécessaire du circuit de l'information et ceux qui soulignent surtout la surcharge de travail que les opérations d'enregistrement peuvent représenter. Les derniers considèrent ce système comme responsable de la réduction du temps des soins et de présence auprès du patient. Il est certain que cette bureaucratisation constitue en même temps un instrument de contrôle administratif et un de ses effets est le renforcement de la coopération hiérarchique.

C'est en 1991 qu'[16] théorisa le modèle coopératif. Ce modèle tiré de l'économie, s'est révélé plus souple pour s'adapter aux fluctuations de marchés portant sur des produits différenciés. Dès les années 1970, les travaux de la sociologie de la contingence structurelle avaient mis en évidence que le modèle traditionnel de la coordination hiérarchique était surtout adapté à un environnement stable et prévisible, tandis que le modèle de la coordination horizontale, basé sur la coopération, se révélait plus organique et plus adapté à des changements continus dans la mesure où il concilie les impératifs de flexibilité et d'intégration [17]. Ainsi, le travail collectif a subi des analyses multiples dans le cas de la production dans l'industrie automobile en particulier à travers la coopération au sein de collectifs de travail, tels qu'une équipe, une équipe autonome ou semi-autonome, etc. Les formes du travail collectif ont aujourd'hui une portée beaucoup plus large que le cadre de l'atelier de production avec des formes d'organisation par projet et concernent désormais l'ensemble du réseau interne et externe de l'entreprise.

Les évolutions récentes du travail se sont déroulées dans un contexte de diffusion rapide des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui, en modifiant le cadre temporel et spatial des interactions dans les groupes, rendent possible des articulations inédites entre des formes de coordination « en présence » et « à distance » [18]. La question de la transformation des collectifs de travail et des formes de coopération rencontre ainsi celle du progrès technique comme le soulignait [19] à propos du passage du travail parcellisé à l'automatisation. L'usage d'une technique comme l'informatique par exemple, nécessite ainsi la mise en œuvre de formes de coopération et d'entraide entre les utilisateurs [20]. La *solidarité technique* s'ajoute ainsi aux solidarités mécanique et organique et constitue « une forme de conscience collective qui soude durablement » salariés et dirigeants [21] d'une part et salariés entre eux, d'autre part.

1.1.1 LE COLLECTIF DU TRAVAIL

Ce collectif implique une division du travail entre les participants. Chaque participant étant responsable d'une partie du problème à résoudre. Dans la collaboration, les participants s'engagent tous dans la même brèche en se coordonnant afin de résoudre le problème ensemble. Ils échangent leur point de vue sur les informations existantes, planifient et gèrent leur temps, organisent leur travail, partagent les expériences, définissent les objectifs communs et construisent ensemble les informations.

Les relations entre les participants doivent être de mise surtout dans le cadre de travail en binômes ou en équipe. Notons que le travail collectif nécessite une organisation particulière et la présence d'un coordinateur qui favorise l'organisation du travail au sein du groupe semble importante. Ce type de travail permet une émulation, il favorise aussi des conflits qui permettent de confronter ses propres points de vue avec ceux des collègues et pourquoi ne pas enrichir son propre point de vue.

Le travail en équipe ou travail collectif renvoie tant à l'organisation en équipe des professionnels, qu'à des échanges spontanés entre des partenaires engagés dans des activités liées aux soins médicaux. Les frontières qui séparent l'organisationnel « formalisé » de l'entraide « informelle » ne sont ni fixes, ni établies selon les mêmes critères dans les différents collectifs de travail. Par ailleurs, Travailler en équipe ne suppose pas forcément coopérer lorsque les relations sont conflictuelles ou limitées à des aspects purement fonctionnels. Il est à noter, que le fonctionnement des équipes de travail dépend en grande partie des négociations sur les horaires de travail, cette variable occupe une place importante et les remplacements sont considérés comme des formes de coopérations plutôt vécues comme des frustrations par les autres membres de l'équipe ou par les patients. Autrement dit, l'arrivée massive des nouveaux membres dans les équipes ou encore certains remplacements afin de faire face aux multiples absences du personnel, sont autant des facteurs qui donnent aux anciens un sentiment d'obligation de former les nouveaux afin d'assurer leurs obligations de garde, d'astreintes ou encore des remplacements. Le partage des tâches entre les membres d'une équipe travaillant à effectifs réduits, sont souvent évoqués comme étant à l'origine de situations conflictuelles ou de tensions à l'intérieur des équipes ou entre les équipes. Le système hospitalier actuel est structuré, la position qui revient ici aux aides-soignantes est exemplaire, c'est-à-dire que cette catégorie est constituée pour décharger les infirmières des tâches les moins qualifiées, elles ne peuvent valoriser leur travail qu'en assumant des tâches d'exécution déléguées par les infirmières ou en surinvestissant les contacts privilégiés avec les patients. La pénurie de personnel les menace doublement ; à la fois à cause des surcharges de travail (être en bout de chaîne exclut toute possibilité de déléguer le travail propre) et des situations de risque de violence dans les rapports avec les patients et leurs familles. Malgré les améliorations ponctuelles des conditions matérielles de travail, les situations d'isolement ou d'exclusion dans cette catégorie semblent relativement nombreuses.

Par conséquent, coopérer suppose une forme de croyance dans le collectif ou encore l'équipe, le groupe ou le corps professionnel, l'institution (l'hôpital), dans ses qualités professionnelles et éthiques, de même que dans sa mission de salut (humaniste, humanitaire). Les discours sur la coopération dévoilent les rapports au groupe de référence, une vision pragmatique ou « professionnelle », la nécessité de formaliser ou de rationaliser la coopération, etc. La coopération est ainsi traitée comme une « ressource », substantialisée, disponible ou manquante, et des experts peuvent être convoqués pour stimuler sa production. Dans cette optique, nous pouvons retrouver plus de discours sur la coopération aux deux extrêmes de la hiérarchie professionnelle, chez ceux qui ne se justifient professionnellement que par leur capacité de mobilisation du travail des autres, et chez ceux dont la précarité de statut rend la dimension symbolique de la profession encore plus précieuse ; c'est-à-dire qu'en milieu hospitalier, c'est l'esprit de corps qui est souvent évoqué comme constituant un principe d'union et d'alliance supérieur à l'esprit d'équipe. Notons, que la principale caractéristique de l'esprit d'équipe est la résolution des problèmes en interne, et les défaillances de l'encadrement, l'incapacité des cadres infirmiers par exemple à régler ces conflits « en interne », peuvent le mettre à mal. Ainsi, l'intérêt suprême du patient peut être invoqué en toute circonstance et opposé à l'intérêt individuel ou de groupe, pour mobiliser une équipe et ses membres, alors dans ce cas de figure refuser de remplacer un collègue ou de coopérer peut porter tort au malade avant tout, et cela signifie aussi manquer à la mission propre à la profession. La force de l'identification à cette mission et de la revendication d'une telle vocation peut l'emporter sur celle de la hiérarchie sociale et professionnelle, et une aide-soignante peut revendiquer en toute légitimité sa présence dans la proximité du malade et l'opposer comme fondement de sa vocation à la mission essentiellement technique de l'infirmière.

