



Université d'Oran 2
Faculté des sciences sociales

THESE
Pour l'obtention du diplôme de Doctorat
en sociologie de la santé.

***La souffrance au quotidien chez les infirmières
au service des urgences médico-chirurgicales d'Oran***

Présentée et soutenue publiquement par :
LAGRAA Imene Kheira

Devant le jury composé de :

HADJIDJ El Djounid	Professeur	Université d'Oran 2	Président
MOULAY HADJ Mourad	Professeur	Université d'Oran 2	Rapporteur
ZEMMOUR Zinedine	Maître de conférences	Université d'Oran 2	Examineur
MEHDI Larbi	Professeur	Université de Tiaret	Examineur
SIKOUK Kouider	Professeur	Université de Mostaganem	Examineur
MEZOUAR Belakhdar	Professeur	Université de Tlemcen	Examineur

Année 2017/2018

*« Si on travaille pour
gagner sa vie, pourquoi
se tuer au travail ? »* Une
citation du film *Le bon, la
brute et le truand*
prononcée par Tuco.

Dédicace

A ma très chère mère, tu œuvres pour mon bonheur, de par ton amour, ton soutien, tes sacrifices consentis et surtout de par tes précieux conseils.

A mon père, tu m'as transmis le goût de la recherche, merci d'être une inspiration.

A ma très chère sœur et mes frères, vous m'avez épaulée durant cette aventure.

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement au cours duquel j'ai bénéficié de l'encadrement, des encouragements et du soutien de plusieurs personnes, à qui je tiens à dire profondément et sincèrement, Merci.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à mon directeur de thèse, Pr. M. Moulay Hadj, pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant d'encadrer ce travail doctoral, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les membres du jury d'avoir accepté d'assister à la présentation de ce travail et de l'enrichir par leurs critiques.

Je remercie également Madame Bennaceur Wahiba sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Son soutien durant l'enquête de terrain et nos réunions au service des urgences ont débloqué énormément de situations.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier mes collègues et amis du département de sociologie; messieurs Mehdi Souiah, Malek Chelih Toufik et Boumahrat Belkhir, leur aide a été particulièrement bénéfique lors des moments de doute et d'inquiétude. Ils ont répondu présents par leur sagesse, leur expérience et leur humour tant appréciés.

Table des matières

Table des matières.....	5
Introduction générale.....	8
Première partie : Prolégomènes.....	29
1.1 Premier chapitre : La fatigue professionnelle, de quoi parle-t-on ?	30
1.1.1 Introduction.....	31
1.1.2 De la peine à la fatigue au travail:	32
1.1.3 L'évolution de l'approche de <i>Burn out</i> :	34
1.1.4 Qu'est-ce que le <i>burn out</i> ?	38
1.1.5 Les causes à l'origine du <i>burn out</i> :.....	42
1.1.5.1 Les facteurs organisationnels :.....	43
1.1.5.2 Les facteurs sociaux :.....	43
1.1.5.3 Les facteurs individuels :	44
1.1.6 Approche psychologique du <i>Burn out</i> :	45
1.1.6.1 Herbert Freudenberger : la maladie du battant.....	46
1.1.6.2 Christina Maslach et les relations interpersonnelles	47
1.1.7 Approche sociologique du <i>burn out</i> :	49
1.1.7.1 Marc LORIOU : de la mauvaise fatigue à l'épuisement professionnel	49
1.1.7.2 Laurie KIROUAC : les freins et contrepoids face au <i>burn out</i> :	53
1.1.8 Conclusion	56
1.2 Deuxième chapitre : La conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle	57
1.2.1 Introduction.....	58
1.2.2 Entre conciliation et conflit : vie privée et vie professionnelle.	59
1.2.3 Les dimensions du conflit travail-famille	61
1.2.4 Le genre dans la conciliation travail/famille.....	63
1.2.5 Conclusion :	66
1.3 Troisième chapitre : Le système de santé en Algérie	67
1.3.1 Introduction.....	68
1.3.2 Le système de santé	69
1.3.3 Evolution du système de santé en Algérie.....	70
1.3.3.1 Le système de santé en Algérie avant l'indépendance 1962.....	70
1.3.3.2 Le système de santé en Algérie après l'indépendance 1962.....	71
1.3.4 Qu'en est-il des paramédicaux ?	73
1.3.5 Conclusion	76
Deuxième partie : La fatigue professionnelle : quand la famille s'invite à l'hôpital	77
2.1 Premier chapitre : L'influence de la famille en période de socialisation professionnelle	78
2.1.1 Introduction.....	79
2.1.2 Le choix de carrière influence le déclenchement du mal être professionnel.....	80
2.1.3 Les premiers pas dans le métier	86

2.1.4	Une période d'adaptation	89
2.1.5	Vous travaillerez dans le service des urgences !.....	92
2.1.6	Une intention d'en finir avec le métier.....	95
2.1.7	Conclusion	99
2.2 Deuxième chapitre : L'immixtion de la famille dans la pratique professionnelle au quotidien . 100		
2.2.1	Introduction.....	101
2.2.2	Entre rôle professionnel et rôle familial	102
2.2.3	Une division du travail sexuée.....	106
2.2.4	La famille passe avant tout.....	109
2.2.5	Le métier d'infirmière pour agrandir le réseau social	113
2.2.6	Prendre en charge un membre de la famille a l'hôpital	116
2.2.7	L'ingérence de la famille dans le travail	120
2.2.8	Conclusion	125
2.3 Troisième chapitre : L'aide, le soutien et la reconnaissance contre le Burn-out 126		
2.3.1	Introduction.....	127
2.3.2	Le manque d'écoute par la hiérarchie.....	128
2.3.3	L'aide des collègues et de leur famille.....	133
2.3.4	Cacher ma souffrance a ma famille	136
2.3.5	Le stress professionnel comme justificatif d'absentéisme	141
2.3.6	Donner son salaire a son mari	145
2.3.7	Conclusion	149
La deuxième partie : L'influence du travail sur la vie privée		150
3.1 Premier chapitre : Les Responsabilités hors travail et leur impact sur la fatigue du soignant .. 151		
3.1.1	Introduction :.....	152
3.1.2	La famille m'accapare : les temps professionnels hors hôpital	153
3.1.3	Le congé professionnel en prévision des problèmes familiaux	155
3.1.4	La deuxième journée de travail	159
3.1.5	L'organisation de la maison en fonction du travail	162
3.1.6	Désengagement envers les responsabilités domestiques	165
3.1.7	Conclusion :	169
3.2 Deuxième chapitre : L'immixtion du travail dans la vie familiale/personnelle 170		
3.2.1	Introduction.....	171
3.2.2	Dormir pour aller travailler.....	172
3.2.3	La vie intime et le travail.....	176
3.2.4	Désengagement vis-a-vis de la famille	180
3.2.5	Penser aux patients durant la vie familiale.....	182
3.2.6	Mon travail est mon échappatoire	185
3.2.7	Quand les collègues s'invitent dans la sphère privée	187
3.2.8	Conclusion	192
3.3 Troisième chapitre : La santé de l'infirmière à la maison 193		
3.3.1	Introduction.....	194
3.3.2	Une déshumanisation face a l'épreuve de la vie	195

3.3.3	Transformation du corps	198
3.3.4	Agressivité face aux enfants	201
3.3.5	La gestion quotidienne des nuisances sonores	204
3.3.6	Conclusion	207
Conclusion générale.....		208
Bibliographie		216
Annexe 01 :Abréviations		244
Annexe 2 : Tableau des entretiens		245
Annexe 3 : Guide d'entretien.....		246

Introduction générale

Le métier d'infirmière perd depuis quelques années de son intérêt et de son attractivité. En effet, aussi indispensable et utile, soit-il, ce corps de métier est en perte d'attrait. Il est fuit et peine à recruter¹. Nonobstant, les infirmières restent le personnel le plus représenté à l'hôpital. Elles occupent une place centrale dans la division du travail médical. Cette place atteste de son importance dans l'organisation du travail hospitalier. La particularité du métier d'infirmière réside dans sa dépendance au médecin, elle est de ce fait contrainte de respecter ses prescriptions et ses directives. La relation du médecin à l'égard de l'infirmière recouvre un jeu de pouvoir. En effet, le médecin exerce sur l'infirmière une autorité rendant l'autonomie de cette dernière limitée (Freidson, 1984). L'infirmière ne se limite pourtant pas à ce rôle subalterne ; elle est également une interface entre le médecin et le patient. Par sa médiation, les prescriptions médicales convergent vers le patient. Ce rôle la rend en principe la plus proche du malade hospitalisé (Lagraa I., 2010).

En sciences sociales, de nombreuses études ont été consacrées à la pratique soignante. L'une des études les plus citées est celle de (Marie Françoise Colliere, 1995) qui envisage le soin comme premier art de la vie. Il est vrai que l'on attache une fonction noble au "prendre soin", cependant qualifier le

¹Un rapport de l'OMS, intitulé *Une vérité universelle: pas de santé sans ressources humaines*, enregistre un manque de 7,2 millions de professionnels de la santé au niveau mondial, ce chiffre atteindra vraisemblablement 12,9 millions d'ici 2035. Pour l'OMS, cette situation aura des conséquences désastreuses pour la santé de milliards de personnes partout dans le monde. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/fr/> consultée en juin 2017.

métier et le rôle infirmier de noble serait principalement un moyen « *pour ne pas céder à l'épuisement ou à l'envie de démissionner, la conviction de la noblesse du service infirmier devient la pierre angulaire de l'affirmation de l'identité professionnelle.* »(Blondeau, 1999, p 165). Dans cette perspective, vouloir valoriser la pratique soignante est une manière de se préserver de la fatigue éprouvée et de la dévalorisation subite par les soignants.

Ainsi, ce constat nous pousse à questionner le rapport du soignant à sa pratique. La relation d'aide² dans le cadre de la pratique soignante apparaît à la fois comme la source de valorisation du travail infirmier et la source du mal dont souffrent les infirmières. Les soignants sont proches de la souffrance des gens, en même temps, leur travail comporte une charge physique non négligeable. Ces deux éléments favorisent le développement d'une fatigue chronique.

Nombreuses sont les préoccupations suscitées par la santé et la souffrance au travail. Concernant la fatigue chronique, l'usage du concept de *burn-out* est fréquent. Il suppose une conception sous-jacente à la santé, de la maladie et une concentration sur certaines dimensions de l'individu, notamment son interaction avec les deux sphères travail et hors-travail. Des conséquences nuisibles aux niveaux physique et psychologique, ainsi qu'au niveau social sont mises en avant : les coûts sont considérables en matière d'absentéisme, de perte de productivité et de dépenses de santé.

Après s'être intéressée, en 2010, dans un travail de magister à la crise identitaire des infirmières dans un service d'urgences à Oran, il a semblé

¹La relation d'aide en soin infirmier indique les différents processus par lesquels l'infirmière pourra prendre le rôle d'aidant professionnel auprès d'une personne en difficulté afin de l'aider à surmonter une crise. http://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_d%27aide_en_soins_infirmiers consulté en juin2017.

pertinent de continuer sur un autre aspect du sujet : la souffrance au travail³ chez ces mêmes infirmières. Le terme *Burn-out syndrome* (BOS), ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS), traduit cette souffrance au quotidien. Ce syndrome est l'expression la plus fréquente pour qualifier la manifestation de la crise identitaire. L'étude a permis de rendre compte à travers les entretiens de l'importance suscitée par ce phénomène chez le personnel infirmier. Ainsi, il a été possible d'observer leurs appréhensions à l'évocation de ce sujet. En abordant la fatigue morale, les yeux des infirmières étaient baissés, leur voix à peine audible. Leurs récits restituaient leurs maux et leurs difficultés durant la pratique soignante. « *Je suis angoissée..., je suis déprimée, à bout..., je n'y arrive plus...* », autant de petites phrases si souvent utilisées, parfois galvaudées, qui expriment un malaise, une souffrance.

La souffrance au travail est souvent qualifiée de mal du siècle. Elle semble être au cœur de nombreux débats sur les scènes scientifique et publique. Cependant au jour d'aujourd'hui, le *burn-out* ne fait pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence notamment la Classification internationale des maladies (CIM-10)⁴ de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il est défini par cette dernière comme « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* »⁵. Il n'existe toujours pas à l'heure actuelle de critères unanimement acceptés au sein de la communauté médicale pour le diagnostiquer. Ainsi, il n'est pas appréhendé

³Dans cette recherche, nous employons également les autres termes pour désigner la souffrance vécue au quotidien par les soignantes: fatigue professionnelle, épuisement professionnel, fatigue chronique, stress professionnel et *Brun-out*.

⁴Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes.

⁵Allocution de Catherine Le Galès-Camus de l'Organisation mondiale de la Santé. La santé est l'affaire de tous : les arguments économiques en faveur d'une bonne santé en milieu de travail, Conférence de Montréal, 1er juin 2005. Texte intégral : www.conferencedemontreal.com [Consulté en mars 2016].

comme une entité clinique à part entière mais une cause fréquente de différentes maladies secondaires physiques et psychiques. Dans la CIM-10, la fatigue professionnelle est considérée comme un des facteurs qui énoncent des difficultés et épreuves néfastes pour la santé dans la vie quotidienne. « *Selon l'ampleur, elle est codée dans la CIM-10 en tant que trouble d'adaptation dépressif ou épisode dépressif. Si la dimension dépressive fait défaut en cas d'épuisement, la catégorie de la neurasthénie est la plus appropriée.* » (Toni Brühlmann,2015,p 924).Néanmoins, le *burn-out* est mentionné au chapitre XXI consacré aux « *facteurs influençant l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* », à la rubrique des « *sujets dont la santé peut être menacée par des conditions économiques et psychosociales* », avec le code Z 73-0 en lien avec le surmenage (Marie-Pierre Guiho-Bailly, 2016).

Le *burn-out* représente un état de risque. Les maladies psychiatriques secondaires typiques sont les dépressions liées à l'épuisement et les troubles de l'anxiété. La dépression liée au *burn-out* est aujourd'hui la forme de dépression réactionnelle la plus fréquente (Toni Brühlmann,2015). Le *burn-out* associe une fatigue profonde, un désinvestissement de l'activité professionnelle, et un sentiment d'échec et d'incompétence en lien avec la sphère professionnelle. Il est envisagé comme le résultat d'un stress professionnel chronique rendant l'individu inapte ou incapable de faire face aux exigences adaptatives de son environnement professionnel. La perte d'énergie, de motivation et de l'estime de soi en sont les manifestations. Initialement et exclusivement reconnue comme une atteinte auprès des professionnels de l'aide, cette souffrance s'est vue progressivement étendue aux restes des corps de métier. Cependant, les professionnels de santé demeurent à priori les plus exposés aux risques de l'épuisement professionnel, en raison de la double exigence relationnelle et technique que

comporte le métier soignant. Les professionnels engagés dans la relation d'aide sont particulièrement touchés.

Dans le cas des soignants, la fatigue professionnelle compte trois dimensions en réponse à un stress chronique émotionnel et physique. Il s'agit d'un épuisement émotionnel et physique, d'une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail et d'une déshumanisation de la relation soignant-malade.

D'abord, *l'épuisement émotionnel* renvoie à l'appauvrissement des ressources du soignant. La personne est vidée émotionnellement. On constate un manque de motivation dans son travail. Cet état s'accompagne habituellement de frustration et de tension dans la sphère professionnelle.

Ensuite, *une réduction de l'accomplissement personnel* signifie que le soignant opère une auto-évaluation négative. Il se représente comme incompetent et sans utilité pour ses patients ; il en découle une diminution de l'estime de soi professionnel.

Enfin, il est possible de définir *la déshumanisation de la relation soignant-malade* comme un détachement vis-à-vis du patient. Ce dernier devient un corps-objet et non un corps-sujet (Marie-Françoise Collière, 1995). Il est vu alors comme un cas, un numéro, une maladie.

Malgré une émergence difficile, de très nombreux programmes de recherche ont été mis en place dans le monde entier et le concept connaît une expansion considérable depuis les années 80. Des travaux ont entrepris de comprendre le syndrome d'épuisement professionnel comme un phénomène moderne. D'ailleurs, les premières recherches aux États-Unis ont tenté de le définir et d'en déterminer les origines fluctuant entre causes individuelles et environnement de travail. Les chercheurs ont également montré un vif intérêt pour ses mécanismes et les conséquences derrière ce type de souffrance. Des

chercheurs se sont battus pour que le syndrome soit reconnu et admis sur un plan scientifique.

Dès lors, le nombre de publications consacrées à ce phénomène ont pris une ampleur internationale en particulier dans les services de santé (OMS, 1998). Cette pathologie touche toutes les professions, nous pouvons dire que c'est une thématique très importante (José M. Bertolote & Alexandra Fleischmann, 2002). Par ailleurs, le lot d'études traitant du sujet nous offre de nombreuses pistes d'analyse et autres explications parmi lesquelles celles de Canouï et Mauranges, (2001) qui analysent les causes encourageant l'épuisement professionnel. Il est, selon ces auteurs, lié au stress chronique, dont l'origine peut provenir d'agents stressants individuels ou institutionnels. Quant à D. Barbier « *le burn-out touche plus spécifiquement tous ceux qui ont choisi d'aider autrui et qui ne le font pas seulement dans un but égoïste. Il concerne particulièrement les soignants, parce qu'ils sont en prise directe avec la souffrance, la misère, le malheur, la maladie et la mort* » (D. Barbier, 2004, p.349).

(Coull, A., Heyraud A., Deschamps F., Schulze B. & Wranik T, 2007) ont montré que, 43.5% des personnes questionnées ont déjà eu un épisode d'épuisement professionnel cela concernait la population de la Suisse romande. Le taux de *burn-out* est évalué à 20% de la population active du Canada (Chevrier, N. & Renon-Chevrier, S., 2004). Il a été affirmé que l'épuisement professionnel avec un taux de 53% est présent chez les médecins, suivi du personnel soignant avec 37%, puis des secrétaires avec 30% (Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B. & Evans WK, 2000, cité par Schraub S. & Marx E., 2004).

En Algérie, on ne dispose pas de chiffres officiels attestant de l'ampleur de ce phénomène. On assiste cependant à de nombreuses tentatives d'analyse. On peut citer comme exemple l'étude de BENATIA Yacine, en 2008,

intitulée *l'épuisement professionnel chez les infirmières urgentistes*, réalisée dans le cadre d'un magister en psychologie clinique à l'université de Blida. Il s'agit, dans cette étude, de constater le degré de prééminence de l'épuisement professionnel chez le personnel soignant d'un service des urgences en 2006. Elle concernait 526 agents paramédicaux exerçant dans les services des urgences à travers les structures hospitalières (CHUC, Secteurs sanitaires, établissements hospitaliers spécialisés et polycliniques) de la wilaya de Constantine. Cette recherche montre que l'épuisement émotionnel est élevé chez 33,56% de la population étudiée, 30,8% des enquêtés souffrent du vide intérieur, 50% d'entre eux éprouvent le sentiment d'impuissance, 35,86% ont exprimé un ras-le-bol professionnel. Enfin, 28,5% montrent des réactions agressives (Benatia Y & Rouag A, 2008).

Problématique :

Ainsi, de nombreuses recherches ont traité à de diverses reprises la problématique de la souffrance au travail. Quasiment toutes ont pour trait commun d'aborder la souffrance comme cloisonnée dans la sphère professionnelle. Pour cette raison, nous proposons de donner à notre analyse une perspective et un angle d'approche différents. Ainsi, cette présente recherche a pour principal objectif d'aborder le thème de la souffrance chez les infirmières d'un service des urgences, en intégrant les effets réciproques entre vie privée et vie professionnelle. Il s'agit, ici, de prendre en compte la spécificité de la société et de la famille algérienne dans l'analyse du rapport des infirmières à leur pratique professionnelle.

La famille algérienne segment de la société contemporaine renferme une certaine contradiction. Les valeurs de la *Ayla* traditionnelle sont encore présentes dans la mémoire collective et représentent un idéal. Cependant, les mutations sociologiques depuis les années 70 et 80 ont abouti à de nouvelles formes de sociabilité. De nouveaux rôles et statuts inspirent les

individus dans cette société en mouvement transformant le quotidien de ces derniers. Un conflit interne se crée, et une crise identitaire se met en place et trouve ses origines dans les tensions entre les conditions sociologiques de l'individualisme et de l'imaginaire social empreint de culture patriarcale. Ainsi, l'analyse sociologique sur l'Algérie contemporaine se caractérise simultanément avec la continuité et le changement du patriarcat ou du néopatriarcat. Malgré la présence persistante de la culture patriarcale et la valorisation de l'espace domestique perçu comme une référence idéale pour la société, on assiste à de nouvelles attitudes des individus en lien avec ces nouveaux rôles et statuts. Ce décalage crée un malaise vécu au quotidien par certaines algériennes. Ils semblent difficiles, à la fois, de se conformer aux rôles et aux statuts traditionnels idéalisés, et de céder aux nouvelles transformations concernant la famille et la présence des femmes dans le marché du travail (Lahouari Addi,2004).

