

La qualité de vie au travail du personnel hospitalier : une analyse à la lumière de la théorie de contingence

Quality of life at the work for hospital staff: an analysis in the light of contingency theory

HABIBA MAL IBRAHIMA

Enseignante Chercheuse
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
Université de Ngaoundéré, Cameroun
Membre du Laboratoire de Management et des Ressources Humaines
(L@MRHu)

HAMADOU BOUKAR

Enseignant chercheur
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
Université de Ngaoundéré, Cameroun
Responsable du Laboratoire de Management et des Ressources Humaines
(L@MRHu)

ADAMOU HAMADJODA

Etudiant
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
Université de Ngaoundéré, Cameroun
Membre du Laboratoire de Management et des Ressources Humaines
(L@MRHu)

Date de soumission : 16/06/2025

Date d'acceptation : 02/08/2025

Pour citer cet article :

MAL IBRAHIMA. H. & al. (2025) « La qualité de vie au travail du personnel hospitalier : une analyse à la lumière de la théorie de contingence », Revue Française d'économie et de Gestion « Volume 6 : Numéro 8 » pp : 91- 114.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



RESUME

L'objet de cet article est de comprendre la qualité de vie au travail du personnel hospitalier à partir des facteurs de contingence en contexte camerounais. Pour ce faire, à partir de la littérature et des différents travaux rattachés à la qualité de vie au travail, nous avons analysé théoriquement la qualité de vie du personnel hospitalier par le biais des facteurs de contingence comportementaux et socioculturels. Pour y parvenir, nous avons fait une étude qualitative à travers un guide d'entretien. Le guide d'entretien en question est de nature semi- directive et concerne le personnel hospitalier du Septentrion. A l'issue de cette analyse, les résultats ont montré d'une part que les facteurs de contingence comportementaux déterminent la qualité de vie au travail du personnel hospitalier à travers les relations interpersonnelles au travail, l'émotion au travail, l'expérience professionnelle et la formation professionnelle. D'autre part, les facteurs socioculturels tels que la proximité ethnique, religieuse et hiérarchique du personnel hospitalier détermine la qualité de leur vie au travail.

Mots clés : qualité de vie ; personnel hospitalier ; contingence ; facteurs comportementaux ; facteurs socioculturels.

ABSTRACT

The purpose of this work is to understand the quality of life at work of hospital staff from contingency factors. To achieve this objective, which is both theoretical and empirical, we have analyzed the various works related to the quality of life at work. For this, we have identified from the literature, theoretically analyze the quality of life of hospital staff through behavioral and socio-cultural contingency factors. To carry out our study, we conducted a qualitative study through an interview guide. The interview guide in question is of a directive nature and concerns hospital staff in the north. The results of this study show that the behavioral contingency factors determine the quality of life at work of hospital staff through interpersonal relationships at work, emotion at work, professional experience and professional training on the one hand. Regarding socio-cultural factors, the quality of work life of hospital staff is determined by the proximity of hospital staff.

Keys words: quality of life; hospital staff; contingency; behavioral factors; socio-cultural factors.

Introduction

Généralement, les relations de travail au sein de structure privée comme publique visent la satisfaction des clients et du personnel. Dans le domaine de santé par exemple, le personnel souffre d'un état d'esprit lié d'une part à son environnement de travail et d'autre part aux patients dans l'exécution de son métier. En effet, dans la plupart des services de santé, le personnel fait face à des multiples revendications entraînant une modification de leur aptitude professionnelle, leur bien-être et aussi la qualité de leur travail.

C'est ainsi que le management du personnel de santé, les conditions de travail, la qualité des soins et la sécurité du patient est un défi primordial à relever par les professionnels soignants à savoir : les médecins, les infirmiers et les aides-soignants¹. Le contexte actuel au sein des hôpitaux publics camerounais met en valeurs des aspects inquiétant tant la qualité de vie au travail que le traitement des malades par le personnel hospitalier. La bonne qualité dans le traitement des patients est le plus souvent le fruit d'une collaboration entre plusieurs équipes au sein de l'établissement et au sein du territoire. Ce phénomène met en évidence une incapacité minimale chez 74,2% des soignants dans le traitement des patients, modérée chez 17,9%, sévère chez 3,2% et extrême chez 1,6% d'entre-deux (Fiany et *al.*, 2020).

D'ailleurs, au Cameroun, selon les données nationales de l'Organisation, Mondial de la Santé (OMS) 2017, sur les ressources humaines, le nombre de personnel de santé est de 27 978. Soit une densité de 11.53 personnel hospitalier pour 10 000 habitants ; 1,5 médecin pour 10 000 habitants et 9,9 infirmiers pour 10 000 habitants. Hormis l'insuffisance du personnel de santé au Cameroun, nous pouvons également noter que l'insuffisance des plateaux techniques, et la faible accréditation du budget de l'Etat aux dépenses de soins (Foka et *al.*, 2020). Ces problèmes contribuent à la dégradation de l'efficacité du personnel hospitalier tirant ses sources de l'environnement à la fois interne et externe. Cette attitude défavorable de la part du personnel de santé est due aux ports d'objets lourds (69%), les positions debouts (65%) ou assises (51,3%) prolongées, la marche (50,7%), et l'intensité de la douleur (48,8%) (Fiany et *al.*, 2020). Ce constat est étayé par la santé physique et mentale au travail, l'absentéisme, l'invalidité et l'abandon de la profession. Particulièrement pour les infirmiers, les contraintes soulevées ne sont pas liées uniquement à l'organisation du travail, notamment les interruptions fréquentes des tâches de soins et l'effectif insuffisant en personnels (quota du personnel soignant par rapport à la population en Afrique en général et au Cameroun en particulier est très faible), mais

¹ Rapport de Haute Autorité de Santé du Service Développement de la Certification de Janvier 2016.

aussi à des difficultés relationnelles au sein de l'équipe médicale. Une altération de la qualité de vie mentale a été constatée chez 48% des personnels soignants avec un score de santé mentale <50% (Manel et *al.*, 2020). De même, la stratégie sectorielle de santé, cadre de l'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé a été élaboré pour la première fois en 2001. Cette nouvelle stratégie actualisée du secteur de la santé, qui prend en compte des nouvelles exigences programmatiques sur le plan national et international ouvre la période 2026-2030². En effet, cette stratégie touche le problème épineux dans le domaine sanitaire pour chercher les solutions idoines au faible capacité à répondre aux besoins sanitaires de populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif dans son milieu du travail.

On comprend que les problèmes touchant aux soignants ne s'arrêtent pas uniquement à eux. Leur gravité devient encore plus manifeste si nous examinons les répercussions inévitables qu'ils ont sur les patients dont prennent soin le personnel médical et paramédical. Dans ce contexte, l'intensification du travail et de logique d'amélioration de la qualité et de certification conduit à organiser le travail au sein d'un collectif du personnel tout en respectant chacun. C'est ainsi que, la qualité de vie et les conditions de travail se sont dégradées aboutissant à un niveau élevé de stress et d'épuisement professionnel chez les employés et surtout chez le personnel soignant.