En définitive, le travail en équipe dans le milieu hospitalier devient une nécessité moderne, cette répartition du travail est devenue nécessaire en complexité des protocoles et techniques et de celle de l'organisation du travail infirmier. Afin d'assurer la qualité de soins complexes par des soignants qui n'ont pas tous la même expérience, afin d'offrir aux malades une stabilité d'interventions dans un système où la mouvance du personnel est courante, que ce soit par maladie, pour les congés, pour les pauses ou les heures de repas ou toute autre forme d'absentéisme, une équipe peut amortir l'impact de la difficulté. Elle permet malgré tout un équilibre et une certaine constance dans les soins [22]. En raison de la présence de plusieurs personnes, il y a potentiellement toujours quelqu'un qui est présent, qui connaît le malade et qui a l'expérience pour faire face aux divers

problèmes que risque de présenter son état. Dans cette optique, lorsque l'une s'absente, quelqu'un d'autre peut prendre la relève. L'équipe permet donc de mieux assumer le travail qu'une répartition individuelle parce qu'on peut faire plus facilement à plusieurs ce que l'on aurait de la difficulté à effectuer seule. Sans compter que les forces et les faiblesses des uns sur le plan des connaissances et de l'expérience, viennent compenser celles des autres.

1.1.2 CONTRAINTES DE RYTHMES ET POINTES D'ACTIVITÉS

S'agissant des contraintes de rythmes et pointes d'activité, l'analyse de l'activité indique une plus forte évolution depuis les vingt dernières années. En matière de type de prise en charge, l'analyse révèle que l'ambulatoire connaît une «évolution dynamique, ce qui réduit le nombre de séjours en hospitalisation complète. Au niveau des soins, le constat montre que pour les parts de séjours en obstétrique par exemple la situation semble stable, tandis que les séjours en chirurgie non ambulatoire, celles des actes médicaux ont diminué au profit des séjours de chirurgie ambulatoire. L'évolution de l'activité hospitalière, peut se mesurer par le nombre de séjours par exemple, mais ne se traduit pas par le volume au sens où il ne tient pas compte de la lourdeur du tarif de chaque séjour. Notons également que le second indicateur à prendre en compte est le nombre de cas de tout genre traité par jour, cette évolution d'activités, se subdivise en deux approches que sont le nombre de séjours d'une part et d'autre part, par l'effet structure qui se traduit par l'activité induite, soit par une augmentation de la lourdeur des séjours, soit par une amélioration du codage des informations médicales.

L'analyse de l'activité en milieu hospitalier repose principalement sur le type d'hospitalisation ; celui-ci permet de distinguer les séjours en ambulatoire, les séjours en hospitalisation complète et les séances. En matière de catégories d'activités de soins, il s'agit là d'une nouvelle proposition de classification dont la particularité est l'affranchissement des regroupements des séjours selon les différentes versions de classification. Pour une activité considérée déjà très chronophage par le personnel hospitalier, cet investissement est lourd en temps, c'est la raison pour laquelle ces derniers doivent être accompagnés non seulement par les services administratifs mais également par les responsables médicaux dont l'engagement est fondamental si le changement dans l'organisation hospitalière et les processus de prise en charge doivent être effectifs. Ils doivent aussi s'appuyer sur un dialogue social de qualité qui aura permis de clarifier le cadre dans lequel s'exerce cette gestion quotidienne au sein de leur établissement. Par ailleurs, le personnel hospitalier est confronté à une difficulté majeure ; celle d'adopter non seulement une organisation, mais également un mode de fonctionnement qui leur donne la capacité d'absorber l'incertitude quasi permanente liée à l'activité non programmée, aux absences inopinées ou à tout événement découlant des structures complexes dans lesquelles ils évoluent.

La gestion du temps de travail par exemple, est rendue complexe par plusieurs types de contraintes, selon une temporalité à différents niveaux, à savoir ; quotidienne (la journée de 8 heures), hebdomadaire (la semaine de 40h), mensuelle (nombre d'heures travaillées par mois qui figure sur la fiche de paie), ou annuelle (quantité de congés payés, nombre de jours fériés). La semaine est restée pendant plus d'un siècle la référence couramment utilisée en matière de temps de travail, avec la semaine de 48 puis de 40h, correspondant à un nombre fixe de journées de 8h. La journée de travail est souvent, en milieu hospitalier, un poste de travail et, précisément pour les soignants, un poste dont la durée n'est pas forcément égale à 8h. Il faut également édicter des règles qui permettent de valoriser les absences : quand un soignant qui travaille en postes de 10 heures est absent, comment lui décompter cette absence ? Enfin, le législateur a introduit la notion de temps de travail effectif, qu'il a distingué du temps rémunéré. Décompter le temps de travail effectif nécessite de savoir si les pauses, les repas ou les temps d'habillement comptent ou non. Les établissements publics et privés n'ont pas les mêmes conceptions sur ces points. La continuité nécessaire à l'activité de soins en constitue la caractéristique essentielle et amène à devoir faire se succéder dans la même fonction plusieurs personnes physiques, et donc à prévoir des roulements qui planifient cette succession. Dans l'élaboration des plannings, la recherche de l'équité entre les personnels concernés est évidemment un critère très important, d'autant plus que les personnels eux-mêmes, y veillent tout particulièrement. Chaque personnel ayant le même cycle, légèrement décalé par rapport à celui de l'agent précédent de façon à assurer une permanence des effectifs présents chaque jour et dans chaque tranche horaire. Compte tenu de cette complexité, la construction des plannings est très délicate, d'autant que chacun veille, d'une part, à ce que le total de la ligne corresponde exactement à 40h en moyenne sur la semaine, le cycle ou l'année et, d'autre part, à ce que toutes les lignes soient équivalentes en contraintes (nombre de week-ends travaillés, emplacement des jours des congés, etc.).

La technicité n'est pas la seule difficulté à surmonter pour opérer des changements dans la gestion du temps de travail. La prise en compte de la variable temps interfère en effet avec deux autres facteurs : l'activité de soins et le consensus social en place. Au niveau de l'activité de soin, la tâche est rendue difficile par le fait que, si une part importante de l'activité peut en effet être prévue (activité programmée), les établissements de soins accueillent de surcroît une activité non programmée

(notamment les urgences), et qu'il est donc difficile de pouvoir prédire exactement le volume de l'activité à traiter un jour donné et le besoin en effectifs qui en découle. Or, les plannings et roulements doivent être affichés à l'avance, pour que les personnels sachent comment s'organiser leur emploi du temps et puissent prendre leurs dispositions en conséquence. La nécessité de pouvoir être réactif face aux variations d'activité, et celle d'assurer une certaine permanence dans les roulements et l'organisation des personnels, fait appel à la qualité de management du responsable hiérarchique direct (chef de service, cadre, major, etc.) qui, en se montrant suffisamment souple pour accepter (dans certaines limites) les arrangements de plannings demandés par les personnels, pourra, à l'occasion, leur demander d'accepter en retour des modifications à son initiative.

Mais ces ajustements restent le plus souvent au niveau du service, or la réalité des plannings effectués doit servir de base à l'établissement des fiches de paie mensuelles : décompte des heures, prise en compte des éventuelles heures supplémentaires, travail de jour ou de nuit, travail le dimanche, etc. Et il faut encore veiller à ce que ces ajustements ne dérogent pas à la réglementation en vigueur, qu'elle provienne des règles nationales (convention collective ou Fonction publique hospitalière selon les cas) ou locales (accord d'entreprise ou d'établissement). Il faut aussi veiller à une bonne affectation des effectifs dans les différents services pour ne pas gaspiller des ressources précieuses, notamment au moment des congés annuels.