L'idiologie patriarcale, qui localise la vie sociale des femmes à l'espace domestique lui interdisant d'investir l'espace public et le domaine professionnel, est aujourd'hui freinée. Pour Djamel Guerid « *Les traditions algériennes, c'est connu, sont hostiles au travail des femmes à l'extérieur (du foyer). Mais il est connu aussi que toute société qui décrète un interdit organise dans le même temps tout un système de dérogations qui en permet le contournement. Il en est ainsi de l'emploi féminin en Algérie.* » (Guerid D., 1995, p 37) Les femmes en Algérie émergent de la sphère domestique sacrée pour acquérir une rémunération ou une éducation afin de s'émanciper du pouvoir des belles mères, d'être indépendantes et de participer à la vie publique. Ces changements influencent l'aspect structurel et l'aspect fonctionnel de la famille et le quotidien des femmes. Cela a créé également un alourdissement des tâches. À long terme, la difficulté des distinctes activités et les exigences des deux domaines travail et privé créent un conflit dans la conciliation travail-famille et famille -travail. Ce conflit génère

également une fatigue chronique qui consume l'énergie psychique et physique des femmes actives telles que les infirmières. Cette fatigue semble souvent survenir soudainement, pourtant elle est le résultat d'un processus lent, d'une tension continue durant de longs mois ou années jusqu'à l'épuisement.

Aussi, nous tentons d'expliquer que la fatigue professionnelle dont les infirmières se plaignent, est également amplifiée par les exigences de la sphère privée. Cela est fondé sur l'interaction et la constante réinterprétation et négociation des normes professionnelles et sociales. Ces deux dernières peuvent être en contradiction. Chacune a ses propres fondements ; chacune se distingue par son mode de fonctionnement et ses exigences. Le domaine professionnel et le domaine familial sont en constante interaction et la souffrance résultante du travail ne se limite pas dans son expression à l'hôpital. Les résultats de ce mal-être notamment l'épuisement professionnel s'exprime également auprès des proches dans la sphère privée.

Notre postulat propose d'insérer la problématique de la fatigue professionnelle dans la façon de privilégier les exigences familiales ou professionnelles et dans la manière de gérer la relation entre les deux sphères.

Pour enrichir l'analyse de cette étude, nous situons notre recherche au carrefour d'études réalisées en psychologie sociale, la sociologie de la santé, la sociologie de la famille et du genre. Deux axes d'analyse sont privilégiés :

Premièrement, dans l'axe du travail⁶, les concepts de *frein* et de *contrepois* sont particulièrement mobilisés dans cette recherche. Ces concepts sont

⁶ Cet axe est développé dans la première partie de cette recherche.

développés dans l'analyse de Laurie Kirouac (2015) sur la souffrance au travail (surmenage professionnel et *burn-out*). Pour cette sociologue, la société produit continuellement des mécanismes sociaux capables de réguler la charge du travail sur la vie des travailleurs. Ces mécanismes contribuent à contrôler et à minimiser l'emprise objective et l'emprise subjective du travail. Il s'agit de « *l'ensemble des composantes de la socialité qui régissent la part de lui-même que l'individu engage dans le travail, ce qui revient à en baliser l'emprise objective et subjective sur l'existence.* » (Laurie Kirouac, 2012, p 9). C'est en ce sens qu'il est possible d'affirmer que la famille représente un contrepoids de taille contre la souffrance au travail.

Sociologiquement, la fatigue professionnelle serait en partie causée par le *Dirty work* ou le « sale boulot », qui désigne tout travail contraignant et socialement déprécié (E. Hughes 1996). Le *Nursing*⁷, par exemple, y est associé. Il rend le travail pénible physiquement et mentalement pour les soignants. Ainsi, ces tâches répétitives, salissantes et peu glorifiantes édifient en partie la pratique professionnelle des infirmières. En outre, le *Burn-out* est expliqué, par Marc Lorient (2002, 2005), comme un problème de « *juste distance* » par rapport au malade. D'une part, l'infirmière se doit de ne pas être trop proche, afin de ne pas endosser la souffrance du malade ou celle de sa famille. D'autre part, elle ne doit pas être trop distante vis-à-vis du patient. Pour cela, l'infirmière devra savoir dissocier son « *moi personnel* » et son « *moi professionnel* » (Marc Lorient, 2002).

Deuxièmement, dans l'axe de la conciliation travail-famille et famille-travail, les analyses de la théorie du conflit proposent que les domaines du travail et de la famille soient réciproquement opposés. Greenhaus et Beutell (1985) présentent une définition du conflit travail-famille basé sur le travail

⁷ La toilette du malade.

de Kahn et al (1964). Pour Greenhaus et Beutell, (1985), il s'agit d'une forme de conflit dans lequel l'implication dans un rôle rend difficile l'implication dans l'autre. Toujours selon cette théorie, il existe trois éléments composant la difficile conciliation travail- famille et vice versa : le conflit de temps, le conflit de tensions, le conflit de comportements⁸. Les infirmières font face à un nombre croissant de conflits entre leur vie professionnelle et leur vie familiale produisant ainsi une difficile conciliation de ces rôles.

Méthodologie :

Dans le cadre de cette recherche, l'approche qualitative nous a parue, pour plusieurs raisons, la plus appropriée, et pour la collecte des données, et pour l'analyse de ces dernières. Elle regroupe un ensemble de techniques d'enquête dont l'usage est de donner une esquisse du comportement et des représentations sociales des individus. Cette approche permet d'examiner et de décomposer leurs regards sur un sujet particulier, de comprendre la manière dont différentes questions sont pensées par les individus. Elle traite des données difficilement quantifiables. C'est la recherche qui produit et analyse des données descriptives telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observable des personnes (Taylor & Bogdan, 1984). En sciences sociales, selon Denise Jodelet (1997) la méthode qualitative, reprend l'ensemble des techniques interprétatives qui ont pour objectif de décrire, décoder, traduire le sens indépendamment de la fréquence de certains phénomènes. Produire en se basant sur le mode qualitatif, signifie traiter des symboles linguistiques. Ainsi, il est possible de diminuer l'écart entre le signifié et le signifiant, entre la théorie et la donnée, entre le contexte et l'action.

⁸ Le chapitre sur la conciliation vie professionnelle et vie familiale offre un résumé des analyses Greenhaus et Beutell, (1985).

Ici, elle permet d'approfondir les sens attribués par les infirmières à leur souffrance dans le cadre des influences réciproques entre la vie au travail et la vie de famille. Pour y parvenir, deux techniques sont mobilisées :

D'une part, l'entretien semi-directif, en recueillant le discours des infirmières sur leurs expériences professionnelle et privée à propos de leurs souffrance et fatigue. La technique de l'entretien a semblé la plus adéquate pour rester en consonance avec la méthode qualitative et avec le thème de recherche. Cette technique apparaît pertinente car elle favorise une investigation tournée vers le savoir et les questions propres des infirmières. Pour Sophie Duchesne (2000), l'entretien semi-directif facilite le recueil des opinions des personnes interrogées dans un contexte social spécifique mais également langagier. Ces éléments sont nécessaires à la compréhension des représentations sociales. L'entretien semi-directif sollicite les expériences personnelles, les vécus intimes des infirmières et leurs définitions des situations en lien avec la fatigue professionnelle. En outre, il aide la personne interrogée à explorer elle-même le champ d'interrogations ouvert, au lieu d'y être limité : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non et leurs lectures de leurs propres expériences.(Quivy R.&Van Campenhoudt L., 1988).

Par ailleurs, approcher des thématiques aussi personnelles réclame un lieu adapté. Ainsi, les différents entretiens s'effectuaient en fonction du choix des interviewés. Le roulement exécuté par les différentes infirmières dans le service du tri a aidé à réaliser les différents entretiens dans le jardin jouxtant ce service. Ce lieu est un endroit intime et à l'abri des regards tout en étant proche du service en cas d'un appel urgent. Il était parfaitement adapté pour mener les entretiens. Dans cet espace, les entrevues réalisées s'étaient sur deux heures voire plus. La plus longue a duré près de quatre heures. Les entretiens étaient entamés la plupart du temps, l'après-midi. Nous les avons

réalisés d'une manière répétitive pour obtenir de plus amples informations. Certaines entrevues étaient interrompues à cause de l'arrivée de patients. Par ailleurs, les infirmières n'avaient aucun désir de réaliser ces entrevues pendant leurs jours de repos, car elles souhaitaient effectuer une coupure avec l'hôpital. Néanmoins, une relation plus profonde s'est créée avec certaines d'entre elles, ces dernières ont accepté de participer aux entretiens avec un membre de leur famille. Un entretien avec un couple dont la femme est infirmière a pu être mené ; sa durée est d'une heure dans le cabinet du mari, médecin gynécologue. Un autre entretien avec la mère d'une des infirmières a été possible. L'infirmière en question m'a invitée à une réception familiale ce qui a facilité le contact avec sa mère.

D'autre part, l'observation directe, comme deuxième technique, a permis de décrire la manière dont les infirmières effectuaient les tâches et leurs interactions avec les différents acteurs au cours de leur travail quotidien. Elle contribue à être au plus près de la pratique quotidienne des infirmières ; de sentir les tensions et le stress mais aussi leur source de satisfaction au travail.

Au cours de l'enquête, nous avons pris l'habitude d'accomplir une somme d'actes, comme si c'était des tâches qui nous ont été assignées par une autorité supérieure : apporter les médicaments et les instruments de travail aux infirmières, soutenir le patient lors des soins, assister à l'accomplissement des soins, la pose de garrot lors de prélèvements sanguins, guider les malades et surtout réaliser la toilette de certains patients. Cette dernière tâche était particulièrement révélatrice des difficultés du travail soignant pour une chercheuse. Cependant, ces actions étaient supervisées par les soignantes. Elles étaient plus en confiance. Ce rôle d'assistante garantissait l'intérêt du chercheur et d'être acceptée assez rapidement par la population ciblée par l'enquête. L'intégration et le gain de la confiance au cours du travail de terrain sont facilités par le fait d'être utile et d'alléger le travail des autres, en remplissant le rôle d'un supplétif ou

même d'un subalterne. Le travail en groupe, face aux ensembles des tâches prescrites par les situations de travail, détruit rapidement les barrières car le nouveau venu met en exergue son intérêt pour l'activité du service. (Peneff, 1992).

Deux outils nous ont été d'une grande utilité lors de l'investigation :

Le journal de bord représente un outil essentiel pour noter les données. Toutes les journées en période de stage ont été consignées en inscrivant mes impressions personnelles, les principaux événements et mes principales interrogations en lien avec ces événements. Les échanges et discussions avec les infirmières ont été soigneusement relatés dans ce journal.

Le dictaphone a également été d'une grande utilité. Lors des entretiens, il a permis d'enregistrer les propos infirmiers. Cet outil a été bien accepté pour la plupart des interrogés, les infirmières ont consenti à être enregistrées. Par son biais, la concentration sur l'attitude des infirmières lors des entretiens était largement facilitée.

L'enquête a été réalisée auprès de 22 intervenants soignants, 2 proches d'infirmières et de la psychologue du service des urgences. Afin de bénéficier de cas diversifiés des variables ont été prises en compte. Elles sont essentielles pour comprendre la fatigue soignante :

Le genre : la majorité des soignants consultés représentait des femmes. Ce n'était pas un choix ; en cause, la féminisation importante dans le service mais également dans ce métier. La féminisation était prégnante en période de guerre d'indépendance (Amrane Djamila, 1991). La plupart des soignants sont des femmes. Par ailleurs, le sexe représente un moyen non négligeable pour constater les écarts d'attitudes et de sens face aux situations de travail entre hommes et femmes. Il semble constituer aussi une importance dans l'image sociale du métier d'infirmière. En effet, il est pertinent de constater l'éventuelle différence de caractéristiques attribuées selon le sexe. L'axe

conciliation travail-famille et famille-travail est en rapport avec le genre notamment à cause de la double journée de travail réservée majoritairement aux femmes.

L'ancienneté professionnelle : cette variable est importante car elle permet d'exposer la pluralité des sens octroyés aux maux résultants de la pratique soignante en fonction des années au travail. La différence fondée sur l'expérience et l'ancienneté professionnelle met en exergue les diverses attentes des infirmières vis-à-vis de leur avenir professionnel. Elle permet de relever les manières différentes de pratiquer entre les générations.

Le statut matrimonial est une variable qui participe à la compréhension du rapport existant entre l'état de santé et conciliation travail-famille. Les obligations et les exigences familiales divergent en fonction du statut matrimonial ce qui influence les ressources pour faire face au *burn out*. Cette variable est en lien avec les difficultés à gérer le temps et les demandes au sein du domaine privé. Elle aiderait à situer l'engagement des infirmières dans la sphère professionnelle ou familiale.

Terrain de l'étude :

Le début du travail de terrain s'est déroulé avec certaines complications. Un travail d'investigation était prévu à l'hôpital EHU Oran. Cependant, le manque d'écoute de l'administration et le manque de réceptivité de cette institution dite universitaire a considérablement retardé l'avancée de cette recherche, pour se solder par un échec. Durant près de 6 mois, nous avons tenté de prendre contact avec le directeur de cette institution mobilisant tout le capital relationnel dont on dispose. Après s'être entretenue avec le responsable de la formation, nous avons été amenée à comprendre que cette étude n'était pas envisageable sans aucune raison apparente. Ce refus n'a pas empêché certaines infirmières de répondre à nos questions et de nous inviter à l'intérieur du service de réanimation où l'on a pu notamment

effectuer la toilette de 15 malades et d'être présente durant deux mois dans le service des urgences. Ces mêmes infirmières ont sollicité leur famille pour participer à l'enquête.

Le travail de terrain au CHU d'Oran a débuté en juillet 2015. Il s'est clôturé en juin 2016. Le service des urgences médicaux-chirurgicales d'Oran a constitué le terrain d'investigation. Mon arrivée dans ce service a été facilitée par une collègue de l'unité de recherche en sciences sociales et santé. Elle est psychologue dans le service des urgences et a représenté un informateur privilégié lors de l'enquête. Elle a énormément simplifié mon entrée à ce service. Par ailleurs, ce dernier regroupe un chiffre important d'infirmières réparties dans les différents services ou unités à l'intérieur du service des urgences. Une des autres raisons qui justifie le choix du service des urgences du CHU d'Oran est l'image dévalorisante attribuée à ce lieu pourtant largement fréquenté. Il reçoit les différents patients réclamant des soins immédiats et montrant un haut risque de santé. Le Directeur de la santé, de la population et de la réforme hospitalière d'Oran estime le nombre de malades ayant fréquenté ce service durant l'année 2008, à 90220 dont 76 % viennent des villes environnantes. Pour ce même Directeur, près de 18500 ne sont pas de vrais cas d'urgence (Boukràa J, 2009).

Le service est réparti en plusieurs sous-services (chirurgie, médecine, radiologie, biologie). Ceux-ci incluent à leur tour plusieurs unités : réanimation, analyse laboratoire, le tri, bloc opératoire, bilan radiologique et déchoquage. L'ensemble du personnel soignant n'opère pas de distinctions entre les espaces. Ainsi, le sous-service chirurgical est désigné comme service de chirurgie ; l'unité de réanimation est indiquée comme service de réanimation. Tous les espaces au sein de cette structure sont désignés par le terme service (Lagraa, 2010).

L'unité ou service de tri : comme son nom l'indique, il sert à trier les patients nécessitant une prise en charge chirurgicale ou médicale. Les pathologies diverses non chirurgicales comme le diabète, l'hypertension, l'asthme, les intoxications, les malaises cardiaques sont orientés en premier lieu vers cet espace proche du grand portail à l'entrée du service des urgences. Après un examen, les malades sont conduits vers les autres unités. Le tri comprend une salle de soins, une salle de consultation et de deux grandes salles pour les hospitalisés de moins 24 heures. Celles-ci sont divisées en plusieurs box. Chaque box dispose d'un lit. Après de récents travaux une salle de garde pour les médecins avec lits, casiers et un lavabo a été aménagée. Les infirmières ne disposent pas de salle pour elles mais partagent cette pièce occasionnellement avec les médecins généralistes. Trois à quatre infirmières travaillent dans ce service durant la journée. Elles sont réparties entre la salle de soins et la salle d'hospitalisation. Ce service reçoit quotidiennement entre 20 à 80 malades.

Les unités ou services d'hospitalisations médicales et chirurgicales: les malades hospitalisés plus de 48 heures y sont amenés. Ils sont répartis en deux niveaux. Chaque niveau comporte deux grandes salles : une pour les hommes et une pour les femmes ; dotées chacune de trois à quatre lits et d'une salle de soins adjacente qui sert également de salle de repos pour certaines infirmières et salle de regroupement. A chaque niveau trois à quatre infirmières prennent en charge les malades. Lors de l'enquête, le premier niveau dédié au service chirurgical était en travaux de rénovations. Cette situation obligeait les deux services (médical et chirurgical) à partager le deuxième niveau.

L'unité ou service de réanimation : Les patients admis sont inconscients ; dans le coma. L'accès aux membres de la famille y est interdit, la "réa" est un espace plus calme et protégé. Il dispose d'une capacité d'une douzaine de

lits. En outre, les règles d'hygiène sont très strictes. Trois à quartes infirmières y travaillent par jour.

Les infirmières travaillent, soit selon des gardes de 12 heures alternées tous les deux jours, soit selon des horaires plus communs de 8 heures (six jours par semaine). Elles ont été enclines à collaborer dans cette étude. Au cours des présentations, les infirmières ont exprimé un vif intérêt pour le sujet de la fatigue et du stress. Nous avons constaté un profond besoin de s'exprimer et d'être, selon leurs dires, entendues. Nous avons rapidement été désignée comme « *la chercheuse qui fait pleurer les infirmières* ». Un jeu entre elles a été mis en place, la vainqueur est celle qui ne pleure pas lors de son entretien. Cela a encouragé les plus réticentes à participer à l'enquête.

Le travail d'enquête n'est pas dispensé de certaines difficultés. La première était d'investir dans un environnement très hostile où la souffrance est très visible. Le règlement stipule le port obligatoire de la blouse blanche, nous n'avons pas exécuté⁹ cette directive car les patients et leurs familles nous prenaient continuellement comme membre à part entière du personnel soignant, ce qui entravait parfois le travail d'enquête.

L'autre difficulté était d'être continuellement interrompue lors des entrevues. Les infirmières étaient rarement disponibles en raison du rythme irrégulier de celui-ci et de la très forte charge de travail.

Structuration de la thèse :

Cette recherche tente d'appréhender les différentes composantes de la vie quotidienne des infirmières dans les domaines professionnel et privé ; elle est répertoriée en trois parties :

⁹ Hormis, dans le service de réanimation et ceci pour des raisons d'hygiènes et pour garantir l'asepsie, le port de gants stériles et de la blouse était primordial pour effectuer la toilette (nursing) des malades.

La première partie comprend deux chapitres dans lesquels nous abordons l'aspect théorique des concepts suivants : la fatigue professionnelle et la conciliation vie professionnelle et vie privée. Le troisième chapitre renvoie au système de santé en Algérie et nous offre une vision générale de l'évolution du corps de métier infirmier.

La deuxième partie se focalise sur l'influence des exigences familiales et de l'intervention des membres de la famille dans la sphère professionnelle. Le rapport de l'infirmière à sa pratique professionnelle est réinterprété par elle. Cela la conduit aussi à hiérarchiser ses priorités. Ainsi, il est question de constater comment l'infirmière gère au quotidien l'ingérence de sa famille tout en se focalisant sur les exigences de son métier. Cela est d'autant plus vrai lors des premières périodes au sein du service des urgences. L'influence de la famille dans la prise de décision relative au choix de carrière permet de comprendre le vécu des jeunes soignantes en lien avec la fatigue professionnelle ou avec l'insatisfaction au travail. En effet, certaines infirmières s'engouffrent dans un métier mal connu, aux exigences élevées. C'est lors des périodes de socialisation que se dessinent les premiers doutes et les premières remises en question. Ce sont également les moments où les familles soutiennent les infirmières dans leur malaise. Cette implication ne se limite pas en début de carrière, elle est régulière tout au long des expériences professionnelles et des différentes options et opportunités professionnelles.