Vu l'intérêt grandissant dont fait face la qualité de vie du personnel hospitalier, des constats restes visibles. Face à une actualité qui regorge d'exemples de salariés en détresse, la santé et les conditions de travail redeviennent une préoccupation majeure pour les organisations et attirent l'attention de tous les acteurs (Dakhlaoui, 2013). De ce fait, dans le souci de mieux examiner la profession des infirmiers liée à leur état d'esprit, leur environnement de travail (interne et externe) et principalement leur efficacité dans les soins réalisés, nous nous portons notre préoccupation sur « **la qualité de vie au travail du personnel hospitalier : une analyse à la lumière de la théorie de contingence.** »

Selon OMS (1994), la qualité de vie au travail est définie comme étant la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. ANI³ (2013) définit la qualité de vie au travail comme « *la manière de regrouper sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de*

² Stratégie sectorielle de la santé 2020-2030.

³ Accord National Interprofessionnel

travail pour les salariés et la performance globale des entreprises. » Ces définitions englobent de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et son environnement. L'appréciation de l'efficacité renvoie à la notion de productivité et met en rapport les objectifs et les résultats obtenus de façon générale, elle s'attache à évaluer la maîtrise par l'entreprise des processus technico-économiques qu'elle conduit (Agénor, 2018).

En réalité, la qualité de vie correspond au niveau de satisfaction qu'éprouve un professionnel par rapport à la fonction qu'il exerce et l'environnement dans lequel il est inséré. Pour un infirmier, sa qualité de vie équivaut à la satisfaction de soi, du patient et du cours de son métier vis-à-vis de la tâche accomplie. Ce qui nous permet de dire que la qualité de vie du personnel infirmier est à la fois individuelle et organisationnelle. La qualité de vie au travail dépend ainsi du contexte environnemental de l'organisation et du travail. De ce fait, la qualité de vie au travail du personnel est intimement liée au niveau d'efficacité qu'un infirmier atteint suite à l'exercice de sa profession. Elle passe ainsi par le contexte de travail interne et externe du personnel hospitalier : d'où la théorie de contingence.

La contingence désigne communément ce qui aurait pu ou pourrait ne pas être. Son évocation est liée à la notion intuitive d'une indétermination. Il n'y a pas de nécessité propre à l'événement. Bouquin (1997), souligne qu'à l'idée de contingence, c'est-à-dire d'une caractéristique conditionnelle et relative à l'organisation, il faut peut-être substituer aujourd'hui un caractère conditionnel et relatif du contrôle par rapport aux types d'organisation. La théorie appliquée à la notion de contingence est une classe de théorie comportementale qui affirme qu'il n'y a aucune autre manière d'organiser une entreprise, d'être un leader d'entreprise ou prendre des décisions. En d'autres termes, le modèle optimal d'organisation/leadership/prise de décisions dépend de diverses contraintes internes et externes (facteurs de contingence). Ces facteurs de contingence incluent la technologie, l'environnement (Burns et Stalker, 1961) et la stratégie organisationnelle. Appliquée dans le champ de la qualité de vie au travail, la théorie de contingence nous renseigne sur l'efficacité du personnel hospitalier au sein des hôpitaux. La qualité optimale du personnel hospitalier ne peut exister. Tout dépend ainsi de contexte présent ou encore du moment de traitement des soins. De plus, d'un patient à l'autre, le niveau d'implication dans la réalisation des soins médicaux n'est pas la même. La qualité de vie au travail du personnel hospitalier se modifie en fonction de son état d'esprit psychologique, le contexte organisationnel, la nature du patient, de ses pairs et de l'environnement dans lequel il évolue. De plus, les divergences familiales, sociales, culturelles marquent un point essentiel

dans l'efficacité de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. Le patient est aussi pris en compte dans le cadre d'efficacité du personnel hospitalier. En clair, l'efficacité de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier passe par les facteurs comportementaux (psychologiques) de l'infirmier et les variables socioculturelles.

Les études faites par Manel et *al.*, (2020) sur la qualité de vie du personnel selon les caractéristiques démographiques montrent que le genre était corrélé à une détérioration de la qualité de vie mentale des travailleurs, avec une vulnérabilité d'autant plus élevée des femmes. La qualité de vie mentale était perçue plus altérée par les femmes et le personnel soignant âgés de 45 ans ou plus. Cette altération est concomitante avec une l'augmentation de l'ancienneté professionnelle (Manel et *al.*, 2020). L'existence d'une lombalgie peut affecter la qualité de vie des soignants et la qualité des soins dispensés aux patients (Awosan et *al.*, 2017). Dans cette lancée, Dupuis et *al.* (2015) indique que le cadre de santé de proximité a pour fonction d'organiser et d'accompagner la relation singulière de soin au sein des pratiques du quotidien. La souffrance et le travail sont deux thèmes associés depuis quelques temps (Benchetrit, 2010). C'est pour cette raison que Foka et *al.*, (2020) pensent que la performance hospitalière dans les hôpitaux publics au Cameroun est appréciée via la prise en charge et l'adaptation aux besoins de la population et de moindre qualité. D'ailleurs, les recherches d'Ahsina et Lassilia (2023) se sont intéressées sur la gestion des établissements hospitaliers tout en mettant en exergue les différents modèles et approches de gestion. Plus récemment, une autre étude faite par Nimi et *al.* (2024) mettait en lumière les conséquences de facteurs de contingence sur les déterminants de l'efficacité du contrôle interne dans les hôpitaux publics au Maroc

Au regard des nombreux travaux développés, les études abordant la qualité de vie du personnel hospitalier mentionnent peu d'études en contexte camerounais et particulièrement dans le Grand-Nord. De plus, les études portent essentiellement sur le contexte de lombalgie, des caractéristiques socio démographiques et du contexte organisationnel de la qualité de vie. Peu d'études orientent leurs pensées sur la qualité de vie du personnel hospitalier en se basant sur les caractéristiques individuelles de l'infirmier tel que son bien-être, son état psychologique au travail et la qualité de travail. Enfin, la plupart des travaux mettent en avant les théories de motivation et de reconnaissance au travail pour analyser la qualité de vie au travail, peu d'étude abordent l'approche de contingence pour comprendre la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. L'intérêt de cette étude est de mettre en exergue la qualité de vie de l'infirmier vu sous l'angle d'efficacité du personnel par le biais de la théorie de contingence. De ce fait, **l'objet de la présente étude est de comprendre la qualité de vie au travail du personnel hospitalier**

à partir des facteurs de contingence. La question principale est celle de savoir comment les facteurs de contingence décrivent-ils la qualité de vie au travail du personnel hospitalier ?

Pour ce faire, le présent papier sera structuré en 03 parties. La première partie présentera les cadres théoriques conceptuels. Les aspects méthodologiques seront traités dans la deuxième partie. Dans la troisième partie, nous procéderons à la discussion de nos résultats. Enfin, les implications managériales seront dégagées.

1. Le concept de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier

L'homme doit travailler, c'est-à-dire transformer les ressources de la nature pour produire des biens indispensables à son existence. Avec l'émergence de la condition salariale et du mercantilisme, les hommes travaillent en échange d'un salaire dans le même but. Dans le même registre, il améliore aussi son confort matériel en plus des besoins de base. Dans cette partie, nous allons d'une part aborder la notion de la qualité de vie au travail dans son sens large, puis dans le cadre hospitalier.