S'agissant du consensus social, face à ces contraintes citées précédemment, les personnels vont faire valoir non seulement leurs droits, mais aussi leurs souhaits quant à l'aménagement du temps, dans la mesure où les frontières du temps de travail définissent aussi de façon complémentaire celles de leur temps libre, et où la charge de travail vécue influe sur leurs conditions de travail mais aussi sur leur qualité de vie. Et les organisations syndicales veillent au respect des textes et accords signés et font preuve d'une grande vigilance sur les éventuels changements qui seraient proposés par la hiérarchie hospitalière ou ministérielle.

1.1.3 LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL ET INFORMATIONNEL

C'est le passage d'un état actuel à un état désiré d'une situation originale actuelle jugée inadaptée, à une autre considérée comme étant plus adaptée, qui répond mieux aux exigences du milieu ou aux nouvelles aspirations des personnes concernées [23]. Selon les déterministes, les causes d'un tel projet sont externes à l'organisation, pour [10], l'environnement reste la première cause du changement organisationnel contrairement aux volontaristes qui estiment que des causes sont plus internes ; c'est-à-dire aux actions et choix stratégiques des managers et aux processus de décisions associés à ces actions et à ces choix [24]. Pour [25], la remise en question de cette distinction est nécessaire d'autant plus que les causes d'un tel projet ne sont ni interne et externe mais dépendent plutôt de l'interaction entre les deux.

D'après l'approche socio-dynamique, le changement organisationnel est fonction d'un équilibre intentionnel entre les différentes forces motrices appelant le changement et les forces qui freinent toute évolution de la situation [26], ceci suppose le passage d'une situation actuelle de déséquilibre à une situation destinée ou acceptée d'équilibre.

1.1.4 L'ENTRAIDE AU TRAVAIL

Les relations d'entraide sont des manifestations de solidarité à l'intérieur de l'équipe qui contribuent à l'affirmation de l'identité professionnelle d'un groupe déterminé par rapport à d'autres. Elles peuvent constituer des formes de résistance à la coopération contrainte ou imposée par la hiérarchie. L'entraide permet une distribution équitable des tâches à l'intérieur d'une équipe, en tenant compte des différences objectives entre leurs membres, de leurs ressources physiques ou de leurs compétences : une des définitions données de la coopération est de « *savoir passer la main* ». Les conflits autour d'opérations supposant habituellement l'entraide des membres d'une équipe interviennent dans des situations de dysfonctionnement institutionnel malgré les manifestations de bonne volonté de la part de ceux qui sont disposés à coopérer. L'entraide a lieu habituellement au même niveau hiérarchique, bien que cela puisse se passer aussi entre aides-soignantes et infirmières ou autres corps médical. Plusieurs témoignages concourent à indiquer que les opérations communes aux deux groupes professionnels (faire les lits) sont des sources potentielles de conflits, et que le partage équitable des tâches dans les situations de travail « en binôme » (par exemple l'usage du « beep » la nuit) suppose le rappel de la règle par celui qui est en position subordonnée (l'aide-soignante), qui « ne doit pas se laisser faire ».

Les surveillants tiennent souvent compte dans l'organisation des équipes, des chances de coopération et d'entraide entre leurs membres, regroupés « par caractères », afin d'éviter ou limiter les conflits. Cependant, plusieurs facteurs objectifs peuvent faire obstacle à l'entraide des collègues : les surcharges de travail en cas de personnel insuffisant (vacances, absences, etc.) ; les inégalités de compétences ou les incompatibilités de statut entre les membres de la même équipe, qui obligent une minorité à aider les autres ; les désajustements entre des « générations » formées à des périodes différentes et habituées à

des techniques de travail différentes, sont autant de facteurs qui peuvent avoir comme conséquence le refus d'entraide comme indiqué plus haut.

A l'inverse des surveillants, les infirmières, parce qu'elles valorisent dans leur travail la dimension psychique de la prise en charge des patients, notamment pour se distinguer des médecins, plus centrés sur la prise en charge des troubles somatiques, ont un *a priori* plus favorable à l'égard de la prise en charge psychologique. Or les catégories professionnelles réticentes vis-à-vis du savoir psychologique et des méthodes d'accompagnement sont moins réceptives et tirent moins profit du soutien. Les demandes d'aide, exprimées à l'oral, sont ponctuelles et toujours à l'initiative de l'infirmière, l'aide n'est pas proposée spontanément par les collègues, pour des infirmières, qui travaillent simultanément dans un service, elles sont seules pour prendre en charge les patients de leur secteur. C'est pourquoi, elles sollicitent l'aide des aides-soignantes ou des agents des services hospitaliers, par exemple, pour manipuler certains malades. De même, la durée des aides effectives est plus importante pour les scores de stress minimums que pour les scores de stress élevés. Les scores de stress de 20 et 31 points sont associés à des durées d'aide respectivement égales à 3 min 51 s et 5 min 34 s alors que les scores de stress les plus hauts, équivalents à 44 et 62 points, totalisent respectivement 2 min 46 s et 2 min 20 s d'aide effective, par exemple d'après le rapport de la [27].

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 PARTICIPANTS

Un total de 600 personnels de santé appartenant à sept structures hospitalières et de tout sexe confondu ont participé à cette étude. Les participants ont un âge moyen de 36,6 ans (E.T=3,6), sept établissements hospitaliers de Libreville (Gabon) ; Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL), l'Hôpital Egypto-gabonais (EGYPTO), l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Centre Hospitalier de Nzeng-Ayong (CHNA), Centre Hospitalier Régional de Melen (CHRM), Centre de Cancérologie d'AGONDJE ont répondu favorablement à notre demande d'étude. L'échantillonnage accidentel a été favorisé, nous pouvons enregistrer 214 (35.66%) hommes et 386 (64.34%). S'agissant des catégories professionnelles, nous pouvons noter 56 (9.33%) médecins généralistes, 126 (21%) infirmiers d'état, 132 (22%) infirmières assistantes, 241 (40.16%) spécialistes (psychologue, dentiste, gynécologue, stomatologue, etc.), 39 (6.5%) sages-femmes et 6 (1%) cadres administratifs. Plus d'une dizaine des services (administration hospitalière, service des entrées, de consultations, de maternité, de réanimation, de cardiologie, des blocs, de traumatologie, de stomatologie, de neurologie, de gynécologie, de pédiatrie, des urgences, de radiologie, de chirurgie et d'O.R.L) dans chaque centre hospitalier a été mobilisée, à ces services nous avons ajouté le service de cancérologie du centre de cancérologie d'Agondjé. Sur un total de 1500 questionnaires distribués, seuls 700 ont été récupérés, dont 600 questionnaires exploitables.