Cette partie s'intéresse également aux dichotomies entre les obligations familiales et professionnelles. Celles-ci produisent des effets négatifs sur la santé mentale et physique. La gestion des deux rôles désigne la charge que représente le temps social fractionné entre besoins personnels et l'activité professionnelle. En outre, l'influence de la vie privée sur la vie professionnelle est également palpable dans l'exécution des tâches et la division de ces dernières. Il est en résulte une gestion perpétuelle des deux

logiques : source de tension et de stress. L'examen du double rôle joué dans la vie quotidienne contribue à la compréhension du problème de la souffrance. Un double rôle implique un double travail, plus encore quand l'infirmière endosse le rôle d'aidant. Dans ce cas, la place accordée par la famille au membre soignant est source d'effort et de fatigue pour ce dernier. Par ailleurs, il existe un certain tabou concernant la souffrance au travail dans le service des urgences. La peur de l'étiquetage social et familial et la stigmatisation par l'entourage amplifieraient même cette souffrance.

La troisième partie de l'analyse démontre la manière dont le travail interfère et influence la vie privée de l'infirmière. L'interférence du travail sur la vie familiale/personnelle n'est pas toujours vécue sereinement. La souffrance liée au travail et de son interaction avec la vie privée est étroitement liée avec la variante de repos. Les congés annuels, les fins de semaine et les fins de journée sont une coupure avec le monde du travail. Ils sont indispensables pour reprendre des forces et renforcer les ressources nécessaires pour reprendre le travail. Même si le temps de repos semble insuffisant pour régler le problème de la souffrance au travail, il est néanmoins essentiel ; car il offre un équilibre pour le travailleur. Il s'agit de considérer le temps pris par le soignant pour lui-même comme un temps individuel. Cependant, le travail interfère ; la souffrance présente à l'hôpital se répercute sur le comportement des infirmières en dehors de l'hôpital. Dans un cercle sans fin et dans un second temps, elle renforce la souffrance au travail.

La mise à distance est indispensable, cependant, les jours de repos sont également une occasion pour s'investir auprès de la famille. La double journée de travail et les congés consacrés aux autres nous renseignent non seulement sur l'impact du travail sur la vie sociale, mais également sur les difficultés vécues de façon perpétuelle par les infirmières. Il est également question de la façon dont certaines gèrent les exigences du travail domestique, éducatif et du travail salarié. Cela est d'autant plus accentué

quand les infirmières sont sollicitées par la famille pour effectuer une activité soignante en dehors des heures de travail, rendant la rupture avec la sphère professionnelle difficile.

Première partie : Prolégomènes

1.1 Premier chapitre : la fatigue professionnelle, de quoi parle-t-on ?

1.1.1 Introduction

Ce présent chapitre s'intéresse à un des concepts-clés de cette recherche : le *Burn out*. Il met en exergue les différents regards de chercheurs de différents domaines (Médecins, psychologues et sociologues). Concernant notre contribution, la diversité de ces analyses participe à aiguïser notre regard pour développer notre propre lecture dans un esprit cumulatif. Il est question, ici, de synthétiser l'évolution historique et les différentes approches pour constater la richesse et la diversité qu'offre ce phénomène sur le plan scientifique. À titre heuristique et en abordant ce thème, il est possible de saisir du dedans la complexité que renferme ce mal.

1.1.2 De la peine à la fatigue au travail:

Il semble difficile de comprendre le phénomène du *burn-out* sans revoir ses interactions avec d'autres concepts comme le travail. Successivement, ce dernier s'est gorgé de différentes significations. L'historiographie du travail n'est pas hasardeuse dans cette étude. Elle est l'occasion de comprendre comment l'évolution du travail dans son exécution et sa conception occasionne une nouvelle forme de souffrance : la fatigue professionnelle. « *Pour expliquer cette néo-souffrance, on argue souvent de l'individuation du rapport au travail et de l'exigence d'autonomie ; dès lors le travail cesse d'être un lieu de socialisation et renforce la vulnérabilité de ses agents privés du soutien du groupe.* » (Yannick Fonteneau, 2009, para 04).

Depuis l'antiquité et jusqu'au Moyen Age, les termes *labor* en latin et *ponos* en grec désignent la peine. Le travail représentait une activité dégradante car elle renvoie à la notion d'obligation et de nécessité. Il est servile et implique la dépendance. Ainsi, seuls les esclaves dans la Grèce antique et les serfs au Moyen Age travaillent pour vivre. La société est sectionnée entre ceux qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas.

Graduellement, les différentes activités sont pensées comme du travail, non plus au sens d'effort et de peine, mais dans le sens de la fonction et de l'emploi (Hubert Faes, 2003). Dans *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, paru en 1905, Max Weber explique comment le protestantisme modifiera considérablement les représentations sociales en lien avec l'activité professionnelle. Alors que le catholicisme renferme l'action professionnelle dans une vision superfétatoire dans la recherche du salut et de la satisfaction de Dieu ; le protestantisme érige l'activité humaine comme vocation divine. « *La profession est de l'ordre du langagier, du déclaratif*

(littéralement, professer, c'est porter en avant la parole). Ce sens a quelque chose à voir avec celui du terme anglais calling (vocation) ou du terme allemand Beruf (métier et vocation) » (Claude Dubar & Pierre Tripier, 1998, p 11). Parallèlement au développement du capitalisme et la société industrielle, le travail se valorise et prend la forme de devoir social (F. Bottois, 2008).

A l'aube du XVIII^e siècle, l'émergence du mercantilisme est décisive dans la conception d'un nouveau regard sur le travail celui du: « *travail salarié comme le résultat d'un mouvement historique d'émancipation et de libération amenant au contrat salarial sous les auspices du capitalisme productif* » (Yannick Fonteneau, 2009, para 12). La conception de la valeur se substitue à la conception de la peine ou de l'œuvre divine. Le travail est proposé sur le marché où s'échange sa valeur devenue valeur d'échange, la marchandisation du travail apporte avec elle l'apparition des classes sociales (classe ouvrière et classe moyenne). Elle est également associée à de nouvelles questions sociales (travail précaire, dégradation des conditions de travail, délocalisation des entreprises, liberté de licenciement...etc.). Par ailleurs, l'introduction, à la fin du XIX^e siècle, de l'organisation scientifique du travail (OST) ou taylorisme et au début du XX^e siècle, du fordisme le regard sur le travail a radicalement changé. Pour certains chercheurs (Laurie Kirouac, 2016 ; François Boudreau, 2016), ces bouleversements ont participé à développer de nouvelles pathologies du travail et les nouveaux processus d'exécution sont à l'origine d'une nouvelle souffrance au travail.

Aujourd'hui, à travers le travail se construit l'identité sociale. Progressivement, il participe à l'épanouissement personnel de l'individu. Or, les mêmes éléments qui participent à l'épanouissement personnel participent de peu ou prou/ de près ou de loin à l'apparition de la souffrance au travail. Cela sous-entend que « *l'engagement professionnel, les attentes, la charge émotionnelle, les exigences de résultats et de performances, tous ces*

ingrédients de l'épuisement professionnel qui sanctionnent un attachement psychique profond de l'individu à l'activité professionnelle. » (F. BOTTOIS, 2008, p 23).

Ainsi, les changements sociaux ont collaboré à transformer le regard à l'égard du travail. Il n'apparaît plus émancipateur et réfute l'hypothèse du travail libérateur. Il est synonyme de précarité mais aussi de fatigue, de souffrance, de hiérarchie, d'abus, de stress, de suicide et de *burn out*. L'évolution de l'approche de ce dernier mal permet de rendre compte de la complexité du phénomène. Il met en évidence l'intérêt de divers chercheurs de différents horizons.

1.1.3 L'évolution de l'approche de *Burn out* :

Le *burn out* n'est pas un syndrome nouveau cependant cet état n'a été conceptualisé que durant le XXe siècle. Certains auteurs estiment qu'il s'est développé au cours de la révolution industrielle ; d'autres le perçoivent en tant que phénomène contemporain des années 1980. Malgré l'incertitude, tous semblent enclins à dire que le *burn-out* a pris racine suite à des transformations sociales. L'historique du terme met en exergue les liens de ce phénomène avec des concepts voisins tels que stress et surmenage professionnels.

Dès le XVIIIe siècle, en 1770, la relation santé-travail intéresse un précurseur dans le domaine de la psychopathologie du travail, le Dr Samuel Auguste TISSOT. Il offre quelques portraits d'intellectuels dont la mort est directement liée à la tâche exercée. Il décrit les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé en proposant une approche hygiéniste et préventive (Philippe Zawieja & Franck Guarnieri, 2013).

Le XIX^e siècle est marqué par une préoccupation d'ordre scientifique¹⁰. Au temps de la révolution industrielle, l'activité musculaire et la fatigue des ouvriers occupent les chercheurs (Rabinbach Anson, 2004). En effet, le lien entre la fatigue chez les ouvriers et leur environnement de travail ont mis rapidement en exergue l'importance de la fatigue du corps humain au travail même si au premier abord les progrès technologiques étaient sensés soulager l'ouvrier. C'est au cours de ce siècle que d'autres notions aident à qualifier des états analogues à l'épuisement professionnel comme le surmenage *overwork* exposé dans l'ouvrage *Manuel of Psychological Medicine* de Daniel Hack Tuke en 1858. La fatigue représente un fait ordinaire, le repos existe pour y faire face et diminuer les conséquences sur l'organisme. Dans certains cas, il semble que l'équation effort-fatigue-repos n'est pas toujours axiomatique. Le repos ne soulage plus et la fatigue persiste. Elle devient permanente aboutissant éventuellement à un surmenage professionnel. Pour (Sartin, 1966) cité par (L. Kirouac 2012, p.53), il est «*la conséquence d'une activité dont le rythme est exagéré et prolongé, sans moment de détente, sans possibilité de récupération réparatrice* ».

En 1911, Siegbert Schneider publie un article sous le titre *maladies des enseignants*¹¹. Il évoque une maladie typique la « *neurasthénie* ». Les symptômes caractérisent cette condition psychopathologique. Ils recouvrent : insomnie, troubles de l'appétit, hypersensibilité, maux de tête, fatigue, troubles de l'attention et de la concentration, affaiblissement des performances, accablement ou hyperexcitabilité, ainsi que d'autres états subjectif de dépréciation (P Zawieja, F Guarnieri,2013).

¹⁰Parmi les importantes études recensées, on retrouve l'article du médecin britannique POORE paru en 1875 dans *The Lancet* sous le titre *On fatigue*. Dans la thèse du Dr Carrieu, (1878) à l'époque chef de clinique médicale à Montpellier, intitulée *De la fatigue et de son influence pathogénique*. Nous pouvons lire : « *la fatigue considérée en elle-même en tant que phénomène spécial et indépendamment du rôle quelle peut jouer dans l'étiologie pathologique* ». (Carrieu, 1878,p 01)

¹¹ Le titre original en allemand « *Oberpfälzer Schulanzeiger* » est (cité par P Zawieja, F Guarnieri,2013).

En Asie orientale, précisément, le Japon, trois médecins Hosokawa, Tajiri et Uehata¹⁹⁸², fournissent une description détaillée d'un nouveau syndrome qu'ils nomment le *Kaloshi*: « *Kalo* » (mort) « *shi* » (fatigue au travail). Cette description survient à la suite de la mort brutale de cadres et d'employés de bureau suite aux accidents cardio-vasculaires imputables à une charge de travail. Dans la société japonaise où l'incapacité professionnelle n'est pas tolérée, le *karoshi* est très répandu. Le culte du travail et de la performance poussent les salariés japonais à redoubler d'efforts sous peine d'être remplacés par des personnes à même de soutenir le rythme. Le *karoshi* est bien considéré comme une forme extrême de *burn-out* ; une forme mortelle du stress qui est reconnue comme une maladie professionnelle au Japon depuis les années 1970 (P.Jobin, 2008).

Claude VEIL, pionnier en psychiatrie sociale et psychopathologie du travail, introduit le concept de l'épuisement professionnel en France. En 1959, dans le *Concours Médical : Les états d'épuisement au travail*, on relève : « *L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet* ». (Veil C, 1959, p. 2675). Pour mieux illustrer ses idées, Veil opère une comparaison avec un compte en banque. Pour ce chercheur, tout individu dispose de provisions, mais dès qu'on se trouve à découvert, le tirage, si peu soit-il, devient impossible. Chaque personne possède un certain capital, une marge d'adaptation, plus ou moins large, et qui lui appartient en propre ; si une personne vient à utiliser ses « provisions » plus qu'elle en dispose, la fatigue (le relevé de compte) l'en avertit. Même le plus petit effort supplémentaire la conduira à la faillite (Veil C, 1959).

Comme le surmenage, le stress est encore un concept voisin de la fatigue professionnelle. Il apparaît pour la première fois en 1946, sa diffusion est au

niveau mondial. Dans *The stress of life, Le Stress de la vie*, Hans Selye(1962) y décrit le mécanisme du syndrome d'adaptation. Pour Stora Jean-Benjamin, « *Le stress est un phénomène universel lié à l'existence et à la poursuite de la vie sur la planète Terre ; il est d'abord source d'excitation sensorielle et motrice permettant la croissance des organismes terrestres. On peut alors comprendre la citation du père du stress, Hans Selye, liant le stress et la vie ; trop de stress nuit aux organismes terrestres, absence de stress = mort.*». (Stora Jean-Benjamin, 2010, p 02).

En consultant les écrits sur l'historique de la fatigue professionnelle, on constate une construction intellectuelle progressive et cumulative. Du fait de son utilisation courante dans le monde du travail, il semble important de le distinguer des autres troubles relatifs à la santé mentale. Ces mêmes concepts (stress, surmenage, neurasthénie) ont contribué peu ou prou à situer ce mal dans le domaine scientifique. Nonobstant, il reste à établir une conceptualisation claire de ce phénomène. Cette démarche s'est développée à la fin des années 1960 quand Harold B. Bradley (1969) dans son article « *Community-based treatment for young adult offenders* » utilise le terme *burn out* pour qualifier le stress lié au travail. Le mot anglais *burn out*¹² est repris de la terminologie aérospatiale quand l'épuisement du carburant d'une fusée entraîne la surchauffe et l'explosion du réacteur. (Girault, 1989 ;cité dans Neveu, 1996, p 13) emploie l'expression une *carbonisation psychologique*¹³. Dès lors, diverses définitions témoignent de l'évolution sur le plan empirique et épistémologique de ce syndrome. Le *burn out* apparaît

¹²Il est utile de ne pas confondre *burn out* et *burn in*. Ce dernier est théorisé par le psychologue américain Cary Cooper en 1994. Le burn-in est la phase initiale de l'épuisement professionnel. Il annonce souvent le *burn-out*.

comme un concept mouvant aux nombreuses définitions. Il semble difficile d'en faire une synthèse.

1.1.4 Qu'est-ce que le *burn out* ?

La « découverte » du *burn out* inspirera une longue série de travaux scientifiques. Plusieurs disciplines comme les sciences de la nature, la physiologie, la médecine et la psychologie en font un objet de recherche et proposeront un discours pour en élucider les lois.

Définir le concept de *burn out* participe à délimiter le champ de connaissance de l'étude évitant aussi la confusion avec d'autres termes des pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses et paranoïaques, ainsi que de l'insatisfaction au travail. Usuellement, les chercheurs se réfèrent aux symptômes caractérisant cet état (fatigue, usure, épuisement émotionnel, physique ou mental) et aux conséquences du *burn out* sur la personne stressée (désillusion, dépression, perte de l'idéalisme, indifférence) (R. Floru, J.C.Cnockaert, 1998).

Pour R. Floru, J.C.Cnockaert, « *Le terme burn out ou épuisement professionnel désigne cette forme particulière de stress professionnel dont il convient de connaître aussi bien les facteurs déterminants, les manifestations que les moyens pour le prévenir, arrêter son développement ou en atténuer ses conséquences [...]* Le *burn out* est assimilé au dernier stade du stress ; il est alors considéré comme un état d'épuisement émotionnel chronique. Le caractère professionnel du *burn out* ressort du fait que cette forme de stress est engendrée par des situations de travail ; il a été décrit surtout chez des professionnels de l'assistance sociale et médico-sociale. » (R. Floru & J.C.Cnockaert, 1998, p26).

¹³ Cette proposition semble la plus fidèle de la traduction française du *burn out*, toute fois, les termes français utilisés par la communauté scientifique sont l'épuisement professionnel ou fatigue professionnelle.

Pour Diane Bernier(1993), le *burn out* résulte de l'incapacité de la personne à dénouer le conflit attaché à la perte de sens de son travail ; c'est une « crise d'adaptation », ou une « crise de vie » (Francis Danver,2009,p533).

Dans *The Burn out Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*, Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998) le décrivent comme un état général de fatigue physique, émotionnelle et mentale intense consécutif à une exposition prolongée aux situations de travail exigeantes. Il est particulièrement accompagné d'une inquiétude et d'une tension chronique. La fatigue professionnelle regroupe différents aspects : une diminution de motivation, réduction d'efficacité, une attitude et u comportement au travail improductif.

« *Le burn out est caractérisé par un épuisement physique, par des sentiments d'impuissance et de désespoir, par un assèchement émotionnel et par le développement du concept de soi négatif, et d'attitudes négatives envers le travail, la vie et les autres personnes.* » (Pines et Al, 1984, p. 202). Ayala Pines(1980) associe l'épuisement ou la fatigue professionnelle avec le concept de lassitude. D'après l'auteure, le travail représente pour nombre d'individus une quête existentielle. Si cette quête échoue, le *burn out* survient. Dans ses études menées dans les années 1980, Ayala la Pines soutient l'idée de l'existence d'un processus ascendant de fatigue physique, mentale et émotionnelle aboutissant à une étape ultime : le *Burn-out*. Cette dernière étape ne peut être atteinte uniquement que si la personne s'est investie de manière forte dans son travail. Elle explique ainsi que pour être « *consumé* », il faut d'abord avoir été enflammé. « *L'épuisement professionnel et la lassitude sont des états de fatigue physique, émotionnelle et intellectuelle, se traduisant généralement par un affaiblissement physique, une exténuation émotionnelle, des sentiments d'impuissance et de désespoir, ainsi que par le développement chez le sujet d'une attitude négative aussi bien vis-à-vis de lui-même que de son travail, de la vie et des gens* »(Pines &

All,1984, p 27). Cette dernière définition est basée sur les trois aspects constitutifs de la fatigue. Le corps, l'esprit et l'affecte sont atteints. Elle met en exergue les conséquences sur la personne désengagée. Par ailleurs, cette chercheuse propose une vision plus globale du *Burn-out* qui ne se limite qu'aux situations de travail.

D'autres auteurs à l'image de Cary Cherniss en 1980 s'intéressent au désengagement progressif et au *Burn-out*. Ce dernier est « *un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties.* » (C.Cherniss, 1980, p.18). Cette étude de deux années comprend l'analyse d'observations et d'entretiens auprès de 28 professionnels (enseignants, avocats et infirmières) impliqués auprès d'autrui. Ici aussi, le *Burn-out* est le résultat d'un processus comprenant trois phases : la première est la perception d'un décalage entre les exigences du travail et les ressources de la personne. La deuxième est la tension. Elle est la réponse émotionnelle au stress. Elle est caractérisée par l'accablement, l'anxiété et l'épuisement. La troisième étape, dite de *coping*¹⁴ défensif. Elle n'assure qu'un apaisement temporaire car la personne tente une stratégie défensive. Ainsi, la fatigue professionnelle induit à une transformation négative des conduites au travail comme le désengagement professionnel, cynisme et détachement émotionnel vis-à-vis d'autrui. Simultanément, la personne est centrée sur elle-même.

Dans le droit fil de cette conception, Arie Shirom, en 2003, reprend l'idée de désengagement graduel. La question de la temporalité semble également centrale. La diminution des ressources personnelles de l'individu est un processus inscrit dans la durée. Pour l'auteure, « *Le Burn out est souvent*

¹⁴ La notion de *coping* est affiliée à celle « *de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19 e siècle par la psychanalyse et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale* » (M. BRUCHON-SCHWEITZER, 2001, p69).

conceptualisé comme une réaction affective aux efforts continus au travail. Son contenu principal est l'épuisement progressif des ressources énergétiques intrinsèques des individus; Cela se reflète principalement dans l'épuisement émotionnel, la fatigue physique et la fatigue cognitive » (Arie Shirom, 2009, p. 281). Ici, le syndrome du *Burn out* est appréhendé à travers une combinaison de trois dimensions: la fatigue physique, l'épuisement émotionnel, et la lassitude cognitive.

Ainsi, la diversité de ces définitions présume la présence d'un concept encore mal établi et approximatif. D'ailleurs, certains chercheurs qualifient le *Burn out* de fourre tout. Nonobstant loin de s'opposer, ces définitions se complètent, elles bifurquent entre processus et l'état du *Burn-out*.¹⁵

Dans la première catégorie, le *Burn out* est appréhendé comme un processus. Suivant cette perspective, le processus menant au *Burn out* met en cause la personne concernée et non pas l'environnement de travail. Il renvoie à la capacité de la personne à résister face au stress en s'intéressant particulièrement à son parcours. Les débuts au travail sont marqués par l'enthousiasme et l'implication. Progressivement, cette étape d'euphorie est remplacée par du stress voire du surmenage. Ces derniers se développent pour atteindre un état chronique.

