



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CESAG EXECUTIVE EDUCATION

(CEE)

**MBA-Gestion des Ressources
Humaines
(MBA/GRH)**

**13^e Promotion
2013-2014)**

Mémoire de fin d'études

THEME

**ANALYSE DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES
SURVEILLANTS DES SERVICES DE SOINS :
CAS DE L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR**

Présenté par :

M. GNANGBA Wiyao

Dirigé par :

**Mme Issimatou ICHOLA-LANIBA
Enseignante Associée au CESAG**

Octobre 2014

DEDICACE

- A Dieu le Père tout puissant,
- au projet PAGRSM de l'AFD,
- à mon père et à ma mère,
- à Mr KADJANTA Tchaa,
- à mes petites sœurs Piniwè et Tchilalo et mon petit frère Palakiyé,
- à ma fille Julienne, ma nièce Maelle et mon neveu.....
- à tous ceux qui ont cru en moi et m'ont fait confiance,

je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement d'un long processus au cours duquel, l'intervention de plusieurs personnes a été déterminante. Ces dernières, chacun à sa manière, ont fourni les éléments du puzzle dont j'avais besoin pour que ce mémoire de fin de formation aboutisse. Je me permets ici d'adresser des remerciements profonds à toutes ces personnes entre autres :

- mon directeur de mémoire, Madame Issimatou ICHOLA-LANIBA qui s'est rendue spontanément disponible à m'encadrer, encadrement dont j'en suis pleinement satisfaite,
- A tout le corps professoral du MBA-GRH de l'année académique 2013-2014 pour la qualité des interventions et la pertinence du contenu pédagogique qui nous a été livré.

Toute ma gratitude va également à Mr CHABI Bertin, Directeur du département CESAG-EXECUTIVE, toujours disposé à répondre à mes sollicitations.

Je remercie également la Directrice de l'Hôpital ARISTIDE LEDANTEC de DAKAR, Mme Aïssatou SY N'DIAYE pour m'avoir permis de réaliser mon stage de mémoire dans son institution,

Au Chef-service des Ressources Humaines, au Responsable de la Division Administration du Personnel, à la Responsable de la Division Formation et à tout le personnel dudit service, je dis merci pour avoir créé un cadre favorable au bon déroulement de mes quatre (04) mois de stage de recherche.

A tous les collègues de la 13^e promotion du MBA-GRH, je dis merci pour les moments riches en échanges et expériences que nous avons passé ensemble et pour les nouveaux liens professionnels que nous venons de mettre en place,

Enfin, que toute personne n'ayant pas été mentionnée dans le présent document, mais dont les contributions m'ont permis d'avancer trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADSP : Actualité et Dossier en Santé Publique,
AFNOR : Association Française de Normalisation,
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail,
ANI : Accord National Interprofessionnel,
BBET : Le Baromètre du Bien-Être au Travail,
BCS : Baromètre du Climat Social,
BEBEST : Baromètre du Bien-Être et de la Qualité du Travail,
BIT : Bureau International du Travail
BNQ : Bureau de Normalisation du Québec,
CA : Conseil d'Administration,
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail,
CNAMTS : La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés,
CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales,
CSE : Compétence, la Santé et l'Employabilité,
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques,
DUERP : Le Document Unique d'Evaluation Des Risques Professionnels,
EDF : Electricité de France,
ES: Employee Engagement Survey,
ESL : European Social Label,
GES : Groupe Entreprise en Santé,
GPTW : Great Place To Work,
HALD : Hôpital Aristide LEDANTEC,
HAS : Haute Autorité de Santé,
IBET : Indice de Bien-Être au Travail,
INSE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques,
ISO : International Standard Organisation,
MCS : Management et Conjoncture Sociale,
MMS : Mesure Management Santé,
OIT : Organisation Internationale du Travail,
OMS : Organisation Mondiale de la Santé,
O2J : Baromètre Social Opentojob,
QVT : Qualité de Vie au Travail,

RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises,
RSO : Responsabilité Social des Organisations,
SD : Sociodiag,
SIRH : Système d'Information en Ressources Humaines,
SNCF : Société National des Chemins de Fer,
SSI : Service des Soins Infirmiers,
SWOT : Strength – Weakness – Opportunites - Threats
THI : The Happiness Indicator ,
WBF : Well–Being Finder,

CESAG – BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des surveillants suivant le niveau d'autonomie dans l'exercice de la fonction.....	- 45 -
Figure 2. Répartition des surveillants suivant le cumul de fonctions.....	- 46 -
Figure 3. Répartition des surveillants suivant la typologie des formations en management reçues dès la nomination	- 47 -
Figure 4. Répartition des surveillants suivant leur connaissance de La finalité du poste de surveillant de service	- 47 -
Figure 5. Répartition des surveillants suivant la fréquence des informations reçues sur les recettes et dépenses de leur service	- 48 -
Figure 6. Répartition des surveillants suivant la distance qui sépare leur domicile du lieu de service.....	- 50 -
Figure 7. Répartition des surveillants suivant la pertinence des mesures sociales mises en place par HALD	- 51 -
Figure 8. Répartition des agents suivant la qualité des relations entretenues avec les collaborateurs	- 52 -
Figure 9. Répartition des surveillants suivant la perception du niveau de rémunération....	- 54 -
Figure 10. Répartition des surveillants suivant leur connaissance de la politique de santé de HALD.....	- 55 -
Figure 11. Perception des surveillants sur le confort des mobiliers de bureau	- 58 -

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des surveillants suivant leurs profils de compétences	- 44 -
Tableau 2. Répartition des surveillants suivant leur ancienneté au poste	- 44 -
Tableau 3. Répartition des surveillants selon le genre	- 44 -
Tableau 4. Répartition des surveillants suivant la possession d'une fiche de poste	- 45 -
Tableau 5. Répartition des surveillants suivant le plaisir procuré par la fonction	- 45 -
Tableau 6. Répartition des surveillants suivant l'enrichissement en expérience par les activités	- 46 -
Tableau 7. Répartition des surveillants suivant la variété des activités	- 46 -
Tableau 8. Répartition des surveillants suivant l'information sur les possibilités d'évolutions de leur métier.....	- 48 -
Tableau 9. Répartition des surveillants suivant la connaissance de la vision et des missions de HALD.....	- 49 -
Tableau 10. Répartition des surveillants suivant la connaissance des valeurs partagées au sein de HALD	- 49 -
Tableau 11. Répartition des surveillants suivant la nature des échanges avec les membres de leurs équipes.....	- 49 -
Tableau 12. Répartition des surveillants suivant l'accès aux informations sur leur personnel au service RH.....	- 50 -
Tableau 13. Répartition des surveillants suivant le lieu où ils passent plus de temps entre le service et la maison	- 50 -
Tableau 14. Répartition des surveillants suivant la facilité d'obtention des permissions d'absence et des congés.....	- 51 -
Tableau 15. Répartition des surveillants suivant que les permissions d'absences de leurs collaborateurs soient données par eux ou non.....	- 51 -
Tableau 16. Répartition des surveillants suivant leur implication dans les décisions prises par la direction concernant leurs services.....	- 52 -
Tableau 17. Répartition des surveillants suivant la reconnaissance des efforts de la part de la hiérarchie.....	- 53 -
Tableau 18. Répartition des surveillants suivant le sentiment de respect émanant des collaborateurs	- 53 -

Tableau 19. Répartition des surveillants suivant le sentiment de respect émanant des supérieurs	- 53 -
Tableau 20. Répartition des surveillants suivant la place du bien-être des surveillants de service dans les négociations syndicales avec l'employeur	- 53 -
Tableau 21. Répartition des surveillants suivant qu'ils sont apprécié ou non par son personnel.....	54 -
Tableau 22. Répartition des surveillants suivant la fréquence des conflits interpersonnels dans leurs services	- 54 -
Tableau 23. Répartition des surveillants suivant qu'ils bénéficient ou pas de logement de fonction ou d'indemnité de logement.....	- 55 -
Tableau 24. Répartition des surveillants suivant qu'ils aient été ou non victimes d'accident de travail ou de trajet.....	- 56 -
Tableau 25. Répartition des surveillants suivant la pression subie dans leur travail	- 56 -
Tableau 26. Perception de la qualité de la ventilation per les surveillants.....	- 56 -
Tableau 27. Répartition des surveillants suivant la disponibilité des moyens d'aménagement convenable des salles et bureau.....	- 56 -
Tableau 28. Répartition des surveillants selon la disponibilité d'une source d'eau potable dans le service.....	- 57 -
Tableau 29. Répartition des surveillants selon la disponibilité des douches et toilettes dans leur bureau.....	- 57 -
Tableau 30. Répartition des surveillants selon la disponibilité des vestiaires pour les rechanges du personnel du service	- 57 -
Tableau 31. Répartition des surveillants selon la disponibilité des mesures formalisées de prévention contre les risques professionnels	- 58 -
Tableau 32. Répartition des enquêtés selon qu'ils bénéficient ou pas de visites médicales annuelles organisées par la médecine du travail	- 58 -
Tableau 33. Répartition des surveillants selon leur implication dans une étude sur la santé et la sécurité au sein de HALD	- 59 -
Tableau 34. Répartition des surveillants suivant le moyen de déplacement utilisé en cas d'urgence au service	- 59 -
Tableau 36. Répartition des surveillants suivant la perception de l'impact de l'âge sur la fonction de surveillant.....	- 60 -

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire.....	- 76 -
Annexe 2 : Guide d'entretien	- 81 -
Annexe 3 : Liste des services soins concernés par la collecte des données	- 82 -

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
SIGLES ET ABBREVIATIONS	III
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES ANNEXES	VIII

INTRODUCTION GENERALE

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS.....	- 9 -
CHAPITRE 2 : CHAMPS, INDICATEURS ET ACTEURS DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	- 16 -
CHAPITRE 3 : ENJEUX, OUTILS ET DÉMARCHES DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	- 25 -
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	- 36 -

DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE

CHAPITRE 5 : DESCRIPTION DE L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC.....	- 42 -
CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES RESULTATS.....	- 44 -
CHAPITRE 7 : ANALYSE SWOT DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SURVEILLANTS DE SERVICE.....	- 61 -
CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS.....	- 70 -

CONCLUSION GENERALE

ANNEXES	- 76 -
BIBLIOGRAPHIE	- 84 -

INTRODUCTION GENERALE

L'une des problématiques actuelles des entreprises est la Responsabilité Sociétale des Organisations (RSO) antérieurement Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE). Cette thématique est la déclinaison des grands axes des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au cœur des objectifs stratégiques et du fonctionnement des entreprises. Désormais, les entreprises ne doivent plus rechercher uniquement la performance économique, mais également la performance sociale. La norme ISO 26 000 sur la responsabilité sociétale des entreprises a identifié sept (07) thématiques sur lesquelles va porter la mise en place de la RSE dans les organisations. Parmi celles-ci, trois renferment un lien avec le bien-être du travailleur. Il s'agit de la *Gouvernance de l'organisation, de Droit de l'homme, des Relations et conditions de travail*.

Désormais, les entreprises doivent intégrer dans leurs processus, des aménagements pour renforcer non seulement la gouvernance d'entreprise, mais aussi améliorer et sauvegarder le bien-être, le mieux vivre au travail, le mieux-être au travail ou encore l'amélioration de la qualité de vie au travail de l'employé. L'atteinte de la performance sociale de l'entreprise est également à ce prix. Le Bureau de Normalisation du Québec a mis en place un programme de certification « *entreprise en santé* » destiné à toute entreprise ou organisation inscrites dans une démarche de pratiques organisationnelles en matière de santé en milieu de travail. Le référentiel utilisé à cet effet est la norme du Bureau de Normalisation du Québec (BNQ 9700-800) *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*.

En milieu hospitalier, la question de la qualité de vie a longtemps porté sur le bien-être des patients et la qualité des soins. Le bien-être du soignant ne faisait pas l'objet de préoccupation de la part des spécialistes de la qualité intéressés par les milieux sanitaires, mais plutôt celui du malade. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) mène non seulement des évaluations et recommandations pour les établissements sanitaires, mais aussi se charge des certifications et accréditations au profit de ces établissements. Cette accréditation porte principalement sur la qualité et la sécurité des soins. En dehors des certifications et des évaluations, des audits cliniques, organisationnels et des accréditations sont déroulés au sein des établissements de soins en vue d'une meilleure offre de soins de qualité ADSP¹ (2001). C'est donc la qualité des prestations et non la qualité du ressenti des prestataires qui importe pour les qualitatifs du secteur de la santé.

¹ Actualité et Dossier en Santé Publique.

Cependant, le terme de la qualité de vie au travail n'a commencé par s'implanter en France qu'en 2011 à travers la Semaine de la qualité de vie initiée par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), la mise sur pied du site *www.ladvt.fr* pour l'actualité sur la qualité de vie au travail de *novoquolibres*, la création de *Agir Magazine*, un magazine professionnel sur la qualité de vie au travail, etc...

Aussi, la thématique de la qualité de vie au travail renferme-t-elle une composante, la qualité de vie, qu'il nous semble nécessaire de définir avant toute chose. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité de vie est la

« perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Ainsi définie, appréhender la qualité de vie, revient à apprécier la qualité du ressenti au quotidien, lequel ressenti varie en fonction des circonstances et des individus. C'est aussi établir un rapport entre le niveau de la qualité de vie perçue par les individus et leurs attentes. Ainsi, la notion de la qualité de vie est une thématique dont l'appréhension n'est pas aisée. Rapportées au milieu du travail, les mêmes difficultés subsistent et résident dans la recherche du consensus sur la définition du champ couvert par la problématique de la qualité de vie au travail et les indicateurs à prendre en compte.

En effet, la Commission Européenne² propose de traiter la question sous l'angle des attentes des salariés vis-à-vis de leur travail et de l'équilibre avec la vie privée, de l'égalité et solidarité en entreprise, de la prévention et du dialogue social, de l'accroissement de la productivité et du niveau de vie. Pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail en France (ANACT), il s'agira de traiter les questions relatives aux relations sociales et de travail, au contenu du travail, à l'environnement physique de travail, à l'organisation du travail, à la réalisation et le développement professionnel, la conciliation entre vie professionnelle et vie privée. MARTEL et DUPUIS de l'Université du Québec à Montréal, vont orienter le sujet autour de la rémunération, du cheminement professionnel, des horaires de travail, du climat avec les collègues et les supérieurs, des caractéristiques de

²ANACT, (2002)

l'environnement physique, des facteurs qui influencent l'appréciation des tâches, du support offert aux employés. Dans un document de synthèse qui devait servir de base de négociation en vue d'un accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail en France, les partenaires sociaux ont convenu que la question de la qualité de vie au travail doit prendre en compte le bien-être au travail perçu individuellement et collectivement sur l'ambiance, la culture d'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation, l'équité, un droit à l'erreur reconnu à tous, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. Ces éléments renvoient aux questions relatives à l'organisation du travail devant concilier amélioration des conditions de travail et performance collective de l'entreprise³.

L'Organisation Internationale du Travail (OIT), organe des Nations Unies en charge des questions liées aux conditions de travail dans le document *Guide sur les normes internationales de travail*, a normalisé vingt (20) axes sur les conditions de travail parmi lesquels se retrouve des thématiques abordées par la problématique de la qualité de vie au travail. Il s'agit de *la liberté syndicale, des négociations collectives et relations professionnelles, du travail forcé, de l'égalité des chances et de traitement, des politiques et promotion de l'emploi, des orientations et formation professionnelle, des politiques sociales, des salaires, du temps de travail, de la santé et sécurité au travail, et la sécurité sociale*. Au vu de ce qui précède, la qualité de vie doit prendre en compte non seulement les besoins explicites, mais aussi les besoins implicites de l'employé.

En effet, l'accélération de la mondialisation oblige le Sénégal à s'inscrire également dans la démarche de la qualité en général et celle la qualité de vie au travail en particulier.

La constitution Sénégalaise du 22 janvier 2001 affirme dans son préambule « *son attachement à la transparence dans la conduite des affaires publiques ainsi qu'au principe de bonne gouvernance* », proclame « *le respect des libertés fondamentales et des droits du citoyen comme base de la société Sénégalaise* », « *l'accès de tous les citoyens, sans discrimination, à l'exercice du pouvoir à tous les niveaux* » et « *le rejet et l'élimination, sous toutes leurs formes de l'injustice, des inégalités et des discriminations* ». En son article 8, elle garantit aux Sénégalais, la liberté syndicale, le droit à la santé et à l'information plurielle dans les conditions prévues par la loi.

³Tout savoir sur la qualité de vie au travail, www.novequilibres.fr

L'Etat sénégalais a ratifié 36 conventions de l'OIT dont 32 sont déjà en vigueur. Il dispose également d'un code du travail, principal instrument de gestion des rapports employeurs employés en entreprise privée. Des conventions collectives interprofessionnelles, des accords de branches et d'établissements existent en complément ou en amélioration des dispositions du Code du travail. On peut citer entre autres, la Convention Collective Professionnelle Des Transports Routiers, Convention Collective des Entreprises d'Assurances, Convention Collective Fixant les Conditions des Travailleurs de Cinéma et les Conditions de Travail dans les Professions Agricoles et Assimilées au Sénégal⁴.

Le contenu de tous ces instruments juridiques vise non seulement la réglementation des rapports professionnels employeurs employés, mais également à assurer au travailleur les meilleures conditions de travail possible.

A l'hôpital Aristide LEDANTEC, en plus des précités, des pratiques existent en faveur de la motivation et du bien-être du personnel en général et celui des surveillants des services de soins en particulier. S'agissant du général, l'hôpital a un Conseil d'Administration, une Commission Médicale d'Etablissement, un médecin du travail, un Comité d'Hygiène et de Sécurité et des organisations syndicales. Dans le souci de faire respecter l'équité interne, une indemnité de transport est accordée au personnel étatique et au personnel universitaire, cette indemnité n'étant pas prévue par les textes de la fonction publique sénégalaise. Une mutuelle de santé est mise en place en vue d'améliorer l'accès aux soins du personnel d'établissement en dehors de la prise en charge médicale de l'hôpital pratiqué à 100% sur toutes les prestations sauf les médicaments.

D'autres assistances de toutes sortes, entre autres l'appui pour les activités religieuses du personnel, les pèlerinages à Rome et à la Mecque, les subventions aux syndicats du personnel, aux amicales de l'hôpital, etc. sont également offertes.

En principe, les normes internationales sur le travail de l'OIT, les normes ISO, la Constitution Sénégalaise, les dispositions légales et réglementaires déjà en place doivent participer efficacement à la qualité de vie au travail de l'employé. Pour s'en assurer et en faire un outil de gestion et d'amélioration continue, des études diagnostic doivent être régulièrement menées. Ces études permettent d'une part d'évaluer l'application du cadre légal et réglementaire en rapport avec les questions de qualité de vie au travail, mais aussi d'identifier de nouveaux leviers à partir desquels la qualité de vie au travail peut être améliorée. L'analyse

⁴ <http://www.votresalaire.org/senegal/home/droit-du-travail/conventions-collectives-base-de-donnees>

de la qualité de vie au travail des surveillants des soins à l'Hôpital Aristide LE DANTEC s'inscrit dans cette démarche.

Pour ce faire, il faudrait d'abord se poser les questions théoriques suivantes :

- Que renferme la notion de qualité de vie au travail ?
- Quels sont les champs de la qualité de vie au travail à analyser ?
- Quels sont les différents outils d'analyse de la qualité de vie au travail connu ?
- Que savons-nous de la problématique de la qualité de vie au travail en milieu hospitalier ?

Au plan pratique :

- L'hôpital Aristide LE DANTEC a-t-il déjà réalisé une étude relative à la qualité de vie au travail au profit de son personnel ?
- Quelles sont les pratiques existantes à l'hôpital ARISTIDE LE DANTEC en lien avec la qualité de vie au travail
- Quelle est la qualité du ressenti des surveillants des services de soins de leur bien-être au sein de l'hôpital ?

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence d'une étude sur la qualité de vie au travail à HALD. La première est relative à la méconnaissance de la problématique de la qualité de vie au travail. Cependant, on peut relever dans les pratiques de HALD, des variables de l'amélioration des conditions des travailleurs faisant partie intégrante des éléments de la qualité de vie au travail. C'est un concept qui associe la démarche qualité et le ressenti des employés du bien-être que leur procure leur travail.

La seconde est relative aux difficultés du choix des critères et indicateurs d'approches de la qualité de vie au travail. Le caractère très subjectif du ressenti au travail ne facilite pas le consensus sur des éléments objectifs à valider pour mener une étude sur la qualité de vie au travail. Cette difficulté n'est pas spécifique à HALD, mais touche aussi les institutions qui ont tenté d'aborder la thématique.

La troisième cause est la fonctionnalité partielle du service des ressources humaines dont les moyens en termes de compétence, de disponibilité et de ressources n'ont pas encore permis d'appréhender et de réaliser une étude sur la qualité de vie au travail.

Pour finir, il faut souligner l'absence d'une politique qualité qui intègre la problématique de la qualité de vie au travail et dont l'élaboration va nécessiter au préalable la mise en place d'un

système de management de la qualité selon la norme ISO 9001 version 2008 et la réalisation d'une étude diagnostic sur la qualité de vie au travail.

En conséquence, la question de la qualité de vie au travail n'est pas explicitement prise en compte dans les décisions stratégiques de l'hôpital. Toutes les pratiques et dispositions en relation avec la question se justifient principalement par le souci de satisfaire aux exigences légales et réglementaires et non par pur intérêt pour le bien-être de l'employé. La perception de la qualité de mise en application des dispositions légales et réglementaires n'est pas formellement et périodiquement analysée.

L'absence de consensus sur les indicateurs de la qualité de vie au travail pose essentiellement le problème de l'objectivité des résultats qui vont être issus des études sur la qualité de vie au travail. Cette objectivité relative va fragiliser l'opérationnalité des recommandations qui vont être formulées.

En troisième lieu, la mise en place du service des ressources humaines n'étant pas achevée, la question de la qualité de vie au travail, une mission essentiellement dévolue audit service, ne pourra pas faire partie des priorités. Il sera plus question d'accélérer la mise en place des outils et améliorer les fonctions déjà existantes du service des ressources humaines.

Enfin, pour assurer une cohérence globale entre les actions opérationnelles en faveur de la qualité de vie au travail, il faut une politique qualité qui prend en compte tous les champs d'application spécifiques. C'est l'absence de cette politique qualité qui ne favorise pas encore l'émergence de la thématique de la qualité de vie au travail encore en marge des axes stratégiques de HALD.

Ainsi, pour promouvoir la thématique de la qualité de vie au travail, il faut prioritairement sensibiliser et former les instances dirigeantes sur la notion, ses enjeux, ses démarches et son utilité pour les organisations du secteur de la santé. Il faut également sensibiliser les partenaires sociaux puis le personnel pour une meilleure mobilisation autour de la question. La qualité de vie au travail doit être inscrite dans les points de négociation obligatoires entre l'employeur et les partenaires sociaux.

La seconde solution est de mener une étude diagnostic de la qualité de vie au travail des employés qui va servir de base à la mise en place d'un système de gestion de la qualité de vie au travail. Cette étude va permettre d'analyser l'application du dispositif réglementaire déjà existant en lien avec la qualité de vie au travail et identifier les facteurs implicites qui entrent

dans le ressenti des employés au travail en vue d'actionner les bons leviers de gestion de la qualité de vie au travail. Cette étude va également permettre de formaliser la gestion de la qualité de vie au travail à HALD à travers la mise en place d'une démarche endogène et concertée impliquant toutes les parties prenantes.

Il faut aussi accélérer les réformes au sein du service des ressources humaines dont les principales activités sont encore réduites à la gestion administrative du personnel. En pratique, les employés ne sont pas pleinement considérés comme une ressource à rationaliser et à optimiser. Le système d'information en ressources humaines reste basique avec comme principal outil informatique, Excel. L'acquisition d'une solution informatique alternative devient une nécessité. La division gestion prévisionnelle des compétences reste en projet et donc pas encore opérationnelle. Il faut rapidement l'opérationnaliser pour permettre au service des ressources humaines une meilleure maîtrise des effectifs et un contrôle plus renforcé sur les mouvements à venir du personnel.

Un document de politique qualité intégrant la problématique de la qualité de vie au travail de l'employé doit être élaboré. Tout comme le bien-être des patients est une exigence pour le personnel médical, le bien-être des employés doit aussi l'être pour le service des ressources humaines en particulier et pour le niveau stratégique de l'hôpital en général. Ce qui passe non seulement par la maîtrise des attentes explicites des employés, mais aussi des besoins implicites.