2.2 PROCÉDURE

La majorité des variables de la recherche proviennent d'un questionnaire qui a été rempli par le personnel hospitalier entre décembre 2013 et février 2014, près de trois mois durant. Les questionnaires et les formulaires de consentement ont été distribués par nos soins dans chaque établissement hospitalier et services appartenant à ces établissements. Ledit personnel a été informé par leur hiérarchie que leur participation était volontaire, l'anonymat assuré et que les données collectées seraient strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. Une deuxième collecte de données s'est déroulée entre juin et mi-août 2014. Cette fois-ci il avait été proposé à un sous-échantillon de 200 personnels hospitaliers travaillant dans les mêmes structures précitées. Nous leur avons demandé de remplir une deuxième fois le questionnaire dans l'optique d'évaluer la fiabilité test-retest.

2.3 ECHELLE

Le questionnaire de l'ANAP sur l'organisation du travail en milieu hospitalier est un auto-questionnaire de 52 items, subdivisé en quatre sous-dimensions ; «collectif de travail : (C.T), l'entraide au travail : (E.T), le changement organisationnel ou informationnel : (COI) et les contraintes de rythmes et pointes d'activités : (CRPT) ». Chaque personnel hospitalier était invité à indiquer sur une échelle de type Likert à cinq pas de réponses (1 : pas du tout d'accord ; 2 : pas d'accord ; 3 : d'accord ; 4 : tout à fait d'accord ; 5 : plus que d'accord) son degré d'acceptation ou non parmi les affirmations proposées. Dans ce questionnaire, chaque dimension renvoie à une ou plusieurs sous-échelle, le collectif de travail enregistre trois sous-échelles: 1) le travail avec les collègues (Q5 ; Q9 ; Q17 ; Q27 ; Q33), exemple : vous travaillez régulièrement avec des collègues, vous travaillez

régulièrement avec des collègues tout le temps, vous travaillez avec des collègues moins d'un quart du temps, etc. 2) le travail avec les responsables hiérarchiques (Q1 ; Q37 ; Q41 ; Q47), exemple : vous travaillez avec des supérieurs hiérarchiques au moins un quart du temps, vous travaillez avec des supérieurs hiérarchiques tout le temps, vous travaillez régulièrement avec votre supérieur hiérarchique, etc. 3) le travail avec des personnes extérieures à l'institution (Q13), exemple : vous travaillez régulièrement avec des personnes extérieures à l'établissement.

S'agissant de l'entraide au travail, divisée en dix items et quatre sous-échelles caractérisent cette dimension: 1) l'aide par les collègues (Q6 ; Q10 ; Q14 ; Q42), exemple : dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par vos collègues, dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par d'autres personnes du service, dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par d'autres personnes extérieures, lorsque vous rencontrez des difficultés avec le public, vous vous débrouillez avec les collègues. 2) l'Aide par les supérieurs hiérarchiques (Q2 ; Q48), exemple : dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par vos supérieurs hiérarchiques, lorsque vous rencontrez des difficultés avec le public, vous faites appel à un supérieur hiérarchique. 3) Contact avec le public (Q18 ; Q28 ; Q34), exemple : dans le cadre de mon travail, je suis en contact permanent et direct avec le public, dans le cadre de mon travail, je suis parfois en contact direct avec le public, dans le cadre de mon travail, je ne suis jamais ou presque en contact direct avec le public. 4) Absence d'aide (Q38) exemple : lorsque vous rencontrez des difficultés avec le public, vous vous débrouillez seul.

L'avant dernière dimension est centrée sur le changement organisationnel et informatisation, cinq sous-échelles la composent ; 1) le temps d'activité (Q3 ; Q7 ; Q11), exemple : il vous arrive de travailler fréquemment au-delà de la durée habituelle, il vous arrive de travailler occasionnellement au-delà de la durée habituelle, il vous arrive de travailler jamais ou presque au-delà de la durée habituelle. 2) gratification (Q15) exemple : lorsque vous travaillez occasionnellement ou fréquemment au-delà, vous disposez d'une compensation en salaire ou en repos? 3) informatisation des horaires (Q19 ; Q21 ; Q22), exemple : vos horaires de travail sont établis par l'établissement sans possibilité de modification, lorsque vos horaires de travail sont établis, vous pouvez les choisir parmi plusieurs, vos horaires de travail, vous pouvez les faire établir par vous-même, 4) intervention hors du temps de travail, (Q26 ; Q30 ; Q31), exemple : vos astreintes, vous les effectuez fréquemment, vos astreintes, vous les effectuez occasionnellement, vos astreintes, vous ne les effectuez jamais ou presque. 5) la variabilité de planning (Q32 ; Q35 ; Q39 ; Q43 ; Q44 ; Q45 ; Q49 ; Q51 ; Q52), exemple : dans votre service, vous devez travailler le dimanche, dans votre service, vous devez travailler la nuit, dans votre service, vous devez fréquemment travailler le dimanche, dans votre service, vous devez occasionnellement travailler le dimanche, etc.

La dernière dimension est liée aux contraintes de rythme et pointes d'activités, deux sous-échelles la composent, divisée en treize items. 1) contraintes de rythme (Q4 ; Q8 ; Q12 ; Q16 ; Q20 ; Q23 ; Q24 ; Q25), exemple : le rythme de travail est imposé par des demandes internes exigeant une réponse immédiate, le rythme de travail est imposé par des demandes externes exigeant une réponse immédiate, le rythme de travail est imposé par des délais de productions de maximum une journée, le rythme de travail est imposé par des collègues, depuis 6 ans les contraintes de rythme de travail se sont allégées, depuis 6 ans les contraintes de rythme de travail se sont accentuées, depuis 6 ans les contraintes de rythme de travail sont restées stables, depuis 6 ans pas de contraintes de rythme de travail décalées. 2) pointes d'activités (Q29 ; Q36 ; Q40 ; Q46 ; Q50), exemple : vous faites face à des pointes d'activités tous les jours, vous faites face à des pointes d'activités au moins une fois par semaine, vous faites face à des pointes d'activités au moins une fois par mois, vous ne faites jamais ou presque face à des pointes d'activités, vous ne pouvez pas interrompre momentanément le travail.

2.4 ANALYSE DES DONNÉES

La structure du questionnaire en sous-échelle a été évaluée par une analyse en composante principale de type analyse factorielle. Il a été question dans un premier temps de vérifier empiriquement la structure en 4 dimensions (collectif de travail, l'entraide au travail, le changement organisationnel et informationnel et contraintes de rythme et pointes d'activités) au lieu de 5 comme cela est stipulé dans le questionnaire initial élaboré par l'ANAP. Cette première analyse a pour objectif de dégager éventuellement les items qui se regrouperaient sous l'échelle attendue. Dans un second temps, nous avons analysé chaque dimension de façon indépendante afin de voir si nous obtenons également les sous dimensions présentées plus haut. Après avoir vérifié la cohérence interne de chaque sous-échelle, nous avons évalué leurs inter-corrélations. Ensuite, les statistiques descriptives des scores obtenus à chaque échelle et sous-échelle sur l'échantillon total ont été réalisées en montrant les différences selon les classes d'âge et le sexe. La fiabilité test-retest a été évaluée en tenant compte des corrélations entre les scores obtenus par le même personnel hospitalier après une période de 2 mois et demi (juin à mi-août 2014).