Le *burn out* est également appréhendé sous forme d'état. On y décrit les dispositions provenant de la fatigue professionnelle. Dans cette autre perspective, l'état est tridimensionnel et comprend les éléments suivants :

Une fatigue émotionnelle et mentale persistante, la relation avec autrui au travail et en dehors du travail sont empreintes de négativisme et d'une

¹⁵Les premiers psychologues avaient pour ambition de le décomposer en étapes, ces dernières mènent graduellement à l'état de fatigue professionnelle.

dévalorisation de soi entraînant souvent une diminution des performances et une perte de motivation.

Les deux perspectives convergent vers un point central dans l'analyse de la fatigue professionnelle : la relation de l'individu au travail. Les définitions en termes de processus insistent sur l'écart entre l'idéal de l'individu au travail et la réalité du travail quotidien. Les définitions en termes d'état se concentrent sur les formes émotionnelles et mentales de l'individu dans l'environnement du travail et face à autrui.

Ainsi, nombreux sont les chercheurs qui tentent de comprendre ce phénomène, de le définir et de mettre à jour ses mécanismes et ses conséquences. Ces chercheurs s'appliquent également d'en déterminer les causes, vacillant entre causes subjectives et objectives.

1.1.5 Les causes à l'origine du *burn out* :

La fatigue professionnelle résulte habituellement de la combinaison de différents facteurs dont la plupart seraient professionnels. Ces causes sont détaillées dans la thèse en psychologie de Fremont N. (2013) *Quels facteurs explicatif du burn out et du bien-être subjectif ?* « *Ce sont les professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives ainsi que les métiers à fortes responsabilités, lorsque les objectifs sont difficiles, voire impossibles à atteindre ou lorsque les moyens mis en œuvre ne permettent pas d'accomplir les tâches ou encore lorsqu'il y a ambiguïté ou conflit de rôles.* » (Nathalie Fremont,2013, p38). Comme la plupart des souffrances liées au travail, la fatigue professionnelle se positionne à l'interface de la psychologie individuelle et de l'environnement du travail. Aussi, on fait appel à de nombreux savoirs dont la psychologie, la sociologie, la philosophie, l'ergonomie et la médecine. On parle de trois facteurs à

l'origine de la fatigue professionnelle: facteurs organisationnels, sociaux et individuels.

1.1.5.1 Les facteurs organisationnels :

Le premier facteur comprend le contenu de l'activité. Il regroupe à la fois les conditions et le contexte du travail. Les facteurs organisationnels concernent les différents aspects du travail. Il s'agit de facteurs externes à l'individu. Les évolutions technologiques et les nouvelles exigences managériales participeraient à la consolidation de la fatigue professionnelle dans le climat au travail. Il apparaît que « *les causes liées au Burn out comportent les caractéristiques du travail lui-même, les caractéristiques associées aux rôles professionnels et l'activité de travail* » (Nathalie Fremont,2013, p38). On n'y retrouve une forme d'impuissance du professionnel face aux exigences du travail. Le contrôle de l'activité paraît difficile. Dans ce niveau, il est possible de compter les horaires qu'elles soient fixes ou flexibles, la standardisation et l'automatisation des tâches qui peut entraîner une certaine monotonie, les rythmes de travail et les exigences du rendement.

D'autres facteurs liés à l'institution et à son organisation peuvent intervenir dans l'apparition de la fatigue professionnelle. Il, alors, est question des risques de changements initiés par la direction. Ils se matérialisent dans des délocalisations, diminution d'effectifs et changement de la hiérarchie.

1.1.5.2 Les facteurs sociaux :

Le deuxième facteur englobe les relations au travail. Le déséquilibre dans les relations participerait au développement de la fatigue professionnelle. Les conflits, la pression morale et la non reconnaissance sont au cœur de ces facteurs. « *Les relations de travail constituent un critère déterminant dans l'apparition du burn out. Les relations difficiles avec ses collègues, un*

manque de collégialité, des conflits permanents au sein d'une équipe, favorisent l'apparition de l'épuisement chez les individus ». (Nathalie Fremont,2013, p38).

Ce niveau est le socle de l'image sociale. Celle-ci restitue, plus précisément le regard des profanes¹⁶ sur une pratique professionnelle ; elle est présente au cours des interactions. Elle apparaît comme une définition valorisante ou discréditante de la pratique. Quand elle est négative, elle peut bouleverser et conduit parfois vers la fatigue. Cet état est aggravé quand il y a une absence de soutien social.

1.1.5.3 Les facteurs individuels :

Le dernier facteur comprend les caractéristiques individuelles. Ici, l'épuisement professionnel représente un problème individuel. Nathalie Fremont explique que« *Les facteurs personnels incluent certains traits dépersonnalisés qui s'avèrent propices au burn out. Certaines personnes sont plus à risques que d'autres. Il en est ainsi des personnalités ayant des idéaux de performance et de réussite élevés, des individus liant l'estime de soi à leurs performances professionnelles, de ceux qui n'ont pas d'autres centres d'intérêt que leur travail et qui s'y réfugient en fuyant les autres domaines d'épanouissement.* » (Nathalie Fremont,2013, p38).

Le niveau individuel renferme également des variables sociodémographiques tels que l'âge, le sexe et le statut matrimonial. Ces dernières tendent à influencer de peu ou de prou les écarts entre les attentes et la réalité du travail.

Certains chercheurs tels que (S.Lazarus & RS. Folkman, 1988) prennent en compte les caractéristiques des différentes personnes pour faire face au

¹⁶ Dans ce cas, la famille et les relations extrahospitalières sont également impliquées.

stress. Le modèle dit transactionnel du stress tend à écarter les variables organisationnelles et sociales pour se concentrer sur les variables plus individuelles. Les causes de l'épuisement professionnel ne seraient pas tant liées à l'environnement qu'au type de personnalité (Frédéric BOTTOIS, 2008).

Ainsi, les différents facteurs derrière cette souffrance renvoient aux différents axes et approches d'analyses notamment psychologique et sociologique. En effet, la large diffusion de ces approches confirme la gravité de la fatigue professionnelle dans les problématiques liées au travail et en dehors du travail sur les plans psychologique et social.

1.1.6 Approche psychologique du *Burn out* :

Bien que nous proposons une étude sociologique sur la fatigue professionnelle ; les approches psychosociales prennent également tout leur sens. Elles présentent les interactions entre le mental et le social, entre le développement psychologique d'un individu et un environnement social donné. Il s'agit, ici, d'aborder les caractéristiques individuelles et/ou collectives au travail et à l'activité propre (Philippe Zawieja & Franck Guarnieri, 2013). De cette démarche à la fois psychologique et sociologique résultent de nombreux modèles sur la fatigue professionnelle. Nous proposons, brièvement, les principaux modèles sur la base de leur chronologie d'apparition et de leur influence dans la scène littéraire et scientifique.

Aux Etats-Unis, durant les années 1970, le *burn out* est appréhendé comme un problème social et non pas comme un problème intellectuel. Les cliniciens, Herbert FREUDENBERGER (1974,1981) et Christina MASLACH (1976,1978, 1982) font figures de pionniers :

1.1.6.1 Herbert Freudenberger : la maladie du battant

Herbert Freudenberger est communément reconnu comme l'auteur des premières recherches sur le syndrome d'épuisement professionnel. Il dirigeait un hôpital *free clinic*¹⁷ accueillant des toxicomanes dans le *Lower East Side* de New York. L'article, *Staff burn out* publié en 1974, est le premier essai de description de ce trouble. Les jeunes bénévoles, très investis professionnellement et émotionnellement avec des patients toxicomanes sont les principaux protagonistes de cette recherche. Il écrit : « *Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* » (Freudenberger 1974, cité par Canoui & Mauranges, 2001, p. 6).

Il semble qu'une forte implication dans le travail aboutit au *burn out*. Après une période relativement courte d'activité, des symptômes physiques tels que l'épuisement, la fatigue, la persistance de rhumes, les maux de tête, les troubles gastro-intestinaux et les insomnies surviennent continuellement chez le personnel soignant. L'épuisement professionnel renvoie à un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration : résultats d'une dévotion à une cause ou à une relation. Les récompenses souhaitées ne sont pas présentes ce qui conduit à une diminution progressive¹⁸ de l'implication et de l'accomplissement du travail (Herbert Freudenberger, 1974). La perte de

¹⁷ Traduction : Clinique gratuite

¹⁸De leur côté, Edelwich & Brodsky (1980) insistent aussi sur le caractère progressif de l'épuisement professionnel. Pour ces derniers, l'épuisement professionnel renvoie à une perte progressive d'idéalisme, d'énergie et de but. Cette perte est ressentie par des individus qui œuvrent dans des professions d'aide et elle est tributaire de leurs conditions de travail.

motivation découle directement de l'insuffisance des résultats escomptés et du manque de valorisation. Pour l'auteur, la fatigue concerne les personnes présentant une idéalisation de soi. Ils se perçoivent comme des personnes actives et compétentes mais également charismatiques et brillantes. La confrontation à la réalité et à leur soi véritable constitue un obstacle majeur à la réalisation des objectifs fixés qui sont impossibles à atteindre. Ainsi, les facteurs individuels ont une place considérable dans le développement du *burn-out* puisque ce sont les individus engagés et dévoués à une cause qui sont frappés par le *burn out*. Il est la maladie du battant.

1.1.6.2 Christina Maslach et les relations interpersonnelles

Christina Maslach est une chercheuse en psychologie sociale et une autre pionnière qui a participé à valider la fatigue professionnelle comme concept. Elle décrit le *burn-out* initialement dans les années 1970, comme une fatigue mentale et physique des personnes dont le contact permanent avec autrui est au cœur de leur travail (Maslach, 1976). Pour ces scientifiques C. Maslach et Leiter (1997), la fatigue professionnelle n'est nullement une question de prédispositions héréditaires ou de personnalité à l'aspect négative (agressivité, dépression, neurasthénie...etc.). Il n'est pas non plus le résultat d'un manque d'ambition néanmoins il se situe particulièrement dans une question d'ordre professionnel.

Le *burn out* s'avère commun aux professionnels de la santé et aux avocats. Ces professions se caractérisent par la relation d'aide. Cette dernière semble au cœur du phénomène. Pour Christine Maslach (1978), travailler avec autrui et s'impliquer relationnellement augmenteraient le risque de développer un *burn out*. Il est important de prendre en compte six dimensions de la relation entre l'individu et son environnement de travail. Ces dimensions contribuent à saisir du dedans les causes de la fatigue professionnelle : la charge de

travail, l'autonomie au travail, un faible contrôle, un manque de reconnaissance, l'absence de soutien social, un sentiment d'injustice et inégalité et enfin les conflits de valeurs.

En outre, l'environnement et les conditions de travail non adéquats sont également à l'origine du *burn out*¹⁹. Les analyses de Christine Maslach convergent vers des manifestations récurrentes de la fatigue professionnelle : épuisement émotionnel, attitudes distantes, négatives envers les clients ou les patients. Ces manifestations sont communément répandues chez les professions relationnelles.

Pour cette auteure(1976), le *burn out* est lié au terme de « craquage ». Ce dernier déteint sur le travail quotidien. Il comprend une perte d'efficacité, de l'absentéisme et d'un *turnover*²⁰ élevé, en particulier dans les services de santé et de l'action sociale. Il provoque aussi une détérioration du bien-être physique : « *Les professionnels sont épuisés, fréquemment malades et peuvent souffrir d'insomnies, d'ulcères et de maux de tête [...] Afin de surmonter ces problèmes physiques, le travailleur peut se tourner vers les tranquillisants, la drogue [...] Le burn out est encore associé à des manifestations comme l'alcoolisme, la maladie mentale, les conflits conjugaux ou le suicide* » (C. Maslach, 1974, Citée par Virginie Moisson-Duthoit, 2009, p53).

Un des moyens pour faire face à la fatigue professionnelle est la mise à distance ou le désengagement. Ces procédés se construisent comme des stratégies verbales catégorisant les clients sous des désignations abstraites :

¹⁹ Dans le même ordre d'idées dans les théories de l'équité et de la justice organisationnelle, Bakker et Demerouti , (2003, 2006) indiquent que *burn out* serait provoqué par les pressions vécues en milieu de travail. Ces mêmes pressions sont produites par le déséquilibre entre les demandes physiques et émotionnelles au travail et les ressources disponibles des employés, comme par exemple, un bon soutien social.

²⁰Anglicisme signifiant un taux de renouvellement du personnel dans une entreprise.

des dossiers, des numéros, caractéristiques négatives et stigmatisantes ou encore une maladie. D'autres acteurs ont tendance à élaborer d'autres stratégies comme la mise à distance physique. Cette dernière contribue à délimiter les implications personnelles. Christina Maslach utilise le terme de « *dépersonnalisation* » pour désigner ces attitudes.

Ainsi, ces deux approches psychologiques ont marqué les analyses et des générations de chercheurs. Elles ont pour trait commun l'exportation vers d'autres domaines telle que la sociologie.

1.1.7 Approche sociologique du *burn out*:

L'approche sociologique du *burn out* apparaît comme récente. Il existe, d'ailleurs, une forte médicalisation et psychologisation des difficultés au travail notamment sur les questions de souffrance au travail et des risques psychosociaux RPS (Marc Lorient, 2014). On discerne pourtant des recherches permettant d'offrir un regard et un angle de vue exclusivement sociologique.

1.1.7.1 Marc LORIENT : de la mauvaise fatigue à l'épuisement professionnel

Sur le plan sociologique, dans *le temps de la fatigue*, 2000, Marc LORIENT, différencie la mauvaise fatigue de la bonne fatigue²¹. Contrairement à la bonne fatigue, la mauvaise fatigue est difficile à surmonter. Elle ne se résout pas par un temps de repos réparateur. La mauvaise fatigue n'est pas le résultat d'efforts physiques déployés dans le cadre d'une activité

²¹ Le burn out est analysé comme une mauvaise fatigue.

professionnelle ou sociale, mais comprend l'idée de contraintes extérieures à l'individu et difficiles à admettre psychologiquement. Il est difficile de qualifier de banale la fatigue professionnelle. La souffrance au travail est une souffrance physique résultat d'obligations et de charges liées au travail sur le corps de la personne. Cette souffrance corporelle ou physique se mue en une souffrance psychologique et sociale. Marc LORIOL montre le lien entre ces souffrances et la reconnaissance sociale. Cette dernière est la première condition de la satisfaction au travail. « *De ce point de vue, elle n'est pas une fatigue objective que l'on pourrait qualifier de « normale », mais elle apparaît subjective* » (LORIOL Marc 2000,p. 48).

La fatigue est souvent reliée à la civilisation moderne. Elle est devenue un fait de développement de la société industrielle. Comme l'explique Marc LORIOL (2002) le temps incorporé dans une activité humaine est devenu important. Il s'inscrit dans l'idée de rendement. Il est également sujet à la gestion : programmer son temps, avoir un délai de réalisation, perdre son temps. Cette gestion objective du temps est conforme à une organisation de travail et de l'activité qui vise le rendement et la réalisation de plusieurs tâches par un nombre moindre de personnes et le plus rapidement possible. La gestion du temps, ainsi formulée, est productrice de stress puisque l'activité au travail est conditionnée par des contraintes physiques mais également temporelles. Elle est une source de la fatigue professionnelle qui représente l'extension de la mauvaise fatigue.

Pour ce qui est de la fatigue professionnelle des infirmières, celle-ci est centrée sur un phénomène socialement construit. Le sociologue appréhende la fatigue professionnelle en se référant au cadre social. Marc LORIOL dit :« *Parmi les différentes mises en formes de la fatigue nerveuse ou morale au travail, le cas du burn out des soignants semble particulièrement intéressant dans la mesure où cette entité illustre bien les rapports entre l'élaboration et l'utilisation d'une théorie scientifique, d'une part, et les*

enjeux propres à un milieu professionnel particulier d'autre part » (Marc LORIOU, 2003, p. 65). Ainsi, il analyse le *burn out* des infirmières comme une construction sociale d'une catégorie basée et schématisée sur différentes approches.

La première approche est vue comme une « *production sociale d'une situation* ». Une situation nouvelle apparaît quand se combine des évolutions, des stratégies et des mécanismes sociaux (Marc LorioU,2005). Le recours au concept de construction sociale a pour objectif d'appuyer l'analyse sur le caractère contingent des phénomènes résultat, non voulu, de l'agrégation des stratégies des acteurs. Ainsi, « *la réduction des durées de séjour, la complexification des technologies médicales et paramédicales, les problèmes d'effectifs, les moindres possibilités de reconversion, la montée en puissance des incivilités et des agressions se conjuguent dans beaucoup de services hospitaliers et favorisent l'apparition d'un malaise et de plaintes parmi le personnel.* » (Marc LorioU, 2005, p. 52). Cette approche à caractère global rejoint la démarche de certains ergonomes qui envisagent la situation de travail dans son ensemble et dans son contexte.

La deuxième approche consiste à montrer le mécanisme permettant de "*construire socialement des catégories de perception de la réalité*". Il est, ici, question de présenter « *les processus à l'œuvre dans l'émergence d'une nouvelle étiquette permettant de catégoriser et caractériser un phénomène particulier : maladie, risque social, problème politique, catégorie d'action ou d'analyse : âge, sexe, PCS, etc.* ». (M LORIOU , 2003, p64). Dans cette perspective, il est possible d'expliquer la manière dont est édiflée une catégorie, puis, établie et institutionnalisée dans les représentations et la réalité sociale. De ce point de vue, Marc LorioU s'intéresse au développement et à la construction sociale de la fatigue professionnelle des infirmières. L'approche historique est au cœur de cette deuxième approche. A ce propos, « *il serait possible d'étudier l'apparition, la diffusion et l'usage qui est fait*

de la catégorie de burn out (ou épuisement professionnel) dans le travail soignant. Le malaise ressenti par certaines infirmières est mis en forme et étiqueté à travers la référence à cette nouvelle catégorie de la psychologie du travail. » (Marc Loriol, 2005, p66). Il est néanmoins important, pour M. LORIOLO, de préciser que le phénomène existait bien avant l'utilisation du terme *Burn out*. Ce dernier sert à conceptualiser et à octroyer une signification aux maux éprouvés.

Dans le cas de la construction sociale de la fatigue professionnelle des infirmières, la troisième approche rend compte « *d'une coproduction d'un diagnostic* ». Elle désigne un travail commun entre la personne en souffrance et des professionnelles de santé. La coproduction d'un diagnostic sous-entend un travail de lucidité au préalable. Le lien entre le mal-être ou souffrance vécue et des situations de travail sont perçus par la personne. Cette dernière recherche une aide professionnelle. Ce travail commun participe à l'élaboration d'un diagnostic ce qui pour Marc Loriol (2005,p 66)« *se traduit concrètement par l'actualisation d'un « rôle » de malade particulier* ».

Ces trois approches surviennent à des niveaux différents. Elles ne sont pas en contradiction. La première correspond aux conclusions ou les résultats coordonnés des différents phénomènes à l'origine d'une situation socialement produite se situant en particulier au niveau de l'organisation. C'est au niveau meso que s'observe la première approche. Contrairement à la première approche, la seconde s'étend à l'espace publique. On y retrouve les différentes logiques d'action en interaction. La troisième approche se distingue par l'implication et le travail des acteurs dans une coproduction d'un diagnostic. Elle se situe au niveau microsociologique. Ces éléments se joignent au niveau macrosociologique pour aboutir à posteriori à une construction sociale.

1.1.7.2 Laurie KIROUAC : les freins et contrepoids face au *burn out*:

Laurie kirouac (2012, 2016) , sociologue québécoise, a pour principal thème de recherche, l'épuisement professionnel. Le surmenage et le *Burn out* sont des phénomènes différents qui témoignent de l'accroissement de problèmes de santé et de souffrance liés au travail. Le surmenage professionnel s'exprime par des troubles physiques découlant des conditions de travail. La fatigue professionnelle résulte d'un surinvestissement professionnel, d'un fort présentéisme et du recours excessif aux ressources personnelles. Elle est « *un déséquilibre entre l'amplitude de la mobilisation déployée par le travailleur et les rétributions, en partie expressives, qu'il perçoit en retour* » (Laurie kirouac, 2016, p. 149).

Ces phénomènes semblent additionnels. Ils sont les dérivés des affectes sociales et organisationnelles de notre époque. « *Il s'agit, au plan social, d'une modification de la place qu'occupe le travail dans la vie des individus et, au plan de l'organisation du travail, d'une intensification de l'investissement personnel depuis que les modes de gestion sollicitent l'implication de chacun au travail.* » (M. Faulkner, 2015, para 01).