S'agissant du présent mémoire, notre contribution va porter sur l'analyse de la qualité de vie au travail des surveillants des services de soins dont le rôle dans le bon fonctionnement des services de soins est capital. Cette étude diagnostic va permettre de poser les bases de la mise en place d'une démarche de gestion de la qualité de vie au travail à HALD.

L'objectif général de notre travail est de faire le diagnostic de la qualité de vie au travail des surveillants des services de soins de l'HALD.

Plus spécifiquement, il s'agira :

- D'apporter un éclairage sur la notion de qualité de vie au travail et ses implications,
- De présenter les différents champs de la qualité de vie au travail,
- De décrire les pratiques déjà existantes sur la qualité de vie au travail en milieu hospitalier,
- De présenter les différents outils de la qualité de vie au travail connus,

- D’identifier et d’évaluer les pratiques de HALD en rapport avec la qualité de vie au travail des surveillants de soins,

L’atteinte de ces objectifs se fera à travers le thème qui suit : « *Analyse de la qualité de vie au travail des surveillants des services de soins : Cas de l’hôpital Aristide LE DANTEC de Dakar* ».

Comme intérêt, HALD va disposer à la fin de notre travail d’un document de diagnostic de la qualité de vie au travail, qui va servir de base à la mise en place d’un système de gestion de la qualité de vie au travail.

Pour nous, ce sera l’occasion non seulement de confirmer nos compétences opérationnelles en matière de gestion des ressources humaines, mais aussi de développer une expertise dans le domaine de la qualité en général et celui de la gestion de la qualité de vie au travail des prestataires de soins en particulier. À travers cette étude, nous serons à même de mettre en place pour nous ou pour toute entreprise nécessitante, une démarche de gestion de la qualité de vie au travail.

Pour ce faire, nous aborderons après l’introduction générale, la première partie intitulée cadre théorique de la qualité de vie au travail, puis la seconde partie intitulée cadre pratique. Une conclusion générale viendra mettre fin à notre étude.

PREMIÈRE PARTIE :

**CADRE THÉORIQUE DE LA
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL**

CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS

1.1 Définition de la qualité

Pour cerner la notion de qualité, nous allons aborder plusieurs définitions. Ceci nous permettra de faire apparaître les points de vue de différents auteurs sur la question.

La définition de référence est celle contenue dans la norme ISO 9000 version 2005. Selon ladite norme, « *la qualité est un ensemble de caractéristiques intrinsèques visant à satisfaire des exigences.* »

FROMANTIN et al (2003) appréhendent la qualité de vie sous l'angle du besoin, des fonctions et de la qualité elle-même. Pour eux, c'est la meilleure façon de cerner la qualité. Le besoin cité plus haut est relatif aux attentes exprimées en termes de finalité. Les fonctions quant à elles font appel à la traduction des attentes des demandeurs. Cette composante de la qualité intègre la notion de besoin. Enfin, ils définissent la qualité comme étant le niveau de satisfaction apporté à un besoin exprimé.

CANARD (2009), distingue la qualité perçue par le client, la qualité dans l'entreprise, la qualité selon la norme ISO 9000 version 2005, la qualité du produit et la qualité du service. Pour ce qui nous concerne, nous allons retenir la qualité du point de vue du client et selon la norme ISO 9000 version 2005. La qualité perçue par le client peut être définie comme la comparaison entre ses attentes en termes de satisfaction et la perception obtenue après satisfaction ou obtention de ce qui est attendu. Ainsi définie, la qualité peut être considérée comme synonyme de médiocre, bon ou excellent selon les cas. BRASSEUR (2005), va parler de la qualité des données en précisant qu'une donnée est dite de qualité lorsqu'elle répond parfaitement aux besoins d'utilisateurs finaux de cette donnée. On parlera de la qualité des informations financières, économiques et sociales, socles de la prise de décision en entreprise.

CANARD (2012), dans une autre de ses publications, va revenir sur sa définition de la qualité sous l'angle de la satisfaction client. Pour AUTISSIER & al (2010), parler de la qualité c'est trouver l'équilibre entre la satisfaction du client, des actionnaires et le personnel de l'entreprise dont il a la charge. C'est également établir une relation mutuellement satisfaisante avec ses fournisseurs.

1.2 Définition de la qualité de vie

Afin de bien cerner le concept de qualité de vie existentielle, il est nécessaire de bien le distinguer deux autres types de qualités de vie décrits dans la littérature scientifique : « *la qualité de vie globale* » et « *la qualité de vie liée à la santé* », COCHRANE (2014). Selon SPILKER (1996), il est encore difficile de trouver un consensus en ce qui concerne la définition de la qualité de vie globale.

En effet, le concept de qualité de vie s'est d'abord développé dans le milieu sanitaire. Il était plus focalisé sur le bien-être du malade et les conditions idéales de sa prise en charge médicale. Cependant, certains auteurs vont aborder ce concept en le sortant du cadre strictement médical. CORTEN (1998) identifie trois grandes acceptions du terme qualité de vie qui vont émerger au cours de l'histoire:

« la qualité de vie environnementale, la qualité de la vie reliée à la santé et la qualité de la vie abordant tous les domaines de la vie et vue comme un tout ».

Citant FAGOT-LARGEAULT (1991), CORTEN précise que la qualité de vie, c'est ce qui fait la vie à savoir la santé, l'amour, le succès, le confort, la jouissance et le bonheur. Mener une certaine qualité de vie c'est dépasser le problème de la faim et se positionner au plus haut possible de la pyramide de MASLOW. La qualité de vie ne peut être parfaitement définie que par celui à qui elle se rapporte.

CORTEN (1993) va plus loin pour ajouter que seule la définition de l'OMS de la qualité de vie semble faire l'unanimité dans la communauté des chercheurs parmi une multitude de définitions contrairement à toutes les autres définitions de la QVT.

CORTEN appréhende aussi la qualité de vie comme devant prendre en compte l'influence de l'environnement externe sur l'individu composé essentiellement de ses événements de vie et de son vécu quotidien.

GILL et al (1994), ont publié une étude dans laquelle 85% des articles consultés sur la qualité de vie au travail ne définissent pas ce qu'ils entendent par qualité de la vie. 52% de ces derniers n'expriment pas pourquoi ils ont sélectionné telle ou telle échelle et aucun ne fait de distinction entre qualité de vie liée à la santé et qualité de vie couvrant un tout.

JENKINS et al (1994), ont également intégré le pronostic médical dans la définition des dimensions de la qualité de vie dans le domaine de la santé du patient. La qualité de vie peut

signifier une spiritualité satisfaisante pour WHOQOL group (1995)⁵, les valeurs individuelles qui fondent l'envie de continuer par apprécier la vie pour CORTEN(1993), DAZORD et al (1993), GUERIN et al (1992).

De toutes ces approches de la qualité de vie qui précèdent, il ressort qu'elle se caractérise par un regard cognitif et un jugement sur son vécu de bien-être.

Faisant sienne, la définition de DUPUIS et al, (2007), ETIENNE Anne-Marie (2014) précise que :

« la qualité de de vie, à un moment donné dans le temps, est un état qui correspond au niveau atteint par une personne dans la poursuite de ses buts organisés hiérarchiquement. »

GAYRAL-TAMINH, M et al (2005) ajoutent que malgré les difficultés des chercheurs à trouver un consensus dans la définition de la qualité de vie, un accord semble se dégager et donne une définition qui prend en compte l'ensemble des événements et leurs incidence sur la vie de chaque individu. Cette définition est synthétiser dans l'approche de CORTEN (1998) qui précise que

« la vie est de qualité quand la vie fait sens ».

En analysant les écrits de 1990 à 2004, DAVIS & al, (2006), ont montré l'existence de différences au niveau de la définition de la qualité de vie et de la qualité de vie liée à la santé. Suivant les écrits, ils précisent que la qualité de vie est définie

« en termes de position dans la vie, de fonctionnement, de sentiment à propos du fonctionnement, d'existence et enfin, de différence entre le soit actuel et le soi idéal. »

S'agissant de la qualité de vie liée à la santé, les auteurs la définissent

« en termes de fonctionnement, de sentiment par rapport au fonctionnement, de santé et de valeur accordée à la durée de la vie. »

WALLANDER & al, proposent de définir la qualité de vie comme étant

« la combinaison du bien être objectivement et subjectivement indiqué dans multiples domaines de la vie considérés comme saillant dans la culture et le temps tout e adhérent à des standards universels des Droits de l'Homme . »

⁵The World Health Organization Quality of Life Assessment

Pour ces auteurs, la qualité de vie revêt un caractère holistique, une tentative de cerner la façon bonne ou mauvaise, dont la vie se déroule à un moment donné.

Pour GAYRAL-TAMINH et al. (2005), la proposition de CORTEN (1998) pour qui « *la vie est de qualité quand la vie fait sens* » synthétise un accord en faveur d'une définition établie sur base de l'ensemble des événements et de leur retentissement sur la vie de chaque individu.

Selon BORSODORF (1999),

« La notion de qualité de vie désigne la convergence de bonnes conditions de vie objectives dans un contexte précis vers une évaluation subjective de ces conditions perçues comme facteur du bien être individuel ».

Ainsi définie, la qualité de vie individuelle suppose qu'un certains nombres de conditions idéales de bien être soient réunies autour d'un individu.

MACIA et al (2010), dans leurs articles, ils ont recueilli la perception des dakarois sur la notion de qualité de vie. Pour certains dakarois, la qualité

«...c'est la santé avec beaucoup de paix. Et il ne faut pas se faire trop de soucis. »

Pour d'autres

«...il faut avoir une bonne santé et que tes proches soient aussi en bonne santé. Que tu aies à manger, que tu aies à boire. »

Une bonne qualité de vie suppose également qu'il

«...faille que les trois choses soient présentes : avoir de l'argent, avoir une maison et tout ce qui va avec ; être en bonne santé, quand tu es malade, que tu puisses te soigner, quand un de tes proches est malade, que tu puisses le soigner ; avoir la paix. C'est les trois choses que je vois.»

D'autres par contre trouve que la qualité de vie c'est

« ...avoir la santé, bien se porter. Et puis il faut avoir les moyens.» etc...

De toutes ces réponses, la notion qui revient est celle de la relativité des perceptions sur le contenu de la qualité de vie, ce qui ne rend pas facile la totale maîtrise de ce concept.

1.3 Définition de la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail n'est pas éloignée de la définition de la qualité et de la qualité de vie. C'est une transposition des éléments caractéristiques de base de ces deux notions en milieu de travail qui met aux prises l'employé et son environnement. Historiquement le terme qualité de vie au travail est apparu pour la première fois à la conférence sur les relations de travail tenue en 1972 à Arden House de l'Université de Columbia à New York, DAVIS & CHERNS (1972). Citant, SIRGY & al. (2011), SINHA (2012), ceux-ci précisent que la QVT fait référence à l'impact du cadre de travail sur la satisfaction de la vie au travail, la satisfaction dans des domaines sans lien avec le travail et la satisfaction prenant en compte le bien-être total. Quant à DANNA et GRIFFIN (1999), la qualité de vie au travail est perçue comme une hiérarchisation des concepts qui incluent des domaines en dehors du cadre de travail, comme la satisfaction de la vie, la satisfaction du travail, la collaboration et les relations hiérarchiques.

Le rapport de l'ANI (2013), signé en France entre les partenaires sociaux et le patronat définit la qualité de vie au travail comme « *le sentiment de bien-être au travail perçu collectivement ou individuellement* »

Pour la lettre d'information du cabinet CAPITAL SANTE⁶ (2013),

« la qualité de vie au travail à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu, dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur de son domaine de travail. »

À travers cette citation, le concept prend en compte les objectifs individuels des travailleurs dans l'intérêt de l'entreprise, de même que ceux qui n'ont pas de liens avec le travail.

La HAS⁷(2014) livre sa définition de la qualité de vie au travail qui a :

« comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les salariés de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle

⁶Accompagnant les entreprises depuis plusieurs années dans leur démarche QVT, CAPITAL SANTÉ a investi en 2013 dans un projet de recherche appliquée sur le thème de la QVT et des indicateurs humains de performance.

⁷http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail, mise en ligne 12 mai 2014

des salariés et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées notamment organisationnelles, aux côtés des directions, de l'encadrement et des experts. En cela, c'est un objet à part entière des relations sociales dans l'entreprise ».

Pour JAYAKUMAR & KALAISELVI (2012), la QVT renvoie au ressenti du travailleur de toutes les dimensions du travail incluant le revenu économique et les bénéfices, la sécurité, les conditions de travail, l'organisation et les relations interpersonnelles. Cette notion renferme aussi bien la vie de l'employé à l'intérieur de son cadre de travail, qu'à l'extérieur.

D'autres auteurs NADLER et LAWLER (1983), définissent la QVT comme une manière de pensée orientée vers autrui, son travail et son organisation. Pour DAVIS, LEVNE et TAYLOR (1984), la QVT se définit par ces aspects du travail que les membres de l'organisation trouvent désirables et améliorant la QVT.

NANJUNDESWARASWAMY et Dr SWAMY (2012) citent dans l'un de leurs articles, plusieurs auteurs ayant tenté une approche de définition de la QVT. Pour NASL et DARGAHI, la QVT est un programme complet mis en place pour améliorer la satisfaction des employés, développer les compétences professionnelles et manager efficacement le changement à travers des études descriptives et analytiques qui montre que les employés sont insatisfaits de leur santé et sécurité au travail, des managers de proximité et du top management. Il faudra y ajouter le revenu de ces agents, l'équilibre entre le temps passé au travail et en famille et montrer à travers ce programme, que le poste que les agents occupent n'est ni intéressant ni satisfaisant.

D'autres auteurs cités par l'article, RETHINAM, MAIMUNAH (2007), trouvent que la QVT est un construit multidimensionnel. Il prend en compte plusieurs facteurs qui doivent être conceptualisés et mesurés avec prudence. Ces facteurs associent la satisfaction procurée par son travail, l'implication au travail, la performance, la santé, la sécurité et le bien-être, la sécurité de l'emploi, le développement des compétences, l'équilibre vie privé vie professionnelle. CUNNINGHAM et EBERLE (1990), ajoutent que sur le plan individuel, les éléments de la qualité de vie au travail prennent en compte, les tâches, l'environnement physique de travail, son environnement social au sein de l'organisation, le système administratif et les relations entre le travail et en dehors du travail. CHAN et EINSTEIN (1990), désignent la QVT comme le reflet qu'ont les gens de leurs expériences au travail, de leurs relations avec les autres, leurs conditions de travail et leur efficacité au travail.

La Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de travail (2002) a une approche de la QVT identique à celle de NASL et DARGAHI citée plus haut.

HACKMAN et OLDHAMS (1980) mettent en évidence les construits de la QVT par rapport à l'interaction entre l'environnement de travail et les besoins intrinsèques du travailleur. Cet environnement de travail à même de réaliser les attentes personnelles des travailleurs, produit des interactions positives qui améliorent la QVT. Les deux auteurs soulignent que les besoins personnels sont satisfaits quand la récompense de l'organisation telle la promotion, la reconnaissance et le développement coïncident avec les attentes des salariés.

KIERNAN et KNUSTON (1990), affirment que la QVT est l'interprétation de l'employé de son rôle au sein de son organisation et les interactions de ce rôle avec les aspirations des autres membres de l'organisation. Ils ajoutent que la QVT est une notion individuelle et varie d'un individu à un autre et suivant les cas.

Pour KERCE et BOOTH-KEWLEY (1993) la Qualité de Vie au Travail est une manière de pensée des autres, du travail et de l'organisation qui nous emploie. Pour les Canadiens MARTEL et DUPUIS (2006) la Qualité de Vie au Travail

« correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et par conséquent, sur le fonctionnement global de la société »

Le BNET Business Dictionnaire définit la QVT comme le degré de satisfaction personnel vécu par l'employé dans son travail qui prend en compte le niveau d'estime,

En résumé, la Qualité de Vie au Travail est un concept large qui intègre plusieurs aspects de l'homme au travail à savoir : la satisfaction à travers le travail, l'implication, l'amélioration de l'environnement de travail, le salaire, etc.

CHAPITRE 2 : CHAMPS, INDICATEURS ET ACTEURS DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

2.1 Historique du concept de qualité de vie au travail (QVT)⁸

Apparition et popularisation du concept de qualité de vie au travail : C'est en Europe qu'apparaissent les premiers efforts importants de recherche sur l'organisation du travail. En Suède, la politique sociale-démocrate du gouvernement d'alors favorise le virage vers une modification des conditions de travail plus orientées vers le bien-être du travailleur. À la même période, le besoin de réorganiser le travail se fait sentir simultanément dans plusieurs autres pays de l'Europe de l'Ouest, mais, contrairement à la Suède, les initiatives observées en Angleterre, au Danemark, en France, en Hollande, en Irlande et en Norvège sont caractérisées par des efforts peu organisés et isolés.

De l'autre côté de l'Atlantique, la pression se fait de plus en plus forte pour suivre le nouveau courant initié en Europe. Vers la fin des années '60, Irving BLUESTONE, alors employé de la compagnie General Motors, met sur pied un programme qui vise essentiellement à évaluer le niveau de satisfaction des employés afin de développer une série de mesures contribuant à augmenter la productivité des travailleurs. C'est dans ce cadre qu'est utilisé pour la première fois le terme « *Quality of Work Life* » GOODE (1989).

Selon plusieurs chercheurs, il s'agit là du point de départ pour la communauté scientifique, les employeurs et les syndicats pour tenter de définir les conditions qui permettraient de concilier les buts et les aspirations de tous les acteurs en présence dans le monde du travail.

Le début des années 70 est une période fertile en recherches et en tentatives de clarification de la définition de la QVT. Le point culminant de cette effervescence est sans doute la conférence internationale sur la Qualité de Vie au Travail tenue en septembre 1972 dans l'état de New York. Une des conclusions de cette conférence a été de reconnaître la nécessité de coordonner les efforts des chercheurs et organismes concernés afin de bâtir un corpus théorique solide autour du domaine de recherche de la QVT. C'est ainsi qu'est institué, dès 1973, le Conseil International de Qualité de Vie au Travail.

⁸Les informations de cette section proviennent en grande partie de la thèse de J.P. Martel, 2004, et de l'article Martel et Dupuis (2006 :20).

En dépit de ces initiatives, l'on constate qu'il n'existe à cette époque, aucune définition claire et largement acceptée de la qualité de vie au travail. Il attribue ce fait à la variété des intérêts des groupes qui coexistent à l'intérieur des organisations.

Par contre, le paradigme utilisé jusqu'à présent pour définir la QVT se base sur l'argument que le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction détermine le niveau de QVT. De même, il souligne l'importance de se préoccuper des conditions environnementales et de la perspective temporelle dans la mesure de la satisfaction et de tenir compte du point de vue de l'employeur, de l'employé et de la communauté dans la définition de l'efficacité des rôles de chacun au sein du monde du travail. Du point de vue de l'employeur, la QVT se traduit en terme de rendement, de productivité, de coût de revient et de qualité du produit. Pour l'employé, elle est dépendante du revenu, de la sécurité et de la satisfaction intrinsèque du travail. Quant à la perspective communautaire, elle résulte d'une utilisation maximale des talents et des compétences de chaque employé.

De 1980 à 2000 – Recherche de consensus : dès le début des années 80, NADLER et LAWLER (1983) constatent que la nature même de la QVT a subi plusieurs mutations. Pour ces deux auteurs, la QVT devient le symbole d'une approche plus harmonieuse entre l'employeur et l'employé et est associée à une méthode permettant l'amélioration des conditions de travail.

Déjà vers la fin des années 70, la popularité du concept de QVT est en baisse. Pour certains auteurs, la QVT est devenue un mouvement, une idéologie ou une mode. Selon NADLER et LAWLER (1983), la QVT risque à court terme d'être indéfinissable si elle ne comble pas les attentes voulues. Les auteurs précisent aussi que tant que le problème de la définition de la QVT n'est pas réglé, l'implantation et le développement de la recherche dans ce domaine seront grandement compromis.

Enfin, le lien prématuré de cause à effet entre la productivité et la QVT génère plusieurs faux espoirs. Les auteurs précisent que, même s'il est raisonnable de croire que la QVT entraîne une augmentation du sentiment d'appartenance, un travail de meilleure qualité et un plus faible taux d'absentéisme, il est par contre inexact de croire que le niveau de productivité y est directement relié.

Après avoir erré dans un important vague conceptuel au cours des années 70, le concept de qualité de vie au travail donne lieu, au cours de la décennie suivante, à ce qui semble être un certain consensus. C'est du moins ce que laissent entrevoir les écrits de différents auteurs, dont SASHKIN et BURKE (1987), NADLER et LAWLER (1983).

Un examen des publications concernant la qualité de vie au travail depuis les trente-cinq dernières années révèle que ce consensus tourne autour de trois points:

- La qualité de vie au travail est un construit subjectif, NADLER et LAWLER (1983) ; KIERNAN et KNUTSON (1990) ; ELIZUR et SHYE (1990).
- La qualité de vie au travail se doit d'intégrer des aspects organisationnels, individuels et sociaux, KIERNAN et KNUTSON, (1990).
- Le travail a une influence certaine sur les autres domaines de vie et fait partie intégrante de la qualité de vie générale GOODE(1989) ; ELIZUR et SHYE (1990) ; KIERNAN et KNUTSON (1990) ; LOSCOCCO et ROSCHELLE (1991).

Tendances récentes (2000 à nos jours) : Une recherche effectuée dans les banques de publications informatisées *Psyclit* et *Sociofile* démontre que très peu d'articles publiés entre 1973 et 2002 permettent une avancée théorique susceptible de clarifier davantage le construit de la QVT. Cette même recherche confirme une tendance croissante de l'intérêt des chercheurs vers des construits possiblement mieux définis que la QVT ou vers des indicateurs plus tangibles d'une notion toujours aussi floue. La même recherche effectuée pour la période de 2003 à 2009 donne 339 références pour qualité de vie au travail et 3145 pour santé mentale au travail.

Le début des années 60 a donc été le point de départ de l'intérêt porté à la qualité de vie au travail. Au cours des années qui ont suivi, il est apparu que ce concept était confondu avec la satisfaction au travail, avec des indicateurs objectifs tels que le salaire ou les congés, ou encore avec d'autres concepts comme la santé mentale, la santé psychologique au travail, le stress, etc. Encore aujourd'hui, une certaine confusion entoure la définition de la qualité de vie et par conséquent sa mesure, MARTEL et DUPUIS (2006). D'ailleurs, un instrument de mesure de qualité de vie au travail ayant fait l'objet d'une publication récente, SIRGY et al (2001), évalue la qualité de vie au travail en mesurant la satisfaction dans différents domaines liés au travail.

Alors qu'il existe toujours une certaine confusion autour de la définition du concept de qualité de vie au travail, une tendance semble maintenant se dessiner afin d'en déterminer les indicateurs.

Ainsi, dans une initiative intitulée « *Work Life Indicators Research Project : Revision of CCHSA Work Life Dimension of Quality and Accreditation Standards* », supportée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (2005), l'importance des indicateurs suivants est soulignée : *Caractéristiques des rôles, Prise de décision, Environnement d'apprentissage, Déterminants de la santé physique et psychologique, Justice et équité, Relations et environnement social, Reconnaissance et support, Leadership partagé ; Culture et alignement des valeurs.*

Du côté de l'Europe, la recherche des facteurs qui pourraient être associés à la qualité de vie au travail s'est plutôt orientée vers l'identification des facteurs de risques psychosociaux.

BOISSIERES (2006), de l'Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, cite un entrepreneur qui mentionne que « *la performance d'une entreprise se mesure aux résultats qu'elle a réussi à atteindre, un point c'est tout* »

Selon la Commission Universitaire pour la Santé et la Sécurité au Travail Romande (2005),
« *les risques liés aux relations humaines au travail sont les risques qui découlent de l'interaction entre des individus et de l'interaction de l'individu avec son travail. Ce sont des risques rencontrés dans la sphère professionnelle et qui ont des effets sur la santé mentale des individus et leur intégrité physique* ».

2.2 Les champs de la qualité de vie au travail

Pour cerner le concept de la qualité de vie au travail dans toutes ses dimensions, les chercheurs ont identifié quelques éléments entrant dans le périmètre de la qualité de vie au travail. Pour l'ANI (2013), la QVT renvoie à la qualité de l'engagement de tous à tous les niveaux de l'entreprise, la qualité de l'information partagée, la qualité des relations de travail et la qualité des relations sociales. A cela s'ajoute la qualité des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, la qualité du contenu du travail, la qualité de l'environnement physique, la possibilité de réalisation et de développement personnel, la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle et le respect de l'égalité professionnelle.