3 RESULTATS

3.1 STRUCTURE FACTORIELLE

Le tableau 1 présente les résultats des analyses factorielles en composante principale réalisées à partir de 52 items de l'échelle. Ces résultats de saturation ont été obtenus à l'aide d'une rotation varimax, la totalité des items se regroupe sous les 4 facteurs attendus et les saturations des items varient entre $r=.30$ à $r=.89$. Les coefficients alpha de Cronbach de chaque dimension ($\alpha=.84$, moy=25, 59 ; E.T=5,49 ; pourcentage de validation=99,5% pour le collectif de travail, $\alpha=.92$; moy=29,57 ; E.T=5, 27 ; pourcentage de validation 99,8% pour l'entraide au travail, $\alpha=.73$; moy=45,18 ; E.T=10,34 ; pourcentage de validation= 99,5% pour le changement organisationnel et informationnel, $\alpha=.79$; moy=29,16 ; E.T=6,19 ; pourcentage de validation 100% pour les contraintes de rythme et pointes d'activités) sont très satisfaisants et démontrent d'une très grande cohérence interne de chaque dimension. Les corrélations entre les dimensions du questionnaire sont pratiquement significatives (cf tableau 3), ce qui montre une certaine dépendance entre ces dimensions constitutives du questionnaire. Avec un $KMO=.73$, $p<.005$, le test de sphéricité $\chi^2=7607.883$; $df=1378$, $p<.000$, ce qui indique l'existence d'une solution factorielle statistiquement acceptable qui représente les relations entre les variables. Parallèlement, nous avons effectué des analyses factorielles sur les sous-échelles de chaque dimension de façon indépendante, afin de mettre en exergue la prégnance décrite plus haut lors de la présentation de chaque dimension du questionnaire ainsi que ces sous-échelles. Les tableaux 2 et 3 montrent la répartition des items en 3 ou 4 sous-échelles pour chacune des dimensions du questionnaire sur l'organisation du travail en milieu hospitalier. Au final, pour le collectif de travail, l'entraide au travail, le changement organisationnel et informationnel, les contraintes de rythme et pointes d'activités nous retrouvons pratiquement la même configuration dégagée par les auteurs de cet outil. Compte tenu de la répartition des items, la dénomination des facteurs s'est faite en tenant compte de l'idée dégagée par chaque item, dans cette optique 3 à 4 sous-échelles ont été retenues dans chaque dimension, et la cohérence conceptuelle de chaque sous-échelle est satisfaisante.

Tableau 1. Analyse factorielle du Questionnaire d'Organisation du Travail en Milieu Hospitalier

Items en fonction des dimensions du questionnaire	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
Q1 Vous travaillez régulièrement avec votre supérieur hiérarchique	.51*	-0.06		
Q5 Vous travaillez régulièrement avec des collègues du même sexe	.34*	0.03		
Q9 Vous travaillez régulièrement avec des collègues extérieurs au service	.46*	-0.11		
Q13 Vous travaillez régulièrement avec des personnes extérieures à l'établissement	.30*			
Q17 Vous travaillez avec des collègues tout le temps	.45*		-0.09	
Q27 Vous travaillez avec des collègues au moins un quart du temps	.30*		0.13	
Q33 Vous travaillez avec des collègues moins d'un quart du temps	.30*		0.12	
Q37 Vous travaillez avec des supérieurs hiérarchiques tout le temps	.38*		-0.01	
Q41 Vous travaillez avec des supérieurs hiérarchiques au moins un quart du temps	.32*			
Q47 Vous travaillez avec des supérieurs hiérarchiques moins d'un quart du temps	.33*			
Q2 Dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par vos supérieurs hiérarchiques		.30*		
Q6 Dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par vos collègues		.30*		
Q10 Dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par d'autres personnes du service		.38*	-0.01	
Q14 Dans le cadre d'une surcharge de travail, vous êtes aidés par d'autres personnes extérieures		.42*	0.03	
Q18 Dans le cadre de mon travail je suis en contact permanent et direct avec le public		.51*	0.07	
Q28 Dans le cadre de mon travail je suis parfois en contact direct avec le public		.38*	0.13	

Q34 Dans le cadre de mon travail je ne suis jamais ou presque en contact direct avec le public			.40*	-0.02
Q38 Lorsque vous rencontrez des difficultés avec le public vous vous débrouillez seul			.41*	0.08
Q42 Lorsque vous rencontrez des difficultés avec le public vous vous débrouillez avec les collègues			.38*	0.18
Q48 Lorsque vous rencontrez des difficultés avec le public vous faites appel à un supérieur hiérarchique			.41*	0.06
Q3 Il vous arrive de travailler fréquemment au-delà de la durée habituelle			.60*	0.02
Q7 Il vous arrive de travailler occasionnellement au-delà de la durée habituelle			.67*	0.21
Q11 Il vous arrive de travailler jamais ou presque au-delà de la durée habituelle			.75*	0.02
Q15 Lorsque vous travaillez occasionnellement ou fréquemment au-delà, vous disposez d'une compensation en salaire ou en repos			.89*	0.21
Q19 Vos horaires de travail sont établis par l'établissement sans possibilité de modification			.69*	-0.27
Q21 Lorsque vos horaires de travail sont établis, vous pouvez les choisir parmi plusieurs	-0.06		.71*	0.02
Q22 vos horaires de travail, vous pouvez les faire établir par vous même	0.03		.44*	-0.25
Q26 Vos astreintes, vous les effectuez fréquemment	-0.11		.40*	-0.00
Q30 Vos astreintes, vous les effectuez occasionnellement	-0.09		.39*	
Q31 Vos astreintes, vous ne les effectuez jamais ou presque	0.13		.48*	
Q32 Dans votre service, vous devez travailler le dimanche	0.12		.47*	
Q33 Dans votre service, vous devez travailler le samedi			.40*	
Q39 Dans votre service, vous devez travailler la nuit			.40*	
Q43 Dans votre service, vous devez fréquemment travailler le dimanche			.41*	
Q44 Dans votre service, vous devez fréquemment travailler le samedi	0.21		.46*	
Q45 Dans votre service, vous devez fréquemment travailler la nuit	-0.27		.30*	
Q49 Dans votre service, vous devez occasionnellement travailler le dimanche	0.03		.38*	
Q51 Dans votre service, vous devez occasionnellement travailler le samedi			.51*	
Q52 Dans votre service, vous devez occasionnellement travailler la nuit			.39*	
Q4 Le rythme de travail est imposé par des demandes internes exigeantes une réponse immédiate*				.60*
Q8 Le rythme d*e travail est imposé par des demandes externes exigeantes une réponse immédiate	0.02			.54*
Q12 Le rythme de travail est imposé par des délais de production de maximum une journée	0.25			.52*
Q16 Le rythme de travail est imposé par des collègues	0.00			.48*
Q20 Depuis 6 ans les contraintes de rythme de travail se sont allégées	0.05	0.18		.47*
Q23 Depuis 6 ans les contraintes de rythme de travail se sont accentuées	0.25	0.06		.52*
Q24 Depuis 6 ans les contraintes de rythme de travail sont restées stables	0.31	-0.14		.45*
Q25 Depuis 6 ans pas des contraintes de rythme de travail déclarées	-0.03	0.02		.32*
Q29 Vous faites face à des pointes d'activités tous les jours	0.84			.46*
Q36 Vous faites face à des pointes d'activités au moins une fois par semaine	0.14			.61*
Q40 Vous faites face à des pointes d'activités au moins une fois par mois	-0.16			.60*
Q46 Vous ne faites jamais ou presque face à des pointes d'activités	0.05			.58*
Q50 Vous ne pouvez pas interrompre momentanément le travail	0/09			.54*