Selon cette sociologue, la transition du surmenage au *burn out* s'expliquerait, par la transformation d'une emprise objective du travail à une emprise subjective. Simultanément, on assiste à un débordement du travail sur les autres domaines de l'existence humaine. Il s'agit donc de « *deux pathologies d'époque* » qui offrent une échappatoire à des problèmes qui ne trouvent pas de solutions ailleurs. Ils sont une solution pour se dégager de l'emprise objective du travail (rythme, temps, charges, etc.) et de l'emprise subjective du travail (attentes, aspirations, ambitions... etc.).

Il existe des mécanismes de régulation capables de soutenir l'individu face à l'emprise du travail. La sociologue les qualifie de *freins* et de

contrepoids. On a affaire à des dispositifs aussi bien matériels que symboliques qui permettent aux individus de modérer leur engagement au travail et de résister à son emprise.

Pour Laurie Kirouac (2016), la société fordiste se caractérise par des éléments qui participent à encadrer le comportement des individus en dehors du travail. Ainsi, la famille, la division sexuelle des rôles sociaux, l'action syndicale, les loisirs sont des éléments qui participent à construire un équilibre entre la vie professionnelle et la vie hors travail. Ces éléments aidaient les individus à déployer des ancrages identitaires capables de tenir le travail à distance. Ainsi, une forte appartenance et une participation communautaire accomplissaient un contrepoids à l'activité productive et réussissaient à enchaîner le travail dans la sphère professionnelle. Les loisirs rendent possible la réalisation de soi en dehors du travail. La consommation paraît aussi comme un élément intéressant dans la distanciation du travail. Elle agit en contrepoids face à l'emprise de l'activité professionnelle. Le travail n'est plus la première référence dans la construction identitaire.

Les individus considèrent le travail seulement comme un outil pour subvenir à leurs besoins. Ils recherchent les occasions de s'accomplir en dehors du travail. Les activités extra-travail limitent son envahissement dans la sphère privée. L Kirouac (2016), montre la manière dont le travail constitue un moyen d'intégration sociale et économique. A l'époque fordiste, l'activité professionnelle ne nécessitait pas une forte implication subjective de la part des travailleurs. « *Le surmenage professionnel était principalement vécu dans ses dimensions physiques en raison de l'emprise objective du travail, et que l'intégrité psychique des salariés était moins menacée qu'aujourd'hui.* » (Marcel Faulkner, 2015, para 04).

Au cours du XIX^{ème} siècle, le taylorisme succède au fordisme. Il encourage une nouvelle vision du travail. L'organisation scientifique du travail (OST) vise à optimiser les résultats et à obtenir la meilleure productivité possible du travailleur. Le taylorisme a pour ambition d'occulter toute subjectivité du travailleur pour se focaliser sur la dextérité et la rapidité, autrement dit, les capacités physiques de l'individu.

Ainsi, les deux époques présentent deux manières différentes d'appréhender le travail et par conséquent deux formes de répercussions sur l'individu. Les changements sociaux entraînent un investissement accru des personnes au travail. L'auteure recense deux transformations sociales majeures qui contribuent à renforcer l'implication subjective au travail.

La première transformation est d'ordre psychologique. Elle consiste en la volonté des individus à s'accomplir par le travail. Le taylorisme impulse une « *nouvelle représentation du travail comme espace d'accomplissement de soi* » (Kirouac L., 2012, p. 295). Ici, une double reconnaissance est centrale. Elle est à la fois sociale mais également une reconnaissance par les pairs.

La deuxième transformation est d'ordre organisationnel. On observe une implication du travailleur dans la production. Cela sous-entend une part de responsabilité dans le processus de travail mais également un engagement personnel dans ce dernier. Parallèlement, on encourage les individus à porter un nouveau regard sur le monde de travail. Ce dernier représente un espace favorable à la réalisation de soi.

1.1.8 Conclusion

L'une des difficultés majeures dans la recherche sur l'épuisement professionnel est l'absence d'une définition fonctionnelle et unanime. Cependant, cette "lacune " devient une source d'hypothèses et d'approches dans la scène scientifique. Elle offre plusieurs angles de vue ce qui permet de comprendre plus clairement ce phénomène et rends compte des diverses possibilités d'analyses : individuelle, sociale et organisationnelle. Dans notre cas, l'angle privilégié est au carrefour de l'épuisement professionnel et du concept de conciliation vie professionnelle et famille. En effet, la vie de famille des infirmières a un impact tout aussi important que leur situation professionnelle sur leur santé mentale.

1.2 Deuxième chapitre : La conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle

1.2.1 Introduction

Ce chapitre comprend une brève synthèse de la littérature concernant le sujet de la conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Définir ce concept permet de saisir du dedans le lien entre les deux sphères et leurs effets sur la souffrance au travail. Il s'agit de développer cet élément pour pouvoir préciser les répercussions et les chevauchements de ces deux mondes.

1.2.2 Entre conciliation et conflit : vie privée et vie professionnelle.

Les premières analyses portant sur cette thématique limitaient le monde de l'emploi et du travail au domaine masculin et celui de la famille au domaine féminin (K. Scott, 2000). En vérité, chaque espace professionnel et privé est en lien avec un mode de production. On y retrouve deux formes d'activités attachées à deux figures. Tout d'abord, le travailleur représentant de l'espace productif. Ensuite, le *carer*²² représentant de l'espace reproductif. Ainsi, il est d'usage d'opposer les sphères productives et reproductives (travail/hors travail). Cependant, le penchant de cataloguer les deux sphères sur la base du genre tend à se dissiper pour faire place à des analyses plus élargies sociologiquement. En effet, les récents travaux de recherche examinent les répercussions réciproques du travail et de la vie privée. Cette récente approche qualifiée de globale renvoie à une analyse bidirectionnelle.

Les sollicitations opposées produisent des tensions affectant directement la santé mentale de l'individu. Cette dernière se fragilise du fait des contraintes et des difficultés engendrées par la conciliation de deux domaines (Nelson, D. L. & Burke, R. J. , 2002). De nombreuses études illustrent ce problème en montrant que le conflit observé entre les obligations et les contraintes tend à s'intensifier au cours de ces dernières années. Ces mêmes études mettent en exergue l'importance de la dimension temporelle manifestée par les individus devant les difficultés de concilier les deux sphères. Il apparaît donc pertinent de s'intéresser à cette thématique (Trembley, 2011).

La vie privée et la vie professionnelle représentent les éléments constitutifs de l'identité des personnes (Trembley, 2011). Ils symbolisent deux activités aux exigences distincts et à une organisation différente. La théorie des rôles

²² Celui qui prend soin de l'autre.

examine la manière dont les individus répondent aux attentes de plusieurs rôles simultanément. Il est possible de définir la thématique de conciliation travail- famille comme un conflit inter-rôle dans lequel les besoins de ses rôles peuvent être mutuellement contraires (Trembley, 2011). Pour Kahn & Al. (1964), le conflit inter-rôles permet une meilleure approche du conflit travail-famille. « *La provenance de cette incompatibilité s'explique en partie par le stress éprouvé dans les divers rôles, ce qui influence certainement la façon de répondre aux demandes dans les autres rôles.* » (Jean-Philip Desrosiers, 2012, p 28).

Ainsi, il semble ardu de s'impliquer dans les deux sphères de manière identique. Il en résulte une renonciation ou un manque d'implication dans une des deux activités. On parle de conflit quand la personne juge les exigences et les efforts fournis dans un rôle sont contradictoires avec ceux du rôle opposé. « *Les difficultés rencontrées par les individus cherchant à atteindre un équilibre entre exigences privées et professionnelles ont des impacts négatifs tant sur leur famille que sur leur carrière* » (Trempley, 2011, p07). Dans certains cas, le conflit inter-rôles survient entre le rôle professionnel et le rôle familial constituant l'identité des individus.

Par ailleurs, il est possible de distinguer trois configurations de conciliation travail-famille. Ces configurations mettent en exergue les rôles sexués et mis en place différemment suivant l'emplacement dans les sphères professionnelle et familiale.

D'une part, on constate une division du travail traditionnel. L'homme assure un travail rémunéré et professionnel, la femme réalise un travail gratuit en prenant en charge le foyer. Pour (Diane-Gabrielle Tremblay & Lucie France Dagenais, 2011), il est question d'une conciliation par le partage des rôles et des activités. Cela sous-entend une séparation des deux mondes.

D'autre part, on est face à une configuration basée sur l'implication partielle de la femme dans la sphère professionnelle. Ici, l'homme assure toujours un travail rémunéré à temps plein. L'introduction de la femme dans le marché du travail se fait d'une manière partielle. Les tâches ménagères et les responsabilités familiales et parentales semblent presque toujours du ressort de la femme. Ce modèle voit l'introduction de la deuxième journée de travail.

Enfin, on retrouve une implication collective dans les deux sphères. Les deux parents ou conjoints assument des rôles professionnels et familiaux. Cette répartition des tâches apparaît symétrique entre les deux sexes. (Diane-Gabrielle Tremblay & Lucie France Dagenais, 2011) mettent en avant la participation collective dans la prise en charge d'une partie des fonctions parentales et domestiques (crèches, femme de ménage, baby-sitter, gardes des enfants par les grands parents...etc.).

1.2.3 Les dimensions du conflit travail-famille

Greenhaus et Beutell (1985) sont les précurseurs dans le thème du conflit travail-famille. D'ailleurs, leurs analyses ont influencé des générations de chercheurs, ce qui témoigne de leur importance. Ils abordent ce thème en s'intéressant aux dimensions des conflits travail-famille. À ce sujet, les différentes formes du conflit travail-famille incluent plusieurs aspects : le conflit de temps, de tension et de comportement (Greenhaus & Beutell, 1985).

La première dimension est à caractère *temporel*. Beaucoup d'études (Tremblay, Najem & Paquet, 2009 ; Najem & Tremblay, 2010) mettent en valeur la question de l'articulation des deux sphères privée et professionnelle. Dans ces études, il est souvent question de déversement, ou pour reprendre le terme anglais ; de *spillover*. Ce dernier se caractérise par

l'expansion du temps d'une activité à une autre. L'emploi du temps n'est plus ajusté puisqu'un le temps consacré à une sphère empiète sur une autre. Quand la conciliation travail-famille est en déséquilibre ; elle produit des conflits temporels. Le conflit basé sur le temps est la conséquence d'une perturbation entre les exigences des rôles de la vie professionnelle et de la vie familiale, celles-ci sont en opposition et demandent toujours plus de temps. L'une tente d'empiéter sur l'autre (Jean-Philippe Desrosiers, 2012). Pour Greenhaus & Beutell (1985), le conflit construit sur la base du temps semble le caractère le plus récurant et le plus commun. Le "*timebased conflict*²³" découle de l'incompatibilité des créneaux horaires impartis aux responsabilités familiales et professionnelles.

La deuxième dimension repose sur *les tensions*. La prégnance de ce critère est observable lorsque le stress en lien avec un rôle s'immisce dans l'interaction et la réaction face aux demandes d'un autre rôle (Greenhaus & Beutell, 1985). Ici, il devient compliqué pour l'individu de se focaliser sur les tâches et les activités d'un rôle dans la mesure où il est concentré ou préoccupé par les demandes d'un autre rôle. Le "*strainbased conflict*²⁴" provoque une tension qui s'étend et se développe pour se transformer en stress et fatigue chronique.

La troisième dimension est d'*aspect comportemental*. Greenhaus & Beutell, (1985) la décrivent comme un conflit consécutif aux comportements contradictoires d'un rôle à l'autre. Certains rôles demandent des comportements bien précis d'autres en réclament l'opposé. Dans ce cas, l'individu est tiraillé entre les deux rôles. Ainsi, l'autorité ou la rigidité voire la combativité requises dans le monde professionnel n'est pas nécessairement compatibles avec le monde extra-professionnel. En somme,

²³Conflit basé sur le temps.

²⁴Conflit basé sur la contrainte.

le "*behaviorbased conflict*²⁵" se manifeste lorsqu'un comportement spécifique à un rôle est incompatible avec le comportement attendu dans un autre.

1.2.4 Le genre dans la conciliation travail/famille

La différenciation selon le genre apparaît comme non négligeable dans l'analyse de la conciliation travail-famille. Elle rend compte de la dichotomie de l'expérience des deux sexes. Deux arguments défendent ce postulat :

D'une part, on observe une tendance générale de la participation croissante des femmes au marché du travail. L'accès et le maintien des femmes dans l'emploi suggèrent des ajustements au niveau de l'organisation familiale. Certaines analyses mettent en exergue des difficultés croissantes à combiner un emploi et une vie de famille.

D'autre part, et selon l'analyse de (Trempley, 2011) les femmes seraient plus impliquées dans les responsabilités familiales en comparaison aux hommes. Elles sont plus enclines à être assaillies par les problèmes de dépendance en lien avec les membres de la famille. Il en résulte des difficultés, plus palpables, à faire face aux pressions de la vie au travail et familiale. Le genre influe de différentes manières sur la capacité à concilier le travail et la famille. Il représente un indicateur important dans les conflits entre le travail et la famille.

Par ailleurs, il est important de noter la présence de deux questions sociales pour les femmes : le chômage et les responsabilités familiales en lien avec des problèmes d'ordre sanitaires, éducatifs ou relationnels. Suivant ce sens, les femmes sont plus sujettes à l'épuisement. Ainsi, on retrouve un

²⁵Conflit basé sur le comportement.

renforcement du rôle traditionnel des femmes entre la sphère privée et la sphère du travail, On parle de « piège du genre ». (Trempley, 2011).

L'analyse de la conciliation travail-famille avec la question du genre remet en question la pertinence du terme conciliation. Dans un article de (Nathalie Lapeyre & Nicky LeFeuvre, 2004), les auteurs manifestent des réserves sur la notion de conciliation.

D'une part, ils avancent l'idée selon laquelle l'aspect conflictuel de la « conciliation » est généralement occulté. Ils mettent l'accent sur la nécessité de comprendre la manière dont les femmes sont capables de gérer l'ensemble des exigences du travail domestique et éducatif et celles du travail salarié.

D'autre part, les auteurs mettent en avant l'attribution par la société du travail domestique et éducatif aux femmes. Il devient exclusivement représentatif du genre féminin. Dans ce cas, « *les impératifs de la conciliation reviennent toujours aux femmes et à elles seules – alors que l'ensemble des acteurs sociaux sont à priori potentiellement inscrits dans une pluralité d'espaces sociaux, caractérisés par des exigences plus ou moins " inconciliables " »* (Nathalie Lapeyre & Nicky LeFeuvre, 2004, p42).

Un élément important dans l'analyse du genre et de la conciliation est la double journée. Celle-ci fait référence au double travail accompli en particulier par les femmes. La double journée de travail nous amène à réinvestir les questions de la division sexuelle du travail et pose la question de la dévalorisation du travail invisible. Il s'agit également du contraste entre activités non marchandes et activités marchandes. Ces journées sont astreintes aux travailleuses. Elles consistent en un travail domestique non rémunéré et en un travail professionnel rémunéré.

Ainsi, on repère deux dispositions de divisions du travail : La division industrielle du travail et la division sexuelle des tâches au sein de la famille. « *Le rôle de producteur, lié à la sphère marchande et rémunéré par un*

revenu, est souvent l'apanage de l'homme, tandis que le rôle de consommation, dévolu à la sphère familiale, est tenu par la femme au foyer; sans contrepartie monétaire immédiate, le travail domestique apparaît, par jeu de miroir, non productif. » (Chadeau A., Fouquet A. & Thélot C,1981, p35). Les femmes salariées mènent la pénible gestion ordinaire de la vie en deux. Selon De Singly (1987), il en résulte d'une compression de leurs trois temps de vie : temps libre, temps familial et temps professionnel. Théoriquement, quand les heures consacrées au travail s'accumulent au temps consacré au foyer, le temps consacré la personne devient limitée voir inexistant.

Cependant, la double journée est pensée différemment d'une femme à une autre. Les femmes entretiennent des rapports différents à leurs deux journées de travail, en fonction de leur idéal conjugal et de l'idée qu'elles se font de leurs rôles (F. De Singly, 1987). *« Une femme attachée aux différences de rôles entre sexes, qui conçoit que sa place est avant tout à la maison, pourra vivre sa journée professionnelle comme une « corvée », une entorse à son affectation prioritaire. Inversement, une femme qui conçoit son investissement professionnel à l'égal de celui de son conjoint vivra sa journée domestique comme une astreinte à réduire le plus possible.* » (Pierre Moisset, 2001, p64). Ainsi, les exigences d'une sphère seront primordiales tandis que les responsabilités d'une autre sphère se verront reléguées au second plan.

1.2.5 Conclusion :

La présence dans le domaine professionnel combinée au rôle domestique et au rôle maternel crée une double journée de travail pour les femmes. Au cours de ces dernières années, on constate une opposition entre les exigences et les contraintes entre deux domaines de la vie sociale : professionnelle et familiale. La conciliation des deux sphères n'est pas de tout repos. Le conflit travail-famille s'observe à travers plusieurs aspects : temporel, comportemental et tension. Les difficultés affectent la santé mentale et physique de l'individu.

1.3 Troisième chapitre : Le système de santé en Algérie

1.3.1 Introduction

Ce présent chapitre propose une image globale du système de santé algérien et participe à la compréhension de la condition et de la place des professionnels paramédicaux au sein de ce système. Il met en exergue les changements qui ont abouti à une technisation de la pratique soignante.

Dans un premier temps, on aborde les caractéristiques historiques et actuelles du système de santé en Algérie. Dans un deuxième temps, il est question de spécifier les aspects de ce système à l'échelle régionale en s'intéressant au cas de la Wilaya d'Oran.

1.3.2 Le système de santé

Le système de santé comprend des instruments pour l'application de la politique de santé. Toutes les ressources humaines, institutionnelles et matérielles ainsi que les activités sont mobilisées et organisées pour améliorer ou maintenir l'état de santé des populations.

L'organisation mondiale de la santé OMS définit le système de santé comme « *Toutes les activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé, mises à la disposition d'une population, et sur l'utilisation de ces services par la population* »²⁶. Les systèmes de santé comportent généralement un secteur public et un secteur privé. Ils peuvent également comprendre un secteur traditionnel et un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles: la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative.²⁷

Le système de santé algérien est défini par la législation en se rapportant à l'Art.4. (LPPS Loi 85-05 du 16 – 02 -1985) : « *Le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé. De manière globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.* »²⁸

²⁶ http://www.who.int/topics/health_systems/fr/ consulté en Juin2017.

²⁷ http://www.who.int/topics/health_systems/fr/ consulté en Juin2017.

²⁸ Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.

1.3.3 Evolution du système de santé en Algérie

1.3.3.1 Le système de santé en Algérie avant l'indépendance 1962

Dès 1833, la période coloniale inscrivait le début de la médecine moderne avec les premiers hôpitaux. Cependant selon (ABID Larbi, 2008), le système de santé était consacré principalement aux européens. On n'y retrouve une marginalisation de la population autochtone. Ainsi, les infrastructures sanitaires étaient réparties en fonction de la présence des troupes et/ou des colons français. Les algériens autochtones bénéficiaient de soin basique souvent pris en charge par des infirmeries.

Les algériens se soignaient par le biais de la médecine populaire. Cette dernière était fondée sur la médecine naturelle. L'utilisation de plantes médicinales recueillies localement permettait de se soigner. Les médecins appelés *hakim* consultaient les patients le jour de marché. Les consultations se pratiquaient à l'extérieur ou sous des tentes.

La santé des femmes algériennes étaient à la charge des infirmières ou des sages-femmes *kabla*. Celles-ci héritaient de leur savoir des femmes de la famille. Ainsi, les infirmières étaient en première ligne dans la prise en charge des patients (ABID Larbi, 2008).

Le système de santé était fragmenté en deux parties distinctes : la première exclusivement organisée pour les français ; tous les moyens mobilisés pour une bonne prise en charge des colons ; la deuxième partie, plus traditionnelle et moins développée était réservée aux autochtones.

Dans une étude sur la politique de santé en Algérie, BAHLOULI Ahmed Sofiane (2013) rappelle qu'une série d'hôpitaux sont conçus pour les malades européens et ouverts pour la population arabe à l'initiative de Bugeaud en 1844. « *Au début du XIX^e siècle un sujet de préoccupation chez les médecins français alors que l'Assistance médicale aux indigènes (AMI)*

s'organise à partir de 1903, notamment avec l'ouverture de plusieurs infirmeries indigènes » (Fredj, C, 2011, p.174).Il faudra attendre la moitié du XXe siècles pour constater une amélioration des formations de santé et l'ouverture des différentes structures de soins aux patients algériens.