L'ANACT (2013)⁹ cite la SNCF en France qui s'est inscrite dans une démarche de qualité de vie au travail. Les champs qu'elle a retenus sont identiques pour l'essentiel à ceux de l'ANI à l'exception de la qualité du contenu du travail et de l'environnement physique de travail. Il faut cependant relever le fait que la SNCF n'a pas explicitement pris en compte l'aspect épanouissement physique, psychique et intellectuel mentionné par l'ANI.

L'INSEE (2010), identifie neuf dimensions de la qualité de vie assimilables à la qualité de vie au travail suivants : les conditions de vie matérielles, les contraintes financières, la santé, l'éducation, les conditions de travail, la participation à la vie publique, les contacts avec les autres, l'insécurité économique et l'insécurité physique.

Le chercheur indien SINHA (2012), précise que la notion de qualité de vie au travail intègre la communication, le développement de la carrière et la promotion, l'engagement des employés au sein de leur organisation, la qualité du support moral, la flexibilité dans l'aménagement du temps de travail, la culture de l'esprit de famille au sein de l'organisation, la motivation des employés, le climat organisationnel, le niveau de support organisationnel, la satisfaction procurée par le travail, la rétribution et les avantages de même que la rémunération.

SHALLA et FAZILI (2014)¹⁰, identifient comme champs de la qualité de vie au travail, une rémunération adéquate, la santé et la sécurité au travail, les œuvres sociales, la sécurité de l'emploi, la flexibilité du temps de travail, l'intéressement, la participation au travail. L'auteur cite également SEKHARAN (1985), qui précise que le concept de QVT originellement prenait uniquement en compte le salaire, le temps de travail et les conditions de travail. Il a ensuite évolué vers la participation au travail, le niveau de satisfaction des employés sur plusieurs aspects de leur environnement de travail, la perception qu'ils ont de leurs compétences et le niveau de leur accomplissement au travail.

SCHALOCK (1993), présente plusieurs approches d'auteurs traitant de la qualité de vie. Ces approches sont valables aussi bien au sein comme en dehors du cadre de travail. Selon BORTIWICK-DUFFY (1991), la qualité de vie se résume à la satisfaction et aux conditions de vie. GOODE (1990), parle plutôt des relations interactives, de l'adaptation entre les exigences de l'environnement et les caractéristiques personnelles, des perceptions des besoins de la personne et des ressources de l'environnement social. Enfin, pour SCHALOCK et al

⁹ Revue *Travail & changement* (Dec, 2013)

¹⁰ www.academia.edu/5081587/QUALITY_OF_WORK_LIFE_AND_EMPLOYEE_JOB_SATISFACTION-A_DIMENSIONAL_ANALYSIS

(1990) les dimensions de la QVT sont : l'autonomie, la productivité, l'intégration à la communauté et la satisfaction.

Le CLIPP¹¹ (2009) répertorie huit (08) domaines relatifs à la QVT que sont : la rémunération, le cheminement professionnel, l'horaire de travail, le climat avec les collègues, le climat avec les supérieurs, les caractéristiques de l'environnement physiques, le support offert à l'employé et les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches.

La qualité de vie au travail appartenant à la thématique générale de la qualité de vie, ses champs peuvent y être parfaitement transposés. Ainsi, le caractère multidimensionnel de la qualité de vie constitue une propriété communément admise par la communauté scientifique. Si le nombre de dimensions varie selon les auteurs, certaines dimensions à savoir : les dimensions physique, psychologique et sociale de la santé sont intégrées dans la plupart des outils d'analyse de la qualité de vie infantiles, RAJMIL et al, (2004). Par ailleurs, les dimensions incluent des sous-dimensions organisées hiérarchiquement. Un chevauchement considérable se remarque entre elles, WALLANDER et al, (2001).

Selon COCHRANE (2014), la majorité des auteurs seraient d'avis pour inclure dans le concept de qualité de vie globale cinq grandes dimensions (champs) :

« l'état physique, l'état psychologique, les interactions sociales, le statut économique et vocationnel et les croyances spirituelles ou religieuses ».

Enfin MACIA et al (2010), analysant les dimensions de la qualité de vie subjective à DAKAR en ont identifié cinq (05). Il s'agit de la santé physique, des relations sociales, des conditions matérielles, des caractéristiques psychologiques individuelles et les stratégies d'adaptation.

2.3 Les indicateurs de qualité de vie au travail

ANACT (2010)¹², dans la perspective d'élaboration du questionnaire sur la Compétence, la Santé et l'Employabilité (CSE), identifie quatre grandes familles d'indicateurs à considérer pour l'analyse de la qualité de vie au travail. Premièrement, nous avons les indicateurs caractéristiques des personnes que sont : l'âge, l'origine, le genre, l'ancienneté, les qualifications. Le deuxième groupe d'indicateur est relatif aux caractéristiques contextuelles et prend en compte les contraintes temporelles, les contraintes de pénibilité physique, les

¹¹ Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales.

¹² ANACT, Quels indicateurs de la qualité de vie au travail, *Revue Travail & Changement* N°334 : Pages4.

contraintes de l'environnement et les contraintes organisationnelles. Le troisième groupe d'indicateurs qui prend en compte les facteurs de mise en mouvement est relatif aux facteurs organisationnels et personnels. Le quatrième groupe qui concerne le parcours professionnel planche sur la stabilité au sein de l'organisation, la mobilité professionnelle et la précarité de l'emploi.

LA FABRIQUE DE SPINOZA (2013)¹³ a analysé huit outils de mesures du bien-être au travail (ou de la qualité de vie au travail) regroupés en quatre groupes d'indicateurs. Il s'agit des indicateurs inspirés de la santé au travail (*Mesure Management Santé* de Malakoff Médéric, *Indice du Bien-être au Travail* de Mozard Consulting), les indicateurs inspirés de la science du Bien-être (*Engagement Survey + Well being finder* de Gallup, *le Baromètre du Bien-être au Travail* de Martin-Krumm + Nikolaidis Tsialdaridis, *The happiness Indicator* de Erasmus Hapyness Economics Reaserch Center), les outils empiriques (*Bien-être et qualité au Travail* de BeBetter&Co, *Great Places to Work* de Great Places to Work Institute), les outils inspirés de l'Audit Social (*Enropean Social Label* de European Social Label Institute, *Opentojob* de Opentojob, *Baromètre du climat Social* de mars-lab, *Sociodiag* de Synergie). Chacun de ces outils de mesure prend en comptes des domaines qui varient suivant la logique d'approche adoptée.

La Haute Autorité de la Santé (HAS)¹⁴ a également répertorié des indicateurs dans la cadre de la certification des établissements de santé sur la qualité de vie au travail. Les indicateurs retenus sont : les indicateurs du dialogue social et implication du personnel, les indicateurs du management des emplois et des compétences, les indicateurs d'intégration des nouveaux arrivants, les indicateurs de santé-sécurité au travail, les indicateurs relatifs au pilotage de l'établissement de santé, les indicateurs de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

PUBLIC SERVICES HEALTH et SAFETY ASSOCIATION (2013)¹⁵, a répertorié comme indicateur de la QVT, le Turnover, les vacances de postes, la formation et les possibilités de développement professionnel, les heures supplémentaires, l'absentéisme, la compensation des heures de travail perdues, la formation des managers et superviseurs directs, l'évaluation des risques et la qualité de l'engagement des employés.

¹³ <http://www.ddline.fr/wp-content/uploads/2013/11/Guide-des-indicateurs-de-bien-etre-au-travail-FS-FINAL.pdf>

¹⁴ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/fiche_dd_critere_3d.pdf

¹⁵ file:///C:/Users/Gnangba/Downloads/Healthy+and+Safe+Workplaces+Potential+Indicators_Jan_2013.pdf

LOWE (2002), identifie cinq (05) domaines relatifs aux indicateurs de la qualité de vie au travail des infirmiers. Il s'agit du leadership et de la culture, le contrôle de la charge de travail, le contrôle des pratiques surtout en termes d'autonomie, l'adéquation des ressources mise à disposition, les performances individuelles et organisationnelles.

Selon KORREVESKI (2009)¹⁶, la Qualité de vie au travail renferme comme indicateurs subjectifs, la satisfaction de l'emploi et la marge d'autonomie de l'employé.

COLE et al (2005)¹⁷ ont répertorié au total 209 indicateurs devant mesurer la qualité de vie au travail. 120 indicateurs ont été identifiés comme étant des indicateurs de performances, 36 comme des indicateurs formels de la qualité de vie au travail, le reste étant reversé comme des indicateurs ressources humaines. Sur les 36 indicateurs de la qualité de vie formellement identifiés, 32 ont été clairement retenus comme mesure de la qualité de vie au travail. Les domaines concernés par les indicateurs répertoriés sont : l'environnement d'apprentissage (31/209), le paquet incitatif (81/209), les conditions de travail (62/209), les problèmes de santé (48/209) et les problèmes organisationnels (18/209).

2.4 Les acteurs de la qualité de vie au travail

Pour que la mise en place des programmes de gestion de la qualité de vie au travail soit un succès, il est impérieux qu'un certain nombre d'acteurs au sein de l'organisation soient impliqués.

Dans l'Accord sur la qualité de vie au travail du groupe THALES (2009)¹⁸, plusieurs acteurs ont été identifiés pour la mise en œuvre de ce programme. Il s'agit de la Direction Générale agissant en tant qu'employeur, de la Direction des Ressources Humaines, des structures en charge des questions de santé du groupe, de l'Assistante sociale, du Risk Sponsor dommage aux hommes, des managers, du CHSCT, du comité d'entreprise ou d'établissement, de la commission centrale qualité de vie au travail et des événements dédiés mis en place pour promouvoir la qualité de vie au travail.

Le rapport LACHMAN (2010), dans ses dix (10) propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, précise dans les quatre (04) premiers points, les acteurs à impliquer. Il s'agit « de la direction générale et son conseil d'administration, des managers, des salariés et des partenaires sociaux.

¹⁶ file:///C:/Users/Gnangba/Downloads/1.%20Subjective%20measure%20of%20quality%20of%20work%20life%20(1).pdf

¹⁷ <http://ocmed.oxfordjournals.org/content/55/1/54.full.pdf>

¹⁸ <http://coord.cgthales.fr/wp-content/uploads/sites/19/2014/01/ACCORD-QUALITE-DE-VIE-AU-TRAVAIL-28012014.pdf>

CAPITAL SANTÉ (2013), insiste plus sur le rôle des dirigeants que sont la direction, les managers et les salariés. Pour L'ANACT (2007)¹⁹, les acteurs de la mise en œuvre d'un programme de la qualité de vie au travail sont la direction, les salariés, les partenaires sociaux et les préventeurs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

¹⁹ ANACT (2007), Améliorer la qualité de vie au travail : des pistes pour agir, revue de la qualité de vie au travail, *Travail et Changement*, N° Spécial : 32 pages.

CHAPITRE 3 : ENJEUX, OUTILS ET DÉMARCHES DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Le concept de qualité de vie au travail et son développement au cours de ces dernières années répond à un impératif, celui d'en faire un levier stratégique de performance des organisations. Suivant la nature des organisations où la démarche doit être mise en place, celle-ci présente des spécificités. Après avoir passé en revue les principaux enjeux de la qualité de vie au travail, ses outils, nous présenterons quelques démarches de qualité de vie au travail mise en place par certaines organisations.

3.1 Les enjeux de la qualité de vie au travail

DELABROY et SARAZIN(2012)²⁰ présente deux hôpitaux marseillais *Ambroise- Paré* et *Paul-Desbief* qui se sont résolument inscrits dans une démarche de qualité de vie au travail. Les enjeux de ces deux formations hospitalières sont de faire de la qualité de vie au travail une démarche distincte des autres démarches qualité. Il s'agit également de renforcer la culture d'entreprise. Pour eux, la qualité doit être une démarche d'ensemble. Leurs programmes qualité de vie au travail s'inscrivent également dans le processus de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé de France. Enfin, ce programme vise à renforcer le sentiment d'appartenance et minimiser les conflits larvés à travers un management très « porte ouverte », c'est-à-dire qui facilite l'accès à la direction.

LAVOIE-TREMBLAY²¹, OUNAN²² (2007)²³, expliquent que la mise en place d'une démarche qualité de vie au travail en milieu sanitaire vise à créer un milieu de travail sain en luttant contre l'épuisement professionnel, en montrant qu'il existe un lien entre l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale, en cherchant à réduire le nombre d'abandons professionnels dans le domaine sanitaire et en réduisant l'absentéisme pour cause de maladie ou d'invalidité. Pour y parvenir, trois (03) axes stratégiques d'action ont été mis en place. Il s'agit :

- de l'engagement à faire de la qualité de vie au travail une priorité stratégique et à établir des attentes appropriées en matière de rendement et de pratiques responsables,

²⁰ Caroline Delabroy et Béatrice Sarazin (2012), Deux hôpitaux marseillais qui soignent la qualité de vie au travail, ANACT, http://www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=30381606

²¹ Mélanie Lavoie-Tremblay, inf., PhD. Professeure adjointe, École des Sciences Infirmières, université McGill.

²² Charles Sounan, PhD. Chercheur Senior, Direction des Ressources Humaines, Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM); Professeur adjoint, École des Sciences Infirmières, Université McGill

²³ <http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>

- de la mise en place d'indicateurs pour mesurer la qualité de vie au travail
- d'identifier au moins une stratégie visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et l'évaluation de ces initiatives ;
- de mettre en œuvre de bons procédés internes et externes d'échange de connaissances afin de continuer à partager, à apprendre et à s'améliorer.

Pour l'ANACT (2013)²⁴, la qualité de vie au travail vise trois enjeux majeurs : voir le travail comme créateur de valeur, renouveler le dialogue social et redonner du sens à l'organisation. La CNRACL(2010)²⁵ précise que la qualité de vie au travail relie de nombreux domaines parmi lesquels on retrouve la gestion des ressources humaines et l'organisation des établissements. C'est un concept qui prend en compte les conditions d'exercice de l'activité et comporte une dimension collective. Une démarche qualité de vie au travail bien menée peut être source de plaisir et favoriser des offres de soins de qualité.

PRIYADARSHANI²⁶ et BHAGAT²⁷ (2014), dans l'un de leurs articles citent plusieurs auteurs dont les propos sont assimilables aux enjeux de la qualité de vie au travail. Pour certains mettre en place un programme de la qualité de vie au travail, c'est montré que les hommes sont la plus importante ressource de l'organisation et pour méritent respect et dignité. Pour d'autres, la qualité de vie au travail poursuit deux (02) objectifs. Le premier c'est d'améliorer la productivité et le second d'augmenter la satisfaction des employés. Pour d'autres encore, le programme qualité de vie au travail peut améliorer le moral des employés et rendre l'organisation plus efficace. Quant à HALOVIC (1991), le programme qualité de vie au travail peut participer à la réduction de l'absentéisme, des accidents de travail mineurs, les conflits au travail et les abandons de postes. NEWAZ et al (2007) pensent que le turnover peut être aussi réduit par la mise en place d'un programme de QVT. Enfin pour REZEVICIUS (2007) faire de la qualité de vie au travail c'est développer les emplois et les conditions de travail.

Le livre « *Inside the cercle* » de PARKER (1995), précise que les programmes de qualité de vie au travail visent à réformer le milieu de travail et sensibiliser les organisations à la nécessité de récompenser les employés pour leur intelligence, leurs ressources et leurs

²⁴ ANACT (2013), Les promesses de la qualité de vie au travail, revue de la qualité de vie au travail, *Revue Travail & Changement* N°347.

²⁵ La Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales, Dossier N°10, Qualité de vie au travail dans la Fonction Publique Hospitalière (FHP) : Enjeux, acteurs et démarches

²⁶ Lecturer, Department of Management, Birla Institute of Technology, Lalpur, Ranchi, Jharkhand

²⁷ Lecturer, Department of Management, Birla Institute of Technology, Lalpur, Ranchi, Jharkhand

compétences. Initier un programme de qualité de vie au travail, c'est mettre la coopération au cœur de la relation employeur/employé.

S'agissant du contenu du livre de PARKER sur la qualité de vie au travail analysé par NEEDLEMAN, les programmes qualité de vie au travail visent à créer un environnement organisationnel compétitif et à le promouvoir. Ils participent également à sauvegarder les emplois. Ces programmes mettent fortement en relation la production, la productivité et la qualité au sein des organisations. La réalisation du profit reste le but ultime.

L'auteur ajoute que la mise en place des programmes de Qualité de vie au travail est née du besoin des organisations de trouver un moyen plus efficace pour motiver leurs employés. Selon PARKER, ils constituaient à leurs débuts une parade à la syndicalisation des employés et aux actions syndicales. Aussi pour le management de l'organisation, les programmes qualité de vie au travail visent à réduire les coûts, à améliorer la qualité de son produit ou service. Pour y arriver, le management est souvent prêt à faire des compromis. Pour PARKER, le management à travers les programmes QVT cherche à connaître les capacités de maîtrise des procédés par les travailleurs, à réduire les résistances au changement, à établir plus de flexibilité au travail, à mieux respecter les contrats et à fragiliser les actions syndicales. Enfin, les programmes qualité de vie au travail constituent le premier niveau de négociation avec les partenaires sociaux.

DARGAHI²⁸ et NASLE SERAGI (2007)²⁹, dans leur article parviennent à la conclusion selon laquelle, les éléments sur lesquelles les programmes de qualité de vie doivent mettre l'accent sont : la communication, la qualité de la politique de rémunération, les avantages non monétaires et la qualité du support apporté aux employés par l'organisation.

3.2 Les outils de gestion de la qualité de vie au travail

Comme pour tout domaine d'expertise, la mise en œuvre de la démarche qualité de vie au travail dans une organisation suppose l'élaboration et la maîtrise de plusieurs outils. Les outils à élaborer doivent tenir compte des réalités de chaque organisation tandis que les outils déjà élaborés à emprunter, devront être adaptés au contexte de leur utilisation.

²⁸ *Dept. of Health Care Management, School of Allied Health Medicine, Medical Sciences/University of Tehran, Iran.*

²⁹ *Dept. of Occupational Health, School of Public Health, Medical Sciences/University of Tehran, Iran*

Certains cabinets de consultance et organismes œuvrant dans le domaine de la santé et sécurité au travail ont conçu et mis à la disposition des entreprises des outils de mesure de la qualité de vie au travail regroupés en 4 grands types, LA FABRIQUE DE SPINOZA, (2013).

Il s'agit des :

- outils inspirés par la santé au travail (2 outils),
- outils inspirés par l'audit social (4 outils),
- outils issus de la science du bien-être (3 outils),
- outils empiriques (2 outils).

Il est également à souligner qu'un outil de mesure s'inscrit dans une démarche globale dont le cœur est l'administration d'un questionnaire aux employés ou à un audit.

3.2.1 Les outils inspirés de la santé au travail

3.2.1.1 Indice du Bien-Être au Travail [IBET]

L'Indice de Bien-Être au Travail (IBET) est un outil conçu par le cabinet Mozart Consulting. Son fondement idéologique est que l'enjeu crucial est d'appréhender la relation de confiance entre employeur et employé afin de valoriser l'engagement du capital humain. Il s'appuie essentiellement sur des éléments de mesures objectifs issus des mesures internes notamment les données du bilan social. Par cette approche, cet outil établit un lien pertinent avec certaines obligations sociales du bilan social, du rapport RSE et du DUERP³⁰, etc. ;

3.2.1.2 Mesure Management Santé [MMS]

L'outil Mesure Management de la Santé est un outil développé par Malakoff Médéric et mis à la disposition gratuite de ses clients à qui elle fournit des prestations de santé et de prévoyance. C'est un outil qui s'inscrit dans une démarche de prévention et de santé en milieu professionnel et qui cherche à appréhender les différents risques. L'idéologie sous-jacente est qu'une importante partie du bien-être au travail résulte d'éléments extérieurs à l'entreprise sur lesquelles les organisations doivent s'interroger. C'est un questionnaire de 64 questions synthétisées en 5 indicateurs tels les risques professionnels, les risques liés à l'organisation, à l'état de santé, à l'hygiène de vie et le bon contexte social.

³⁰Le Document Unique d'Evaluation Des Risques Professionnels

3.2.2 Les outils inspirés de l'audit social

3.2.2.1 European Social Label [ESL]

European Social Label Institute est une association à but non lucratif qui décerne un label ou non selon le score obtenu en remplissant un questionnaire. Il s'agit d'un questionnaire inspiré du modèle de l'audit social commun aux outils Sociodiag et mars-lab. Les 2 questions que comporte cet outil couvrent sept (07) grands domaines à savoir : le degré de cohésion du corps social, la relation de travail avec l'encadrement de proximité, la perception des méthodes de management, la perception du comportement de la direction, la perception des relations collectives de travail, la perception de l'avenir et de l'environnement de l'entreprise, les conditions de travail. La particularité de l'outil est sa simplicité d'usage.

3.2.2.2 Sociodiag [SD]

Sociodiag est un outil mis en place par Management et Conjoncture Sociale (MCS) aujourd'hui propriété de l'entreprise Synergie. C'est un outil d'analyse du climat social et des risques psychosociaux des entreprises. Il s'appuie sur les travaux sur les 40 irritants sociaux d'Hubert Landier et de Daniel Labbé, rassemblés dans leur livre *Le Management du risque social*. Le fondement de cet outil est qu'il existe des irritants au travail, désigné également sous le vocable de « *stresseurs* », qui crée un espace favorisant l'émergence des risques psychosociaux.

3.2.2.3 Baromètre du Climat Social [BCS] – et les 7 outils supplémentaires

L'entreprise *mars-lab* développe différentes approches de l'audit social en entreprise. Son idéologie est que les facteurs de risques sont de plusieurs ordres. Il faut pour cela une multiplicité d'outils pour dresser un bon diagnostic de la performance sociale de l'organisation. Pour *mars-lab*, la phase de cadrage avec l'organisation comme dans toute démarche d'audit se révèle ici très fondamentale pour la détermination de l'outil approprié. Enfin pour *mars-lab*, la pensée surdétermine le vécu d'où l'importance d'explorer les représentations des collaborateurs en amont de la mesure du climat via la valeur du travail.

Huit (08) outils sont proposés par *mars-lab* pour l'établissement de la performance sociale d'une organisation :

- Le baromètre du climat social (1^{er} outil principal)
- Le bilan des stressseurs organisationnels et sociaux (2^e outil principal)
- L’outil de diagnostic qualitatif de la « valeur du travail »
- Les 5 autres outils qui évaluent le sens du travail, la gouvernance sociale, la qualité managériale, le moral au travail et l’implication collective

3.2.2.4 Baromètre Social Opentojob [OTJ]

L’outil Opentojob est un produit du cabinet du même nom. *Opentojob* développe et administre un baromètre de la performance sociale de l’entreprise, qui permet l’analyse et le pilotage de la performance des politiques managériales et ressources humaines de l’organisation. Son fondement idéologique est que la qualité du diagnostic sera liée à la liberté du collaborateur, à sa pleine liberté d’expression.

Opentojob réalise un diagnostic sur le climat social au travail en examinant douze (12) dimensions qui suivent : le recrutement, l’ambiance de travail, la formation, les relations managériales, les carrières, la rémunération, l’équilibre vie privée – vie professionnelle, les relations humaines, les conditions de travail, le changement, l’innovation, la citoyenneté. Une fois explorées, ces douze dimensions sont résumées en quatre (04) indicateurs que sont le bien-être au travail, la performance RH, la satisfaction managériale, les rapports au travail.

3.2.3 Les outils inspirés par la Science du bien-être

3.2.3.1 Le Baromètre du Bien-Être au Travail [BBET]

Le baromètre du bien-être au travail (BBET) est développé par Charles Martin Krumm, Président de l’Association Française et Francophone de Psychologie Positive et Nikolas Nikolaidis Tsiadaridis. Cet outil s’appuie sur la psychologie positive et notamment de la théorie des forces selon laquelle il existe des vertus universelles communes à toutes les cultures favorisant le développement humain inspiré par l’ancien président de l’Association Américaine de Psychologie, Martin Seligman, qui lance le mouvement de la psychologie positive en 1998. Un concept fondamental sous-jacent à l’outil est que la performance et le bien-être individuel sont en partie dus à des caractéristiques liées au profil de l’individu : son profil motivationnel, son aptitude au bonheur, sa vision du monde, etc.