*corrélacion significative à .05

3.2 QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU QUESTIONNAIRE

Fidélité (homogénéité) et structure factorielle de l'échelle

Tableau 2. *Corrélations entre un item et le total r de l'échelle de rattachement du collectif de travail (C.T)*

Collectif de travail (C.T)	
Items	r
Q1	.293
Q5	.526
Q9	.613
Q13	.309
Q17	.607
Q27	.533
Q33	.225
Q37	.264
Q41	.162
Q47	.117
Nbre items	10
Moy	25.59
E.T	5.49
α	.88

Tableau 3. *Corrélations entre un item et le total r de l'échelle de rattachement de l'entraide au travail (E.T)*

Collectif de travail (E.T)	
Items	r
Q2	.226
Q6	.367
Q10	.453
Q14	.222
Q18	.395
Q28	.316
Q34	.224
Q38	.158
Q42	.324
Q48	.185
Nbre items	11
Moy	29.57
E.T	5.27
α	.94

Tableau 4. *Corrélations entre un item et le total r de l'échelle de rattachement du changement organisationnel et Informationnel (C.O.I)*

Changement organisationnel et informationnel (C.O.I)	
Items	r
Q3	.331
Q7	.613
Q11	.239
Q15	.626
Q19	.310
Q21	.381
Q22	.518
Q26	.343
Q30	.560
Q31	.254
Q32	.627
Q35	.313
Q39	.290
Q43	.520
Q44	.318
Q45	.213
Q49	.118
Q51	.241
Nbre items	18
Moy	45.18
E.T	10.34
α	.79

Tableau 5. *Corrélations entre un item et le total r de l'échelle de rattachement des contraintes de rythme et pointe d'activités (C.R.C.A)*

Contraintes de rythme et pointe d'activités (C.R.C.A)	
Items	r
Q4	.369
Q8	.448
Q12	.256
Q16	.472
Q20	.364
Q23	.577
Q24	.435
Q25	.322
Q29	.468
Q36	.559
Q40	.471
Q46	.386
Q50	.268
Nbre items	13
Moy	29.16
E.T	6.18
α	.97

L'alpha de Cronbach donne une estimation de la fiabilité en calculant la corrélation de l'ensemble des items du test à un autre échantillon d'items similaires provenant du même ensemble d'items. Plus ce coefficient est élevé, plus la fiabilité est grande et plus l'erreur de mesure est petite. La règle de décision est d'avoir un alpha qui soit compris entre 0.7 et 0.9 [28]. Un

coefficient faible indique que l'échantillon d'items ne capture pas correctement le construit, par contre, un alpha supérieur à 0.6 peut être acceptable dans le cas du développement d'échelle [29]; [30]. Les indices obtenus au niveau des quatre dimensions ($\alpha=.88$; $\alpha=.94$; $\alpha=.79$; $\alpha=.97$) de notre échelle sont satisfaisants comme indiqué dans les tableaux 2 et 3.

Les corrélations entre un item et l'échelle dont il est censé relever varient de $r=.11$ à $.61$ pour le collectif de travail, de $r=.15$ à $.45$ (voir tableau 2), pour l'entraide au travail, de $r=.11$ à $.62$ pour le changement organisationnel et informationnel et de $r=.25$ à $.57$ pour les contraintes de rythme et pointes d'activité (voir tableau 3). L'absence d'équilibre d'items entre les dimensions n'affecte en rien la configuration générale des dimensions, non plus à un moindre les fidélités de ces dimensions appréciées par l'indice du coefficient α de Cronbach. Chaque dimension enregistre des caractéristiques appréciables soit un $\alpha=.88$ pour le collectif de travail, avec une moyenne de 25.59 ; E.T=5.49 pour 10 items, $\alpha=.94$ pour l'entraide au travail, avec une moyenne de 29.57 ; E.T=5.27 pour 11 items, $\alpha=.79$ pour le changement organisationnel et informationnel, avec une moyenne de 45.18 ; E.T=10.34 pour 19 items et enfin $\alpha=.97$ pour les contraintes de rythme et pointes d'activité, avec une moyenne de 29.16 ; E.T=6.18 pour 13 items. Ces informations donnent une bonne qualité de la mesure.

3.3 L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

L'analyse confirmatoire a permis de tester le bon ajustement de l'échelle, la réalisation des différentes analyses confirmatoires s'est faite à partir du logiciel AMOS 4.00. Il s'agit de confronter aux données collectées des hypothèses sur la structure des relations entre les items et les variables latentes. L'application de cette analyse s'est appuyée sur les recommandations en cinq phases de [31]. Ainsi, l'objectif étant de tester l'appartenance des items aux quatre facteurs supposés, sans déterminer *a priori* des liens entre ces derniers ; les corrélations entre les variables latentes ne sont donc pas imposées dans le modèle testé ici. Les résultats de l'analyse donnent des scores satisfaisants qui confirment la présence des facteurs testés : $Chi2/dl(594) = 2.99$. Dans l'ensemble, les résultats sont acceptables, on peut constater que les indicateurs sont bons et respectent les seuils tolérés par la littérature. Lorsque nous prenons l'AGFI, les corrélations se situent toutes au-dessus de ($r = .90$), sauf au niveau des changements organisationnels et informationnel où nous pouvons constater un léger « relâchement » ($r = .82$). A contrario, les GFI enregistrent toutes des corrélations au-dessus de ($r = .90$) et la valeur du RMSEA est inférieure à $.08$. De façon globale, nous pouvons dire que les deux coefficients sont satisfaisants ($Chi2/dl$ et $RMSEA$), on constate qu'une valeur de l'AGFI donne un score légèrement inférieur aux seuils traditionnellement utilisés. Ceci s'explique par une structure qui possède bien quatre dimensions (collectif de travail, entraide au travail, changements organisationnel et informationnel, contraintes de rythme et pointes d'activités), mais dont la répartition des items autour de la circonférence n'est pas absolument régulière.

3.4 VALIDITÉ INTERNE OU CONCORANTE

S'agissant de la validité interne, la procédure a été strictement classique ; une analyse en composante principale avec rotation varimax a été pratiquée, d'après le graphique des valeurs propres, quatre facteurs ont été retenus, ce qui explique 39.51% de la variance totale des items. On ne peut interpréter ces facteurs, en ne considérant que les saturations à partir de $r=.30$, comme cela est observable au niveau du tableau 1 de l'analyse factorielle des items. Les quatre dimensions retenues dans ce questionnaire correspondent bien à l'organisation du travail en milieu hospitalier ; le premier facteur qui explique 15.11% de la variance, sature les 10 items du collectif de travail ; 4 items saturent au-dessus de $r=.30$. Le second facteur explique 10.79% de la variance, sature les 10 items de l'entraide au travail, 4 items saturent autour de $r=.40$; 1 seul item sature au-dessus de $r=.50$, tandis que le reste gravite autour de $r=.30$. Le troisième et le quatrième facteur expliquent tour à tour 8.47% et 5.14% de la variance, sur 18 items qui composent le facteur 3, 7 items saturent au-dessus de $r=.50$, tandis que le reste sature entre $r=.30$ et $.40$. Au niveau du facteur 4, toutes les corrélations saturent au-dessus de $r=.40$.