1.3.3.2 Le système de santé en Algérie après l'indépendance 1962

BAHLOULI Ahmed Sofiane (2013) décompose l'évolution du système de santé en Algérie en trois étapes depuis l'indépendance :

Il fait référence à une première période de l'indépendance à l'année 1974. Après l'indépendance de l'Algérie, en 1962, les indicateurs de santé indiquaient une situation en rouge. Cette période est déterminée par la volonté d'améliorer le domaine sanitaire. Le challenge majeur des dirigeants était d'offrir une prise en charge adéquate à la population. *« Le pays a hérité d'une situation sanitaire des plus catastrophiques. Le départ massif des médecins d'origine européenne n'a laissé que 387 diplômés en médecine (toutes spécialités confondues) dont 285 médecins, 70 pharmaciens et 15 chirurgiens-dentistes. » (Hamza Cherif Ali, 2009, para 4).*

La deuxième période (1974-1988) marque le début de la médecine gratuite en Algérie par l'ordonnance n°73-65 du 26 décembre 1973. Cette ordonnance est à l'image de l'article portant sur la protection en matière de santé de la population : *«Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'État assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques».* (Art54 : constitution de la république algérienne démocratique et populaire). Pour atteindre cet objectif, il était primordial de développer la formation en médecine et la formation des paramédicaux. On constate également le développement de programmes nationaux de prévention et de vaccination gratuite. L'autre grand chantier

entamé par les autorités algériennes concernait les différentes infrastructures de santé. La construction des différentes structures de soins sous-entend veiller à l'octroi de l'équipement approprié. En outre, il était également question de pourvoir ces structures de médicaments et les autres produits notamment parapharmaceutiques nécessaires à la prise en charge des malades.

Il semble important de préciser que la politique de médecine gratuite était en large partie financée par la rente des hydrocarbures. *« Le volontarisme socialiste et l'appropriation d'une rente pétrolière importante durant la décennie 1970 permettent au pouvoir politique de diffuser, au sein du tissu social, de façon uniforme et parfois aveugle, les principes et les règles de la médecine « moderne ». Cette orientation vise à accroître le dispositif d'offre de soins (hôpitaux, polycliniques, centres de santé et salles de soins), afin de proposer une médecine gratuite pour tous. »* (M.Mebtoul, 1999, para 02).

La troisième période fait référence à l'effondrement des efforts mis en œuvre par l'État. Cet état est provoqué par la crise pétrolière de 1986. Dès lors, le système de santé basé sur la rente et la centralisation se détériore. La situation socio-sanitaire devient préoccupante. *« Durant la décennie 1980, en raison de la baisse de la rente pétrolière et de l'endettement de l'Algérie, contrainte de se plier au réajustement structurel (à partir de 1994), on assiste à l'effondrement de ce système de soins qui se trouve dans l'incapacité de se maintenir à l'identique. L'excès de régulation centralisée étouffe les logiques des professionnels de la santé, comme des usagers, et provoque l'éclatement d'un système qui va être l'objet de critiques explicites de la majorité des médecins ».* (M.Mebtoul, 1999, para 04). Les années 1980 voient naître la loi n°88-15 du 3 mai 1988 dans son article 208 bis. Cette loi est à l'origine de l'émergence des cliniques privées en Algérie.

1.3.4 Qu'en est-il des paramédicaux ?

Le corps paramédical a joué un rôle important avant et durant la guerre d'indépendance. Cependant, la pénurie du corps paramédical est bien présente. Il n'existait pratiquement pas d'infirmières diplômées algériennes. Les infirmières confirmées étaient rapidement chargées de l'organisation et de la surveillance des soins en qualité de surveillantes médicales.

Le nombre de paramédicaux par rapport à la population témoignait de l'urgence de la situation. « *Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie ne comptait qu'une quarantaine d'infirmiers diplômés d'État sur un total de 250 paramédicaux. La dite proportionnalité du nombre de paramédicaux par rapport à la population était alors frappante : en 1962, en comptait 40 mille habitants pour un paramédical.* » (Hamza Cherif Ali 2009, para 02). Ces chiffres témoignent de l'urgence de la situation. Trois écoles avaient la responsabilité de former les paramédicaux en Algérie. Ces écoles étaient présentes à Alger, Oran et Constantine. Ainsi, la formation des paramédicaux était localisée.

Pour répondre aux impératifs de la situation, les structures de santé ont fait appel aux agents paramédicaux. Leur formation en matière de soins était pour la plupart empirique. Ces agents paramédicaux disposaient d'un savoir de soins obtenu auprès du personnel soignant. Certains de ces soignants avaient le niveau d'un certificat d'études.

En novembre 1962, l'État décide d'ouvrir des structures pour la formation de paramédicaux. Selon Khiati (1996), la situation précaire au niveau sanitaire nécessite des changements et une amélioration notamment concernant la formation du personnel soignant. L'État a donc établi une formation des infirmières. Cette dernière était sommaire et basée sur des acquisitions pratiques. Cette mesure est justifiée par l'absence de l'offre en matière de

soins. (M Khiati, 1996). En 1966, le ministère de la santé indique le chiffre de 4834 agents paramédicaux pour une population de 9 millions d'habitants (M. Mebtoul, 1999).

Les efforts du gouvernement ont permis d'améliorer considérablement le secteur des soins. On constate un progrès sensible dans la formation des paramédicaux qui fait un bond spectaculaire : de 250 paramédicaux en 1962 à 19676 en 1978 ce qui a provoqué une augmentation de la moyenne nationale par habitant. Cette amélioration ne répond toujours pas aux besoins de la population. (Hamza Cherif Ali 2009). L'État choisit d'apporter d'autres changements concernant la structuration du corps paramédical. Ces changements se traduisent par une deuxième réforme n° 80- 112 du 12 Avril 1980²⁹ portant sur le statut particulier des techniciens supérieurs de la santé. Elle avait un double objectif : accroître le nombre de paramédicaux et faire progresser la formation.

Il faut, en outre, rappeler que cette évolution quantitative des paramédicaux s'est accompagnée d'une amélioration substantielle de leur qualité de formation. En fait, c'est à partir de cette période que le corps paramédical a commencé à faire sa mutation (Hamza Cherif Ali 2009). Désormais, il n'était plus possible d'accéder à la formation qu'avec le baccalauréat. La réforme de la filière paramédicale a aidé à y intégrer près de 35 000 agents paramédicaux sur la base de l'ancienneté. « *La part des techniciens supérieurs de santé représentait à peine 7 % de l'ensemble des paramédicaux exerçant en 1984. Par ailleurs, les techniciens et les aides soignants représentaient 32 % et 61 % respectivement...* » (Hamza Cherif Ali 2009). Elle marque par ce fait la reconnaissance des acquis de ces agents.

²⁹ Journal officiel du mardi 15 avril 1980, 19eme année-N°16

De 1984 à 2010, une hausse du nombre des paramédicaux a été remarquée et cela d'une manière singulière passant de 25040 à 104 301 (Hamza Cherif Ali 2009). Cependant la situation des ressources humaines notamment celle des infirmières dans le système public de soins est déterminée par un déficit chronique. En ce qui concerne le personnel paramédical, le secteur public compte 5072 paramédicaux, dont 393 sages-femmes dans le secteur public et 23 affiliées au secteur privé, 2940 infirmiers diplômés d'Etat, le reste repartit entre psychologues 84, optométristes 48, et autres auxiliaires du personnel paramédical. On dénombre un paramédical pour 317 habitants (la moyenne nationale est d'un paramédical pour 370 habitants), (Hamza Cherif Ali, 2009).

On assiste à une grande maîtrise des moyens dans le *faire soins*, et la disparition du sens du *prendre soin*. Ainsi, la technicisation croissante des soins a changé le procédé des soins en un émiettement des tâches soignantes. La compétence professionnelle est vue sous l'angle de la technicité. Le bon soignant procède à la dextérité d'une expertise et l'efficacité lors des soins est soutenue par une logique des savoirs et des savoir-faire. Ce qui a conduit à la perte de la dimension relationnelle et donc existentielle du soin. Le statut général du travailleur a souligné la technicisation des soins en centralisant à outrance la production des statuts et des qualifications des professionnels de la santé. Il s'agit, ici, de penser et de conceptualiser le métier d'infirmière par l'administratif.

1.3.5 Conclusion

L'examen du système de santé algérien révèle une politique de santé conduite du haut. La segmentation et la technisation du métier d'infirmière, en agents paramédicaux désignés comme agents techniques de la santé, techniciens de la santé et techniciens supérieurs de la santé par les pouvoirs publics, influenceront la socialisation professionnelle et la pratique quotidienne de ce corps de métier. Progressivement, la déshumanisation de l'hôpital préoccupe les citoyens et les pouvoirs publics. Cette même déshumanisation est en partie la cause d'une image professionnelle dévalorisée. Elle est l'un des fondements de la crise identitaire et de la souffrance des infirmières.

**Deuxième partie : La fatigue
professionnelle : quand la famille
s'invite à l'hôpital**

2.1 Premier chapitre : L'influence de la famille en période de socialisation professionnelle

2.1.1 Introduction

Le début de carrière représente souvent une période décisive dans la trajectoire professionnelle. Les infirmières apprennent à devenir une soignante et construisent leurs propres conceptions du métier choisi. Par ailleurs, cette période est souvent révélatrice des aspects difficiles du métier. C'est lors de cette phase d'immersion que les infirmières ressentent les premiers doutes et incertitudes. Pour les infirmières débutantes, il s'agit également de stress et de fatigue chronique. Ici, il apparaît important de comprendre de dedans les stratégies pour faire face à la souffrance au travail. Ce chapitre est d'autant plus important car il montre que l'influence de la famille prend racine dès le moment du choix de carrière pour ne jamais vraiment disparaître.

2.1.2 Le choix de carrière influence le déclanchement du mal être professionnel

Le choix de carrière revêt une grande importance dans le parcours professionnel et dans la vie sociale de la personne. Suivant cette idée, il est permis de croire que les choix et l'orientation professionnels affectent la vie des individus (B.Tétreau, 2005). Pour « *L'enjeu des choix de carrière engage l'individu dans une réflexion sur le sens qu'il souhaite donner à son parcours professionnel. Étant donné la prégnance de ce domaine d'activité dans l'organisation de la société et de nos vies, donner du sens à son parcours professionnel, c'est en même temps, au moins en partie, donner du sens à son existence.* » (Ghislain Mary & Anne-Marie Costalat-Founeau , 2014, para 02)

Par ailleurs, le choix peut être confirmé ou repensé au cours de la trajectoire professionnelle de l'acteur. En d'autres termes, le choix professionnel peut ne pas être définitif (I. Lagraa, 2011). Dans ce cas, l'acteur opère une remise en question de ses aspirations. Dans certaines situations, cette remise en question a un lien avec la fatigue professionnelle ou une insatisfaction au travail. Par conséquent, les raisons derrière le choix du métier de soignant impliquent divers paramètres en lien notamment avec la biographie de l'individu ou des conditions sociales précises. Ces mêmes raisons peuvent avoir un lien avec une reconversion professionnelle ultérieure.

Interrogées sur les raisons derrière le choix du métier et l'influence de cette décision sur leur vie sociale et professionnelle, les infirmières mettent en lumière deux logiques de pensées. Ces dernières vacillent souvent entre souhaits personnels et exigences sociales (Guichard, 2006). Elles deviennent complémentaires : l'univers du désir et celui de la rationalité (Catherine Glée, 2009). Une des motivations qui expliquerait le choix du métier

d'infirmière trouverait son origine dans un besoin de partage. Le métier d'infirmière est un moyen de manifester de l'altruisme, de témoigner de la compassion et de l'empathie. Nombreuses sont les infirmières qui construisent une vie professionnelle sur le don de soi et l'aptitude à entrer en relation avec autrui. A l'opposée de la rationalité, les désirs représentent un facteur subjectif important dans le choix de ce métier. Ils sont un moteur de motivation pour devenir infirmière. Cependant, ces raisons entraînent souvent des désillusions. Une des raisons derrière ces désillusions est une projection dans la dimension humaine du travail en occultant l'ensemble du métier (Lagraa I, 2011). En outre, lors de leur entrée dans le métier, elles peuvent être confrontées à des milieux de soins en difficulté.

Le discours suivant montre comment, une remise en question du choix du métier est amorcée en raison de ces désillusions :

« Je voulais devenir infirmière depuis ma tendre enfance. Je voulais être utile à la société et pouvoir me sentir utile. Je voulais faire du bien à des personnes dans le besoin. Je me sentais prête à faire ce métier et capable d'apporter beaucoup de choses aux autres. Au début, j'étais très excitée de venir apprendre et travailler. Je voulais devenir une bonne infirmière. Les premiers temps étaient tellement difficiles. Je me disais qu'avec le temps tout irait parfaitement bien. Les trois premières années sont les plus dures à mon avis. On a beaucoup à apprendre. On apprend notre métier mais aussi à gérer le stress. Beaucoup veulent abandonner. Beaucoup pensent à changer de métier. Ils ne supportent pas le stress lié à notre travail. Quand, tu entres dans le métier, tu constates que tout est différent de ce que tu pouvais imaginer. Tu te poses des questions, est-ce que vraiment je vais pouvoir y arriver ? Est-ce vraiment la vie dont j'ai toujours voulue ? ». (Yasmin³⁰, 38ans, 16 d'expériences professionnelles).

³⁰A fin de garantir l'anonymat des enquêtés des pseudonymes seront utilisés tout en long de l'étude.

Pour certaines infirmières, le désir de pratiquer le métier est présent tout le long de leur trajectoire. Il est motivé et articulé autour du désir d'aider la communauté. Au regard de cette infirmière, elle possède les aptitudes nécessaires pour intégrer ce métier. C'est une conception du soi professionnel qui est considérée comme importante dans les choix d'orientation professionnelle. Il est possible de la définir comme « *la constellation des attributs de soi qu'un individu considère comme pertinents en matière de choix professionnels, qu'ils soient ou non traduits en un choix professionnel* » (Donald Super, 1963, p19, cité par Guichard Jean, 2004). Cette représentation de soi est nécessaire pour comprendre non seulement le choix et l'orientation professionnels mais également le lien existant avec l'éventualité de développer un *burn out*.

Cependant, chez certaines infirmières, une désillusion s'opère en relation avec non seulement leur soi professionnel mais également le travail concret. « *L'imaginaire de la future infirmière est focalisé vers un monde idéal. Elle se projette comme une personne disponible, complaisante et avenante, toujours prête à aider les autres dans un cadre de travail bienveillant.* » (Lagraa. I, 2010, p19).

Fred Davis³¹ est un sociologue qui a étudié le modèle de la socialisation professionnelle chez les étudiants infirmiers. Il a ainsi recherché six étapes de " *la conversion des étudiantes infirmières* ". Parmi ces six étapes, Fred Davis parle de « *l'innocence initiale* » ou « *le règne sans partage des stéréotypes professionnels des infirmières* » (C.Dubar, 1996, p147).

³¹Voire F. DAVIS, *The Nursing Profession*, Chicago, 1966 "*Professional Sozialization as Subjective Experience : the Process of Doctrinal Conversion among Student Nurses*" in Essays in Honor of Everett Hughes citée dans le livre Dubar c, 1996, *socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, Armand colin, Paris chapitre 9 p139-142.

Les stéréotypes entraîneraient une conception du métier choisi erronée. Il en résulte une période de stress et de remise en question du choix du métier. Les professions à caractère relationnel ont ceci en commun : elles permettent d'être utiles aux autres mais également sont plus propices à développer de la fatigue professionnelle. Cette dernière s'avère être indéniablement la "maladie" privilégiée des soignants ; elle est en grande partie due à la relation d'aide (P. Canouï et A. Mauranges, 2001). P. Canouï (2003) relate l'idée selon laquelle, la relation présente des risques. Le *burn-out* serait « une expression de la pathologie de la relation d'aide » (P. Canouï, 2003, p. 104).

Le témoignage suivant montre la manière dont les infirmières débutantes se représentent le choix professionnel en lien avec leur représentation du métier même d'infirmière :

« J'ai choisi le métier parce que je voulais travailler vite. Je pensais que le métier d'infirmière était le métier idéal. Je n'avais aucune idée sur ce métier. Je ne savais pas à quoi m'attendre. Je voulais seulement trouver du travail. Dès premiers temps, j'ai regretté mon choix. J'ai pleuré au service, j'ai pleuré à la maison, j'ai pleuré dans les transports en commun. J'étais mal (silence) Je ne me sentais pas capable devant les tâches et les responsabilités de ce métier. J'avais peur, je me sentais perdue(silence)Le stress est très fort durant les premières périodes. Je voulais tout arrêter» (Inès, 25 ans, 4 ans EP).

Le choix du métier confronte les infirmières débutantes aux nouveaux défis de la pratique soignante. Pour certaines infirmières novices, le métier reste mal connu et donc une source de stress. Ce dernier est précisément en rapport avec les tâches de la pratique soignante qui requiert des compétences techniques à acquérir et des compétences relationnelles à développer, face au malade ou tout simplement à des situations imprévues. Le stress vécu par

les jeunes professionnelles serait beaucoup plus fort au cours de leurs six premiers mois de travail. Il découle de plusieurs sources dont les jeunes apprentis doivent apprendre à gérer (O'Shea M. & B. Kelly, 2007).

Au cours de la construction du projet professionnel, on note une forte participation de la famille. Le choix du métier semble être sous l'influence de cette dernière. Suivant les cas, le choix d'intégrer le métier d'infirmière est encouragé ou tout simplement accepté voire supporté par la famille. On constate aussi un travail d'investigation des proches sur les avantages et les inconvénients à intégrer le métier de soignant.

Cette jeune infirmière souligne le travail effectué par sa proche parente dans la prise de décision concernant le choix du métier :

« Après avoir obtenu le bac, J'étais perdue. Je ne savais pas vers quoi me diriger. Cet été là, je me posais beaucoup de questions concernant mon avenir. Ma mère connaissait une femme dont sa fille était infirmière. Pour ma mère, elle avait bien réussi. Elle avait un travail et un salaire et travaillait avec de bons médecins. C'est ma mère qui m'a convaincu de choisir ce métier. » (Khouloud, 24 ans, 3 ans EP).

Le choix professionnel s'établit sur la base de l'expérience d'une personne proche. Cette dernière renvoie l'image de stabilité dans sa vie professionnelle. Dans un souci de sécurité de l'avenir, la jeune infirmière imite les décisions d'une autre personne. Dans d'autres cas, le désintéressement de l'entourage face au choix du métier représente un repère concernant le futur emploi. Par l'intermédiaire de proches, les futures infirmières sont confrontées à l'image sociale du métier. Par cette source, une définition de l'activité paramédicale prend progressivement place.

« Quand, j'ai annoncé à mes parents que j'ai choisi de devenir soignante, je m'attendais à une réaction positive. Ma famille m'a démoralisée. Mon père travaille dans son cabinet privé. Il est gynécologue. Pour lui, le métier d'infirmière n'est rien. Elle est tout juste bonne pour faire des pansements et faire des injections. J'étais sûre que je le décevais, il aurait préféré que j'étudie la médecine. Mais la vie en a décidé autrement ». (Rima, 33 ans, 12 ans EP).

Le témoignage suivant montre davantage l'implication de la famille dans le choix du métier :

« Mon père est parti s'informer auprès d'une école paramédicale. En revenant, il était convaincu que j'allais travailler entant qu'infirmière. Pour lui, c'était le meilleur choix. Je pouvais choisir de travailler dans le service public ou dans le privé. Il y avait donc de fortes possibilités de trouver du travail. Ce qui est vrai cependant, on ne lui a pas dit ce qu'impliquait de devenir infirmière. C'est très dur psychologiquement comme physiquement. Etre infirmière, implique plus que de faire une piqûre et de dire bon rétablissement (silence). J'ai appris à vivre avec ce choix. Au début, c'est dur et on veut abandonner. On se dit que finalement, le plus important n'est pas seulement de trouver un travail et d'avoir un salaire mais le plus important est la santé. Si j'avais à refaire ce choix, je le ferais parce que je préfère tenir bon et ne pas dépendre de mes parents ou d'autres personnes. (Silence) et, El hamdou li Allah³², il y en a qui ferait pour avoir un travail comme celui-ci » (Khadija, 32 ans, 10 ans).

Ces témoignages mettent en évidence l'importance de l'intrusion familiale. L'influence familiale est palpable concernant les études et la profession

³² Traduction : Dieu soit loué

finalement exercée est directement impliquée. Le principal facteur influençant le choix du métier est d'ordre pratique : intégrer rapidement le monde du travail. La sécurité de l'emploi est le premier motif dans les représentations sociales des proches, plus particulièrement des parents. « *Le métier d'infirmier relève d'une option sécuritaire car il représente une stabilité professionnelle* » (Lagraa.I, 2011, p19). Le choix professionnel s'opère donc d'une manière pragmatique. Ici encore, les parents comme les infirmières trouvent dans le métier un moyen de poursuivre un objectif en occultant la totalité des différents aspects de celui-ci.