L'outil consiste en un questionnaire qui pose des diagnostics à travers les marges de progrès des individus, et de dessiner les formations destinées à faire fructifier le capital humain de l'entreprise.

3.2.3.2 The Happiness Indicator [THI]

The Happiness indicator (THI) est un produit de l'*Erasmus Happiness Economics Research Center*, dirigé par Ruut Veehoven. C'est un outil inspiré par la sociologie du Bonheur, dont Ed Diener est le chef de file. Ruut Veehoven, fondateur du *Journal of Happiness Studies* et de la *World Database of Happiness*, est un des continuateurs des travaux d'*Ed Diener*. L'outil s'appuie sur les recherches autour de la mesure du bien-être subjectif. Il interroge l'individu sur son niveau de bien-être en différentes instances afin de dresser des comparaisons. L'analyse révèle par comparaison l'impact du travail sur le bien-être de l'individu.

3.2.3.3 Employee Engagement Survey [ES] & Well –Being Finder [WBF]

Gallup a développé deux outils dont l'objet est d'appréhender de façon conjointe la performance en termes de motivation via l'*Employee Engagement Survey* et en termes de bien-être via le *Well-being finder*. Ces deux outils sont inspirés de la littérature sur la psychologie Positive notamment le prix Nobel d'économie Daniel KAHNEMAN. Le fondement idéologique est que les individus peuvent s'appuyer sur des forces pour se développer à la fois en termes de bien-être et de performance, et qu'il est plus utile de travailler sur celles-ci que de chercher à combler ses lacunes.

La première enquête s'appuie sur la pyramide des besoins de Maslow tandis que la deuxième est facultativement administrée en complément et élargie au-delà du monde du travail en interrogeant le bien-être global du collaborateur, y compris les questions en lien avec sa vie privée.

3.2.4 Les outils construits de manière empirique

3.2.4.1 Baromètre du Bien-Être et de la Qualité du Travail – [BEBEST]

L'**indice BeBest**© a été construit par le cabinet de conseil *Bebetter&Co*. Cette entreprise vise à mobiliser l'intelligence collective pour développer la performance sociale, économique et l'engagement. Trois objectifs sont poursuivis. L'évaluation de la capacité de mobilisation, l'identification des clés d'une stratégie sociale en phase avec la stratégie industrielle,

l'accompagnement du changement. L'outil se fonde sur l'empirisme et émane d'une enquête qui a été réalisée en mai 2011, rééditée en 2013, chez près de 2000 salariés représentant des entreprises de plus de cinq (05) salariés.

Le premier élément distinctif de cet outil est que certains déterminants du bien-être au travail sont perçus comme plus puissants que d'autres. Au cours de l'analyse, ces déterminants sont classés en quatre (04) catégories à savoir les moteurs³¹, les bases³², les améliorateurs³³ et les secondaires³⁴.

La seconde spécificité de l'outil BeBest est de croire que le processus vertueux résulte du diagnostic et de l'écoute via le baromètre. Ce dernier permet de faire émerger de l'innovation en termes de performance sociale, mais que celle-ci ne pourra se matérialiser que s'il y a une intelligence collective autour des résultats de l'enquête. Pour se faire, l'outil doit s'insérer dans une démarche dite de dialogue social autour des scores afin de construire un plan d'action.

3.2.4.2 Great Place To Work [GPTW]

Mise en place par l'entreprise Great Place to Work Institute® France, le fondement de Great Place To Work est une recherche empirique, une enquête de terrain du fondateur Robert Levering. Il a interrogé plusieurs organisations et élaboré de manière progressive un questionnaire. De ce travail, il est parvenu à une conviction selon laquelle confiance, fierté et convivialité étaient trois (03) piliers fondamentaux du bien-être au travail.

L'outil Great Place To Work est un outil déployé en France par une entreprise, qui s'appelle Great Place to Work Institute® France. Cet outil a la particularité de se décomposer en deux volets. Un volet subjectif qui consiste à un questionnaire et un volet objectif qui consiste à auditer les processus de management. L'audit est réalisé via des questionnaires portant sur des pratiques avec preuves à l'appui, mais complété par des entretiens avec les experts de GPTW pour des besoins de croisement.

³¹Être mal noté sur ces critères est réhibitoire. Être bien noté a un fort impact sur l'enchantement.

³²Être mal noté sur ces critères est réhibitoire. Être bien noté a peu d'impact sur l'enchantement.

³³ Être mal noté sur ces critères a peu d'impact sur le mécontentement. Être bien noté a un fort impact sur l'enchantement

³⁴Ceux qui semblent avoir peu d'impact sur le mécontentement ou l'enchantement en cas de sur ou sous-performance

3.3 Quelques démarches de gestion de la qualité de vie au travail

3.3.1 Groupe Entreprise en Santé³⁵

Créé en 2005, le Groupe Entreprise en Santé (GES) œuvre pour le développement, la promotion et l'adoption par les entreprises des meilleures pratiques de santé globale au travail. Elle forme, outille et met à disposition des guides d'accompagnements. Elle est également l'initiatrice de la norme *Entreprise en santé*, aujourd'hui référence en santé et mieux-être au travail en collaboration avec le Bureau de Normalisation du Québec. Elle décerne également des distinctions avec prix aux entreprises. Le Groupe Entreprise en Santé est également en partenariat avec *AFNOR Compétence* en vue de mettre son expertise à disposition dans le domaine de la santé, du mieux-être et de la qualité de vie au travail.

3.3.2 L'expérience d'EDF³⁶

Dans une interview donnée par Catherine DELPIROU³⁷, et Jean-Baptiste OBENICHE³⁸ du Groupe EDF, ils précisent que la Démarche Qualité de vie au travail est née au sein du groupe à la suite d'une vague successive de plusieurs suicides dans leur centrale de Chinon en 2007. Une mission d'écoute a été mise en place pour écouter le personnel sur le terrain. Il s'est avéré nécessaire qu'au-delà des facteurs liés au stress et aux risques psychosociaux relatifs aux causes des suicides, de se focaliser sur les répercussions de la transformation même du travail sur les travailleurs.

Dès 2008, un Observatoire National de la Qualité de Vie au Travail a été mis en place. Cet outil à caractère pluridisciplinaire associe managers, organisations syndicales, les médecins du travail d'EDF. Ils bénéficient à l'occasion de l'expertise du milieu universitaire et scientifique. Une convention a été également signée avec l'École des Hautes Études en Sciences sociales et l'ANACT.

³⁵ Groupe Entreprise en Santé (2014), Infolettre Mot de la direction, <http://www.groupeentreprisesensante.com/fr/component/acymailing/archive/view/listid-4-liste-sur-groupe-entreprises-en-sante/mailid-59-faire-rayonner-les-meilleures-pratiques-en-sante-qualite-de-vie-et-productivite-au-travail>

³⁶ IDRH (2014), Créer les conditions d'un débat autour du travail, <http://www.leblogidrh.com/2013/08/creer-les-conditions-d%E2%80%99un-debat-autour-du-travail/>

³⁷ Directrice Reconnaissance et Vie au Travail, Groupe EDF

³⁸ Directeur du pôle Qualité de Vie au Travail, Groupe EDF

3.3.3 Ministère de l'Économie et des Finances de la France³⁹

Dans la perspective de la modernisation du Ministère de l'Économie et des Finances, une réflexion sur la qualité de vie au travail a été initiée et a donné naissance à plusieurs mesures. Ces mesures ont consisté à exercer une vigilance permanente autour de la présentation des risques. Au niveau de chaque ministère, un correspondant Qualité de Vie au Travail a été désigné et positionné à un haut niveau au sein de l'organisation pour mieux porter le projet. Un réseau d'acteurs composés de professionnels, de médecins, assistants au service social, ergonomes, inspecteurs de santé et sécurité au travail et piloté par le secrétariat général, assure l'activité de veille et d'alerte. Depuis 2002, une enquête semestrielle sur l'État d'esprit des collaborateurs est réalisée. Une approche individuelle de cette approche est envisagée en vue d'une amélioration significative de la Qualité de Vie au Travail.

3.3.4 L'Agenda du travail décent en Afrique⁴⁰

C'est un document issu de la onzième réunion régionale africaine tenue à Addis Abeba en Ethiopie organisé par le Bureau International du Travail (BIT). Dans ses grandes lignes, ce rapport du Directeur Général du BIT renferme dans sa première partie des actions à mener qui peuvent être considérées comme des initiatives en faveur de la promotion de la qualité de vie au travail. Il s'agit de renforcer la protection sociale (pgh 1.1.2), de faire du travail décent une réalité en Afrique à travers la création d'un cadre d'action international (pgh 2.1), de renforcer les administrations du travail et des organisations d'employeurs et de travailleurs (pgh 2.7), de créer des partenariats efficaces pour le travail décent (pgh 2.8), etc..

3.3.5 La QVT au Sénégal : Initiative « le manuel du travailleur »⁴¹

Répertoire de l'ensemble de la législation sénégalaise sur les conditions de travail, « le manuel du travailleur » peut être considéré comme une initiative essentielle du Sénégal en faveur de la recherche du mieux-être du travailleur. Même s'il ne s'inscrit pas de façon claire dans la Démarche Qualité de vie au travail, il répertorie et met à la disposition de l'employé l'ensemble des textes internationaux et Sénégalais régissant les conditions de travail. Cela a

³⁹Dominique LAMIOT (Août 2014), Qualité de Vie au travail et modernisation de l'administration, <http://www.leblogidrh.com/2013/08/qualite-de-vie-au-travail-et-modernisation-de-l%E2%80%99administration/>

⁴⁰ Onzième Réunion régionale africaine, Addis-Abeba, Ethiopie – Avril 2007

⁴¹ En collaboration avec la Fondation Friedrich Ebert à Dakar.

pour avantage de permettre à l'employé qui connaît mieux ses droits en vue de s'assurer une certaine qualité de vie au travail.

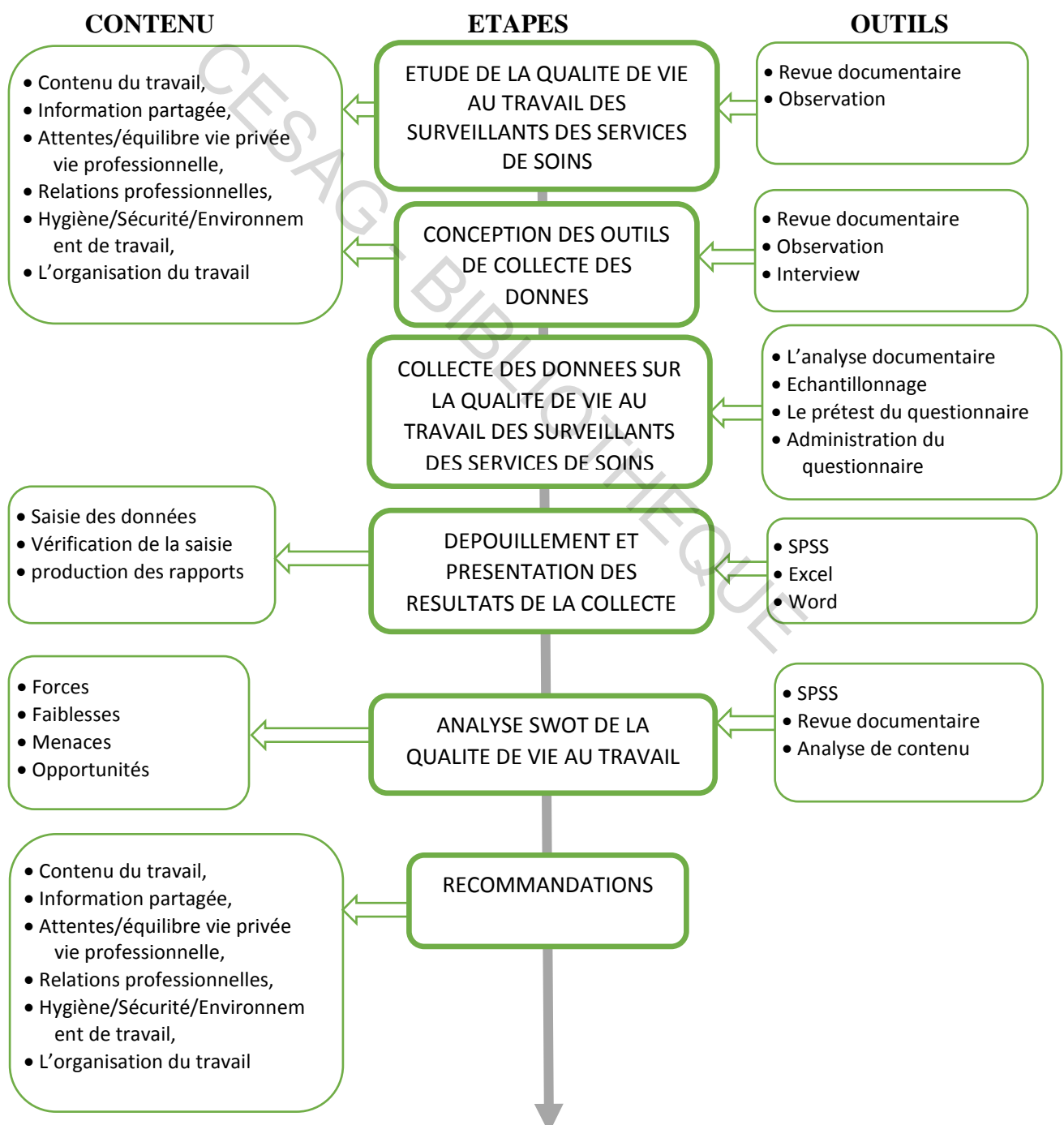
Après avoir exposé la cadre théorique de la qualité, de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail, il est également essentiel d'exposer dans le chapitre suivant, la démarche méthodologique qui va guider notre étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

La scientificité de toute étude réside dans la rigueur de la démarche méthodologique utilisée pour la conduire. La méthodologie est la démarche utilisée pour mener à bien notre étude. Elle prend en compte le modèle d'analyse, et la collecte des données. Pour ce qui est de notre étude, nous avons utilisé l'analyse quantitative comme outil principal et l'analyse qualitative comme outil secondaire et d'approfondissement. La revue de la littérature nous a permis de collecter les éléments nécessaires à la conduite de toute l'étude.

4.1 Description du modèle d'analyse



4.2 Les outils de collecte

4.2.1 Le champ d'analyse

L'important n'est pas de recueillir simplement les données, mais faut-il savoir délimiter le champ concerné par les informations à collecter. Cette délimitation nous permet de limiter les risques de dispersion de l'analyse et de mieux la circonscrire. Dans notre cas le champ d'analyse est composé de l'ensemble des services de soins de HALD.

4.2.2 La population cible

Notre travail s'intéresse exclusivement aux surveillants des services de soins. Ce corps de métier est composé des surveillants de service et des surveillants d'unités, subdivision des services. HALD compte au total quarante (40) surveillants de services officiellement identifiés, dont vingt-quatre (24) surveillants de services et 16 surveillants d'unités. Il faut cependant relever que trois (03) surveillants de services et deux (2) surveillants d'unités n'ont pas participé à la collecte pour des raisons de santé pour les uns et de disponibilité pour d'autres, ce qui nous ramène à un échantillon de 35 surveillants ayant effectivement participé à l'enquête.

4.2.3 L'échantillon

Aucune méthode d'échantillonnage spécifique parmi celles connues n'a été utilisée, puisque nous avons décidé de prendre toute la population cible pour l'administration de notre questionnaire. Ce qui signifie que la population cible est ici notre échantillon.

4.2.4 L'analyse documentaire

Par analyse documentaire, on entend toute activité consistant à consulter la documentation générale sur la QVT, à consulter la documentation de HALD en vue de recueillir les informations utiles à notre travail. Cette opération méthodologique nous a permis d'affiner le choix de notre thème, de construire l'introduction générale, de rédiger la revue de la littérature, de construire le questionnaire et le guide d'entretien. Par rapport au thème, il nous a spécifiquement permis de cerner la totalité des champs couverts par la qualité de vie au travail et d'identifier au sein de HALD les documents légaux existant et entrant dans la problématique QVT.

4.2.5 Le questionnaire

C'est l'outil d'enquête quantitative par excellence. Il consiste à administrer à un échantillon représentatif de la population étudiée, une série de questions en lien avec la réalité organisationnelle objet d'étude. Notre questionnaire a porté sur :

- l'identification des surveillantes de service,
- la perception de la qualité du contenu du travail,
- la perception de la qualité de l'information partagée au sein de HALD,
- la satisfaction des attentes des surveillants vis-à-vis de leur travail et de l'équilibre vie privée/vie professionnelle,
- la qualité des relations professionnelles,
- l'hygiène, sécurité et environnement de travail,
- la qualité de l'organisation du travail.

Notre questionnaire est entièrement structuré avec des questions codifiées pour des besoins d'efficacité et de simplification de l'analyse des résultats. Il va nous permettre de connaître la situation des surveillants de HALD du point de vue QVT, d'en faire une analyse en vue de formuler des recommandations.

4.2.6 L'interview

Tout comme l'analyse documentaire, l'interview a été utilisé pour collecter les informations. Cette technique consiste à s'entretenir avec l'enquêté à l'aide ou sans guide d'entretien suivant la finalité recherchée. Sans être une séance d'interrogation, l'interview doit se dérouler dans un climat de confiance et de détente totale. Elle doit être un moment d'échange par excellence et aussi l'occasion d'approfondir les points abordés sommairement dans le questionnaire. Nous avons interviewé le représentant du personnel au CA, le chef service des soins infirmiers, le chef division Administration du personnel, le chef division formation. Quelques éléments d'informations obtenues au cours des discussions informelles avec d'autres personnels ont été également pris en compte.

4.2.7 Le prétest

C'est une technique qui consiste à administrer à un échantillon de la population cible, le questionnaire de collecte de donnée. Cela va nous permettre de nous assurer de la qualité et de la pertinence des questions que nous avons retenues pour la collecte des données. Pour la

présente étude, le prétest a porté sur l'administration du questionnaire à cinq (05) surveillants de services de soins, y compris le responsable SSI. Les insuffisances issues de ce prétest nous ont permis de reformuler certaines questions et d'y ajouter certains indicateurs.

Ainsi, au niveau de la question n°11, certains indicateurs ont été reformulés. Au lieu de « *sanctionner* », il sera dorénavant question de « *proposer une sanction* ». Au lieu de « *la qualité de prise en charge* », lire « *améliorer la qualité de prise en charge* ». La variable « *autre* » a laissé sa place à deux nouveaux indicateurs qui sont : « *être attentif aux problèmes du service* », « *écouter son personnel* ». La question n°12 a connu l'ajout de l'indicateur « *sans réponse* ». La question n°13 est passée de 5 à 6 indicateurs de réponses avec l'ajout de la mesure « *au jour le jour* ». S'agissant de la question n°21, en lieu et place de « *autres* », nous avons mentionné « *en premier pour avis* ».

4.2.8 L'observation

À l'instar de la revue documentaire, de l'interview, du questionnaire, l'observation est également une des techniques de collecte de donnée. On distingue deux types d'observations. L'observation participante et l'observation non participante. L'observation participante consiste tout en observant sa cible à s'intégrer aux activités de celle-ci de sorte à se confondre avec elle. Quant à l'observation non participante, l'enquêteur ne négocie que la place de simple observateur. Dans le premier cas, la population cible peut ne pas savoir qu'elle est observée, ce qui n'est pas possible dans le second. Dans notre recherche, nous avons observé essentiellement de façon non participante l'environnement de travail des surveillants à savoir les locaux, le bureau, l'ambiance de travail avec les collaborateurs.

C'est un outil qui mobilise les sens, la description et les récits ponctuels, ce qui se suit, les événements intervenant au sein de l'entité observée, etc.

Ces données se matérialisent par la prise de note, le magnétophone, les enregistrements numériques.

4.3 Les outils d'analyse des données

4.3.1 Le traitement des données

Le traitement des données fait appel au processus de saisie des données collectées, de traitement de ces données et la présentation des résultats après traitement. Ce processus a été

entièrement géré par le logiciel SPSS. Au total les données de 35 fiches de collectes ont été introduites dans le logiciel. Il faut souligner que nous avons utilisé des outils complémentaires comme Excel pour les graphiques et Word pour le traitement du document mémoire dans son ensemble.

4.3.2 L'analyse de contenu

C'est un outil d'analyse qualitative qui consiste à examiner méthodiquement le contenu des documents textes, audio ou vidéo. C'est elle qui permet de tirer les informations de la revue documentaire. Dans cette analyse il est important pour le chercheur de minimiser au maximum les biais en lien avec la connaissance et les considérations culturelles et s'assurer de l'objectivité de sa recherche.

Outre la revue de la littérature, l'analyse de contenu a contribué à la construction de notre questionnaire, à l'élaboration du guide d'entretien, à la présentation du cadre physique de notre étude. Elle a également servi à la rédaction de la méthodologie de la recherche objet de la présente section.

4.3.3 Le SWOT

Le SWOT (Strengths – Weakness – Opportunities – Threats) encore appelé AFOM (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces) est un outil d'analyse stratégique des organisations. Il est une combinaison des forces et des faiblesses d'une organisation avec les opportunités et les menaces de son environnement, afin de l'aider à définir un plan d'action correctif qui va se baser sur les faiblesses identifiées.

Cet outil permet de recenser les axes stratégiques à mettre en place parmi le lot des actions possibles. Destiné spécialement à la planification, il peut également servir dans bien d'autres domaines comme la gestion des ressources humaines. Il permet de mettre en exergue les dysfonctionnements des actions de l'organisation dans un domaine précis en vue d'y apporter des corrections.

Pour ce qui concerne notre étude, il va nous permettre d'une part de vérifier l'existence de pratiques de gestion de la qualité de vie, et d'autre part d'apprécier les pratiques en place en lien avec les activités des surveillantes des services de soins.

Après la présentation du cadre théorique qui nous a permis de mieux appréhender la qualité de vie au travail à travers quatre (04) chapitres, nous allons aborder dans la seconde partie qui

suit, la cadre pratique. Cette seconde partie va porter sur l'analyse de la qualité de vie au travail des surveillants de service au sein de l'Hôpital ARISTIDE LE DANTEC.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :

CADRE PRATIQUE

CHAPITRE 5 : DESCRIPTION DE L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC

5.1 Structure organisationnelle⁴²

L'organisation de l'hôpital Aristide LE DANTEC est supervisée par un Conseil d'Administration. Plus bas nous avons un directeur qui représente l'établissement en justice et dans les actes de la vie civile. Pour lui permettre de mener à bien sa mission de gouvernance, une division administrative et financière assiste le directeur dans ses fonctions sous le regard policier de la tutelle qu'est le Ministère de la Santé.

Des organes à vocation consultatifs tel la commission médicale d'établissement (CME), la commission consultative, le comité technique d'Etablissement assistent le directeur dans la résolution des problèmes courant de l'hôpital.

5.2 Les missions et obligations de HALD⁴³

Les missions et les obligations de l'hôpital Aristide LE DANTEC sont ceux dévolus aux établissements hospitaliers conformément à la Loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

HALD assure le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Il assure le cas échéant leur hébergement. La qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif essentiel. Il participe à des actions de santé publique dans la limite de ses compétences. Il garantit pour tous un accès équitable aux soins et est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie. Il est tenu de prendre en charge les patients qui lui sont régulièrement référés, ou de leur trouver un lieu de soins adapté à leur état. HALD doit veiller à la continuité de ces soins à l'issue des admissions et liaisons avec les autres structures de soins, les autres professionnels de santé. Aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins n'est admise en son sein.

⁴²Décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé

⁴³Loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière

5.3 Quelques éléments de pratiques QVT au sein de HALD

Il faut également relever que, même si HALD n'a jamais commandité une étude portant sur la gestion de la qualité de vie au travail, des actions s'y rapprochant s'observent dans les pratiques quotidiennes de gestion. Entre autres pratiques, nous pouvons citer :

- les indemnités de transport accordées au personnel étatique travaillant à HALD,
- La mise à disposition d'un billet d'avion pour la Mecque aux musulmans et pour Rome aux catholiques afin d'effectuer leur pèlerinage aux lieux saints,
- La tenue des colonies de vacances pour les enfants du personnel chaque année,
- La souscription aux cartes de transport DEMDIK pour le déplacement urbain du personnel d'établissement,
- L'organisation des conférences religieuses lors des fêtes religieuses pour le personnel,
- Le Financement de la formation continue (qualifiante et diplômante) du personnel toutes catégories confondues par l'établissement,
- La tenue de la fête du retraité pour chaque promotion de retraité de 3 ans,
- Les récompenses accordées aux agents les plus méritants.
- La mutuelle de santé pour le personnel dans le cadre de la prise en charge des médicaments,
- Arbre de Noël pour les enfants du personnel.

CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES RESULTATS⁴⁴

6.1 Le profil des surveillants enquêtés

Tableau 1. Répartition des surveillants suivant leurs profils de compétences

	Fréquences	Pourcentage (%)
TSS	14	40,0
IDE	16	45,7
Infirmier breveté	4	11,4
Management de la santé	1	2,9
Total	35	100,0

Le dépouillement montre que les profils de compétences dominants parmi les surveillants sont les IDE (45,7%), suivi des TSS (40%), des infirmiers brevetés (11,4%) et d'un diplômé en management de la santé.

Tableau 2. Répartition des surveillants suivant leur ancienneté au poste

	Fréquence	Pourcentage (%)
mois de 5 ans	12	34,3
6 à 10 ans	15	42,9
11 à 15 ans	5	14,3
15 ans et +	3	8,6
Total	35	100,0

S'agissant de l'ancienneté, il faut retenir que 42,9% des surveillants ont entre 6 et 10 ans d'ancienneté au poste, suivi des moins de 5ans (34,3%), de ceux qui ont entre 11 et 15 ans (14,3%) et enfin de ceux de plus de 15 ans (8,6%).

Tableau 3. Répartition des surveillants selon le genre

	Fréquence	Pourcentage (%)
Masculin	15	42,9
Féminin	20	57,1
Total	35	100,0

Une des particularités relevées est que les surveillants de genre féminin sont plus nombreux que ceux du genre masculin, soit 57,1% contre 42,9%.

⁴⁴Source : Enquête qualité de vie au travail des surveillants des services médicaux-techniques, HALD 2014.

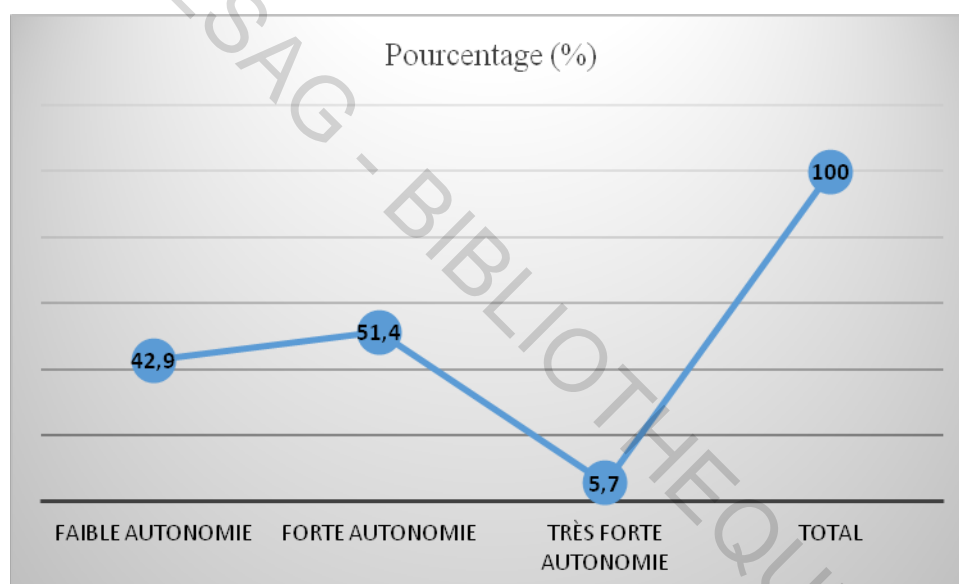
6.2 La perception de la qualité du contenu du travail des surveillants des services de soins

Tableau 4. Répartition des surveillants suivant la possession d'une fiche de poste

	Pourcentage (%)
Oui	28,6
Non	71,4
Total	100,0

La plupart des surveillants des services médicaux-techniques ne disposent pas de fiches de poste (71,4%) nécessaires pour une bonne tenue du poste.

Figure 1. Répartition des surveillants suivant le niveau d'autonomie dans l'exercice de la fonction



Le niveau d'autonomie des surveillants dans l'exercice de leur fonction est élevé à plus de 50% (51,4%), ce qui dénote de la détention de marges décisionnelles par les surveillants.

Tableau 5. Répartition des surveillants suivant le plaisir procuré par la fonction

	Pourcentage (%)
Pas de plaisir	5,7
Peu de plaisir	28,6
Beaucoup de de plaisir	65,7
Total	100,0

La fonction de surveillant de service de soins procure beaucoup de satisfaction pour la majorité des surveillants interrogés (65,7%), ce qui a pour avantage de renforcer leur engagement.

Tableau 6. Répartition des surveillants suivant l'enrichissement en expérience par les activités

	Pourcentage (%)
Oui	97,1
Non	2,9
Total	100,0

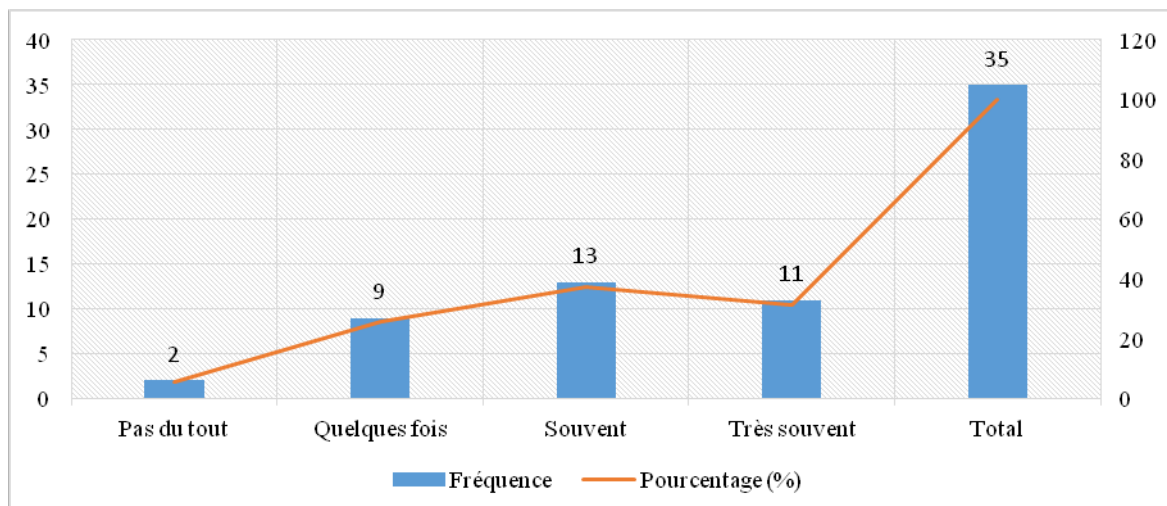
La fonction de surveillants de service est une responsabilité enrichissante en expérience pour 97,1 % des enquêtés. Ce qui signifie qu'occuper le poste de surveillant est profitable pour son occupant.

Tableau 7. Répartition des surveillants suivant la variété des activités

	Fréquence	Pourcentage (%)
Peu variées	5	14,3
Variées	11	31,4
Très variées	19	54,3
Total	35	100,0

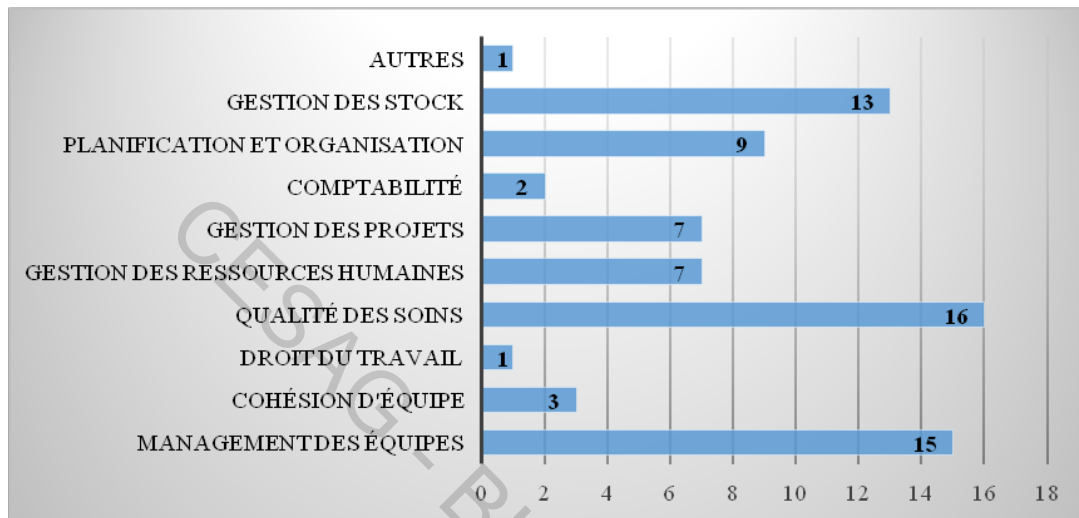
Les activités de la fonction sont très variées pour 54,3% (19/35) des surveillants, variée pour 31,4% (11/35) et peu varié pour 14,3% (5/35).

Figure 2. Répartition des surveillants suivant le cumul de fonctions



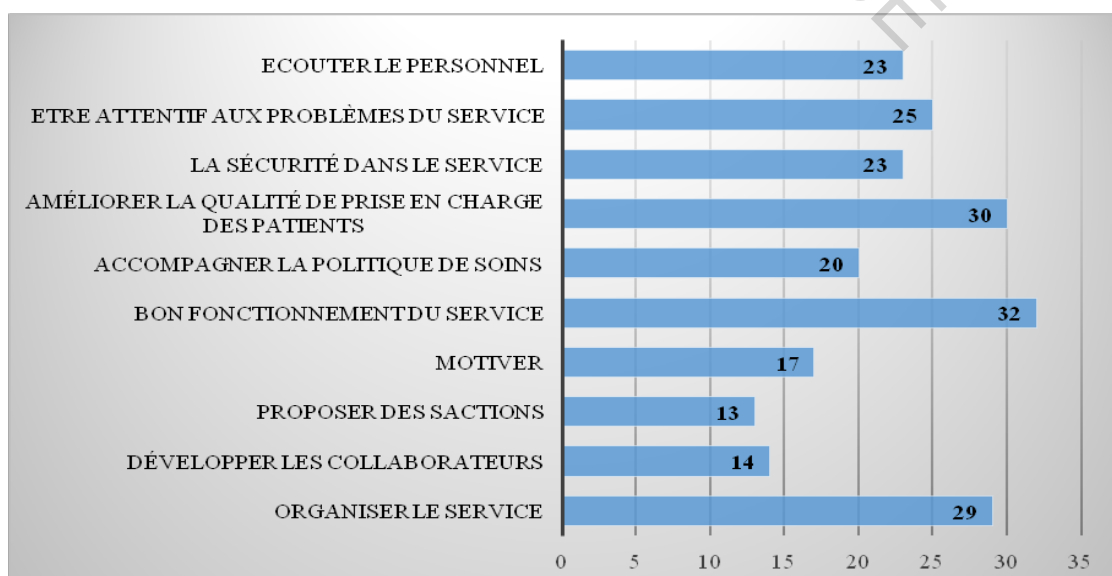
En dehors de leurs responsabilités managériales, les surveillants des services de soins exécutent très souvent les activités des soins à 31,4% (11/35), souvent à 37,1% (13/35), quelques fois à 25,7% (9/35) et seulement 5,7% (2/35) n'effectuent pas du tout de soins médicaux en dehors des activités de surveillant.

Figure 3. Répartition des surveillants suivant la typologie des formations en management reçues dès la nomination



Parmi les formations managériales administrées dès la prise de fonction de surveillant, le graphique montre que la qualité des soins est la formation la plus délivrée (16/36), suivi du management des équipes (15/35), de la gestion des stocks (13/35), de la planification et organisation (9/35), etc...

Figure 4. Répartition des surveillants suivant leur connaissance de La finalité du poste de surveillant de service



Le graphique montre que la plupart des missions principales du surveillant de service sont connues par les enquêtés. Les plus connues des missions sont celles d'assurer le bon fonctionnement du service (32/35), d'améliorer la qualité de prise en charge des patients (35/35), d'organiser le service (29/35), d'être attentif aux problèmes du service (25/35), d'écouter le personnel et assuré sa sécurité dans le service (23/35), d'accompagner la politique générales de soins de l'hôpital (20/35), de motiver (17/35), de développer les collaborateurs (14/35) et proposer des sanctions (13/35).

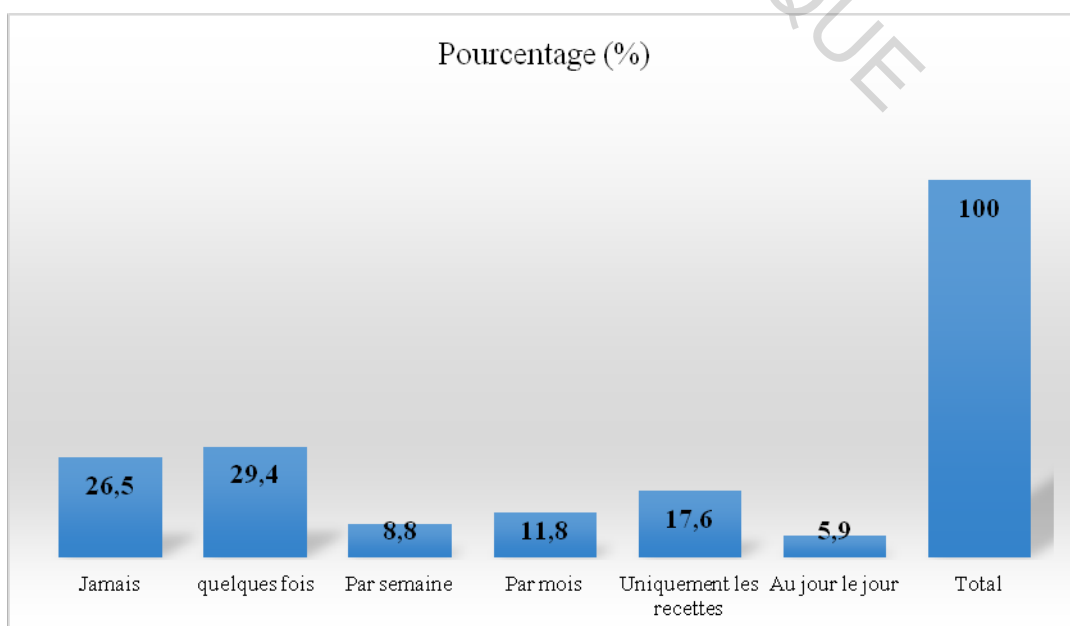
Tableau 8. Répartition des surveillants suivant l'information sur les possibilités d'évolutions de leur métier

	Pourcentage (%)
Oui	35,3
Non	50,0
Sans réponse	14,7
Total	100,0

La moitié des surveillants interrogés n'ont pas connaissance des possibilités d'évolution qu'offre leur fonction de surveillant dans la perspective de développer leur carrière (50%). Ce qui ne leur permet pas de construire aisément leur carrière professionnelle.

6.3 : La perception de la qualité de l'information partagée avec les surveillants

Figure 5. Répartition des surveillants suivant la fréquence des informations reçues sur les recettes et dépenses de leur service



Les informations sur les recettes et dépenses sont quelques fois envoyées aux surveillants pour 29,4% d'entre eux, jamais envoyé pour 26,5%, uniquement les informations sur les recettes pour 17,7%, une fois par mois pour 11,8%, par semaine pour 8,8% et au jour le jour pour 5,9%.

Tableau 9. Répartition des surveillants suivant la connaissance de la vision et des missions de HALD

	Pourcentage (%)
Oui	84,8
Non	15,2
Total	100,0

Les visions et les missions de HALD sont connues de 84,8% des surveillants de services interrogés contre 15,2% qui les ignorent.

Tableau 10. Répartition des surveillants suivant la connaissance des valeurs partagées au sein de HALD

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	16	48,5
Non	14	42,4
Sans réponse	3	9,1
Total	33	100,0

Les valeurs partagées au sein de HALD sont connues par 48,5% (16) des surveillants contre 42,4% (14/33) qui les ignorent.

Tableau 11. Répartition des surveillants suivant la nature des échanges avec les membres de leurs équipes

	Fréquence	Pourcentage (%)
Facile	15	42,9
Parfois difficile	19	54,3
Difficile	1	2,9
Total	35	100,0

Pour 54,3% (19/35) des surveillants interrogés, les échanges professionnels avec les collaborateurs sont parfois difficiles, 42,9% (15/35) faciles et 2,9% difficiles.

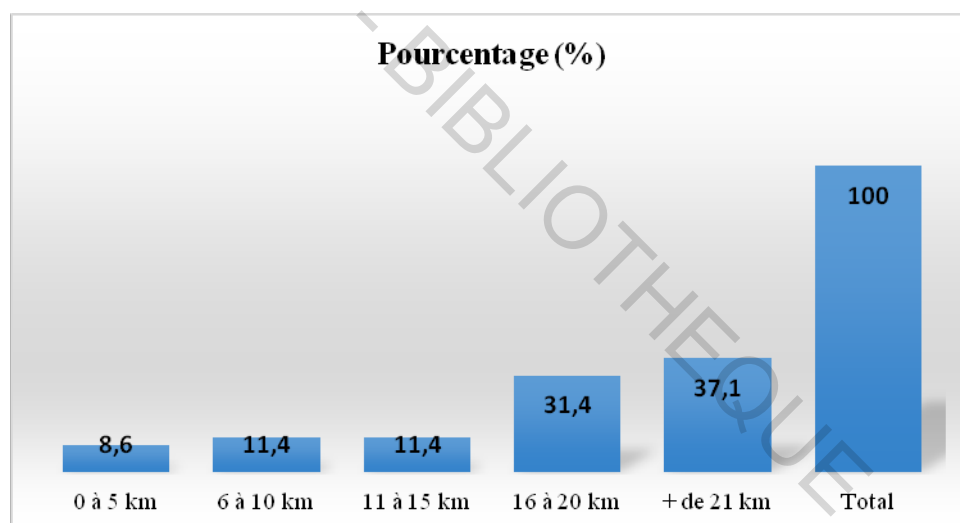
Tableau 12. Répartition des surveillants suivant l'accès aux informations sur leur personnel au service RH

	Pourcentage (%)
Oui	55,9
Non	38,2
Sans réponse	5,9
Total	100,0

Pour 55,9% des enquêtés, il est aisé d'obtenir des informations auprès du service des ressources humaines sur le personnel travaillant sous leur responsabilité. Seule 38,2% n'ont pas cette possibilité.

6.4 : la satisfaction des attentes des surveillants vis-à-vis de leur travail et l'équilibre vie privée, vie professionnelle

Figure 6. Répartition des surveillants suivant la distance qui sépare leur domicile du lieu de service



La grande partie des surveillants des services interrogés habitent au-delà de 21 km soit 37,1%, suivi de ceux habitant entre 16 et 20km (31,4%), entre 11 et 15 km (11,4%), entre 6 et 10km (11,4%) et entre 0 et 5km (8,6%).

Tableau 13. Répartition des surveillants suivant le lieu où ils passent plus de temps entre le service et la maison

	Fréquence
Domicile	5
Hôpital	30
Total	35

Entre leur domicile et l'hôpital, les surveillants des services de soins passent plus de temps à l'hôpital (30/35) qu'à la maison (5/35), ce qui est une conséquence logique des responsabilités qui sont les leurs.

Tableau 14. Répartition des surveillants suivant la facilité d'obtention des permissions d'absence et des congés

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	26	74,3
Non	9	25,7
Total	35	100,0

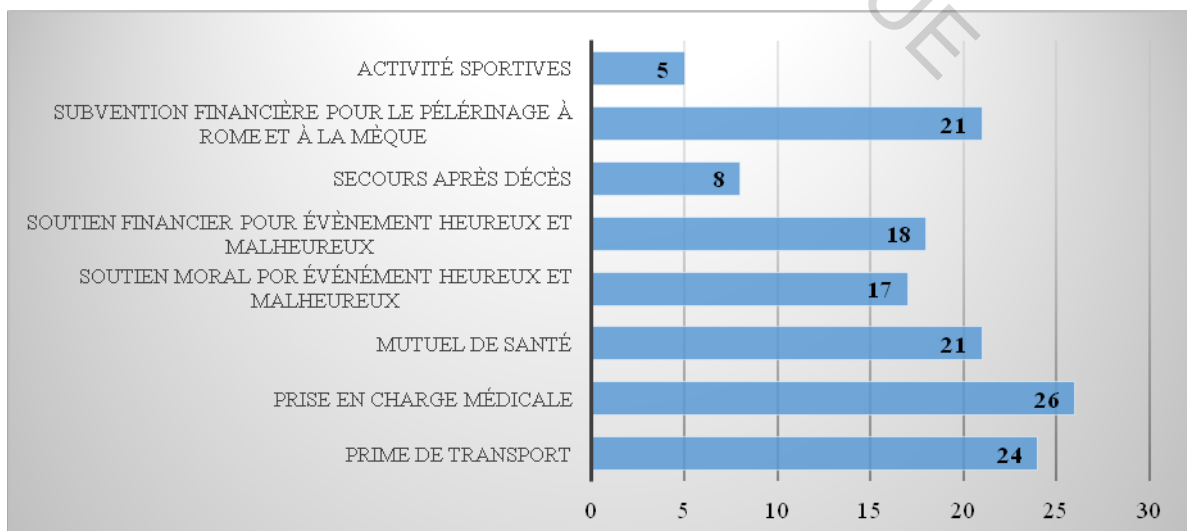
Il est facile pour 74,3% des surveillants d'obtenir des permissions d'absence ou des congés en cas de besoins.

Tableau 15. Répartition des surveillants suivant que les permissions d'absences de leurs collaborateurs soient données par eux ou non

	Pourcentage (%)
En premier pour avis	71,4
Non	28,6
Total	100,0

71,4% des surveillants interrogés reconnaissent donner leur avis en premier lorsqu'il est question d'accorder des permissions d'absence à leurs collaborateurs, ce qui n'est pas le cas pour les 28,6 % restants.

Figure 7. Répartition des surveillants suivant la pertinence des mesures sociales mises en place par HALD



Parmi les mesures sociales déjà opérationnelles à HALD, le graphique 7 révèle que la prise en charge médicale est la plus appréciée par les surveillants (26/35), suivie de l'indemnité de transport (24/35), de la mutuelle de santé (21/35), de la subvention financière pour le pèlerinage à Rome et à la Mecque (21/35) sur un total de huit (08) mesures identifiées.

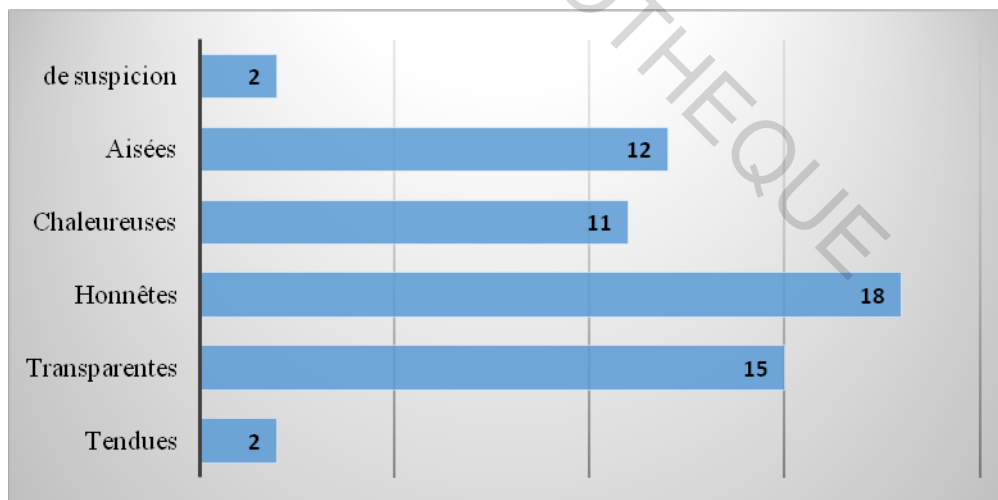
6.5 : Les surveillants de service et la qualité des relations professionnelles

Tableau 16. Répartition des surveillants suivant leur implication dans les décisions prises par la direction concernant leurs services

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	15	42,9
Non	18	51,4
Sans réponse	2	5,7
Total	35	100,0

L'implication des surveillants dans les prises de décisions concernant leurs services n'est pas effective pour 51,4% (18/35) des répondants. Ce qui signifie que l'implication décisionnelle des surveillants des services est relativement faible.