3.5 VALIDITÉ EXTERNE : LES DIFFÉRENCES LIÉES À L'ÂGE ET AU SEXE

Tableau 6. Validité externe au niveau des différences inter-classes d'âges

dimensions	-30ans	30-35ans	35-40ans	40et +	t	p	Interv.	diff.moy	diff. E.T
Collectif.Travail	2.23	1.95	3.35	3.82	3.1	.002	1.04/4.69	0.287	0.092
Entraide.Travail	2.23	2.17	0.65	5.25	0.83	.40	0.86/7.21	0.063	0.076
Chgt Orgnelle. Inform.	1.96	1.90	0.59	7.43	0.53	.59	0.16/8.28	0.061	0.115
CRPA	1.81	1.77	0.64	7.28	0.44	.67	0.12/8.20	0.356	0.083

De cette analyse, il ressort que la perception d'une éventuelle différence entre les sous-dimensions de ce questionnaire n'est perceptible qu'au niveau du collectif de travail, par rapport aux tranches d'âge retenues, le personnel âgé de plus de 35 ans et plus expriment une perception plus accentuée du collectif de travail (moy=3.35 et moy=3.82, $t=3.1$; $p<.002$) que leurs collègues moins âgés (moy=2.23 ; moy=1.95). Cette observation peut être interprétée comme étant le fait pour ce personnel plus âgés, d'avoir travaillé assez longtemps ensemble, dans cette optique, les équipes de travail se consolident et à part ce sentiment d'appartenance qui anime ces membres, il y a également le développement du sentiment de confiance et de complicité. A contrario, aucune différence (statistiquement significative) n'est perceptible au niveau de l'entraide au travail ($t=0.83$; $p<.40$), du changement organisationnel et informationnel ($t=0.53$; $p<.59$) et des contraintes de rythme et pointes d'activité ($t=0.44$; $p<.67$).

Tableau 7. Validité externe au niveau des différences inter sexe (mean values « and standard-deviations » according to gender)

Dimensions	Femmes		Masculins		T	p	Int.+95% -95%	Diff.moy.	Diff. E.T
	Moy.	E.T	Moy.	E.T					
Coll.Trav.	2.05	0.59	2.10	0.63	-1.08	.27	-0.16/-0.04	-0.057	0.052
Entr. Trav.	2.17	0.56	2.29	0.54	-2.48	.01	-0.21/-0.02	-0.117	0.047
Chgt. Org. I	1.90	0.57	1.81	0.64	1.29	.19	-0.43/0.21	0.083	0.644
Cont.ryth.	1.85	0.55	1.75	0.55	2.08	.03	0.005/0.186	0.096	0.0461

Coll. Trav : collectif de travail ; *Entr. Trav* : entraide au travail ; *Chgt. Org* ; changement organisationnel et informationnel ; *Cont. Ryth* : contraintes de rythme et pointe d'activités

La perception globale des dimensions du questionnaire d'organisation du travail en milieu hospitalier ne présente aucune différence au niveau du collectif de travail ($t(596)=-1.08$; $p<.27$ n.s) entre le personnel masculin et féminin (moy=2.05 vs moy=2.10). Ce résultat s'explique par le fait que le travail en équipe est une tradition qui remonte assez loin dans l'organisation des soins, et la dynamique qui unit les membres d'une équipe possède, elle aussi, des caractéristiques qui lui sont propres. Dans l'esprit de ce type d'organisations, les participants partagent un but commun et la convergence de leurs efforts donne à leur travail sa cohérence et ressentent un sentiment d'appartenance. Cette absence de différence est également perceptible au niveau du changement organisationnel et informatisationnel ($t(594)=1.29$; $p<.19$ n.s), bien que l'écart soit observable, elle n'est point significative (moy=1.90 vs moy=1.81) entre le personnel masculin et féminin de ces structures hospitalières. Ici, il faut souligner que les nouvelles réformes du système hospitalier laissent indifférents le personnel, pour l'unique raison qu'ils ne sont que des simples exécutants des changements auxquels ils ne sont parfois pas associés.

Tableau 8. Corrélations entre échelles (validité structurante et concourante)

Dimensions	moyennes	Ecart-type	1	2	3	4
Coll. Travail	2.08	0.62	1			
Entr. Travail	2.24	0.55	.323*	1		
Chgt Org.inf.	1.84	0.61	.142*	.228*	1	
Con. Ryt.	1.79	0.54	.213*	.109**	.216**	1

*corrélations significatives à 0.05 **corrélations significatives à 0.01

Coll. Trav : collectif de travail ; *Entr. Trav* : entraide au travail ; *Chgt. Org* ; changement organisationnel et informationnel ; *Cont. Ryth* : contraintes de rythme et pointe d'activités

Soulignons que l'analyse factorielle de ce questionnaire appliqué dans les mêmes conditions quelque temps après menait également à une solution à quatre facteurs obliques. Les corrélations entre les facteurs qui figurent au tableau 3 ci-dessus indiquent que tous les facteurs (collectif de travail vs entraide au travail ; $r=.32$; $p<.000$; avec le changement organisationnel et informationnel, $r=.14$; $p<.000$ et avec les contraintes de rythme et pointes d'activité, $r=.21$. $P<.000$) sont en corrélations positives et comparables à celles obtenues lors de la première phase de passation. Ces résultats ne sont pas étonnant, parce qu'ils font comprendre que la répartition du travail en milieu hospitalier est devenue nécessaire de nos jours en raison de la complexité des protocoles et des techniques en matière d'organisation du travail infirmier. Bien que les aspects émotifs n'ont pas été mentionnés ici, notons quand même qu'ils sont liés au climat prévalent dans l'équipe, au sentiment de liberté d'être soi, que ressent chacun des membres, à l'atmosphère d'ordre et de recherche du « bien faire », à la poursuite d'un idéal de soins semblable qui est partagé par les soignantes. Savoir que les autres possèdent une manière identique de voir le travail

professionnel, de considérer les malades et de s'engager auprès d'eux, c'est cela la qualité du travail bien fait et le sentiment d'appartenance à une structure, à un service et à un collectif. De façon globale, nous pouvons conclure à une bonne validité factorielle de ce questionnaire.

4 DISCUSSION

Les résultats obtenus dans cette étude de validation de ce questionnaire montrent à suffisance que l'outil répond aux principales exigences psychométriques : cohérence interne, validité factorielle, validité concurrente et les analyses confirmatoires. Toutefois, il faut rappeler que les résultats obtenus lors des passations concordent de près, bien qu'aucune étude mettant en exergue l'utilisation de ce questionnaire n'a été répertoriée dans la littérature. La prise en compte des variables telles que le sexe et l'âge du personnel, les différents services et un nombre conséquent d'établissements hospitaliers, donne un maximum de crédibilité quant à la généralisation des résultats.