Or, la méconnaissance de certains aspects entraîne, par la suite une réflexion plus approfondie sur le choix du métier. Au cours de l'étude, l'influence de la famille sur la prise en charge d'une fatigue chronique est bien présente. Elle débute dans les premières périodes de la socialisation professionnelle et l'intégration officielle dans le corps paramédical, que l'on peut désigner comme les premiers pas dans le métier.

2.1.3 Les premiers pas dans le métier

L'adhésion dans le monde du travail est souvent source de stress. La jeune infirmière est confrontée aux nouveaux défis de sa nouvelle pratique. Cela suggère une période d'adaptation. Chaque infirmière a une expérience propre de cette période et chacune d'entre elles disposent de ses propres ressources pour faire face au stress professionnel. Effectivement, quand l'environnement du travail est inconfortable, il peut en résulter des situations de stress intense. Ici, les infirmières débutantes opèrent un travail de réajustement de leurs acquis scientifiques et pratiques. Les premières années en milieu professionnel, sont souvent vécues et perçues comme une période très intense par les jeunes diplômées. Les raisons en causes sont la somme importante des apprentissages à accomplir et l'adaptation aux nouvelles situations et à l'environnement de travail. Fréquemment, un malaise

s'installe dans le quotidien des infirmières novices ou débutantes³³. Il se traduit par un sentiment d'être limitée dans le rôle de soignant.

Le discours suivant montre la manière dont les infirmières novices vivent leurs premiers pas dans le métier :

« J'avais peur de venir travailler. Parfois, je me cachais dans la salle de repos pour qu'on ne me demande pas de faire face aux patients et à leurs familles. D'autres fois, il m'arrivait de refuser d'aller travailler. J'ai souffert ; Mais alors tellement souffert ! J'avais tout le temps mal à la tête. Je tremblais, j'avais des nausées. Le pire est de travailler dans le service des urgences. Certes, on n'y apprend énormément mais au début, mon Dieu que c'est dur. Normalement, il nous faut du temps et avancer à petits pas dans ce métier. Mais ici, ils te mettent dans l'arène dès le début. On assiste à des scènes incroyables pour lesquelles on n'est pas forcément préparée. On doit apprendre à se concentrer mais en même temps les conditions de travail n'aident pas. »
(Samira, 26 ans, 4 ans d'expériences professionnelles).

Certaines infirmières témoignent d'un début difficile et d'une réelle souffrance au travail. De nombreux signaux dévoilent des états de mal-être chez le personnel soignant des établissements de santé. Cette souffrance s'exprime sur le plan physique et psychologique. Ici, on note les effets d'une peur chronique qui affecte la santé des infirmières. *« Ces expériences peuvent être perçues comme menaçantes par l'individu, induire des perturbations émotionnelles et avoir à long terme des effets néfastes sur la santé physique et psychique »* (Paulhan & Bourgeois, 1998, p.40). Dans certains cas, la fatigue entrave le travail quotidien des jeunes soignantes.

³³ P. Benner (1995) distingue la novice de la débutante. Les novices sont les étudiantes avec aucune connaissance ni expérience des situations professionnelles. Les débutantes disposent de plus d'expérience mais sont toujours dans le début de leur carrière.

Face à la difficulté d'évoluer dans un nouvel environnement de travail, les infirmières déploient des manœuvres à dessein de se préserver. En d'autres termes, les soignants adoptent des comportements pouvant être assimilés à des stratégies de défense. Psychologiquement, il est possible de considérer l'évitement comme l'une de ces stratégies. Jacques Cosnier (1993) parle de ces dernières comme des mesures de protection personnelle et d'adaptation pour faire face à des situations stressantes. L'une des manifestations de cette mise à distance est sans doute l'absentéisme. Il est la manifestation inéluctable du rejet d'une organisation de travail. Dans le cas des jeunes apprenantes, ce phénomène révèle également les difficultés à trouver leur place au sein de l'institution hospitalière.

Dans le discours de certaines infirmières, le stress est lié aux implications et aux responsabilités du travail soignant :

« Je me sentais dépassée dans le service des urgences. Je me sentais parfois toute seule et face aux patients. J'avais l'impression de jouer avec des vies. J'avais peur de commettre une erreur. J'avais l'impression de ne rien savoir de n'avoir jamais fait d'études ou alors de ne pas faire les choses comme il le fallait. J'avais tout le temps peur de faire une erreur parce qu'une erreur veut parfois dire une grande souffrance pour le patient voire la mort. » (Hamida, 24 ans, 2 ans EP)

Les débutantes réactualisent leurs acquis afin de correspondre au mieux avec les besoins du lieu de travail. Les premières périodes d'une carrière de soignant sont consacrées à l'acquisition d'un *ethos* soignant. En conséquence, elles sont jalonnées de doutes. Un sentiment de frustration s'installe chez ces jeunes soignantes. Il est d'autant plus présent dans un milieu de travail dit atypique : le service des urgences. Ce dernier renferme une image dévalorisante. Néanmoins, Il fait figure également de terrain favorable à l'apprentissage car il reçoit des cas exceptionnels. Selon les

propos de certaines infirmières, débiter dans le métier est d'autant plus stressant dans un milieu professionnel tel que le service des urgences. L'exposition prolongée à des situations stressantes conduit à une souffrance persistante au travail voire à du *burn out*. Par ailleurs, tout début de carrière requiert souvent une période d'adaptation.

2.1.4 Une période d'adaptation

Dans le service des urgences, les nouvelles infirmières diplômées sont confrontées au choc de la réalité. La pratique du terrain entre en collision avec un idéal. Les jeunes infirmières côtoient la maladie, la souffrance et la mort. Il apparaît impératif de prendre ses distances (Gaëlle Winiger, 2011). Ici, les infirmières sont en demande de soutien moral. La recherche de cet appui est généralement effectuée auprès des collègues notamment des anciennes infirmières. Avec le témoignage suivant : il est possible de constater le travail de soutien entre infirmières confirmées et infirmières débutantes :

« Les premières périodes sont toujours dures ici. Cela est d'autant plus vrai si on n'a personne pour nous épauler. Ici, on a des collègues vraiment en or. Elles m'ont beaucoup aidé. Elles me conseillaient. Elles m'encourageaient aussi. Elles me montraient comment faire les soins mais également comment se comporter avec les malades. Ne pas montrer qu'on a peur, ne pas montrer qu'on n'a un doute. Mais surtout, elles nous remontent le moral quand, on n'est pas bien. Elles plaisantent avec nous. Elles nous laissent souffler quand elles voient que c'est vraiment difficile mais aussi, elles nous poussent à y aller quand elles nous voient hésiter. Elles nous disent que toutes sont passées par là. Que personne n'est née infirmière dans les urgences ; et qu'il ne faut pas dramatiser. Je me sens proche d'elles. J'ai confiance en elles. » (Meriem, 24 ans, 3 ans EP).

Certaines soignantes privilégient une aide auprès de leurs collègues. Les infirmières opèrent des *debriefings* spontanés au moment des déjeûnés, dans les couloirs ou suivants les situations (Hislop, E. & Melby, V.,2003). Il est bien question d'une forte solidarité entre nouveaux et anciens soignants. Cette solidarité permet d'accompagner les jeunes infirmières dans leur évolution au sein du service des urgences. (Canouï P et Mauranges, 2001) parlent d'entretiens de couloirs. Ce mode de soutien permet d'accompagner les jeunes infirmières dans leurs évolutions dans le service des urgences. Il est désigné comme soutien de couloir (DecampS.et al, 2002). Il s'agit d'une aide informelle mise en œuvre par l'équipe soignante. Elle s'exprime à travers la coopération, l'entraide et l'empathie. Le soutien apporté par les anciennes infirmières repose sur une meilleure expérience de la pratique soignante. Elles participent à l'objectivisation des situations de travail. Leurs expériences assistent les jeunes dans leur souffrance mais aussi à prendre du recul face à des événements qualifiés de traumatisants.

« La prise en compte de la détresse des soignants passe par la qualité des liens entre les personnes dans les équipes de soins, y compris avec la hiérarchie »(E.Vermeiren, 2010, p.54). A travers cette solidarité, le groupe soignant renforce ses liens entre membres. Cela permet de consolider la cohésion du groupe. Elle renforce le sentiment d'appartenance groupale. Ainsi, les collègues ont un rôle à jouer dans la prévention et la détection de l'épuisement professionnel (E Vermeiren, 2010).

D'autres soignantes privilégient de l'aide en dehors du groupe d'appartenance professionnel. Les dires de certaines infirmières mettent en exergue le besoin de se confier aux plus proches parents.

« Je suis très proche de ma mère et de ma sœur. Quand, j'ai commencé à travailler comme infirmière, pour ainsi dire, les trois premières années, je parlais tout le temps de mon travail. Dès que je rentrais à la maison, je faisais un récit détaillé sur ma

journee : avec qui j'ai parle, de quoi les patients souffrent, comment j'ai pris soin d'eux, je parlais des medecins et des autres infirmieres, de tout... J'avais besoin de parler. Je ne me sentais pas bien dans mon travail. J'avais besoin de soutien. Ma mere etait la, elle m'a conseillee plusieurs fois. Elle m'ecoutait. Elle m'a beaucoup vue pleurer. A de nombreuses reprises, j'ai voulu arreter et juste rester a la maison. Mais, elle m'a encouragee a continuer et elle me disait de positiver ou a chercher de l'aide chez les anciennes infirmieres. Je l'ai vue prier pour moi. » (Souad, 26 ans, 4 ans EP)

Certaines infirmieres mobilisent des ressources exterieures a l'institution hospitaliere pour faire face au stress professionnel. Elles s'engagent dans un reseau social de soutien hors travail. Par ailleurs, on realise que la detresse psychologique et la depression majeure frappent davantage les travailleurs ayant un faible soutien social au travail (Lesage et al., 2010).

Les soignantes comptent sur les proches parents pour apporter un eclairage concernant des situations rencontrees lors des soins. Leur discours est concentre sur la part relationnelle de la pratique soignante. Dans ce domaine, le soutien familial, notamment ceux des parents ages, est particulierement recherche. Ils sont sollicites pour conseiller en matiere de communication et de comportement a adopter face aux differentes personnes rencontrees dans leur pratique professionnelle quotidienne. Ici encore, on constate le role important joue par la famille des soignants en situations de souffrance au travail. Il conforte l'idee selon laquelle, la sphere private s'invite dans la sphere professionnelle. Le soutien familial represente un contrepoids face au stress professionnel et au *burn out* (Laurie Kirouac, 2015). L'implication de la famille dans la vie professionnelle des infirmieres est dans certains cas encouragee.

Ainsi, les proches sont un point de repère qui rend le stress professionnel tolérable. Il est d'autant plus encouragé quand il s'agit du service des urgences. Ce lieu, qualifié de prison, est méprisé par la majorité des infirmières. *« La crise identitaire vécue par les infirmières résulte de multiples causes, dont le fonctionnement du service des urgences. L'image de la prison reste très présente dans leurs esprits. Un endroit dont elles ne peuvent pas sortir, sans omettre les conditions de travail pénibles et des collègues sanctionnés pour "indiscipline" »* (Lagraa, 2010,p54). Face à l'annonce d'une nomination au sein de ce service les infirmières mettent en place des stratégies pour être mutées ailleurs. Au cœur de celles-ci, on y retrouve la participation de l'entourage familial.

2.1.5 Vous travaillerez dans le service des urgences !

Travailler au service des urgences médico-chirurgicales d'Oran se fait par deux procédés : d'une part, les infirmières indisciplinées ou ayant commis une erreur lors des soins se voient mutées à ce service. De ce fait, ce lieu de travail est considéré comme un lieu de sanction. D'autre part, il est possible d'affecter les jeunes infirmières diplômées directement à ce service.

Les infirmières nouvellement diplômées se considèrent comme punies au même titre que les autres infirmières mutées par mesure disciplinaire. Il en résulte un sentiment de dévalorisation et d'injustice. Cette situation crée de la souffrance chez les jeunes infirmières. *« L'image de soi est associée à l'image de l'autre dévalorisée. La crise identitaire vécue par les infirmières résulte de multiples causes, dont le fonctionnement du service des urgences. Le lieu discrédite le métier d'infirmière, mais aussi la personne infirmière. »* (Lagraa, 2010, p55).

Face à cette situation, les jeunes infirmières rassemblent leurs ressources. Pour préserver la santé des soignants, il est recommandé de procéder à une

mutation du personnel paramédical tous les 5 ans. En théorie, cette mesure doit être appliquée dans tous les services des urgences ; et en pratique, ce n'est jamais le cas.

L'ensemble des témoignages recueillis à propos du service des urgences relatent les difficultés d'évoluer dans cet établissement. Il montre également l'image sociale négative associée à ce lieu :

« La première fois que l'on m'a dit que je venais ici j'ai pleuré. C'était le jour le plus horrible de ma vie. Je savais ce qui m'attendait. J'avais déjà fait mon stage ici. Le plus dur dans mon métier, c'est de venir travailler ici. J'ai honte de dire que je suis infirmière dans ce service. Les infirmières, ici, ont vraiment une mauvaise réputation. J'ai parfois du mal avec le regard des gens. Ils me demandent comment j'arrive à y travailler. Que veulent-ils que je leur dise ? Je n'ai pas le choix. J'ai tout essayé pour changer de service. Le chef ici m'a dit que pour changer de service, je peux échanger ma place avec une autre infirmière dans un autre service. Qui voudrait venir ici ? Ma famille non plus n'aime pas cet endroit. Ils m'ont dit de patienter qu'il valait mieux travailler ici que pas du tout (Allah ghaleb). » (Farah, 22 ans, 2 ans EP)

Les urgences font figure de royaume de l'infirmière chez les sociologues (Peneff, 1992). Or, le service des urgences est placé en dernière position dans le choix des infirmières. Il y a une honte à être associée à ce service. L'affiliation à ce lieu sous-entend une acceptation de la part des infirmières des conditions de travail anormales notamment le manque d'hygiène. Il est sans équivoque un lieu de travail dégradant pour elles. Cette souffrance et cette honte renvoient à une image de soi négative. Des stratégies sont nécessaires pour rétablir une image de soi satisfaisante. Le changement de service est nécessaire. La quête du capital relationnel est l'une de ces stratégies :

« Quand j'ai vu que cela n'allait pas être facile, j'ai cherché des connaissances susceptibles de m'aider. D'abord, dans ma famille, auprès de mes amis et de leur famille. J'ai demandé à mon beau-frère de m'aider. Il travaille aussi auprès de médecins et il est ancien. Il connaît beaucoup de monde à l'hôpital. Il a cherché dans ses relations. Mon père aussi a essayé de m'aider mais cela n'a rien donné. Ensuite, j'ai cherché ici au service même. Je pensais qu'un médecin pouvait peut-être m'aider. Cela n'a rien donné. En fait, trouvé une place ailleurs est assez facile. Il y a une pénurie du personnel infirmier ; le problème reste toujours le même qui va venir prendre ma place ici ? Personne ne veut travailler ici. Tout le monde sait que c'est le service le plus pénible. »(Amina, 25 ans, 4 ans)

L'influence de l'entourage familial est importante en début de carrière mais elle demeure présente tout au long des expériences professionnelles et des différentes options et des opportunités professionnelles. L'exemple exposé est assez répandu dans le service des urgences. Les infirmières se tournent en priorité vers un capital relationnel pour s'assurer d'une réaffectation dans un autre service. Dans ce but, le réseau social extraprofessionnel est prioritairement mobilisé. La famille opère une action d'appui en effectuant un travail de recherche assez important. Ce travail est, certes, amorcé par l'infirmière mais on retrouve une tentative d'exercer une influence dans la carrière de l'infirmière de la part des proches. On constate que les paramètres familiaux sont aussi pris en considération lorsque l'infirmière vit une pratique professionnelle difficile. Quand l'impossibilité de changer de service se fait sentir, les soignantes envisagent rapidement une autre option pour se préserver d'une potentielle fatigue professionnelle : l'abandon du métier exercé.

2.1.6 Une intention d'en finir avec le métier

Il en ressort de la littérature sur l'intention de départ volontaire une définition en adéquation avec la présente recherche. Colle (2006) envisage l'intention de départ volontaire comme « *une attitude qui conduit à une rupture de l'appartenance à un système social à l'initiative exclusive du salarié* ». (Colle, 2006, p.44)

L'intention de démissionner du personnel de soignant confirme la crise que traverse le secteur. Les infirmières en milieu hospitalier vivent au quotidien des situations stressantes. Ces dernières sont dans de nombreux cas un des déclencheurs de la fatigue professionnelle (Loriol, 2004 ; Moisson-Duthoit V. & ROQUES, O., 2005). En outre, les situations difficiles, les tensions et le stress au travail apparaissent comme des déterminants de l'intention de départ. Elles sont corrélées par les conditions de travail anormales comme le manque de moyens techniques, d'effectifs insuffisants, d'exposition répétitive à des incivilités voire à des agressions de la part des familles de patients et du manque d'hygiène au service. Ces facteurs conduisent certains à l'épuisement professionnel. La recherche d'un autre métier représente un signal d'alerte. Il témoigne des risques psychosociaux chez les personnels soignants. L'image sociale du service des urgences est un élément important dans la décision ou la tentative de départ. En effet, l'identification à une organisation dévalorisée par la population locale explique le besoin de changer de métier.

Dans un contexte pas très éloigné, certaines études s'intéressent aux facteurs externes à l'hôpital dans la prise de décision de quitter l'emploi. (F. Bertrand & I. Hansez, 2010) synthétise ces études dans l'article intitulé « *Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âges* ».

Au niveau personnel, de nombreux facteurs jouent un rôle dans l'intention de quitter le métier. Ces facteurs peuvent être regroupés dans les thèmes suivants : l'état de santé fragile, la difficulté de conciliation vie professionnelle et vie privée, les ressources financières limitées, l'âge et les conditions de départ à la retraite.

Aussi, il est pertinent de s'arrêter sur la manière dont l'entourage du personnel soignant joue encore un rôle dans cette décision. Dans la déclaration suivante, on note le tiraillement de certaines infirmières entre le désir de se préserver et celui de soutenir financièrement leur famille.

« À une période de ma vie, je ne pensais qu'à abandonner le métier. J'étais obsédée par ceci. Il fallait que je sorte de cette spirale. Je ne pensais qu'à cela jour et nuit. Je ne supportais plus mon travail, je ne supportais plus les malades, les médecins et les urgences. Mais avant de changer de métier, il faut bien réfléchir, j'ai des enfants et une femme à nourrir. Ma mère vit également chez moi. J'ai des responsabilités. Je ne pouvais pas tout simplement arrêter et dire je n'en peux plus. Je suis fatigué. Pour l'instant, je peux encore tenir. Mais c'est dur. J'ai pensé à me diriger vers les cliniques privées. Elles payent mieux et les conditions sont meilleures. Mais là encore, il y a le risque de précarité. Dans le privé, on peut se retrouver du jour au lendemain sans emploi. Ce n'est pas comme dans la fonction publique. » (Adam, 51 ans, 25 ans EP).

Les responsabilités familiales entravent le départ des infirmières. Elles exercent des pressions supplémentaires qui rendent une reconversion professionnelle difficile voire impossible. Certaines études soutiennent l'hypothèse selon laquelle plus les conflits travail/famille sont élevés, plus l'intention de quitter le poste est présente (Kossek & Ozeki, 1999 ; Greenhaus *et al*, 2003).

La sécurité de l'emploi est également un facteur important dans la décision de rester au travail. Cette décision est motivée par la garantie de ne pas être victime des aléas économiques. En outre, les soignants ne paraissent pas intéressés par le modèle de carrières nomades (Diane-Gabrielle Tremblay, 2011). Entre l'épreuve du chômage ou celle de la souffrance au travail, les infirmières favorisent la seconde option. On est face à l'idée de sacrifice et de don de soi pour la préservation de la famille. Cependant, demeurer infirmières au service des urgences n'est pas toujours assumé. Il existe une autre forme de pression plus agressive. Cette dernière est mise en avant chez certaines infirmières mariées.

Le témoignage suivant rend compte d'une profonde souffrance d'une femme dont la condition est, selon ses dires, insupportable.