Figure 8. Répartition des agents suivant la qualité des relations entretenues avec les collaborateurs



L'honnêteté des relations avec les collègues est la qualité relationnelle prépondérante chez les répondants (18/35). Elle est suivie de la transparence (15/35), de l'aisance relationnelle (12/35), des relations chaleureuses (11/35), des relations tendues et de suspicion (2/35).

Tableau 17. Répartition des surveillants suivant la reconnaissance des efforts de la part de la hiérarchie

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	21	61,8
Non	12	35,3
Sans réponse	1	2,9
Total	34	100,0

Les efforts déployés par les surveillants pour la bonne marche de leurs services sont reconnus à 61,8% (21/34), contre 35,3% (12/34) d'avis contraire. Cependant, 2,9% (1/34) des répondants ne se sont pas exprimés sur la question.

Tableau 18. Répartition des surveillants suivant le sentiment de respect émanant des collaborateurs

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	33	97,1
Non	1	2,9
Total	34	100,0

La presque totalité des surveillants de services (97,1%) se sentent parfaitement respectés par leurs collaborateurs.

Tableau 19. Répartition des surveillants suivant le sentiment de respect émanant des supérieurs

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	33	97,1
Non	1	2,9
Total	34	100,0

A l'instar des collaborateurs, 97,1% (33/34) des surveillants se sentent parfaitement respectés par leurs supérieurs hiérarchiques.

Tableau 20. Répartition des surveillants suivant la place du bien-être des surveillants de service dans les négociations syndicales avec l'employeur

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	30	85,7
Non	5	14,3
Total	35	100,0

Les surveillants reconnaissent à 85,7% (30/35) que leur bien-être est pris en compte dans les négociations syndicales avec l'employeur contre seulement 14,3% (5/35) d'avis contraires.

Tableau 21. Répartition des surveillants suivant qu'ils sont appréciés ou non par son personnel

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	30	85,7
Non	5	14,3
Total	35	100,0

La majorité des surveillants de service reconnaissent être appréciés par leur personnel, soit (85,7%) des enquêtés.

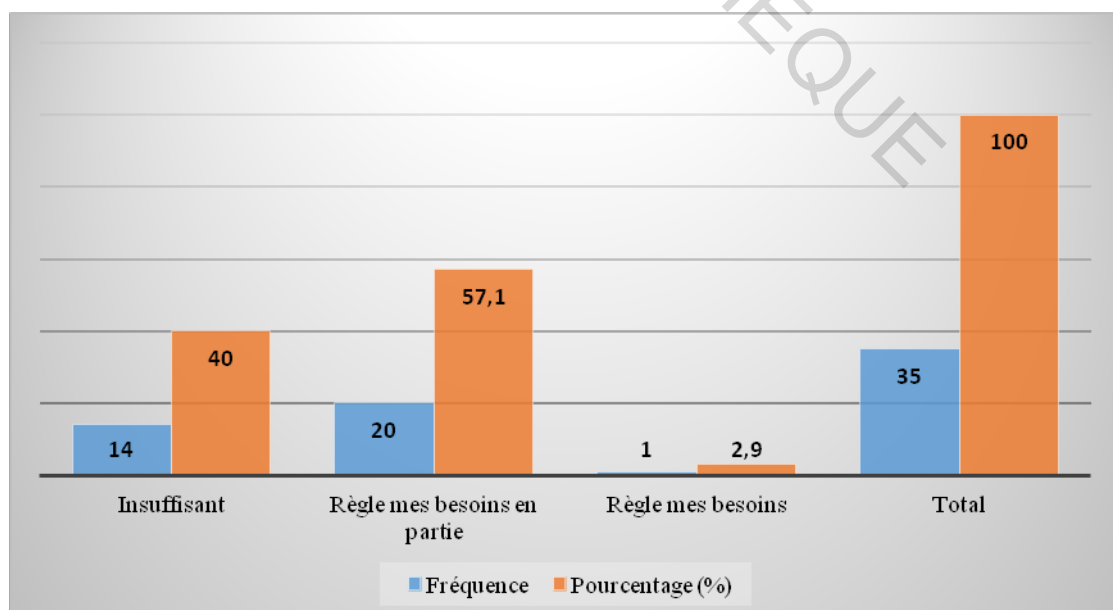
Tableau 22. Répartition des surveillants suivant la fréquence des conflits interpersonnels dans leurs services

	Fréquence	Pourcentage
Oui	6	17,6
Non	27	79,4
Sans réponse	1	2,9
Total	34	100,0

Au regard du tableau 22, 79,4% des surveillants enquêtés connaissent fréquemment des conflits interpersonnels contre 17,6% enregistrant pu de conflits.

6.6 La qualité de la rémunération

Figure 9. Répartition des surveillants suivant la perception du niveau de rémunération



Le niveau de la rémunération des surveillants de services leurs permet de régler leur besoins familiaux seulement en partie (57,1%). Elle est insuffisante pour 40% des répondants.

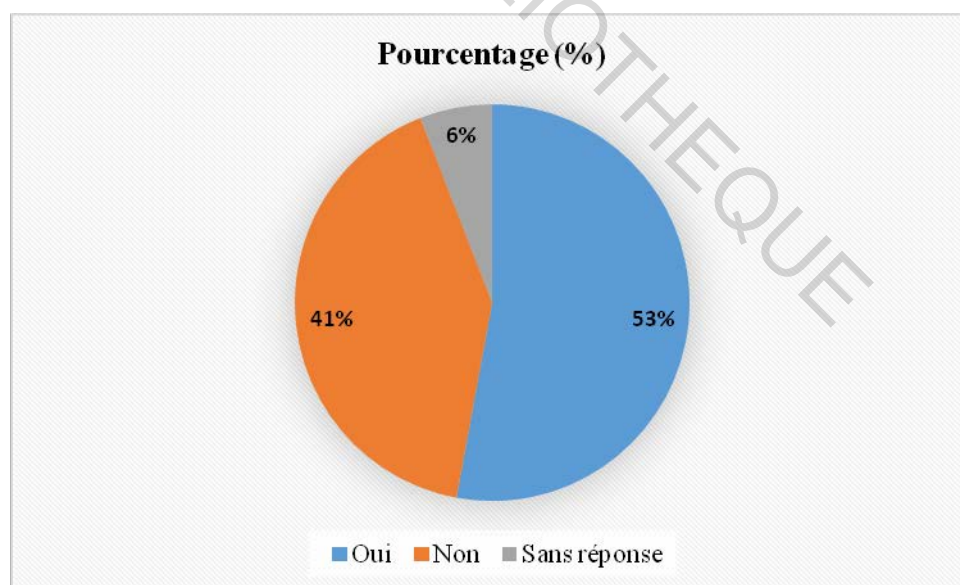
Tableau 23. Répartition des surveillants suivant qu'ils bénéficient ou pas de logement de fonction ou d'indemnité de logement

	Fréquence	Pourcentage (%)
Indemnité de logement	3	8,6
Logement de fonction	3	8,6
Aucun des deux	29	82,9
Total	35	100,0

82,9% des surveillants de HALD ne bénéficient ni de logement de fonction ni de primes de logements contre 8,6% bénéficiant de primes de logement et 8,6% bénéficiant de logement de fonction.

6.7 L'hygiène, sécurité et environnement de travail

Figure 10. Répartition des surveillants suivant leur connaissance de la politique de santé de HALD



La politique de santé sécurité de HALD n'est connue que de 52,9% des surveillants contre 41,2% qui déclarent ne pas la connaître.

Tableau 24. Répartition des surveillants suivant qu'ils aient été ou non victimes d'accident de travail ou de trajet

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	3	8,8
Non	31	91,2
Total	34	100,0

La presque totalité des surveillants interrogés n'ont jamais été victimes d'accident de travail ou de trajet soit 91,2% (31/34) des répondants.

Tableau 25. Répartition des surveillants suivant la pression subie dans leur travail

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	27	77,1
Non	8	22,9
Total	35	100,0

Pour 77,1% (27/35) des surveillants, ils subissent de la pression dans l'exercice de leurs fonctions contre 22,9% (8/35) des enquêtés qui ne la subissent pas.

Tableau 26. Perception de la qualité de la ventilation per les surveillants

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	24	72,7
Non	9	27,3
Total	33	100,0

La ventilation dans les services est convenable pour 72,7% (24/35) des surveillants interrogés, ce qui n'est pas le cas pour les 27,3% (9%) des surveillants restants.

Tableau 27. Répartition des surveillants suivant la disponibilité des moyens d'aménagement convenable des salles et bureau

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	6	17,6
Non	27	79,4
Sans réponses	1	2,9
Total	34	100,0

Les surveillants de services ne disposent pas souvent de moyens nécessaires pour aménager convenablement leur service et assurer ainsi un bon cadre de travail (17,6%), contre seulement 79,4% de réponses positives.

Tableau 28. Répartition des surveillants selon la disponibilité d'une source d'eau potable dans le service

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	25	73,5
Non	9	26,5
Total	34	100,0

73,5% des surveillants ont accès à une source d'eau potable dans leur service contre 26,5% qui n'en dispose pas.

Tableau 29. Répartition des surveillants selon la disponibilité des douches et toilettes dans leur bureau

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	12	35,3
Non	22	64,7
Total	34	100,0

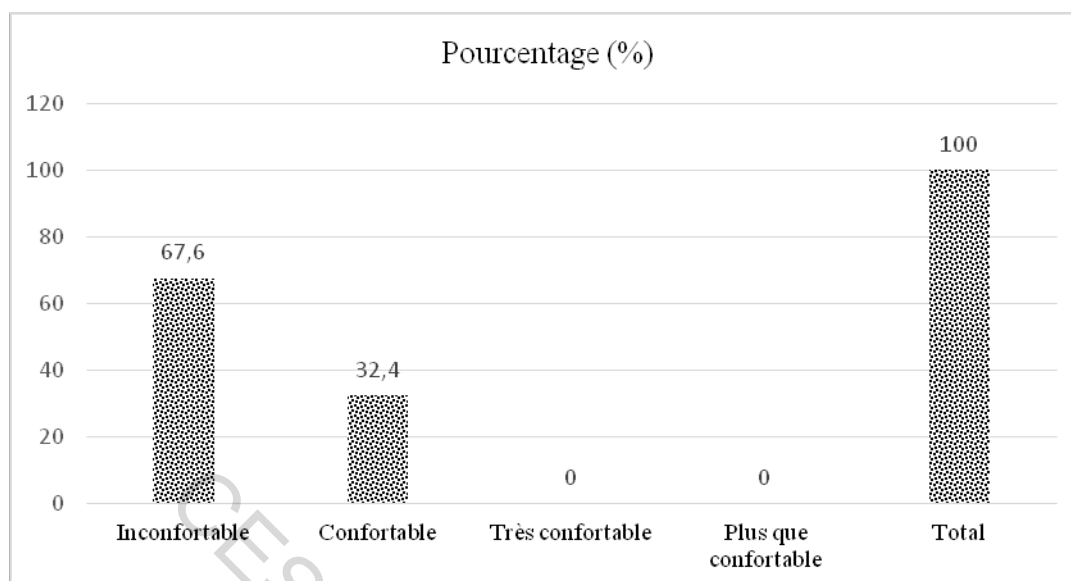
Il se pose un problème de toilettes et de douches dans leur bureau puisque 64,7% (22/34) des surveillants déclarent ne pas en disposer contre seulement 35,3%.

Tableau 30. Répartition des surveillants selon la disponibilité des vestiaires pour les rechanges du personnel du service

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	19	59,4
Non	13	40,6
Total	32	100,0

Pour 59,4% des surveillants, il existe dans leurs services des vestiaires pour les rechanges du personnel avant les prises de service contre 40,6% des surveillants qui n'en disposent pas.

Figure 11. Perception des surveillants sur le confort des mobiliers de bureau



Les surveillants des services trouvent le mobilier mis à leur disposition inconfortable à 67,6% des répondants contre 32,4% de surveillants satisfaits.

Tableau 31. Répartition des surveillants selon la disponibilité des mesures formalisées de prévention contre les risques professionnels

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	11	33,3
Non	22	66,7
Total	33	100,0

De l'avis des surveillants interrogés (66,7%), il n'existe pas de mesures formalisées de prévention contre les risques professionnels à l'endroit du personnel contre 33,3% qui déclarent en avoir connaissance.

Tableau 32. Répartition des enquêtés selon qu'ils bénéficient ou pas de visites médicales annuelles organisées par la médecine du travail

	Fréquence	Pourcentage (%)
oui	1	3,0
Non	32	97,0
Total	33	100,0

Aucune disposition n'est prise par la médecine du travail de HALD pour réaliser des visites médicales annuelles systématiques pour les surveillants des services selon 97% (32/35) des surveillants interrogés.

Tableau 33. Répartition des surveillants selon leur implication dans une étude sur la santé et la sécurité au sein de HALD

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	2	6,1
Non	31	93,9
Total	33	100,0

93,9% des surveillants déclarent ne pas avoir connaissance d'une étude sur la santé sécurité du personnel réalisée par HALD contre 6,1% qui précisent en avoir connaissance.

Tableau 34. Répartition des surveillants suivant le moyen de déplacement utilisé en cas d'urgence au service

	Fréquence	Pourcentage (%)
Transport en commun	17	51,5
Moyen personnel	15	45,5
Véhicule de service	1	3,0
Total	33	100,0

Le déplacement des surveillants des services de soins en cas d'urgences de leur domicile au service se fait à 51,5% (17/33) en transport en commun, 45,5% (15/33) par des moyens personnels et seulement 3% des surveillants sont acheminés par le véhicule de service.

6.8 : La qualité de l'organisation du travail au sein de HALD

Les différents services de soins médicaux-techniques ne disposent pas d'organigrammes pour leurs services à 53,1% contre 46,9 des surveillants des services qui en disposent.

Tableau 35. Répartition des surveillants suivant la convenance des horaires de travail

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	30	90,9
Non	3	9,1
Total	33	100,0

Les horaires de travail tels que pratiqués à HALD sont satisfaisants à 90,1% des surveillants contre 9,1% de d'insatisfaits.

Tableau 3635. Répartition des surveillants suivant la perception de l'impact de l'âge sur la fonction de surveillant

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	9	27,3
Non	23	69,7
Sans réponse	1	3,0
Total	33	100,0

Pour les surveillants, l'âge n'a pas d'incidence sur la bonne tenue du poste (69,7%) et serait même un atout. Seul 27,3% des enquêtés trouve qu'il y a une incidence de l'âge sur la fonction de surveillant.

Tableau 37. Répartition des surveillants suivant qu'ils disposent ou non d'un bureau personnel

	Fréquence	Pourcentage
Oui	20	60,6
Non	13	39,4
Total	33	100,0

Seul 60,6% des surveillants disposent d'un bureau personnel de travail contre 39,4% qui n'en disposent pas. Cette situation a une incidence sur la qualité du rendement du surveillant.

Tableau 38. Répartition des surveillants suivant le mode de fixation du rythme du travail

	Fréquence	Pourcentage
Imposé par la hiérarchie	8	24,2
Vous-même	7	21,2
Par nécessité de service	18	54,5
Total	33	100,0

Pour 54,5% des répondants, le rythme de travail est imposé par les nécessités de service. Ce qui se comprend vu la nature de l'organisation dont il est question.

CHAPITRE 7 : ANALYSE SWOT DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SURVEILLANTS DE SERVICE

La spécificité de notre travail autour de la qualité de vie au travail consiste à réaliser une étude sur la qualité de vie au travail des surveillants de service de HALD. Cette étude va faire l'état des lieux de la QVT à HALD au regard des dimensions articulant la QVT que nous avons retenue. Il s'agit de la perception de la qualité du contenu du travail, de la perception de la qualité de l'information partagée, de la satisfaction des attentes des surveillants de services vis-à-vis de leur travail et de l'équilibre vie privée/vie professionnelle, de la qualité des relations professionnelles, de l'hygiène et sécurité/Environnement de travail, de la qualité de l'organisation du travail. À travers l'analyse SWOT, modèle d'analyse retenue, nous allons relever, les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités au regard des résultats de nos enquêtes et en lien avec les dispositions légales, normatives de même que les pratiques QVT spécifiques à HALD.

7.1 Les forces de l'analyse des perceptions QVT chez les surveillants des services de soins

7.1.1 Les forces liées au contenu du travail

Le contenu du travail des surveillants ne comporte pas que des faiblesses, mais aussi des forces. Une première force est de savoir que les surveillants ressentent beaucoup de plaisir à faire leur travail à 65,7% (Tableau 5). Ce qui est une bonne chose en termes de motivation. Aussi les activités réalisées sont considérées comme enrichissantes en expériences à 97,1% (Tableau), ce va qui impacter positivement la fidélisation des surveillants.

La variété des activités dévolue aux surveillants est reconnue à 54,3% (Tableau 7). Cette variété a pour avantage d'occuper en permanence ce qui est un rempart à l'oisiveté donc à la démotivation.

Une autre force, est que les surveillants connaissent en majorité la finalité de leur poste (Graphique 4), ce qui les prédispose à une occupation parfaite des responsabilités qui sont les leurs.

7.1.2 Les forces liées à la perception de l'information partagée

Pour une organisation, les missions et la vision constituent les moteurs. Ici, la force pour HALD réside dans le fait que 84,8% des répondants les connaissent parfaitement (Tableau 9).

Certains surveillants reconnaissent avoir des échanges faciles avec leurs collaborateurs dans l'exercice de leurs fonctions à 42,9%. Quand bien même ils ne font pas la majorité, il est quand même intéressant de constater que cette situation positive existe, les échanges difficiles étant dans l'ordre normal des choses. Pour bien gérer les hommes, il faut les connaître suffisamment et c'est pour cela que la collaboration du service des ressources humaines en termes de partage d'information est importante. Heureusement, 55,9% des surveillants déclarent obtenir aisément des informations sur leurs agents en cas de besoin (Tableau 9).

7.1.3 Les forces liées à la satisfaction des surveillants vis-à-vis de leur travail et l'équilibre vie privée/vie professionnelle

Trois forces essentielles sont à relever dans cette section. Il s'agit en premier de la facilité pour les surveillants d'obtenir des permissions d'absence ou des congés lorsqu'ils en font la demande à 74,3% (Tableau 14). Les dispositions sont prises dans pareilles situations pour que ces derniers puissent jouir de leurs droits. Pour ce qui concerne les autorisations d'absence ou de congé des membres de leurs équipes, ils sont les premiers consultés (71,4%)(Tableau 15), ce qui dénote d'une forte volonté d'implication décisionnelle.

Pour finir cette section, la plupart des mesures sociales initiées par HALD en direction de leurs personnels sont jugées pertinentes par les surveillants. Il s'agit de huit (06) mesures sur les 8 répertoriées (Graphique 7).

7.1.4 Les forces liées à la qualité des relations

La qualité du relationnel au sein d'une organisation influence de façon significative l'ambiance de travail. Entre les surveillants et leurs collaborateurs, ce sont des relations honnêtes (18/35) et transparentes qui guident leurs actions au quotidien (Graphique 8).

La qualité des relations est un puissant outil de motivation surtout lorsqu'il se fonde sur la reconnaissance des efforts fournis. Les surveillants des services de HALD bénéficient de cet atout qu'est la reconnaissance de leurs efforts par la hiérarchie à 61,8% (Tableau 17). Ajouté au respect que leur témoigne constamment les collaborateurs à 97,1% des surveillants interrogés (Tableau 18), au respect que leur témoigne leurs supérieurs hiérarchiques immédiats selon 97,1% des surveillants (Tableau 19), à la prise en compte du bien-être des travailleurs, y compris les surveillants dans les discussions et négociations syndicales à 85,7% (Tableau 20), les surveillants de service ne peuvent que bien se sentir à leur poste. A cela, il

faudra ajouter le fait d'être apprécié de leur personnel à 85,7% (Tableau 21). Tous ces acquis vont mettre les surveillants dans des conditions psychologiques profitables pour HALD en ce qu'ils auront envie de mieux faire pour bénéficier de plus de reconnaissance et de considération.

7.1.5 Les forces liées à l'hygiène et sécurité/environnement de travail

Dans cette section il est bien de savoir qu'aucun des surveillants n'a jamais été victime d'accident de travail ou de trajet à 91,2% des surveillants interrogés (Tableau 24). C'est une force car, les accidents de travail et de trajets sont souvent révélateurs d'un déficit de dispositif de sécurité adéquat pour les employées, surtout dans des organisations délicates comme les hôpitaux. Au niveau de l'environnement de travail, l'on note une ventilation et un éclairage de qualité dans les services selon 72,7% des surveillants (Tableau 26), la disponibilité des sources d'eau potable dans 73,5% des services (tableau 28), ce qui est une obligation pour les services de soins, vu le risque élevé d'exposition aux infections.

7.1.6 Les forces liées à la qualité de l'organisation du travail

Une bonne organisation du travail, suppose également que HALD dispose d'une bonne planification horaire. C'est le cas pour HALD, car 90,9% des surveillants interrogés trouvent leurs horaires de travail convenables (Tableau 35). Aussi l'âge des surveillants, loin d'être un handicap constitue plutôt un atout pour 69,7% des répondants (Tableau 36). Plus on a de l'expérience, mieux on peut gérer une équipe de travail.

Une dernière force est le rythme de travail, en corrélation forte avec les nécessités de services, ce qui est normale car, le milieu hospitalier est un milieu où les urgences médicales vitales sont fréquentes, ce qui nécessite une gestion plus flexible des horaires de travail (Tableau 38). Cela a pour avantage de réduire la charge de travail et l'épuisement professionnel.

7.2 Les faiblesses relevées dans l'analyse de la QVT des surveillants des services de soins de HALD.

7.2.1 Les faiblesses liées au contenu du travail des surveillants.

Les résultats de la collecte des données ont révélé plusieurs faiblesses à savoir l'absence de fiches de postes élaborés et mise en place pour les surveillants (Guide de l'observation au niveau de la DRH). Il faut souligner que la fiche de poste dans une organisation est l'outil de

base qui présente de façons claires, les tenants et les aboutissants du poste que va occuper l'employé. Il formalise dans son contenu les exigences réciproques des parties prenantes employeur et employé.

Les résultats ont également relevé que les surveillants de services jouissent d'une autonomie relative dont les domaines d'applications ne sont pas explicites dans l'exercice de leur fonction (Graphique 1).

Aussi, la mission principale d'un surveillant de service de soins est de veiller au bon fonctionnement dudit service. Pour cela, il est indispensable de disposer de tout son temps pour les besoins d'organisation et de gestion du service. Mais nos données collectées, nous révèlent que certains surveillants en dehors de leurs responsabilités managériales effectuent également les activités de soins (Graphique 5), ce qui ne facilite pas l'occupation parfaite du poste de surveillant.

La plupart des surveillants sont des paramédicaux de formations initiales. Les aptitudes managériales et de gestion d'équipe ne sont pas souvent détenues avant leur nomination au poste de surveillant. Ce qui rend indispensable le renforcement de leurs compétences dans les fondamentaux du management nécessaires pour tout surveillant de service. Mais force est de constater que sur dix (10) domaines jugés indispensables par nos soins, seules quatre (04) formations sont majoritairement détenues par les surveillants (Graphique 3). Il s'agit de la qualité des soins, du management des équipes, de la gestion des stocks, de la planification et de l'organisation.

Aussi, les surveillants une fois nommés, ne sont pas encouragés à développer leurs carrières puisque la moitié d'entre eux affirme ne pas détenir d'informations sur les possibilités d'évolution que leur offre leur fonction (Tableau 8).

7.2.2 Les faiblesses liées à la qualité de l'information partagée avec les surveillants

Assurer le bon fonctionnement du service suppose également qu'on puisse s'assurer qu'il crée de la valeur. Une valeur relative non seulement à la satisfaction du patient, mais aussi à la qualité du recouvrement des recettes. Pour ce faire, les surveillants doivent être parfaitement au courant des dépenses engendrées par leurs services et des recettes qu'ils réalisent de par leurs activités. Mais les résultats nous montre que les recettes et les dépenses ne sont pas partagées avec eux à 26,5% des surveillants, quelques fois à 29,4% et seulement 17,6% sont

informés sur les recettes et les dépenses (Graphique 5). Ce qui signifie que la communication financière de la direction à l'endroit des surveillants est à parfaire, voire à formaliser.