1.1. La notion de qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est un large champ conceptuel qui a émergé dans les années 50 avec la mise en évidence des limites du taylorisme. En France, cette notion est plus récente (1970) et elle est plutôt associée aux conditions de travail, avec une connotation risques professionnels.

La notion de qualité de vie au travail peut se définir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement et qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué⁴. On peut constater dans cette définition que ce concept est multifactoriel : elle est en lien avec le travail lui-même, tient compte des relations sociales, professionnelles et la possibilité de s'accomplir pleinement. Le terme « *qualité de vie au travail* » dépasse la question classique des conditions de travail. Ce concept cohabite avec d'autres thématiques voisines telles que le bien-être au travail et la satisfaction au travail.

Quant au **bien-être au travail ou santé mentale positive**, Paucsik et al. (2021), pensent que dans une perspective de prévention, de développement des compétences de résilience et de la qualité de vie, il est utile de s'appuyer sur une description positive des caractéristiques de santé psychologique. En effet, il est possible de favoriser la santé mentale positive en agissant sur des processus tels que la flexibilité psychologique et l'auto compassion.

⁴ Accord National Interprofessionnel du 19 Juin 2013 (ANI) : vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. Article 1, définition de la QVT.

La satisfaction au travail renvoie à un état subjectif qui est en rapport avec ce que le salarié attend de son travail : « État émotionnel agréable résultant de l'évaluation de son travail et de ses expériences par le salarié et de l'appréciation de l'écart entre les résultats obtenus et ceux espérés, que ce soit de manière conscience ou inconsciente ». La qualité de vie au travail peut influencer la satisfaction de l'agent et sa perception de faire « du bon travail » (Lawler, 1973). En effet, chaque personne a sa propre perception, ce qui paraît insatisfaisant pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre.

1.1.1. Les déterminants professionnels de la qualité de vie au travail

De nombreux facteurs influencent la qualité de vie au travail. Ces facteurs sont : la qualité des relations sociales et de travail ; la conciliation vie privée/vie professionnelle, la qualité de l'organisation du travail et la qualité de l'environnement physique, les conditions matérielles et la santé au travail.

- **La qualité des relations sociales et de travail :**

Ce déterminant inclut les relations entre collègues et avec la hiérarchie (cadre et direction), l'ambiance de travail, la qualité de la communication entre les membres de l'équipe ainsi que le besoin de reconnaissance. La reconnaissance est un sentiment qui a une importance capitale. Elle se définit comme la « sensation que l'on a de la valeur, ce que l'on fait sert à quelque chose. » il s'agit d'un besoin universel, inhérent à la nature humaine et indispensable à l'équilibre personnel et professionnel. Cette reconnaissance passe par le regard de la hiérarchie, des collègues et le respect mutuel : reconnaissance des efforts, du talent, des résultats, de l'engagement. C'est une composante essentielle de la motivation et de la performance et améliore la résistance au stress.

- **Conciliation vie privée/vie professionnelle**

« Le travail s'articule aujourd'hui avec les concepts de famille et vie sociale » (Balaguer et Rodriguez, 2020). Comme exprimé dans les attentes des salariés vis-à-vis du travail, il est donc important pour les employés de pouvoir concilier ces deux sphères. Ceci passe par un rythme et des horaires de travail adaptés à la vie personnelle et un respect de la vie privée.

- **Qualité de l'organisation du travail**

L'organisation du travail s'entend comme méthode de régulation, de prescription, de réalisation du travail. C'est un élément fondamental de la qualité du travail. Sans une organisation de qualité du travail, le travailleur ne peut réaliser ses tâches et ses missions de manière optimale ; ce qui peut entraîner une perte de motivation dans la durée. Les dysfonctionnements doivent être évalués et résolus. Par ailleurs, l'agent doit pouvoir exercer avec autonomie qui est une

dimension forte. Elle permet à l'individu d'exercer ses compétences et son jugement, de faire preuve de créativité dans la résolution des problèmes et de pouvoir exprimer ses opinions quant aux décisions qui le concernent.

- **Qualité de l'environnement physique, conditions matérielles et santé au travail**

L'environnement physique du travail recouvre les champs de sécurité, le bruit, l'éclairage et les locaux. Cet environnement doit écarter tout risque de danger physique et / ou mental pour l'individu. Dans cette optique, une politique de santé et de la sécurité au travail permet de réduire les risques d'accidents au travail et de maladies professionnelles, en vue d'assurer la santé des salariés. Ces conditions incluent les contraintes horaires (travail de nuit, horaires atypiques etc.)

- **Possibilité de réalisation de soi et développement professionnel**

Le sentiment de réalisation de soi (ou d'accomplissement de soi). Il vient compléter la reconnaissance et représente une source majeure de bien-être au travail. Un travail qui a un sens ne fait pas correspondre aux intérêts professionnels d'un employé. Il lui permet de développer ses compétences, de se perfectionner et de s'épanouir. Le travail que l'on effectue doit aussi satisfaire nos valeurs et l'idée que l'on a de nous-mêmes au travail.

1.1.2. Qualité de vie au travail du personnel hospitalier

Les professionnels de santé évoluent dans un univers spécifique (hôpital, clinique...) au contact des usagers que sont les patients et les familles. Ils ont des conditions de travail particulières et réputées difficiles. De plus, leur environnement de travail a évolué ces dernières années, modulé par un certain nombre de réformes et de nouvelles transformations s'annoncent dans un avenir proche.

Pour ce qui est de la spécificité de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier, on peut dire que depuis une trentaine d'années, plusieurs réformes hospitalières ont modifié les organisations et les conditions de travail des soignants ainsi que les habitudes. Parmi les changements, on trouve l'émergence des principes de rentabilité (de par la tarification à l'activité), de gestion budgétaire et de réduction des coûts au sein des établissements de santé. « Ces réorganisations se sont appuyées sur des théories managériales qui prônent la flexibilité, les affectations, la mobilité, la polyvalence (ces modes de management ont été évalués comme présentant des risques psychosociaux élevés) ». Les réformes successives de l'hôpital ont conduit à une vision économique du soin, qui ne tient compte ni de la complexité des soins ni de leur dimension humaine. Ces réformes ont un impact sur la psychologie des personnels de santé. Pour Clot (2010), « la vocation de l'hôpital n'est plus la même et les professionnels de

santé travaillent aujourd'hui dans une dynamique de productivité et de rentabilité. Ils sont exposés à certain nombre de contradictions qui impactent sur la qualité de vie au travail et sur leur santé ». De Gaulejac (2011), nous explique que : « d'un côté, la mise en œuvre d'une réorganisation en profondeur fondée sur des principes de rationalisation de l'activité, d'informatisation de la gestion et de réduction des coûts. De l'autre côté, la défense d'une institution publique et privée dont la mission est d'apporter des soins de qualité à l'ensemble de la population sans discrimination. Dès lors, entre les principes de gestion qui sont le fondement de la réforme et les motivations des acteurs qui incarnent l'institution hospitalière, le divorce est patent. Les hôpitaux deviennent alors des « entreprises de soins ». Ceux qui travaillent auprès des patients sont écartelés entre la logique gestionnaire et leur logique soignante ». Gori et Del Volgo (2009), utilise des mots forts pour mettre en avant l'opposition entre le soin et la productivité : « une société qui ne mesure l'acte de soin qu'à la toise de sa rentabilité et de sa tarification fait de la santé une marchandise, et du patient un client auquel l'acte de soin rend un service commercial. Le soin y perd sa valeur spécifique et le soignant son honneur professionnel ».