Les corrélations relativement faibles, bien que significatives, enregistrées entre les quatre dimensions du questionnaire soulignent qu'elles sont indépendantes et qu'elles représentent bien des éléments rentrant dans la compréhension de l'organisation du travail en milieu hospitalier auprès dudit personnel. Concernant ce questionnaire, les résultats de la cohérence interne et de la validité factorielle présentés ci-dessus montrent bien que les quatre dimensions mesurent réellement ce pourquoi elles ont été élaborées, et la part de variance totale expliquée ($R^2=39.11\%$) en témoigne.

Au regard des indices de fiabilité de ce questionnaire, notons que les résultats obtenus au niveau de la cohérence interne sont d'un niveau acceptable au niveau des quatre dimensions ($\alpha=.88 ; .94 ; .79 ; .97$), donnant une perception globale satisfaisante. De plus les corrélations pour le test-retest ($r=.80 ; .87 ; .91 ; .89$) apparaissent adéquates entre la première et la seconde phase de passation du questionnaire auprès du personnels hospitaliers. Au niveau de la validité, les résultats sont plus qu'encourageants, c'est-à-dire que les résultats enregistrés lors de l'analyse factorielle confirmatoire indique et confirme la structure quadra-dimensionnelle de l'instrument et les corrélations entre les items et les dimensions de l'instrument qui montrent une réelle appartenance.

Dans l'ensemble, ces premiers résultats supportent la fiabilité et la validité du questionnaire et doivent être perçus comme préliminaires puis qu'aucune étude dans la littérature ne fait mention de l'application de cet outil. Dans ce contexte, cela ne pose aucun problème de généralisation et ces résultats doivent être interprétés sans réserve. Cela doit ouvrir une brèche pour des recherches ultérieures, qui semblent nécessaires pour évaluer de façon supplémentaire les qualités psychométriques de cet outil. Par contre, il serait intéressant de vérifier la validité de construit de ce questionnaire à l'aide des différentes méthodes expérimentales sur le terrain.

5 CONCLUSION

En conclusion, le questionnaire sur l'organisation du travail en milieu hospitalier, démontre des propriétés psychométriques qui pourraient en faire un outil pertinent pour des recherches ultérieures. par exemple dans le lien entre l'environnement de travail du personnel hospitalier et la santé psychologique au travail, entre l'environnement de travail et l'interface vie travail/ vie hors travail, entre l'environnement de travail hospitalier et la citoyenneté organisationnelle du personnel hospitalier, etc. Grâce à sa facilité de compréhension et d'auto-passation, ce questionnaire apparait comme l'instrument qui étudie dans sa globalité (en prenant en compte quatre aspects du milieu hospitalier) les caractéristiques du travail du personnel soignant et non soignant, dans un environnement hostile de par les risques encourus par ledit personnel, les violences de tout genre subies et autres travers.

6 REFERENCES

- [1] C. Guillevic, *Psychologie du travail*, Paris, Nathan, 1991.
- [2] F. W. Taylor, *Principes d'organisation scientifique du travail*, Paris, Dunod, 1911.
- [3] H. Fayol, *Administration industrielle et générale*. Paris: Dunod, 1918.
- [4] A. Desreumaux, "Nouvelles formes d'organisations et évolution de l'entreprise". *Revue française de gestion* , pp.86-108. 1996.
- [5] R. E. Cyert and J.G. March, *A behavior theory of the firm*. nglewood Cliffs: Prentice Hall. 1963.
- [6] D. Katz and R.L. Kahn, *The social psychology of organizations*. N.Y. Wiley, 1966. Second edition, 1978.
- [7] H. Savall, *Enrichir le travail humain: l'évaluation économique*. Paris: Dunod, 1975

- [8] H. Savall, *York and people: an economic evaluation of job enrichment*. New York: University Press New York, 1981.
- [9] J. Pfeffer, and G. R. Salancik, *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper and Row, 1978.
- [10] M. T. Hannan. and J. Freeman, "The population ecology of organizations." *American Journal of Sociology*, vol. 82, no.9, pp.29-64, 1977.
- [11] A. Guillhon, *Vers une nouvelle définition de la PME à partir du concept de contrôlabilité*. In O. Torrès (Ed.), *PME: les nouvelles approches*, Paris: Economica, pp. 55-67, 1998.
- [12] T. Hafsi and B. Fabi, *Les fondements du changement stratégique*. Montréal, Les Éditions Transcontinental, 1997.
- [13] M. D. Cohen, J.G. March and J.P. Olsen, "A garbage can model of organizational choice". *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, pp. 1-25, 1972.
- [14] A. Pettigrew, "Context and Action in the Transformation of the Firm", *Journal of Management Studies*, vol. 24, no. 6, , pp. 649-670, 1987.
- [15] P. R. Lawrence and J. Lorsch, *Organization and Environment*, Harvard University. Boston, 1967
- [16] S. Aoki , Le modèle japonais: le modèle J, *Problèmes économiques*, no. 2225, pp. 1-14, 1991
- [17] F. Piotet, M. Correia, C. Lattès and J. Vincent, *Le développement de la syndicalisation à la CFDT*, IRES-CESTE, 1993.
- [18] F. Moatty, "Les communications de travail : comment et avec qui ?", Noisy-le-Grand, *Centre d'études de l'emploi , La Lettre*, n° 39, p. 10, 1995.
- [19] P. Naville, *Division du travail et répartition des tâches*, In Georges F. et Pierre N. (Eds.), *Traité de sociologie du travail*, Paris, Armand Colin, *tome 1*, pp. 371-386, 1961.
- [20] M. Gollac and S. Volkoff, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, 2000.
- [21] N. Dodier, *Les Hommes et les Machines : La conscience collective dans les sociétés technicisées*. Paris, Métailié, 1995
- [22] M. Phaneuf, *Mécanismes de défense et d'adaptation et interventions infirmières*. Portugal,: Université d'Évora, 2005.
- [23] M. Belanger, *L'Anse-aux-Moyacs en Minganie de l'Ouest; les Paspéias du bout de la route*. Université de Montréal.: Thèse de doctorat en anthropologie. 1994.
- [24] E. Bower, *La promotion du fonctionnement humain: un guide pour l'idéaliste pragmatique*, In J. H. Saucier (Ed.), *Prévention psychosociale pour l'enfant et l'adolescent*, Montréal, Presse Universitaire de Montréal, pp. p315-365, . 1990.
- [25] R. E. Quinn and K. Cameron, "Organizational Life Cycles and Shifting Criteria of Effectiveness: Some Preliminary Evidence," *Management Sci.*, vol. 29, no. 1, pp. 33-51. 22.1983.
- [26] K. Lewin, *Psychologie dynamique*. Paris, Presse Universitaire de France, 2e édition. 1964.
- [27] Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, *Envisager l'avenir et travailler de concert : les grands enjeux du leadership dans le domaine des services infirmiers au Canada*. (2006).
- [28] P. Kline, *Personality: the psychometric view*, London, Routledge, 1993.
- [29] Y. Evrard, B. Pras and E. Roux, *Market: Etudes et recherches en marketing*. Paris: Dunod, 2000.
- [30] J. Nunnally, *Psychometric Methods*, New York, Mac Graw-Hill, 1967.
- [31] K. A. Bollen and J. S. Long, *Introduction*, In: Bollen, K. A. and Long, J. S. (Eds) *Testing Structural Equation Models*, Sage, Beverly Hills, CA, pp. 1-9, 1993.