Par ailleurs au sein de l'organisation, il n'y a pas que les relations professionnelles qui comptent, mais aussi les valeurs qui y sont véhiculées et partagées. Pour s'en assurer, il y a lieu de les formaliser en vue de s'assurer qu'elles sont connues de tous. Pour ce qui nous concerne, seuls 48,5% des surveillants déclarent connaître les valeurs partagées de HALD (Tableau 7). Les résultats montrent également que, quand bien même certains surveillants ont accès auprès des services ressources humaines des informations sur leurs personnels en cas de besoin, leur proportion reste faible (55,9%) (Tableau 9).

7.2.3 Les faiblesses liées à l'équilibre vie privée/vie professionnelle

La première faiblesse est l'éloignement des domiciles des surveillants par rapport au service, car 34,4% d'entre eux habitent entre 16 et 20 km de l'hôpital, 37,1% au-delà de 21 km. Cet éloignement n'est pas de nature à faciliter la gestion des urgences du service qui sont particulièrement fréquentes dans les formations sanitaires. (Graphique 6). Le fait également de passer plus de temps au service qu'à la maison (74,3% des surveillants) est un risque majeur et peuvent avoir des incidences sur l'équilibre des familles et l'éducation des enfants, surtout qu'en ce qui nous concerne, les surveillants du genre féminin sont plus nombreux que le genre masculin (Tableau 3).

7.2.4 Les faiblesses liées à la qualité des relations

Une des approches nouvelles de gestion est l'approche participative. Celle-ci voudrait que les responsables des équipes opérationnelles qui sont ici les surveillants de services soient impliqués dans le processus de prise de décision lorsqu'il touche leurs services. Ceci, pour donner à la décision la chance d'être parfaitement mise en application. Mais pour les surveillants de HALD, ce principe n'est respecté qu'à 42,9% alors qu'il devait s'appliquer systématiquement à tous les surveillants (Tableau 13).

On observe également, de l'avis de 17,6% des surveillants qu'il existe des conflits interpersonnels, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'ambiance de travail au sein du service et sur le surveillant lui-même à qui il est fait obligation de gérer en premier ces conflits (Tableau 19).

7.2.5 Les faiblesses liées la rémunération des surveillants

Loin d'être la seule, la première source de motivation est le salaire, puisque l'on travaille avant tout pour gagner un revenu. Ainsi pour 57,1% des surveillants, leur revenu salarial ne couvre qu'en partie leurs besoins, ce qui les prédispose sans nul doute à rechercher ailleurs, des sources de revenus complémentaires pour boucler les fins de mois (Graphique 9). Ce qui a pour conséquence, la diminution du rendement, l'épuisement professionnel pour excès d'effort, le mal-être chez les surveillants concernés.

Il en est de même pour le logement dont ne bénéficient pas les surveillants ni en terme de logement de fonction ni en terme d'indemnité de logement. (Tableau 23).

7.2.6 Les faiblesses liées à l'hygiène et sécurité/l'environnement de travail

Une des responsabilités importantes de l'employeur est d'assurer la santé, la sécurité et un cadre de travail satisfaisant pour ses employés. La loi lui fait obligation sous peine de sanction judiciaire. Après traitement des données collectées chez les surveillants, les constats suivants ont été relevés.

La politique de santé et sécurité appliquée à HALD n'est pas connue de tous les surveillants. Seuls 41% déclarent en avoir connaissance (Graphique 10). Ce qui signifie qu'une grande partie des surveillants n'intègrent pas dans leur management, les problèmes de santé-sécurité de leurs agents en cohérence avec la politique mise en place par l'hôpital. Aussi les surveillants sont souvent stressés par leur travail, ce qui constitue des risques certains sur leur état de santé psychologique. Nous parlons de 77,1% de surveillants concernés, ce qui est tout à fait inquiétant (Tableau 25).

S'agissant de l'environnement de travail, l'on note l'absence de douches et de toilettes dans les bureaux de certains surveillants soit exactement 64,7% (Tableau 29), ce qui ne leur permet pas de se mettre convenablement à l'aise une fois au service. Aussi, tous les services ne disposent pas de vestiaires de rechange pour le personnel, ce qui pose non seulement des problèmes d'intimité lorsqu'il s'agit du personnel mixte, mais aussi des difficultés de gestion pour les surveillants. Seuls 59,4% des surveillants déclarent en disposer dans leurs services (Tableau 30). De façon générale, 67,6% des surveillants trouvent leurs bureaux inconfortables (Graphique 11), ce qui peut être source de démotivation.

Pour une grande structure comme HALD avec les services à fort potentiel de risque, les surveillants déclarent ne pas avoir connaissance d'un dispositif formel mise en place pour

gérer les accidents de travail à 66,7% (Tableau 31). Certes le cadre légal a prévu des mécanismes opérationnels à cet effet, mais encore faudrait-il que ces mécanismes soient totalement fonctionnels au sein des différents services de soins.

Pour une médecine du travail parfaitement fonctionnelle, chaque agent devrait bénéficier d'une visite médicale annuelle faite par le médecin du travail. Ce qui permet de constituer le profil sanitaire du personnel afin de prendre des mesures appropriées. Mais le constat est que cette pratique n'est pas formalisée puisque 97% des surveillants ne suivent pas cette visite médicale (Tableau 32).

Il est également important pour toute organisation de s'inscrire dans un processus d'amélioration continue. Ce qui oblige à ce qu'un état des lieux de la situation sur la question concernée soit établi régulièrement. Ce qui permet d'actionner les bons leviers et d'apporter les solutions les plus pertinentes pour faire avancer l'organisation. Dans le cas de HALD, aucune étude sur la santé-sécurité n'a été encore réalisée dans la perspective d'améliorer la santé du personnel selon 93,9% des surveillants (Tableau 33). Notre travail vient justement apporter un début de solution à cette situation.

Enfin, les conditions d'accessibilité au travail est une variable importante sur en ce qui concerne la gestion du temps de travail et des urgences en dehors des heures de travail. A HALD, les surveillants accèdent à leur travail en cas d'urgence au service, par transport en commun (51,5%) ou par leur moyen personnel (45,5%) (Tableau 34). Cette situation peut avoir des risques sur la prise en charge des malades surtout lorsque le surveillant de service doit être obligatoirement présent pour dénouer un problème.

7.2.5 Les faiblesses liées la qualité de l'organisation du travail

La première faiblesse constatée dans cette section est l'absence d'organigrammes formalisés et disponible dans certaines unités de soins rendue possible par l'observation participante. Ce qui devait être le cas. Une organisation sans organigramme signifie que les relations professionnelles et hiérarchiques ne sont pas formellement établies du point de vue du champ des responsabilités. Le service des ressources humaines doit veiller à ce que ce dysfonctionnement soit corrigé.

Enfin, notre enquête a également révélé que certains surveillants de services ne disposent pas de bureaux personnels et les partagent avec les autres agents dudit service. Cette situation concerne exactement 60,6% des surveillants interrogés (Tableau 37).

7.3 Les opportunités QVT

Il se dégage de notre étude, des opportunités que HALD se doit de saisir en vue d'optimiser la qualité de ses ressources humaines. Il s'agit de :

L'émergence de la problématique de la QVT,

L'émergence de la problématique équilibre vie professionnelle/ Vie privée

La disponibilité des outils de mise en place de la démarche QVT,

La disponibilité des meilleures pratiques de démarches QVT,

La disponibilité des modèles de démarche QVT (ex. ANACT-France),

L'évolution du métier de cadre de la santé (Surveillant de service),

La mise en œuvre du projet d'établissement de HALD,

L'existence de la norme NF S90-351 : Norme sur la qualité de l'air dans les établissements de Santé (AFNOR).

La disponibilité des certifications des formations sanitaires (HAS en France, BNQ au Canada)

La tolérance religieuse entre chrétiens et musulmans très développée au Sénégal,

7.4 Les menaces QVT

S'agissant des menaces, HALD doit redoubler de vigilance en surveillant les éléments suivants :

- Contrôle de mise en application des conventions de l'OIT sur les conditions de travail ratifiées par le Sénégal (Cf. manuel de l'employeur 2013),
- Contrôle de l'inspection du travail sur la mise en application de la législation sur les conditions de travail,
- Contrôle de l'Inspection Générale d'Etat sur la qualité de recouvrement des recettes,
- Le développement des formations sanitaires privées concurrentes,
- Risque de non-respect des conventions de l'OIT sur :
 - Les produits chimiques (Con. 170)
 - La protection des travailleurs contre les radiations ionisantes (Con. 115) (Service de radiologie, de radiothérapie, personnel de la maintenance biomédicale, etc.)
 - L'hygiène (Con. 120)
 - Sur le milieu du travail à savoir pollution de l'air, bruit et vibration (Con. 148),
 - Sur les services de santé au travail (Con. 161)

- Sur la présentation des accidents industriels majeurs (Con. 174) (ex. Maintenance biomédicale, Radiothérapie, Radiologie, etc.)
- Sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (Con. 187)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS

La gestion de la qualité de vie au travail relève essentiellement aussi bien de démarches que de pratiques. Pour cela, les recommandations les plus appropriées consistent à apporter des solutions opérationnelles pour corriger les faiblesses issues de l'analyse SWOT de HALD. Ces solutions vont être assorties de la mise en place d'une démarche globale de gestion de la qualité de vie au travail, dans une perspective d'amélioration continue à l'instar de la roue de DEMING⁴⁵.

8.1 Recommandations liées à la perception du contenu du travail

- Pour résoudre les faiblesses identifiées dans cette section, HALD doit finaliser dans un bref délai son processus de mise en place des fiches de poste et les opérationnaliser. Cette action, si elle est bien menée, va apporter une meilleure maîtrise de la structure organisationnelle et de ses relations ; une clarification des responsabilités dévolues aux surveillants de service.

8.2 Recommandations liée à la qualité de l'information partagée

- Il faut également formaliser le partage des informations sur les dépenses et recettes avec les surveillants de façon hebdomadaire et les inciter à veiller sur l'équilibre budgétaire,
- Formaliser la vision de HALD et la partager avec les surveillants de services.

8.3 Recommandations relatives à l'équilibre vie privée/vie professionnelle

- Subventionner l'acquisition de véhicule à tous les surveillants de services de HALD n'en disposant pas dont la majorité sont des femmes (Tableau 3),
- Veiller à l'équilibre entre le temps passé au service et à la maison des surveillants de service.

8.4 Recommandations concernant la qualité des relations professionnelles

- Impliquer systématiquement les surveillants de services dans les prises de décision concernant leurs services,

⁴⁵ La roue de Deming (de l'anglais Deming wheel) dite PDCA (Plan-Do-Check-Act) est un modèle d'amélioration continue utilisé en management de la qualité. Son nom vient du statisticien William Edwards Deming.

- Former les surveillants de service en gestion des conflits interpersonnels,
- Mettre en place un système d'incitation financière basée sur la performance pour les surveillants de service.

8.5 Recommandations sur l'hygiène, sécurité/Environnement

- Elaborer avec toutes les parties prenantes, la politique santé sécurité du personnel et la partager avec l'ensemble du personnel,
- Créer un service de médecine du travail avec un médecin spécialiste du travail,
- Mettre en place une visite médicale annuelle obligatoire pour les surveillants de service en collaboration avec la médecine du travail,
- Accompagner les surveillants de service dans l'aménagement des services,
- Se conformer aux dispositions légales et réglementaires en matière de santé sécurité au travail (Appliquer correctement le code du travail, les conventions Con. 170, Con. 115, Con. 120, Con. 148, Con. 161, Con. 174 et Con. 187) de l'OIT

8.6 Recommandations sur la qualité de l'organisation du travail

- Finaliser, formaliser et mettre en place l'organigramme général de HALD et de celui de chaque service de soins,
- Doter tous les surveillants de service de bureaux personnel et confortable,

8.7 Recommandations générale

Elles consistent à la mise en place d'une démarche QVT qui intègre dans son processus tous les aspects précités et respectant la démarche suivante :

1. Elaboration d'une politique qualité de vie au travail du personnel du HALD pilote par la Direction Générale,
2. Mise en place d'une commission QVT composée du Directeur, président du comité technique d'établissement; du médecin du personnel ; d'un représentant du conseil d'administration, du chef service des ressources humaines, d'un membre de la commission médicale d'établissement, du responsable du service des soins infirmiers, d'un représentant de chaque syndicat du personnel de HALD,

3. Élaboration d'un questionnaire QVT formalisé et standardisé et révisable tous les trois ans par la commission,
4. Administration annuelle du questionnaire QVT,
5. Traitement et présentation des résultats à la commission QVT,
6. Identification des faiblesses et propositions de mesures d'amélioration de la QVT,
7. Élaboration et rapport annuel de la QVT du personnel de HALD.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

CEGAG - BIBLIOTHEQUE

L'objectif général de la présente étude est de réaliser une étude analytique de la qualité de vie au travail des surveillants des services de soins de HALD. En effet, les surveillants managers de proximité sont responsables de la bonne organisation et du bon fonctionnement de leurs services et unités de soins. Nous pensons que leur bien ou mal-être au travail peut influencer la qualité de leur rendement et il était donc important de mettre à disposition un premier travail qui fait l'état des lieux de la QVT au sein de cette formation hospitalière.

Parmi les principaux résultats obtenus après notre étude, il nous semble important de vous présenter un résumé des forces et faiblesses des éléments de pratiques QVT de HALD. La collecte des données a révélé que des initiatives existant déjà à HALD, concourent à la QVT des surveillants dont la perception et l'appréciation sur certaines de ces initiatives sont majoritairement positives.

Parmi les forces, on retient que les surveillants apprécient pour l'essentiel positivement, les activités qui sont les leurs. Ils ont une connaissance satisfaisante de la finalité de leur poste de même que la vision et les missions de l'hôpital. Un dispositif leur permettant de prendre des permissions et des congés en cas de besoin existe. Ils sont les premiers responsables de la présence ou de l'absence des membres de leurs équipes et à cet effet, sont consultés systématiquement pour les absences avant l'accord de la direction.

Il faut également relever l'existence de quelques pratiques qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie au travail. Il s'agit des colonies de vacances pour les enfants du personnel, l'achat chaque année de deux billets d'avion, un pour la Mecque, un pour Rome au bénéfice de deux agents par année, pour effectuer le pèlerinage religieux. Des arbres de Noël sont organisés en fin d'année et des cérémonies d'honneurs sont organisées pour les retraités de HALD de façon triennale.

Les relations de travail sont globalement satisfaisantes avec un rythme de travail adapté aux spécificités des formations sanitaires.

S'agissant des faiblesses, nous avons noté des éléments auxquels des mesures correctives doivent être apportées. Il s'agit de la non-implémentation des fiches de postes, outil de base de gestion du capital humain dans les organisations, du cumul des responsabilités de surveillant avec les activités de soins, de l'inadéquation entre la formation initiale des surveillants et les exigences du poste. A cela s'ajoute l'insuffisance des formations pour une bonne tenue du poste dès la nomination des surveillants, de l'insuffisance du partage des informations financières des activités de soins avec ces derniers. Aussi, il n'y a pas de valeurs

partagées de façon formelle et il se pose un problème d'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle des surveillants dont la majorité sont des femmes. L'implication décisionnelle est faible et les conflits interpersonnels fréquents. Pour ce qui concerne la santé, l'on note l'absence d'une politique formelle de santé sécurité en avec des surveillants souvent stressés par leur travail. Les conditions matérielles et environnementales doivent être globalement améliorées. Enfin, un organigramme formalisé et largement partagé doit être rendu disponible aussi bien au niveau de la direction générale tout comme au niveau des services.

Ces résultats sont spécifiques à l'Hôpital Aristide LEDANTEC et les recommandations spécifiques à l'amélioration de la qualité de vie des surveillants. Il faut également relever le fait que cinq (05) questionnaires n'ont pas été collectés et une (01) a été mal remplie. Cependant, cela n'entame en rien la qualité des conclusions puisque 35 des 40 surveillants ciblés ont effectivement participé à l'enquête. Les entrevues réalisées avec les différentes personnes ressources ont permis d'approfondir certains éléments du questionnaire. Les recommandations de l'étude peuvent s'appliquer non seulement à l'ensemble du personnel, mais aussi à toutes les formations sanitaires du Sénégal dont les caractéristiques QVT sont forcément semblables.

L'originalité de nos résultats réside dans le fait qu'aucune analyse QVT n'a encore été réalisée à HALD. Seules les questions de la qualité des soins sont déjà abordées, mais pas ceux de la qualité de vie au travail du personnel de santé. La mise en œuvre des recommandations issue de nos résultats va permettre à HALD d'amorcer le chemin de la qualité de vie au travail dont le but ultime est de faire la prévention du risque d'altération de la qualité de vie au travail des travailleurs de la santé.

Pour les formations sanitaires qui n'ont pas encore amorcé cette démarche, nos résultats vont servir de base à l'identification des axes prioritaires sur lesquels vont porter leurs actions visant l'amélioration des conditions de travail, et de vie au travail des employés du secteur de la santé.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE D'ANALYSE DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SURVEILLANTS DES SERVICES DE SOINS DE L'HOPITAL ARISTIDE LEDANTEC

Contexte et consigne

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du MBA-GRH. Le Thème du mémoire est : « *L'analyse de la qualité de vie au travail des surveillant(e)s des services de soins : Cas de l'hôpital ARISTIDE LEDANTEC de Dakar* ».

Le questionnaire est entièrement anonyme. De la sincérité des réponses dépendra la qualité du document final de notre étude qui sera d'une utilité certaine pour l'Hôpital Aristide LEDANTEC.

Pour toutes informations contactez le 77 747 1 34 ou voir Bureau Division formation

I- IDENTIFICATION DE L'ENQUETE

1. Service
2. Qualification professionnel
3. Années d'ancienneté dans la fonction de surveillant d'unité

II- PERCEPTION DE LA QUALITE DU CONTENU DU TRAVAIL

4. Disposez-vous d'une fiche de poste ?
 Oui Non
5. Que pensez-vous de votre niveau d'autonomie dans l'exercice de vos fonctions ?
 Pas d'autonomie
 Faible autonomie
 Forte autonomie
 Très forte autonomie
6. Vos activités de surveillant(e) vous procurent-elles du plaisir ?
 Pas de plaisir
 Peu de plaisir
 Beaucoup de plaisir
7. Vos activités de surveillant(e) vous enrichissent- elles en expérience ?
 Oui Non
8. Quel est le niveau de variété de vos activités ?
 Mono tache
 Peu variées
 Varié
 Très variés
9. Continuez-vous à pratiquer votre métier de soignant(e) tout en étant surveillant ?
 Pas du tout
 Quelques fois
 Souvent

- Très souvent
10. Si oui, quels types de formations avez-vous reçu exactement ? (Choix multiples)
- Management des équipes
 - Cohésion d'équipe
 - Droit du travail
 - Qualité des soins
 - Gestion des ressources humaines
 - Gestion des projets
 - Comptabilité
 - Planification et organisation
 - Gestion de stock
 - Autres
11. Quel est selon vous la finalité du poste de surveillant de service ? (Choix multiples)
- Organiser le service
 - Développer les collaborateurs
 - Proposer une sanction
 - Motiver
 - Bon fonctionnement du service
 - Accompagner la politique de soins
 - Améliorer la qualité de prise en charge des patients
 - La sécurité dans le service
 - Etre attentif aux problèmes du service
 - Ecouter son personnel
12. Etes-vous informé sur vos possibilités d'évolution professionnelle ?
- Oui Non Sans réponse

III- PERCEPTION DE LA QUALITE DE L'INFORMATION PARTAGEE AU SEIN DE HALD

13. A quelle fréquence êtes-vous informé des recettes et dépenses de l'hôpital ?
- Jamais
 - Quelques fois
 - Par semaine
 - Par mois
 - Uniquement les recettes
 - Au jour le jour
14. Connaissez-vous la vision et les missions de votre institution hospitalière ?
- Oui Non
15. Connaissez-vous les valeurs partagés au sein de HALD ?
- Oui Non
16. Comment qualifiez-vous vos échanges avec les membres de votre équipe ?
- Facile
 - Parfois difficile
 - Difficile
 - Très difficile
17. Obtenez-vous aisément les informations détenus par le service Rh sur votre personnel ?
- Oui Non

IV- LA SATISFACTION DES ATTENTES DES SURVEILLANTS VIS-A-VIS DE LEUR TRAVAIL ET L'EQUILIBRE VIE PRIVEE, VIE PROFESSIONNELLE

18. A quelle distance estimez-vous votre domicile de l'hôpital ?
- 0 à 5 km
 - 5 à 10 Km
 - 11 à 15 km
 - 16 à 20 km
 - + de 21 km
19. Entre le service et votre maison où passez-vous plus de temps ?
- Domicile
 - Hôpital
20. Obtenez-vous facilement des permissions d'absences et de congés?
- Oui
 - Non
21. Les permissions d'absence de vos agents sont-ils accordés par vous ?
- En premier pour avis
 - Non
22. Parmi les mesures sociales mise en place par la direction à l'endroit du personnel, quelles sont pour vous les plus pertinentes ? (Choix multiples)
- Indemnité de Transport
 - Prise en charge médicale
 - Mutuelle de santé
 - Soutien moral pour évènement heureux et malheureux
 - Soutien financier pour évènement heureux ou malheureux
 - Secours après décès
 - Subvention financière pour le pèlerinage à Rome et à la Mecque
 - Activité sportives

V- LA QUALITE DES RELATIONS PROFESSIONNELLES

23. Etes-vous consulté dans les prises de décisions de la direction concernant votre service ?
- Oui
 - Non
24. Que diriez-vous des relations que vous entretenez avec vos collaborateurs ?
- Tendues
 - Transparentes
 - Honnête
 - Chaleureuses
 - Aisée
 - Suspicion
25. Vos efforts sont-ils régulièrement valorisés par vos responsables hiérarchiques ?
- Oui
 - Non
26. Vous sentez-vous respecté par vos collaborateurs ?
- Oui
 - Non
27. Vous sentez-vous respecté par vos supérieurs ?
- Oui
 - Non
28. Discuter de votre bien-être au travail comme point de négociation syndicale avec l'employeur vous paraît-il nécessaire ?
- Oui
 - Non
29. Pensez-vous que le surveillant est apprécié de son personnel ?
- Oui
 - Non
30. Les conflits interpersonnels sont-ils fréquents dans votre service ?
- Oui
 - Non

VI- LA REMUNERATION

31. Que pensez-vous de votre niveau de rémunération ?
- Insuffisant
 - Règle mes besoins en partie
 - Règle mes besoins
 - Règle totalement mes besoins
32. Bénéficiez-vous d'une indemnité de logement ou d'un logement de fonction ? ?
- Indemnité de logement
 - Logement de fonction
 - Aucun des deux

VII- L'HYGIENE ET SECURITE / ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

33. Connaissez-vous la politique santé et sécurité de votre institution ?
- Oui
 - Non
34. Avez-vous été déjà victime d'un accident de travail et de trajet ?
- Oui
 - Non
35. Votre travail vous met-il souvent sous pression (stress)?
- Oui
 - Non
36. Votre service est-il suffisamment aéré, ventilé et éclairé ?
- Oui
 - Non
37. Avez-vous les moyens d'aménager convenablement vos salles et bureaux ?
- Oui
 - Non
38. Disposez-vous d'une source d'eau potable dans votre service ?
- Oui
 - Non
39. Disposez-vous de douches et de toilettes dans votre bureau ?
- Oui
 - Non
40. Y-a-t-il des vestiaires pour les rechanges de vos collaborateurs ?
- Oui
 - Non
41. Comment trouvez-vous votre mobilier de bureau ?
- Inconfortable
 - Confortable
 - Très confortable
 - Plus que confortable
42. Y-at-il des mesures de protections formels de préventions contre les risques d'accidents de travail ?
- Oui
 - Non
43. Y-a-t-il des visites médicales périodiques en lien avec votre fonction de surveillant de service initié par la médecine de travail?
- Oui
 - Non
44. Avez-vous été déjà associé à une étude sur la santé sécurité au travail du personnel de HALD ?
- Oui
 - Non
45. Avec quel moyen accédez-vous au service en cas d'urgence dans votre unité ?
- Transport en commun
 - Moyen personnel
 - Véhicule de service

VIII- LA QUALITE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

46. Vos horaires de travail au sein de l'hôpital vous conviennent-ils ?
 Oui Non
47. L'âge est-il un handicap au métier de surveillant ?
 Oui Non
48. Disposez-vous d'un bureau personnel ?
 Oui Non
49. Qui décide de votre rythme de travail ?
 Imposé par la hiérarchie
 Vous-même
 Par nécessité de service

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Existence de l'organigramme complet de l'hôpital (Chef service administration du personnel)
.....
2. Existence des fiches de postes, (Chef division administration du personnel)
.....
3. Formation des surveillants (Chef division formation)
.....
4. La charte éthique de HALD (Valeurs partagées, Directrice, CSRH)
.....
5. La politique de transport du personnel (Chef division administration du personnel)
.....
6. La politique de logement du personnel (Chef division administration du personnel)
.....
7. Les actions de solidarités de HALD mises en place, (Soutien de tous ordres, visites à domicile, etc. (Chef division administration du personnel)
.....
8. Le taux d'absentéisme des surveillants et éventuellement les causes (Chef division administration du personnel)
.....
9. L'implication des instances représentatives du personnel sur les questions de la qualité de vie à HALD, (Représentant du personnel au conseil)
.....
10. Le document de politique de santé et sécurité du niveau national (Existant, connu et partagé), Convention 187 (Représentant du personnel au conseil)
.....
11. Le document de politique santé et sécurité de HALD, (Existant, connu et partagé), Conv 187 (Représentant du personnel au conseil)
.....
12. La politique qualité et qualité des soins, (SSI)
.....
13. La politique de rémunération formalisée et partagée, (Chef division administration du personnel)
.....
14. Les prestataires de l'entretien de HALD (SSI)
.....
15. La gestion des retraites (Pratiques de HALD) (Chef division administration du personnel)
.....