La qualité de vie au travail est une problématique complexe et subjective imbriquant de multiples facteurs. En effet, un ensemble de choses qui gravitent autour de l'activité perturbent la satisfaction et la motivation et sont autant de grains de sable qui empêchent les rouages de tourner correctement majorant le stress déjà bien présent dans notre profession.

1.2.La contingence et ses fondements théoriques

Les pensées sur l'approche de contingence alimentent les réflexions sur ses conséquences en qualité de gestion. Ce concept est aujourd'hui largement rependu dans le domaine des sciences de gestion. L'objet ici est donc de savoir à quoi renvoi ce concept et quel est son importance.

1.2.1. La notion de contingence et son importance

Les travaux sur la contingence ont donné naissance à une approche de contingence ou théorie de contingence. Bouquin (1997), souligne qu'à l'idée de contingence, c'est-à-dire d'une caractéristique conditionnelle et relative de l'organisation, il faut peut-être substituer aujourd'hui un caractère conditionnel et relatif de la qualité par rapport aux types d'organisation.

La contingence désigne communément ce qui aurait pu ou pourrait ne pas être. À son évocation est liée la notion intuitive d'une indétermination. Il n'y a pas de nécessité propre à l'événement. Cela ne signifie pas que l'événement n'a pas de cause. Toutefois, les causes en présence ne

peuvent servir à justifier un jugement de nécessité. L'invocation de la contingence désigne ainsi par défaut cet espace obscur, sans contenu propre, si ce n'est une absence.

L'étude des organisations à travers le paradigme de la théorie de contingence nous révèle que la performance organisationnelle devrait résulter d'un alignement entre les caractéristiques des organisations, telles que leur structure ou leur système comptable et fiscal, et un ensemble de contingence qui reflète la situation de l'organisation. Ces facteurs de contingence incluent la technologie, l'environnement (Burns et Stalker, 1961) et la stratégie organisationnelle.

L'approche de contingence manifeste la capacité à s'adapter à des situations plus incertaines et plus complexes, et à se renouveler. Son implémentation dans ce contexte implique une configuration organisationnelle qui dépend à la fois des caractéristiques internes et des caractéristiques externes de l'organisation (Lavigne, 2017).

Dans le champ organisationnel, cette approche a toutefois fait l'objet de multiples critiques.

- Un premier type de critique est relatif à l'aspect déterministe de l'approche contingente. L'approche contingente serait une nouvelle approche universaliste qui aboutit le plus souvent à des propositions de type «one best way». Aldrich (1979), évoque la pertinence historique « douteuse » de la théorie de la contingence. À cet aspect déterministe, Child (1972), oppose la thèse du « choix stratégique ».

- Les défenseurs de l'approche « configurationnelle » (Mintzberg, 1982), attaquent l'aspect trop abstrait, vague et agrégé de l'environnement dans l'approche contingente. Ces auteurs considèrent, dans un second type de discours critique à l'égard de la théorie de contingence, qu'il existe une sorte de tendance naturelle à la formation d'agencements harmonieux, ne serait-ce qu'en raison de l'interdépendance des composants de la configuration organisationnelle.

D'autres auteurs tendent dans un troisième type de critique à l'égard de l'approche contingente, à rejeter le caractère fonctionnaliste qui caractérise cette approche. Ce qui est en cause ici, c'est l'idée selon laquelle l'agencement structurel d'une organisation traduit les exigences d'efficacité techno-économique associées à son contexte de fonctionnement et que le non-respect de ces exigences conduirait à la disparition de l'organisation. À cette explication fonctionnaliste, on substitue une analyse de type « sociopolitique ». En effet, le caractère politiquement construit de l'organisation et les incertitudes propres aux jeux de pouvoir, réduisent pour les tenants de cette approche, la possibilité de formuler des lois générales.

En dépit de toutes ces critiques, deux raisons fondamentales justifient notre choix de l'approche contingente. D'abord, la littérature consultée révèle à ce jour peu de chose à propos de notre

objet spécifique de recherche, ce qui inscrit d'office notre effort dans une perspective exploratoire : il s'agit de rendre compte du « comment » et du contenu de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier d'un contexte peu scruté ; ce qu'une approche « configurationnelle » par exemple ne peut aider aisément à faire.

1.2.2. Les différents facteurs de contingence

L'approche contingente porte sur les systèmes de qualité, sont très nombreux et les facteurs parfois de plus en plus labyrinthiques (Bouquin, 1997). De ce fait, les facteurs de contingence peuvent être communs à toute organisation, mais il existe de même des facteurs de contingence spécifiques.

1.2.2.1. Les facteurs de contingence communs à toute organisation

L'enseignement majeur de l'approche de contingence réside dans la nécessité de s'adapter aux caractéristiques disparates des situations qu'ils rencontrent pour éviter leur « disparition ».

Le premier champ réfère aux contingences technologiques. Les deux principales recherches de ce champ sont celles de Woodward (1965) et de Burns et Stalker (1961). L'étude de Woodward (1965), est la première à s'intéresser aux technologies afin d'expliquer le fonctionnement des structures organisationnelles. Woodward (1965) constate que les technologies varient en fonction du mode de production et de la complexité du système technique adopté par les organisations. C'est dans cette lancée que Burns et Stalker (1961) classent les organisations en deux grands types selon l'environnement dans lequel elles évoluent. Ils proposent de classer les organisations qui évoluent dans un environnement stable comme étant de type mécanique et celles dont l'environnement est instable comme étant de type organique. Dans cette approche, les organisations se modèlent en fonction de l'incertitude présente dans leur environnement. Cette incertitude dicte les possibilités d'innovation ainsi que la structure qui devrait être mise en place. Ces conclusions de Burns et Stalker (1961), ont pavé la voie aux recherches sur les contingences structurelles.

Pour les théoriciens de la contingence stratégique, les gestionnaires disposent d'une certaine marge de manœuvre qui leur permet de qualifier, en partie leur environnement (Rouleau, 2007). Le rôle joué par les gestionnaires dans la réponse des organisations aux contingences présentes dans leur environnement devient prépondérant. Les choix stratégiques permettent aux organisations d'ajuster leur positionnement par rapport à l'évolution des contingences environnementales plutôt que de réagir aux contingences par la mise en place de structures. La stratégie environnementale renvoie aux décisions liées au marché alors que la stratégie organisationnelle englobe les opérations, la technologie, la structure et les ressources humaines.

Pour Child (1972), la compréhension des enjeux associés aux technologies et à la structure, qui sont au cœur de la théorie de la contingence, doit se faire en concomitance avec l'étude des décisions stratégiques prises par les organisations. C'est pourquoi, ces facteurs peuvent être spécifiques

1.2.2.2. Les facteurs de contingence spécifique

La manière dont les organisations fonctionnent et doivent être gérées est fortement affectée par le cadre éthique de la société où elles opèrent (Iribarne, 2000). Iribarne (1990), ainsi que Hofstede (1991), pensent que les modes d'organisation sont fortement influencés par les caractéristiques culturelles des groupes sociaux et surtout celles des pays dans lesquels ils sont mis en œuvre. Le cadre institutionnel est constitué par l'environnement politico-institutionnel dans lequel s'insèrent les collectivités locales. Les facteurs de contingence formels sont regroupés en facteurs internes qui sont liés à l'organisation à savoir la culture d'organisation, la stratégie de l'organisation, la structure de l'organisation la politique de gestion des ressources humaines et la localisation de l'organisation (Togodo, 2012).