Annexe 3 : Liste des services soins concernés par la collecte des données

SERVICE	TYPLOGIE
HEMATOLOGIE	SERVICE
BLOC CENTRAL	SERVICE
SERVICE DES SOINS INFIRMIERS	SERVICE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE	SERVICE
MATERNITE	SERVICE
CARDIOLOGIE	SERVICE
PARASITOLOGIE	SERVICE
GASTRO-ENTEROLOGIE	SERVICE
IMAGERIE MEDICALE	SERVICE
UROLOGIE	SERVICE
NEPHROLOGIE	SERVICE
DERMATOLOGIE	SERVICE
REANIMATION	SERVICE
BIOCHIMIE	SERVICE
ORTHOPEDIE	SERVICE
MEDECINE INTERNE	SERVICE
PEDIATRIE	SERVICE
ANATOMO-PATHOLOGIE	SERVICE
OPHTALMOLOGIE	SERVICE
CYTO-GENETIQUE	SERVICE
LAENNEC	SERVICE
ODONTOLOGIE	SERVICE
STOMATOLOGIE	SERVICE
BATERIOLOGIE	SERVICE
ASSALI-FONTAIN	UNITE
ANESTHESIE-REANIMATION	UNITE
LABORATOIRE DE GARDE (LABORATOIRES)	UNITE
IMAGERIE MEDICALE	UNITE
CONSULTATION EXTERIEURE	UNITE
RADIOTHERAPIE	UNITE

PACHON	UNITE
URGENCES CHIRURGICALES	UNITE
UROLOGIE (EX ORL)	UNITE
LAVERAN	UNITE
KINESITHERAPIE	UNITE
UROLOGIE	UNITE
BLOC OPERATOIRE (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)	UNITE
CANCEROLOGIE	UNITE
BLOC STOMATOLOGIE	UNITE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

Publications officielles

1. *Guide sur les normes internationales du travail* (2008), Centre internationale de la formation de l'OIT, 311 pages.
2. *INSEE (2010), La qualité de vie, France portrait social 2012.*
3. *La constitution de la république du Sénégal de 2001.*
4. *La norme Entreprise en santé (BNQ 9700-800).*
5. *La Norme ISO 2000 version 2005.*
6. *La norme ISO 9001 version 2008.*
7. *L'agenda du travail décent en Afrique: 2007-2015*, Onzième Réunion régionale africaine, Addis-Abeba, Ethiopie – Avril 2007, Rapport du Directeur général.

Livres et ouvrages

1. AUBRUN Mérylle, BERMOND Franck, BRUN Emile, CORTOT Jean-Louis, DELCHET-COCHET Karen, GRAFFIN Olivier, JOUNOT Alain, PONROUCH Adrien (2010), *ISO 26000 Responsabilité sociétale : comprendre, déployer, évaluer*, Editions AFNOR, 304 pages.
2. AUTISSIER David, MOUGIN Yvon, SEGOT Jacques (2010), *Mesurer la performance de la fonction qualité*, Editions d'Organisations, 236 pages.
3. BRASSEUR Christophe (2005), *Dada management : qualité des données et compétitivité*, Editions HERMES SCIENCE PUBLICATIONS, 166 pages.
4. CANARD Frédéric (2009), *Management de la qualité*, Editions GUALINO, Paris, 249 pages.
5. CANARD Frédéric (2012), *Management de la qualité : vers un management durable*, 2^e Editions GUALINO, 304 pages.
6. COCHRANE, Jean-Philippe (2014), *Les médiateurs et modérateurs de l'effet d'une intervention cognitive-existentielle pour les personnes atteintes d'un cancer non-métastatique sur la qualité de vie existentielle*, Doctoral Dissertation, Université Laval.
7. DAVIS Louis E., CHERNS Albert (1997), *The Quality of Working Life*, New York, Free Press, 450 pages.
8. FROMENTIN Daniel, PINÇON Jean-Arthur (2003), *Démarche qualité pour un projet d'entreprise*, Editions DEMOS, Paris, 193 pages.

9. MERCIER Cécile, CORTEN Philippe (1994), "Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques." *Evaluation de la qualité en psychiatrie*, Editions Vivianne Kovess, Paris, 263-287 pages.
10. PARKER Mike (1995), *inside the circle: a woman guide to Quality of Work life*, Boston: South End Press, 154 pages.
11. SPILKER, B. (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (Second ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
12. WENGER Nanette K., MATTSON Margaret E., FURBERG Curt D., ELISON Jack. (1984), *Overview: Assessment of Quality of life in Clinical Trial of Cardiovascular Therapies*, Edition Nanette K. WENGER, 374 pages.

Articles

1. BORSDORF Axel (1999), La qualité de vie dans les villes alpines. Le cas d'Innsbruck. *Revue de géographie alpine*, vol 87 (4) : 81-91.
2. BORTHWICK-DUFFY Sharon A. (1992), Quality of life and quality of care in mental retardation. In : *Mental retardation in the year 2000*. Springer New York : 52-66.
3. CAPITAL SANTÉ (2013), La «Qualité de vie au travail 2.0 » : de la cosmétique à l'enjeu stratégique, *Lette d'information, Bien être et Performance n°13* : 4 pages
4. CHAN Choon Hian., EINSTEIN Walter O. (1990), Quality of Work Life (QWL): What can Unions do, *Sam Advanced Management Journal*, vol. 55: 17-22.
5. CHANDRANSHU Sinha (2012), Factor Affecting Quality of Work Life: Empirical Evidence from Indian Organizations, *Australian Journal of Business and Management Reasearch*, vol 1 (11): 31-40.
6. COLE Donald C., ROBSON Lynda S., LEMIEUX-CHARLES Louise, Mc. GUIRE Wendy Mc. SICOTTE Claude et CHAMPAGNE François (2005), Quality of Working Life Indicators in Canadian Health Care Organizations: A tool for Healthy, Health Care Places? *Occupational Medicine*, vol. 55(1): 54-59.
7. CORTEN Philippe (1993), Qualité subjective de la vie et réadaptation: émergence et évolution conceptuelle, *Santé mentale au Québec*, vol. 18 (2): 33-48.
8. CORTEN Philippe (1998), Le concept de la qualité de vie à travers la littérature anglo-saxone, *L'Information psychiatrique* 1998, vol. 9 :922-932.
9. CUNMINGHAM J. Barton, EBERLE Ted (1990), A guide to Job Enrichment and Redesign. *Personnel*, vol. 67: 56-61.

10. DANNA Karen, GRIFFIN, Ricky W. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature, *Journal of Management*, vol. 25(3): 357-384.
11. DARGAHI, H., SERAGI, J., Hasle (2007), An approach model for Employees Improving of work life (IQWL): *Iranian Journal of Public Health*, vol.36 (4): 81-86.
12. DAVIS Louis E., LEVINE Mark F., TAYLOR James C. (1984), Defining Quality of Working Life, *Human Relations*, vol. 37: 81-104
13. DAVIS, Louis E., WATERS, E., MACKINNON, A., REDDIHOUGH, D., GRAHAM, H.K., MEHMET-RADJI, O., & Boyd, R. (2006). Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(4), 311-318.
14. DAZORD Alice, GERIN Paul, BROCHIER Claude, CLUSE Monique, TERRA Jean-Louis, SEULIN Christian (1993), Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêt chez le patient dépressif, *Santé mentale au Québec*, vol. 18 (2) : 48-74.
15. DUPUIS Gille et al (2007), La qualité de vie infantile : état actuel des connaissances. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 12 (4), 14-27.
16. ELIZUR Dov, SHYE Samuel (1990) Quality of work life and its relation to quality of life, *Applied Psychology: An International review*, vol 39(3): 275-291.
17. ETIENNE Anne Marie (2014), Les préférences alimentaires: Comment préserver son équilibre alimentaire et sa qualité de vie? De l'enfant à l'adulte. *In conférence organisée par la Clinique Psychologique et Logopédique Universitaire (CPLU)*.
18. FAGOT-LARGEAULT Anne (1991), Réflexions sur la notion de qualité de vie, *Archives philosophiques du droit*, vol. « Droit et science »(1991) 36 : 135-153.
19. GADON Herman (1984), Making Sense of Quality of Work Life Programs, *Business Horizons*, vol. 27 (1): 42-46.
20. Gayral-Taminh, M., Bravi, C., Depond, M., Pourre, F., Maffre, T., Raynaud, J.P., & Grandjean, H. (2005). Auto-évaluation de la qualité de vie d'enfants de 6 à 12 ans : analyse du concept et élaboration d'un outil prototype. *Santé Publique*, 17 (1), 35-45.
21. GILL Thomas Michael, FEINSTEIN Alvan R. (1994), A Critical Appraisal of the Quality of life Measurement, *Measurement Review*, Juma, vol. 272(8): 619-626.
22. GOODE David A. (1989). Quality of life and quality of work life, *Economics industry and disability: A look ahead*, Baltimore: 337-349.
23. GOODE David A. (1990), Thinking about and discussing quality of life. Quality of life: *Perspectives and issues*: 41-57.

24. GUERIN Paul, (1992), L'évaluation de la dépression à la lumière du concept de qualité de vie subjective, *Information Psychiatrique*, vol. 68 (5) : 47-56.
25. HALOVIC Stephen J. (1991), Quality of Work life and Human Resources Outcome, *Industrial Relations*, vol. 30 (3): 469-479.
26. JAYAKUMAR Amal, K. KALAISELVI (2012), Quality of Work Life, An Overview, International Journal for Marketing, *Financial Service & Management Reasearch*, vol. 1 (10).
27. JENKINS C. David, STANTON Babette-Ann (1984), Quality of life as Assessed in the Recovery Study, Assessment of Quality of life in Clinical Trial of Cardiovascular Therapies, *Edition N.K Venger et al*, USA, La Jacq Publishing: 25-37
28. KERCE Elyse W., BOOTH-KEWLEY Stephanie (1993). Quality of work life surveys in organizations: Methods and benefits. *Sage Focus Editions*, 158 : 188-188.
29. KIERNAN William E., KNUSTON Kari (1990). Quality of work life. Quality of life: *Perspectives and issues*: 101-114.
30. LOSCOCCO Karyn A. et ROSCHELLE Anne R (1991). Influences on the quality of work and non-work life: Two decades in review. *Journal of Vocational Behavior*, 39(2): 182-225.
31. LOWE Graham S. (2002). Quality of worklife indicators for nurses in Canada: Workshop report. *Canadian Nurses Association*. Retrieved November, vol.15: 2003.
32. MACIA Enguerran, DUBOZ Priscilla, GUEYE Lamine, (2010), *les dimensions de la qualité de vie subjective à Dakar*, *Sciences sociales et Santé*, vol. 28, n°3.
33. MARTEL Jean Pierre, DUPUIS Gilles (2006). Quality of work life: theatrical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social indicators Research*, 77: 333-368.
34. NADLER David A., LAWLER III Edward E., (1983). Quality of work life: Perception and direction. *Organizational Dynamics*, New York, vol. 11(3): 20-30.
35. NEWAZ, M. K., ALI, T. et AKHTER, I. (2007), Employee Perception Regarding Turnover Decision In Context of Bangladesh banking Sector, *BRAC University Journal*, vol. 4 (2) : 67-74.
36. PRIYADARSHANI Swati, Dr BHAGAT Manju (2014), Quality and Work Life Balance: One Lives to Work or Works to Live, *Journal of Exclusive Management Science*, vol 3 (1).
37. Rajmil, L., Herdman, M., Fernandez de Sanmamed, M.J., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Simeoni, M.C., Auquier, P., & the Kidscreen Group. (2004).

- Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 37-45.
38. RETHINAM Guna Seelan, MAIMUNAH Ismail (2007), Maimunah Ismail Constructs of quality of work life: A perspective of information and technology professionals, *European Journal of Social Sciences*, vol 7 (1): 58-70.
39. RUZEVICIUS Juozas (2007), Working life quality and its measurement, *Forum Ware International*, vol. 2.
40. SASHKIN Marshall, BURKE W. Warner. (1987). Organizational Development in the 1980's. *Journal of Management*, vol. 13(2): 393-417.
41. SCHALOCK Robert L., KEITH Kenneth D., & HOFFMAN Karen (1990) Quality of Life Questionnaire standardization manual. *Hasting, NE: Hasting College, Dept. of Psychology*.
42. SCHALOCK Robert R. (1993), La qualité de vie: Conceptualisation, mesure et application, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 4 (2): 137-151.
43. SEKARAN, Uma. The paths to mental health: An exploratory study of husbands and wives in dual-career families. *Journal of Occupational Psychology*, 1985, vol. 58(2) : 129-137.
44. SINHA Chandranshu (2012), Factors Affecting Quality of Work Life: Empirical Evidence From Indian Organization, *Australian Journal of Business and Management Research*, vol. 1 (11): 31-40.
45. SIRGY Joseph, EFRATY David, SIEGEL Phillip, LEE Dong-Jin (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social indicators research*, vol. 55(3): 241-302.
46. T. S. NANJUNDESWARASWAMY, Dr SWAMY DR., A Literature Review on Quality of Work Life and Leadershipstyles, *International Journal of Engineering Research and Application*, vol. 2 (3): 1053-1059.
47. Wallander, J.L., Schmitt, M., & Koot, H.M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 571-585.
48. WHOQOL group, KUYKEN Willem (1995), The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization, *Soc. Sci. Med.* vol. 41 (10): 1403-1409.

Webographie

1. *Accord sur la qualité de vie au travail du groupe Thales (2009)*, www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/5754413/13882379.PDF.
2. ANI (2013), *Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle*, www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/5758413/13904379.PDF
3. *BNET Business Dictionary*, <http://dictionary.bnet.com/definition/quality-of-work-life.html>
4. BOISSIERES, Y. (2006). *Risques et organisation : un point de vue sociologique*, http://risquespsychosociaux.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=11&Itemid=28
5. CLIPP (2009), *L'inventaire systématique de la qualité de vie au travail, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales*, <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1945594>
6. CNRACL (2012), *Qualité de vie au travail dans la fonction publique hospitalière (FHP) : Enjeux, acteurs et démarche, Dossier N° 10*, https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/dossier_qvt_bulletin_n10.pdf
7. Commission Universitaire pour la Santé et la Sécurité au Travail Romande (2005), *Les risques liés aux relations humaines au travail (ou risques psychosociaux au travail) :* www.cusstr.ch/doc/330.pdf.
8. DELABROY Caroline, SARAZIN Béatrice (2012), *Deux hôpitaux marseillais qui soignent la qualité de vie au travail*, www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=30381606
9. ETIENNE Anne-Marie (2014), *Les préférences alimentaires : comment préserver son équilibre alimentaire et sa qualité de vie? De l'enfant à l'adulte.* http://www.fapsee.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2014-04/2014_5_les_preferences_alimentaires.pdf.
10. KORREVESKY Karolin (2009), *Subjective measure of Quality of Worklife, Quaterly Bulletin of statistics Estonia*, www.stat.ee/dokumendid/51852.
11. LA FABRIQUE DE SPINOZA (2013), *Guide pratique des outils de mesure du bien-être au travail*, www.ddline.fr/wp-content/uploads/2013/11/Guide-des-indicateurs-de-bien-etre-au-travail-FS-FINAL.pdf
12. La HAS (2014), *Qualité de vie au travail*, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

13. LAVOIE-TREMBLAY Mélanie, SOUMAN Charles (2007), *Travailler en collaboration afin de rendre les milieux de travail du domaine de soins de santé plus sain*, (CGVT), www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf
14. LETTRE CAPITAL SANTE N°13 (2013), *La qualité de vie au travail 2.0 : de la cosmétique à l'enjeu stratégique*, *Revue bien être et performance*, http://www.capital-sante.fr/wp-content/uploads/2013/10/newsletter_septembre_2013.pdf
15. Public Services Health & Safety Association (2013), *Stakeholder Consultation Paper: Potential Healthy and Safe Workplace Indicators for Ontario's Health Care System*, *Healthy and safe Healthcare Workplace Indicators Project*, www.healthyworkenvironments.ca/_literature_163919/Stakeholders_Consultation_Paper
16. RAPPORT LACHMAN (2010), *Bien-être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000081/0000.pdf
17. SHALLA Sameer Ahmad, DR FAZILI Asif Ibqal, (2014), *Quality of Work Life and Employee Job Satisfaction. A dimensional Analysis*, *International al Monthly Referred Journal of Research in Management & technology, Special issue*, www.academia.edu/5081587/QUALITY_OF_WORK_LIFE_AND_EMPLOYEE_JOB_SATISFACTION-A_DIMENSIONAL_ANALYSIS

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
SIGLES ET ABREVIATIONS	III
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES ANNEXES.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE	
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	
CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS	- 9 -
1.1 Définition de la qualité.....	- 9 -
1.3 Définition de la qualité de vie au travail	- 13 -
CHAPITRE 2 : CHAMPS, INDICATEURS ET ACTEURS DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	- 16 -
2.1 Historique du concept de qualité de vie au travail (QVT).....	- 16 -
2.2 Les champs de la qualité de vie au travail.....	- 19 -
2.3 Les indicateurs de qualité de vie au travail	- 21 -
2.4 Les acteurs de la qualité de vie au travail.....	- 23 -
CHAPITRE 3 : ENJEUX, OUTILS ET DÉMARCHES DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL.....	- 25 -
3.1 Les enjeux de la qualité de vie au travail	- 25 -
3.2 Les outils de gestion de la qualité de vie au travail.....	- 27 -
3.2.1 Les outils inspirés de la santé au travail	- 28 -
3.2.1.1 Indice du Bien-Être au Travail [IBET].....	- 28 -
3.2.1.2 Mesure Management Santé [MMS]	- 28 -
3.2.2 Les outils inspirés de l’audit social	- 29 -
3.2.2.1 European Social Label [ESL].....	- 29 -
3.2.2.2 Sociodiag [SD]	- 29 -
3.2.2.3 Baromètre du Climat Social [BCS] – et les 7 outils supplémentaires	- 29 -
3.2.2.4 Baromètre Social Opentojob [OTJ].....	- 30 -
3.2.3 Les outils inspirés par la Science du bien-être	- 30 -
3.2.3.1 Le Baromètre du Bien-Être au Travail [BBET]	- 30 -
3.2.3.2 The Happiness Indicator [THI]	- 31 -
3.2.3.3 Employee Engagement Survey [ES] & Well –Being Finder [WBF]	- 31 -
3.2.4 Les outils construits de manière empirique.....	- 31 -
3.2.4.1 Baromètre du Bien-Être et de la Qualité du Travail – [BEBEST]	- 31 -
	- 91 -

3.2.4.2 Great Place To Work [GPTW]	- 32 -
3.3 Quelques démarches de gestion de la qualité de vie au travail	- 33 -
3.3.1 Groupe Entreprise en Santé	- 33 -
3.3.2 L'expérience d'EDF	- 33 -
3.3.3 Ministère de l'Économie et des Finances de la France	- 34 -
3.3.4 L'Agenda du travail décent en Afrique	- 34 -
3.3.5 La QVT au Sénégal : Initiative « le manuel du travailleur »	- 34 -
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	- 36 -
4.1 Description du modèle d'analyse	- 36 -
4.2 Les outils de collecte	- 37 -
4.2.1 Le champ d'analyse	- 37 -
4.2.2 La population cible	- 37 -
4.2.3 L'échantillon	- 37 -
4.2.4 L'analyse documentaire	- 37 -
4.2.5 Le questionnaire	- 38 -
4.2.6 L'interview	- 38 -
4.2.7 Le prétest	- 38 -
4.2.8 L'observation	- 39 -
4.3 Les outils d'analyse des données	- 39 -
4.3.1 Le traitement des données	- 39 -
4.3.2 L'analyse de contenu	- 40 -
4.3.3 Le SWOT	- 40 -
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE	
CHAPITRE 5 : DESCRIPTION DE L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC	- 42 -
5.2 Les missions et obligations de HALD	- 42 -
5.3 Quelques éléments de pratiques QVT au sein de HALD	- 43 -
CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES RESULTATS	- 44 -
6.1 Le profil des surveillants enquêtés	- 44 -
6.2 La perception de la qualité du contenu du travail des surveillants des services de soins	- 45 -
6.3 : La perception de la qualité de l'information partagée avec les surveillants	- 48 -
6.4 : la satisfaction des attentes des surveillants vis-à-vis de leur travail et l'équilibre vie privée, vie professionnelle	- 50 -
6.5 : Les surveillants de service et la qualité des relations professionnelles	- 52 -
6.6 La qualité de la rémunération	- 54 -
6.7 L'hygiène, sécurité et environnement de travail	- 55 -
6.8 : La qualité de l'organisation du travail au sein de HALD	- 59 -

CHAPITRE 7 : ANALYSE SWOT DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SURVEILLANTS DE SERVICE	- 61 -
7.1 Les forces de l'analyse des perceptions QVT chez les surveillants des services de soins	- 61 -
7.1.1 Les forces liées au contenu du travail.....	- 61 -
7.1.2 Les forces liées à la perception de l'information partagée	- 61 -
7.1.3 Les forces liées à la satisfaction des surveillants vis-à-vis de leur travail et l'équilibre vie privée/vie professionnelle.....	- 62 -
7.1.4 Les forces liées à la qualité des relations.....	- 62 -
7.1.5 Les forces liées à l'hygiène et sécurité/environnement de travail	- 63 -
7.1.6 Les forces liées à la qualité de l'organisation du travail.....	- 63 -
7.2 Les faiblesses relevées dans l'analyse de la QVT des surveillants des services de soins de HALD.....	- 63 -
7.2.1 Les faiblesses liées au contenu du travail des surveillants.....	- 63 -
7.2.2 Les faiblesses liées à la qualité de l'information partagée avec les surveillants	- 64 -
7.2.3 Les faiblesses liées à l'équilibre vie privée/vie professionnelle.....	- 65 -
7.2.4 Les faiblesses liées à la qualité des relations.....	- 65 -
7.2.5 Les faiblesses liées la rémunération des surveillants.....	- 66 -
7.2.6 Les faiblesses liées à l'hygiène et sécurité/l'environnement de travail.....	- 66 -
7.2.5 Les faiblesses liées la qualité de l'organisation du travail.....	- 67 -
7.3 Les opportunités QVT	- 68 -
7.4 Les menaces QVT	- 68 -
CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS	- 70 -
8.1 Recommandations liées à la perception du contenu du travail.....	- 70 -
8.2 Recommandations liée à la qualité de l'information partagée	- 70 -
8.3 Recommandations relatives à l'équilibre vie privée/vie professionnelle	- 70 -
8.4 Recommandations concernant la qualité des relations professionnelles	- 70 -
8.5 Recommandations sur l'hygiène, sécurité/Environnement	- 71 -
8.6 Recommandations sur la qualité de l'organisation du travail.....	- 71 -
8.7 Recommandations générale.....	- 71 -
CONCLUSION GENERALE	
ANNEXES	- 76 -
Annexe 1 : Questionnaire	- 76 -
Annexe 2 : Guide d'entretien	- 81 -
Annexe 3 : Liste des services soins concernés par la collecte des données	- 82 -
BIBLIOGRAPHIE	- 84 -