2. Méthodologie

Deux approches scientifiques existent dans la littérature pour conduire un travail de recherche. Il s'agit de l'approche quantitative et qualitative de la recherche. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. En effet, l'expression « *méthode qualitative* » couvre un ensemble de techniques interprétatives qui cherchent à décrire, décoder, traduire et généralement percer le sens et non la fréquence de certains phénomènes (Coutelle, 2005). Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des interviewés, ainsi que leurs comportements et leurs expériences et croyances personnelles.

Toutefois, dans le cadre de cette étude portant sur l'appréciation de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier par les facteurs de contingence en contexte camerounais, les données ont été collectées en Avril 2025. A l'aide d'un guide d'entretien, nous avons conduit des entretiens semi-directifs auprès des 12 personnels de santé dans les hôpitaux publics dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. Pour cela, nous avons analysé dix sur les 12 entretiens réalisés, les 2 autres entretiens n'ont pas été exploitables parce qu'on a atteint le seuil de saturation. Après épuration et selon le seuil de saturation, on s'est retrouvé avec 10 entretiens exploitables. En effet, on parle de seuil de saturation théorique (Thiétart et al., 2014), lorsque les personnes interviewées n'apportent plus d'informations nouvelles et pertinentes à ce qu'on attend. Précisons que ces entretiens ont duré en moyenne 30 à 45 minutes. Comme les

répondantes sont réticentes à l'enregistrement audio ou vidéo, nous avons procédé à la prise des notes des réponses fournies par les différents interviewés. Ces entretiens ont été conduits en français et retranscrits de manière confidentielle et fidèle. Ensuite, les données ont été codifiées en respectant les thématiques ; ce qui nous a permis de faire la catégorisation, c'est-à-dire le regroupement des thèmes semblables. Après avoir codifié les données, nous les avons traités à l'aide du logiciel SPHINX IQ par la méthode de l'analyse du contenu thématique. Généralement, l'analyse de contenu peut être appréhendée comme une technique de recherche qui permet de décrire de manière objective et systématique, le contenu manifeste des communications afin de les interpréter. Tout compte fait, nous pouvons présenter les caractéristiques de nos répondants dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Profil des répondants

Entretien	Grade	Age	Sexe	Poste	Niveau d'étude	Durée
A	Infirmier diplômé principal	49 ans	Masculin	Surveillant général	BAC+3	45 min 20s
B	Sage-femme	35 ans	Féminin	Major maternité	Licence	34 min 30s
C	Infirmier diplômé d'Etat	32 ans	Féminin	Complément d'effectif	BAC+3	33 min 50s
D	Médecin	32 ans	Masculin	Complément d'effectif	BAC+7	37 min 30s
E	Infirmier diplômé d'Etat	43 ans	Masculin	Chef de bureau accueil et cession	BAC+3	44 min 7s
F	Sage-femme	38 ans	Féminin	Major maternité	BAC+4	36 min 56s
G	Infirmier diplômé d'Etat-major	48 ans	Masculin	Chef de service d'hospitalisation	BAC+3	38 min 23s
H	Infirmier anesthésiste	45 ans	Masculin	Complément d'effectif	BAC+5	37 min 50s
I	Infirmier	58 ans	Masculin	Major bloc opératoire	BEPC	36 min 23s
J	Infirmier diplômé d'Etat-major	26 ans	Masculin	Aide chirurgien	BAC+3	34 min 45s

Source : Nous-mêmes

Les cas retenus montrent que la durée moyenne des entretiens est de 33 à 45 minutes. Par ailleurs, l'âge des répondants est compris entre 26 ans et 58 ans. Notons également que notre échantillon été constitué de trois femmes et sept hommes, soit 70 % masculin et 30 % féminin ce qui explique la forte présence des hommes. La majorité des répondants ont le niveau d'étude,

la licence, (soit 5 sur 10). Une fois l'aspect méthodologique abordé, nous passons aux discussions de nos résultats.

3. Discussions des résultats

Les résultats de l'analyse nous ont permis d'identifier plusieurs facteurs de contingence qui permettent de comprendre la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. Comme nous l'avons souligné précédemment, ces facteurs sont à la fois comportementaux et socioculturels. Concernant les facteurs comportementaux, nous avons : les relations interpersonnelles, l'émotion au travail et l'âge professionnel. Quant aux facteurs socioculturels, nous avons entre autres : la proximité religieuse, la proximité familiale et la proximité avec le supérieur hiérarchique.

3.1. L'effet des facteurs comportementaux sur la qualité de vie au travail du personnel hospitalier

Dans le cadre de notre étude, les facteurs comportementaux permettent de comprendre à 47,7% la qualité de vie au travail du personnel hospitalier dans le grand-nord du Cameroun. Il s'agit des relations interpersonnelles ; l'émotion au travail et l'âge professionnel.

3.1.1. Les relations interpersonnelles

Cette étude nous montre que les relations interpersonnelles représentent 2% des opinions recueillis. Les dispositions légales font parties de la classe 4 présenté plus haut avec un indice de richesse de 0,96 très proche de 1. L'avis des répondants montre que la relation interpersonnelle contribue à la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. Dans les hôpitaux, le personnel travail avec un rythme permutatif. Ce qui permet de dire la relation interpersonnelle assure la cohésion du personnel et ainsi que sa qualité de vie au travail. Le verbatim suivant confirme cet avis : « *Ah oui les relations avec les collègues c'est pas du tout facile parfois nous avons des collègues qui dérangent, même si tu fais comment elles ne sont pas sociables, et en passant moi en tant que femme dans le lieu du service il y a certain collègue homme qui viennent vous parlez de l'amour bref vous comprenez ce que je veux dire par là du coup ça m'affecte et ça me perturbe au travail. (Entretien F - major maternité Niveau d'étude : BAC+4 - infirmière sage-femme - célibataire - féminin - 38 ans)* ». La relation interpersonnelle permet de s'assurer de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier.

3.1.2. L'émotion au travail et l'âge professionnel

Comme facteur de contingence comportemental, nous avons également l'émotion au travail qui traduit l'équilibre psychologie au travail et qui permet au personnel d'assurer une bonne qualité de vie au travail. Elle représente 15,5 % de l'avis des répondants. L'émotion au travail favorise

la qualité de vie au travail. Une bonne émotion permettra de garantir une bonne qualité de vie au travail. Par contre, une mauvaise émotion va conduire à une mauvaise qualité de vie au travail. Le verbatim suivant nous permet d'appuyer cette idée : « *les émotions, bon je peux dire que l'émotion peut pousser quelqu'un à quitter de chez lui avec un problème conjugal ou familial pour ramener au travail, ce qui peut affecter la qualité de service. En effet, c'est tout à fait naturel, mais il faut seulement faire la part des choses ; c'est-à-dire l'on doit savoir contrôler ses émotions.* (Entretien E - chef de bureau accueil et cession et chef de bureau secrétariat, Niveau d'étude : BAC+3 - infirmier diplômé d'état principal - marié - masculin - 43 ans) ». Nos résultats convergent ceux de Grandey (2013) selon lesquels, la gestion de l'émotion au travail avait un impact significatif sur la satisfaction au travail, la qualité de vie et la santé des personnels hospitaliers. Par ailleurs, les travaux de Diefendorff et al. (2014) ont montré que les personnels hospitaliers qui sont capables de gérer leurs émotions et de maintenir un état émotionnel positif ont une meilleure qualité de vie au travail. Dans le même sillage, Levet (2020) pense que le contenu émotionnel du travail dans les établissements de santé le rend également particulièrement intense. En effet, 87% des salariés déclarent être en contact avec des personnes en situation de détresse, puisque ces dernières ont du mal à gérer leur émotion au travail.

Nous comprenons que les émotions ont un impact important sur la santé mentale et la performance des personnels hospitaliers. Pour améliorer la qualité de vie au travail de ces professionnels, il est important de leur permettre de développer leur capacité à gérer leurs émotions et de mettre en place des dispositifs de soutien appropriés. Par contre, les résultats de recherches faites par Nasser (2014) indiquent aussi que 63% des prestataires des soins pensent que les conditions du travail qu'ils vivent peuvent avoir des répercussions néfastes sur la santé et la sécurité des patients.

Pour ce qui est de l'âge professionnel, une étude menée par Huang et Liu (2018) a examiné les facteurs de stress psychologique chez les infirmières d'âges différents. Les résultats ont montré que les infirmières plus âgées étaient moins susceptibles de subir des pressions liées aux tâches et au travail, ainsi que de l'intimidation ou du harcèlement de la part des patients ou des collègues. Dans la même veine, une étude récente menée par Battal et Toufik (2025) a examiné l'impact du stress professionnel sur les troubles physiques Chez les travailleurs. Les résultats ont montré qu'il existe une forte corrélation positive entre le stress professionnel et la santé physique des travailleurs et ceci en fonction de l'âge. En effet, les infirmières plus âgées étaient plus satisfaites de leur travail en équipe et avaient une meilleure perception de leur propre

efficacité organisationnelle que les plus jeunes. Les infirmiers plus âgés ont généralement plus d'expérience et de compétences en matière de gestion des situations stressantes, mais peuvent également être plus vulnérables aux problèmes de santé physiques.

3.1.3. La formation et l'expérience

Les résultats de nos analyses montrent également que la formation (13,1 %) et l'expérience (12 %) permettent de comprendre la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. En effet, une bonne formation suivie d'une bonne expérience permet au personnel hospitalier d'assurer sa qualité de vie au travail comme le souligne le verbatim suivant : *« ma formation professionnelle bien sur ça affecte ma qualité de vie car je suis différente des autres femmes qui n'ont pas subi la même formation professionnelle concernant la prise en charge des femme enceinte, moi je vois le monde d'une autre manière face à un malade je n'ai pas peur du sang vous avez parfois de l'accouchement nous rencontrons des cas compliqués mais étant bien formée nous arrivons à surmonter les épreuves par la grâce de Dieu. Pourtant, celle qui n'a pas subi une certaine formation aura de difficultés à prendre en charge un patient. (Entretien F - major maternité Niveau d'étude : BAC+4 - infirmière sage-femme - célibataire - féminin - 38 ans) »*. En plus, l'expérience compte également, *puisque'étant expérimenté, je suis fier et convaincu de mon travail et je ne doute pas de mes compétences. C'est dans cette lancée que Malaquin et Ughetto (2021) pensent que la formation professionnelle permet aux professionnels de santé de développer des compétences et des connaissances dans leur domaine de spécialité, ce qui leur permet de mieux comprendre les besoins des patients et de fournir un meilleur service de soins. Les actions de formation permettent également aux membres du personnel de se mettre à jour sur les dernières technologies et techniques médicales, ce qui peut améliorer la qualité des soins prodigués. La formation professionnelle permet également aux membres du personnel d'être plus efficaces dans leur travail en leur donnant les outils nécessaires pour gérer les situations qui peuvent survenir en milieu hospitalier.*

Les facteurs comportementaux ne sont pas les seuls permettant de comprendre la qualité de vie au travail, nous avons d'ailleurs, les facteurs socioculturels.

3.2.L'effet des facteurs de contingence socioculturels sur la qualité de vie au travail du personnel hospitalier

L'environnement socioculturel développé plus haut, met en évidence trois variables de contingence d'ordre socioculturel. L'avis de nos répondants sur ce facteur représente 18,5% de des informations recueillies. A ce titre, les répondants estiment que la proximité religieuse, la

proximité familiale et la proximité avec le supérieur hiérarchique. Il représente respectivement 6,2%, 7,7% et 7% de l'avis des répondants.

D'une part, lorsque le patient et l'infirmier partagent la même religion, cela peut renforcer les liens sociaux et améliorer la communication entre eux. Cela peut également aider l'infirmier à mieux comprendre les besoins spirituels et religieux du patient, ce qui peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients. Balboni et *al.* (2013) ont montré que les infirmiers qui avaient une formation en soins spirituels et religieux avaient une meilleure qualité de vie globale, une plus grande satisfaction au travail et une plus grande capacité à fournir des soins de qualité aux patients. La religion peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie du personnel hospitalier. Bien que le partage de la même religion entre le patient et l'infirmier puisse renforcer les liens sociaux et améliorer la communication, cela peut également entraîner des conflits et des malentendus.

3.2.1. La proximité ethnique

« Bon on peut dire ça affecte d'une part parce que lorsque vous partagez la même ethnique avec une personne, la communication devient facile et du coup elle vous comprend mieux pour moi l'ethnie affecte un peu. (Entretien F - major maternité Niveau d'étude : BAC+4 - infirmière sage-femme - célibataire - féminin - 38 ans) » Elle est considérée comme un élément caractéristique de la diversité et de la différenciation sociale, identitaire et culturelle de chaque peuple (Apitsa et Amine, 2014). Nasser (2014) a montré que les infirmiers qui partageaient la même ethnique ou le même clan que leurs patients avaient une meilleure qualité de vie globale, une meilleure santé mentale et une plus grande satisfaction au travail que ceux qui ne partageaient pas la même ethnique. En conclusion, la proximité ethnique peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des patients et du personnel hospitalier. **La proximité religieuse**

« La proximité familiale bon je ne pense pas, pas forcément qu'est-ce que le peut m'ajouter si je suis proche de lui, je vois pas grande chose là-bas, parce que c'est l'individu qui détermine lui-même, qui trace sa vie si toi-même tu ne pas poser c'est ne pas quelqu'un d'autre qui viendra changer ta vie, peut être te donner les conseils ou bien change un peu, me dire que la proximité le fait que je suis avec la hiérarchie va changer ma vie c'est un peu difficile. (Entretien H - Anesthésiste complément d'effectif - infirmier anesthésiste - marié Niveau d'étude : BAC+5 - Masculin - 45 ans) » La religion peut jouer un rôle important dans la relation entre le patient et l'infirmier, et peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie du personnel hospitalier. En effet, la religion peut influencer les croyances, les valeurs et les

pratiques de soins de chaque individu, ce qui peut affecter la communication et la compréhension entre le patient et l'infirmier.

3.2.2. La proximité hiérarchique

Cette proximité assure la qualité de vie au travail comme le désigne les verbatim suivants : « *Je dis pour moi ça a un impact positif parce que être proche de ton chef signifie la confiance que le chef a pour toi, car ce n'est partout le monde qui pourra avoir cette chance d'être à côté de son chef hiérarchique. (Entretien E - chef de bureau accueil et cession et chef de bureau secrétariat Niveau d'étude : BAC+3 - infirmier diplômé d'état principal - marié - masculin - 43 ans) »*

Bref, dans le contexte hospitalier, la proximité ethnique, religieuse et hiérarchique permettent d'assurer la qualité de vie au travail du personnel.

Implications managériales

Avant de donner les implications managériales, quelques apports sont à souligner. Nous mentionnons que notre étude révèle une double pertinence tant sous l'angle théorique que pratique. Sur le plan théorique, l'étude constitue un enrichissement de la littérature existante en GRH et explique également la qualité de vie au travail du personnel hospitalier par le biais de la théorie de contingence. Du point de vue pratique, cette recherche permettra au personnel hospitalier de mieux cerner leur qualité de vie au travail. De plus notre étude met également en valeur les facteurs de contingence comportementaux et socioculturels qui permettent d'expliquer la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. Pour le responsable de ressources humaines dans le cadre hospitalier, ce travail met en évidence les facteurs à prendre pour rendre efficace la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. Il est important donc de développer des initiatives qui ont pour objectif de renforcer l'équilibre personnel et professionnel à savoir une plus grande flexibilité de l'organisation du travail et les facteurs de motivation du personnel hospitalier. Il s'agit également d'accompagner les infirmiers à travers des actions en matière de formation continue, de coaching et de mentorat pour une meilleure performance et expérience professionnelle dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, la fonction RH peut mettre en place plusieurs leviers pour participer à l'amélioration de la qualité de vie au travail du personnel hospitalier en mettant en place une politique de communication qui vise à sensibiliser sur la nécessité de valoriser son personnel en améliorant leur qualité de vie et bien-être au travail.

Conclusion

Dans ce papier, il s'agissait pour nous de comprendre la qualité de vie au travail du personnel hospitalier dans le grand-nord Cameroun, plus précisément dans les hôpitaux publics. Afin d'apporter des réponses idoines à cette problématique, une démarche qualitative a été adoptée. A l'aide d'un guide d'entretien, nous avons conduit des entretiens semi-directifs auprès des 10 personnels de santé dans les hôpitaux publics dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. Cette enquête nous a permis de faire ressortir deux catégories de facteurs de contingence qui permettent d'apprécier la qualité de vie au travail du personnel hospitalier. La première catégorie de facteurs est d'ordre comportemental. Il s'agit de relations interpersonnelles ; l'émotion au travail et l'âge professionnel et la formation et l'expérience. En effet, la formation professionnelle permet aux professionnels de santé de développer des compétences et des connaissances dans leur domaine de spécialité, ce qui leur permet de mieux comprendre les besoins des patients et de fournir un meilleur service de soins. Si nous tenons compte de l'émotion au travail, il est important d'améliorer la qualité de vie au travail de ces professionnels de santé en mettant en place des dispositifs de soutien appropriés car, cela va leur permettre de développer leur capacité à gérer leurs émotions.

Par exemple, l'expérience professionnelle est un élément clé de la qualité de vie des professionnels de la santé et peut avoir un impact significatif sur leur capacité à faire face aux défis de leur travail.

Ce qui nous conduit à formuler la proposition de recherche suivante :

P1 : Les facteurs de contingence comportementaux améliorent la qualité de vie au travail du personnel hospitalier

Concernant les facteurs de contingence socio-culturels, nous avons constaté que la proximité ethnique et familiale entre le personnel et le patient d'une part et d'autre part avec son supérieur hiérarchique permet de comprendre la qualité de vie au travail du personnel. D'ailleurs, la proximité hiérarchique permet également d'apprécier la qualité de vie au travail. Par exemple, la proximité familiale du patient peut présenter des défis pour le personnel hospitalier, mais cela peut également offrir des opportunités pour améliorer la qualité de vie au travail, en encourageant la collaboration entre les membres de la famille et le personnel hospitalier, en favorisant la transparence de la communication et la compréhension mutuelle, et en créant un environnement de travail plus positif et plus productif pour tout le monde impliqué dans les soins du patient. Le lien ethnique ou clan entre le patient et l'infirmier peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie du personnel hospitalier. Concrètement, lorsque le patient et

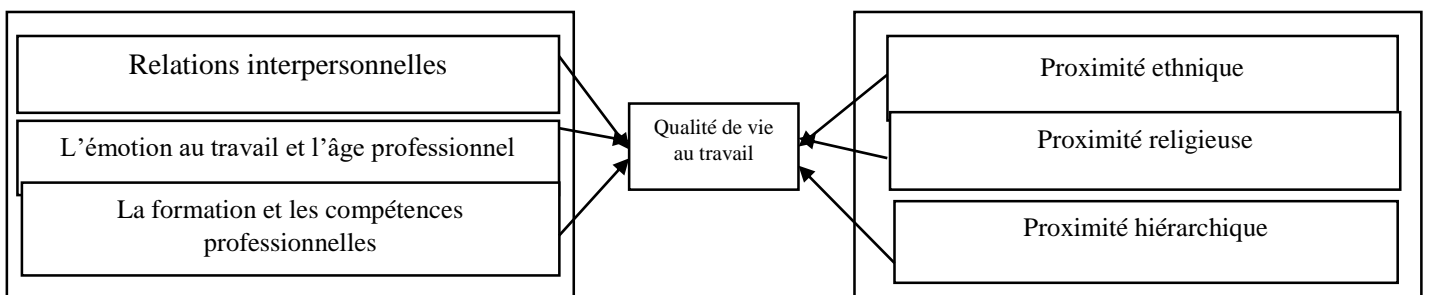
l'infirmier partagent la même ethnie ou le même clan, cela peut renforcer les liens sociaux et améliorer la communication entre eux, ce qui peut avoir un impact positif sur la qualité des soins et la satisfaction des patients. En effet, les infirmiers qui partagent la même ethnie ou le même clan que leurs patients avaient une meilleure qualité de vie globale, une meilleure santé mentale et une plus grande satisfaction au travail que ceux qui ne partageaient pas la même ethnie ou le même clan.

Ainsi, nous pouvons formuler la seconde proposition de recherche de la manière suivante :

P2 : Les facteurs de contingence socio-culturels influencent la qualité de vie au travail du personnel hospitalier

De ces propositions de recherche, nous pouvons élaborer un modèle conceptuel en vue de construire une représentation schématisée de notre problématique de recherche. Ainsi se présente le modèle suivant :

Figure 1 : Proposition d'un modèle conceptuel de recherche



Cependant, comme tout travail scientifique, notre étude a quelques manquements qu'il convient de les souligner. D'abord nous tenons à préciser que les informations fournies par les répondants ne peuvent être complètes du fait de la réticence des autres interviewées. De même, la méthode qualitative s'explique par l'introduction de la subjectivité du chercheur dans l'interprétation des résultats ce qui peut biaiser les résultats.

Il faut noter, toutefois, que ces limites ne peuvent en aucun cas remettre en cause la pertinence de nos résultats. Et ces dernières ouvrent la voie aux perspectives futures. En effet, la même recherche peut être effectuée dans d'autres hôpitaux privés en adoptant une étude quantitative sur un échantillon conséquent afin de prétendre à une généralisation des résultats. Enfin, une étude comparée peut être faite entre les hôpitaux publics et privés afin de tirer des conclusions plus satisfaisantes.

Références Bibliographiques

- Agénor, P.R. (2018).** Règles budgétaires et soutenabilité des finances publiques », Congrès de l'Association francophone de comptabilité, Tunis.
- Ahsina, K. & Lassilia, F. Z. (2023).** La gestion des établissements hospitaliers : fondements théoriques. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 6(2), 782-804.
- Aldrich, H.E. (1979),** Organizations and environments, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Apitsa, S.M. & Amine, A. (2014).** L'ethnicité, un levier d'action pertinent du management interculturel des ressources humaines. *Management et avenir*, 70(4).
- Awosan, K.J., Yikawe, S.S., Oche, O.M. & Oboirien, M. (2017).** Prevalence, perception and correlates of low back pain among healthcare workers in tertiary health institutions in Sokoto. *Journal of Management*, 51, 64-74.
- Balaguer, L. M. & Rodriguez, E. (2020),** Le droit à un équilibre entre vie professionnelle et vie privée en Espagne.
- Balboni, H., Allali, F., Rkain, H., Ihsane, H. & Hajjaj-Hassouni, N. (2013).** Profile of sexuality in Moroccan chronic low back pain patients. *Musculoskeletal Disorders*, 14(63).
- Battal, S. & Toufik, S. (2025).** Impact du stress professionnel sur la santé physique des travailleurs : une revue systématique utilisant la méthode PRISMA. *Santé publique*, 37(2), 185-202.
- Benchetrit, C. (2010),** Le stress au travail: obstacle à un management efficace, vers de nouveaux modèles de management, alternatifs à la souffrance au travail, mémoire de fin d'étude, Groupe Sup de Co - La Rochelle, juin 2010, p : 181.
- Bouquin, H. (1997),** Le contrôle de gestion, Paris, Presse Universitaire de France.
- Burns, T. & Stalker, G.M. (1961),** The Management of Innovation, Londres, Tavistock.
- Child, J. (1972).** Organization structure and strategies of control: A replication of the Aston study. *Administrative Science Quarterly* 17(2), 163-177.
- Child, J. (1972).** Organization structure and strategies of control: A replication of the Aston study. *Administrative Science Quarterly* 17(2), 163-177.
- Clot, Y. (2010),** Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris : La Découverte.
- Coutelle, P. (2005).** Introduction aux méthodes qualitatives en Sciences de Gestion. Cours du CEFAG-séminaire d'études Qualitatives, 17, pp.1-20.
- Dakhlaoui, A. (2013),** Epuisement Professionnel et Climat de Sécurité dans les Blocs opératoires, thèse de doctorat, Montpellier 2.

- De Gaulejac, V. (2011).** Représentations, pratiques et expérience dans le champ de santé: tendre des points entre des disciplines. *Revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(2), 218-221.
- Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W & Seli Arslan, (2015).** Ethique du management et de l'organisation dans le système de soins : réflexions pour la pratique quotidienne, 189 p.
- Evrard, Y., Pras, B. & Roux, E. (2003),** *Market, Etudes et recherches en marketing*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 699.
- Fianyoy, E., Kakpovi, K., Koffi-Tessio, V.E.S., Tagbor, KC., Houzou, P., Djanda, M., Oniankitan, O., Mijiyawa, M. (2020).** Qualité de vie du Personnel Hospitalier Lomé (Togo), *European Scientific Journal*, 16(3), 254-263
- Foka, T.A.G., Nguingna, D.R.F., Imeme, B.I. & Ananga, O.A. (2020).** Appréciation de la performance hospitalière des hôpitaux publics au Cameroun : une perception du personnel de santé. *Journal of Academic Finance*, 11(2), 331- 344.
- Gori, R. & Del Volgo, M.-J. (2009).** De la société de la norme à une conception managériale du soin. *Management et contrôle social*, 1(91), 123-147.
- Hofstede, G. (1987).** Relativité culturelle des pratiques et théories de l'organisation. *Revue française*.
- Hofstede, G. (1991),** *Culture and organizations: Software of the mind*, London, McGrawHill.
- Iribarne, P. (1990).** La logique de l'homme : gestion des entreprises et traditions nationales, *Revue Française de Sociologie*, 31(1), 654-657.
- Iribarne, P. (2000).** Management et cultures politiques. *Revue Française de Gestion*, 128(1), 70-75.
- Jellad, A., Lajili, H., Boudokhane, S., Migaou, H., Maatallah, S., & Frih, Z.B. (2013).** Musculoskeletal disorders among Tunisian hospital staff: Prevalence and risk factors. *The Egyptian Rheumatologist*, 35(2), 59-63.
- Lavigne, L. (2017) :** « le rôle du contrôleur de gestion territorial : proposition d'une typologie et identification de déterminants organisationnels à partir d'une étude empirique de la fonction contrôle de gestion dans les grandes intercommunalités », Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Lorraine, Nancy.
- Lawler, E.E. (1973),** *Motivation in work organizations*, Monterey, CA: Books/Cole.
- Levet, P. (2020).** Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail. *adsp n° 110 mars*, pp. 1-12.
- Malaquin, M. & Ughetto, P. (2021).** Les actions au service de la qualité de vie au travail dans les pratiques du management des cadres de santé. *Soins Cadres*, 30(131), 53-60.

Manel, Z., Ines, R., Asma, K., Imen, J., Taoufik, K. & Aouatef, M. (2020), Qualité de vie du personnel soignant dans les hôpitaux régionaux, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.

Mintzberg, H. (1982), Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'Organisation, 434 p

Nasser, H. (2014), La qualité de vie au travail et son impact sur la qualité des soins et le personnel soignant dans le milieu hospitalier : Cas des hôpitaux tangérois », mémoire de Master, FSJES de Tanger, octobre 2014, p : 71.

Nimi, I., Rigar, S. M. & Idrissi, R. (2024). Etude des conséquences des facteurs de contingence sur l'efficacité du contrôle dans les hôpitaux publics marocains : un cadre théorique développé. Revue Internationale des Sciences de Gestion, 7(1) 413-436.

Paucsik, M., Benny, M. & Shankland, R. (2021), la santé mentale positive : historique, développement et enjeux actuels, Grand manuel de psychologie positive, Dunod, Université Grenoble-Alpes.

Rouleau, L. (2007), Théorie des organisations, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Thiétart, R-A. (2014), Méthodes de recherche en management, 4^{ème} édition, Dunod, p. 647.

Togodo, A. (2012) : « Impact des Facteurs de Contexte sur le Design des Systèmes de Contrôle de Gestion dans les Collectivités Locales Béninoises : Une Approche Contingente », Thèse doctorat en Sciences Economiques et de Gestion, Ecole de gestion de l'université de Liège, Belgique.

Woodward, J. (1965), Industrial organization: theory and practice, Oxford, Press University.