« Je ne veux pas travailler, Je ne veux plus travailler. Je voudrais rester à la maison et m'occuper des enfants. Je rêvais d'être mère au foyer. Je rêve d'avoir un quart d'heure pour moi. J'ai déjà parlé de mes difficultés avec mon mari mais il ne veut rien entendre de tout cela. Il m'a menacé de divorcer si je ne travaille plus. Je ne veux pas divorcer à mon âge. Ma belle-mère vit avec nous et elle l'encourage en lui disant qu'elle lui trouvera une bonne épouse qui travaille. Inutile de dire qu'elle ne fait rien à la maison. Elle ne m'aide pas avec les enfants et passe ses journées devant la télévision, chez les voisins ou à la mosquée. En plus, elle me donne tout le temps des ordres et me critique tout le temps. (Un long silence, l'infirmière a les larmes aux yeux) J'ai l'impression d'être seule à me battre. Cette situation est insupportable. Je voudrais me reposer, je suis tellement fatiguée. Je ne peux plus faire des deux à la fois. Entre cet emploi et mes enfants, je choisis bien sûr les enfants. Je n'arrive pas à gérer les deux, et ici c'est très difficile d'y travailler. Ce n'est vraiment pas une vie. » (Noria, 29 ans, 8 ansEP).

La difficulté de concilier travail-famille rend la décision de quitter l'emploi fortement envisageable. Le cas de cette soignante montre la manière dont ces deux sphères exercent une pression sur la vie quotidienne. On note une incapacité à remplir les deux rôles, celui de l'épouse et celui de l'infirmière. Le risque d'un divorce est bien présent. Dans le quotidien, cette angoisse côtoie la souffrance au travail notamment le *burn out*. Pour comprendre cette situation, il est important de s'arrêter sur le statut de la femme divorcée en Algérie. La famille algérienne n'est pas toujours fondée sur le modèle familial nucléaire. Elle intègre les ascendants de l'époux. Les grands-parents s'impliquent dans l'éducation des enfants et parfois dans la vie conjugale du couple. L'épouse est hantée par la peur du divorce. C'est en accédant au rôle de belle-mère, que la femme algérienne renforce son statut social (L. Addi, 2004). Ce dernier semble essentiel car le fils marié joue le rôle de défenseur de la mère. «*Les nouvelles représentations féminines ont eu un effet sur la distribution des rôles masculins et féminins d'époux et d'épouse surtout dans les familles nucléaires, où la pression et les contraintes sont moins fortes que lorsqu'elles sont exercées par l'ensemble des membres de la famille élargie* ». (Radjia Benali, 2009, p92). Ainsi, il semble difficile de comprendre la souffrance au travail de certaines infirmières en occultant des éléments de la sphère privée et en y intégrant les aspects culturels de la société.

2.1.7 Conclusion

Après une période de l'emprise des stéréotypes, les jeunes infirmières font très vite face à une phase de désenchantement. Elles sont confrontées au travail réel. Dès lors, les prémices du *burn-out* au travail font rapidement leurs apparitions et s'expriment physiquement et psychologiquement. La période de socialisation montre l'influence de la famille qui dès le moment du choix carrière est présente pour guider voire d'imposer une option. Les proches parents sont impliqués tout au long du processus de socialisation. Ils opèrent un travail de recherche d'informations et de capital relationnel. De leur côté, engagées dans une pratique mal connue, les jeunes soignantes construisent des stratégies de préservation et d'adaptation à leur environnement de travail hostile. Ici, le soutien des proches est particulièrement sollicité. Les ressources extérieures à l'institution hospitalière sont privilégiées pour faire face à la souffrance au travail. Ainsi, l'environnement social immédiat influence grandement le parcours professionnel de certaines infirmières. L'intrusion de la famille dans la sphère professionnelle ne s'achève pas au travail de soutien ; elle est également présente lors du travail quotidien dans l'exécution des tâches et la division de celles-ci.

2.2 Deuxième chapitre : l'immixtion de la famille dans la pratique professionnelle au quotidien

2.2.1 Introduction

Ce présent chapitre s'interroge sur l'immixtion de la famille dans la sphère professionnelle lors du travail quotidien dans le service des urgences. Il s'intéresse à la manière dont deux rôles professionnel et familial qui se chevauchent créant du stress en amplifiant le *Burn out*. Cela se produit quand les valeurs des deux sphères se heurtent. L'infirmière est en constante négociation et conciliation entre deux logiques. En outre, la présence de la famille au sein de l'hôpital renforce la pénibilité de la pratique soignante. Elle génère du travail additionnel. Associée aux charges quotidiennes, l'infirmière est rapidement submergée.

2.2.2 Entre rôle professionnel et rôle familial

Les interférences de la vie familiale sur la vie professionnelle sont observables au niveau du service des urgences. Les discordances entre les obligations familiales et professionnelles produisent des impacts négatifs sur la santé mentale et physique. Par conséquent, elles génèrent des problèmes professionnels tels que l'absentéisme, une baisse des performances, des retards au travail et une diminution de la concentration.

Le témoignage qui suit fait état des répercussions et des préoccupations privées sur la pratique soignante quotidienne :

« Ma mère est très malade et elle ne peut pas bouger. Je n'ai pas de père et pas de frère. Je m'occupe seule de la maison. Je travaille, car sans cela, on n'a que la pension de ma mère et elle ne nous suffit pas pour vivre. Comme je le disais, ma mère ne peut pas bouger. Je lui prépare tout avant devenir ici : de la nourriture, de l'eau, des lingettes et un seau au cas où... Quand, je suis ici, j'ai hâte de rentrer à la maison parce que je ne suis jamais tranquille. Je n'arrête pas de penser à elle. D'ailleurs, même à la maison, je ne pense qu'à elle. Si je devais la perdre, je me retrouverais toute seule (pleurs). Quand, je suis ici, je ne suis pas vraiment ici, mon esprit est ailleurs. Parfois, je n'arrive pas à me concentrer et par la suite, il m'arrive de culpabiliser. J'ai aussi des responsabilités envers les patients. Parfois, je me demande si j'ai changé l'intraveineuse ou la poche d'urine. Je vérifie et j'oublie encore. Avant de dormir, je me pose également mille et une questions : est-ce que j'ai respecté la dose de médicaments ? Est-ce que j'ai soigné tel patient ? (Silence.) Je ne suis jamais au même endroit à l'instant présent. Je suis toujours ici et ailleurs. Quand, je suis à la maison, je pense aux urgences. Quand, je suis aux urgences, je pense à ma mère. » (Houria, 28 ans, 6 ans EP).

Plusieurs éléments permettent de comprendre les effets de la vie privée sur l'exercice professionnel. Les exigences et les responsabilités familiales rendent difficile l'exercice des responsabilités professionnelles. Les individus concernés par de lourdes responsabilités familiales présentent un taux élevé de problèmes professionnels. Ainsi, les infirmières font part de leur épuisement, de leur fatigue et du stress induit par la gestion des deux rôles. Elles soulignent le poids que représente la prise en charge d'un proche en difficulté. « *L'objectif est avant tout de tenir sur tous les fronts : familial, personnel et professionnel. Si conséquences, il y a, il faut donc les apprécier autrement, à l'une de cette pression, de cette fatigue que l'on accumule pour faire le meilleur compromis possible, pour ne renoncer ni à son activité professionnelle, ni à son rôle d'aidant.* » (Le Bihan-Youinou B. & Martin C. 2006, p 85)

On observe donc un déversement indirect entre les rôles. En effet à première vue, le rôle familial n'influence pas le rôle professionnel d'une manière manifeste. C'est au niveau de la réalisation des tâches professionnelles que se produisent les effets négatifs. Ces dernières engendrent une baisse de la concentration. Il en résulte une diminution de l'efficacité et une perte de réactivité. La qualité du travail décline graduellement pour laisser place à une diminution de la satisfaction au travail renforçant le *burn out* et la souffrance au travail déjà présents. Un sentiment global d'appréhension et de culpabilité s'installe. « *Cette variable peut se mesurer en considérant la difficulté de concentration, par un ralentissement dans l'accomplissement des tâches, par la fatigue éprouvée ou tout simplement par le fait de ne pas avoir réalisé son travail quotidien. La mésestime de soi et le repli sur soi pèsent négativement sur l'emploi.* » (N. Wielhorski ,2014, p 144).

Le tiraillement entre les deux rôles est également en rapport avec l'implication des parents envers les enfants. Dans ce cas, on constate que les mères semblent plus enclines à souffrir des effets de leurs responsabilités

parentales comparées aux hommes. Les infirmières mères s'accordent sur l'incommodité de concilier rôle maternel et rôle professionnel. Selon de nombreuses études (Behson, 2002;Grzywacz & Marks, 2000), la difficulté de concilier les deux sphères est plus fréquente chez les salariés-parents que chez les salariés sans enfants. (Guerin et al, 2000, cité par Caroline CLOSON, 2007), soutiennent l'idée selon laquelle l'âge des enfants est un facteur prédominant dans le conflit famille- travail. Quand l'enfant est encore en bas âge, il requiert plus d'attention, d'organisation et donc plus de travail. Ceci est accentué par le manque de soutien familial et extérieur à la famille.

Aussi, il nous semble important d'illustrer cette difficulté par les propos suivants :

« Je pense qu'avoir un foyer et un travail en même temps est dur pour toutes les mères, mais avoir un foyer et travailler aux urgences, c'est encore plus difficile. Combiner les deux est presque impossible. Je dois tout organiser : m'occuper de la maison, des enfants, du mari et venir ici pour m'occuper des malades. Je suis constamment entre les deux. Parfois, je me demande si j'ai bien préparé mes enfants. Quand l'un d'eux tombe malade, je culpabilise ; je me dis : c'est moi qui les ai contaminés avec les microbes des urgences. J'arrive souvent en retard ici à cause de mes enfants. Je dois attendre qu'ils rentrent à l'école ou à la crèche. Je ne parle pas des moments où mes enfants sont malades. Quand, ils tombent malades, là, c'est la grande catastrophe. Je ne peux pas travailler si je dois penser à eux. Je demande souvent à un des collègues de m'aider, car je dois appeler ma mère pour avoir de leur nouvelle. A l'E.H.U,³⁴ils ont une garderie à l'intérieur de l'hôpital. Les membres du personnel emmènent leurs enfants avec eux au travail. Ici, on n'a rien. Comment veux-tu aider et soigner les malades si tes propres

³⁴Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran 1er Novembre 1954

enfants ont besoin de toi ? C'est cela être mère et infirmière ici. »(Souad, 46 ans, 23 ans).

Les femmes salariées assument plus de responsabilités que les hommes. Elles assurent le travail ménager et l'éducation des enfants. En conséquence, elles ont une « *double tâche* » (Hochschild, 1989). Les femmes mariées et actives sont les principales responsables de la gestion de la vie domestique; la question de la réussite professionnelle est secondaire. La double tâche implique du temps. Les infirmières réservent plus de temps que les infirmiers aux services non rémunérés. En comparant, le temps destiné au travail rémunéré et celui aux soins non rémunéré, on observe un déséquilibre chez les deux sexes. Les femmes ont généralement des journées de travail plus longues en comparaison aux hommes. Il en résulte moins de temps à vouer à d'autres domaines (formation, syndicat, loisirs ou même à leur propre santé...etc.). Les infirmières du service des urgences ne font pas exception. Le temps social est morcelé entre la prise en charge des autres, les besoins personnels et l'activité professionnelle.

Par ailleurs, le rôle maternel accapare les infirmières rendant l'exercice soignant au second plan. Ainsi, les infirmières opèrent une hiérarchisation des préoccupations. Elles se focalisent sur la vie familiale au détriment de la vie professionnelle. De plus, il subsiste une inégalité concernant la division sexuelle du travail parmi les couples. Dans le conflit des rôles, le rôle parental prime sur le rôle professionnel. La présence d'enfants est un facteur important dans le déséquilibre vie professionnelle et vie familiale. Par ailleurs, la division du travail de soins est, elle aussi, soumise au paramètre du genre. Une forte différenciation, entre infirmiers et infirmières, est également observable dans l'organisation du travail infirmier.

2.2.3 Une division du travail sexuée

S'interroger sur le métier d'infirmière, c'est prendre en considération l'organisation du travail infirmier. Dans son ouvrage intitulé, *La trame de la négociation*, Anselm STRAUSS(1992) montre comment l'hôpital s'organise selon un ordre social négocié. Ce dernier est à la fois temporaire et local. Cette organisation est structurée par les différentes logiques d'actions entre les différents acteurs au sein de l'hôpital. Elle met, donc en scène, les infirmières mais aussi des médecins, des aides-soignants et éventuellement les patients. L'organisation du travail en milieu hospitalier a fait l'objet de nombreuses études ; une des études pionnières est celle d'E. Hughes. en 1951. Le sociologue analyse le travail infirmier en posant la question suivante : « *Pourquoi telle tâche est accomplie par l'infirmière plutôt que par quelqu'un d'autre, ou par quelqu'un d'autre plutôt que par l'infirmière ?* »(E. Hughes, 1996, p112).

L'influence de la vie privée sur la vie professionnelle est également palpable dans l'exécution des tâches et la division de ces dernières. La valeur familiale, dans une société traditionnelle, s'invite dans la pratique professionnelle quotidienne. Dans le cas de la pratique soignante, la gestion des deux logiques est parfois difficile à concilier. Elle est également une source de tension et de stress qui amplifie le *burn-out* déjà présent.

Le discours de certaines infirmières met en exergue la manière dont celles-ci se conforment aux valeurs sociales.

« Parfois, on se répartit les tâches selon si le patient est un homme ou une femme. Certaines préfèrent soigner des femmes, et les infirmiers préfèrent soigner des patients. El hechma³⁵, tu comprends ? On est plus à l'aise et les malades aussi. Bon, ce

³⁵ Pudeur en arabe dialectale Algérien.

n'est pas toujours le cas. On est majoritairement des filles, ici, mais quand il y a un infirmier, il s'occupe des patients hommes. Les patients sont beaucoup plus à l'aise et ils sont plus coopératifs. Certains sont gênés si c'est une fille qui les touche d'autres s'enfichent. A mon avis, ce n'est pas cela être infirmière. Notre métier nous dit de prendre en charge tout le monde. Je sais que notre religion nous enseigne la pudeur et notre société est très stricte. Imagine, si je parle de cela à mon fiancé, je lui dis que je touche des hommes, que je vois des hommes nus toute la journée (rires). Il ne comprendrait pas. Il me dira de changer de métier ou il me demandera de rester à la maison ». (Dounia, 35 ans, 12 ans EP).

L'organisation du travail est repensée continuellement. Elle n'est pas statique mais réajustée en fonction des différentes situations (Strauss A, 1992). La division des tâches est établie d'un commun accord entre les deux sexes. Elle est légitimée par des impératifs religieux et les valeurs sociales. On constate de l'insatisfaction au travail en rapport avec ces valeurs. L'idéal professionnel est difficilement atteint, quand il est question de concessions. On note également la part non divulguée de la pratique soignante. Les infirmières ne mettent pas en avant les soins corporels apportés aux patients. Cette partie du métier semble moins dévoilée aux proches car elle n'est pas conforme aux valeurs de la pudeur, puisqu'il s'agit des infirmières célibataires et des infirmières mariées. (Guerid D., 1995) parle du « *Premier commandement : Tu te conduiras honorablement.* ». Ainsi, les infirmières sont tenues de respecter un code de « *conduite doublement contraignant parce qu'il est à la fois strict et imprécis ce qui laisse à la famille seule le monopole de l'interprétation légitime. Ce code est, en fait, une série d'interdits qu'exprime bien la formule à double sens de "ne pas dévier du bon chemin".* (Guerid D., 1995,p 38).

L'infirmière (Noria, 29 ans, 8 ans EP) parle de cette partie non divulguée à son entourage et elle expose sa peur d'être révélée à son mari.

« Je travaille en réanimation, cela veut dire faire la toilette à des hommes dans un état comateux. Je dois prendre en charge des hommes dénudés. Quand, j'ai rencontré mon mari, il m'a mise en garde qu'il ne voulait pas d'une femme qui travaille avec des hommes. Je lui ai dit que je travaille avec des malades femmes. Tu penses qu'un homme voudrait que sa femme travaille comme cela ? S'il l'apprenait, je suis foutue. C'est comme le trahir. Je ne lui dis pas ce que je fais ici. Il croit que je suis toujours dans un service d'hospitalisations. Comme on fait un roulement, je travaille en réanimation. Ces jours-là, j'ai toujours une petite crainte. J'ai peur de rencontrer un membre de sa famille et qu'il me dénoncerait sans le faire exprès auprès de mon mari ou même de ma belle-mère. »

Dans le cas de la pratique soignante au service des urgences d'Oran, il existe une dichotomie entre les normes sociales et les normes professionnelles. Ce décalage crée un stress et une tension chronique chez certaines d'entre elles. Il représente le dilemme de se conformer à une logique au détriment d'une autre. Dans certains cas, les normes professionnelles se redéfinissent et s'appliquent sur le terrain pour se conformer aux normes familiales. Dans d'autres cas, des stratégies sont mises en place pour concilier les deux : la pratique soignante est cachée. Aussi, il ne semble pas exagéré d'affirmer que le manque de satisfaction dans la sphère professionnelle est en lien avec la soumission aux normes et aux valeurs familiales. Le déversement d'une sphère dans une autre n'est pas seulement d'ordre pratique (emploi du temps, retards répétés, congé de maladie...etc.), il devient plus conceptuel créant une remise en question de la manière d'exercer le soin et de l'organiser. Par ailleurs, les infirmières font face aux possibles sanctions fixées par la famille et l'Institution. Le risque de rupture du lien conjugal plane sur certaines infirmières mariées. La sanction institutionnelle est également mise

en avant, elle prend forme dans des réprimandes et une mise au point verbale ou en des sanctions financières. Autrement dit, il s'agit, dans les représentations des infirmières, d'une hiérarchisation des sanctions professionnelles et familiales. Les sanctions familiales ont plus de poids. Elles entraîneraient une remise en question du statut d'épouse. Dans une société traditionnelle où le divorce est mal perçu, le maintien de la condition maritale est primordial.

Ainsi, les infirmières consacrent de l'énergie à ajuster leur exercice professionnel en fonction des normes familiales. Le stress professionnel, à l'origine de la fatigue professionnelle, prend place dans les pressions exercées par la famille dans le domaine professionnel. Cette interférence et cette influence contribuent à la modification des pratiques soignantes créant un stress chronique chez les infirmières. La famille ne représente plus un frein au *burn out* comme le propose (Laurie Kerouac, 2012), mais un élément stimulateur et amplificateur du *burn out*. D'ailleurs, l'importance de la sphère privée est palpable quotidiennement au service des urgences. Elle témoigne de l'engagement de l'infirmière envers sa famille et donc de la hiérarchisation de ses priorités.

2.2.4 La famille passe avant tout

Dans l'explication de la fatigue professionnelle, les chercheurs font souvent référence à l'engagement professionnel et à l'implication dans l'emploi comme source potentielle de satisfaction au travail (Shirom, 2005). Dans un article de Marc Lorient (2003) intitulé : *Donner un sens à la plainte de fatigue au travail*, il est possible de lire : « *L'expression de la fatigue doit donc se couler dans des représentations partagées de ce qui constituerait la pénibilité spécifique du travail. Ainsi, les métiers à fort engagement personnel (relationnel, à haute responsabilité ou artistique) sont réputés dangereux du fait d'un risque de surinvestissement et donc d'épuisement*

dans la quête inaccessible d'un idéal» (Marc Loriol, 2003, p 473). Il est important de distinguer l'engagement de l'implication au travail : le premier fait référence à la relation de l'individu à son métier, le deuxième concerne le rapport de l'individu à l'organisation³⁶. Cette dernière prend deux formes :

D'abord, Neveu (2002) évoque *une dimension transactionnelle* se focalisant sur l'aspect de calcul. Cette forme rationnelle d'implication met en jeu les potentielles conséquences calculées par l'individu dans le cadre d'un départ volontaire. Dans une étude récente sur la mobilité et l'implication T. Pittinsky & M. Shih (2004) font référence à l'implication en incorporant une dimension incitative et en s'interrogeant sur l'intention de demeurer membre de l'organisation.

Ensuite, la deuxième forme d'implication est d'ordre affectif et renferme une dimension relationnelle. Cette dernière implique l'attachement émotionnel à l'organisation, à ses buts et à ses valeurs. « *Un individu impliqué s'identifie aux buts et aux valeurs de l'entité d'implication* » (Alain Lacroux, 2008, p 26). Herrbach (2005), compare les deux formes d'implication (calculée et affective) ; la première est plus souvent accompagnée d'états affectifs négatifs, alors que la seconde forme d'implication s'accompagne le plus souvent d'états affectifs positifs.

Les propos suivants font état des représentations des infirmières concernant l'engagement familial et au travail.

« Pour moi, mon travail passe en deuxième position. Ma vie, c'est mon foyer. Tu penses que mon travail est plus important que ma famille ? Jamais de la vie. Pour moi être infirmière, c'est juste

³⁶D'une manière générale, certains signes caractérisent une forte implication dans l'emploi. Ainsi, un salarié, réalisant régulièrement un travail additionnel ou des tâches supplémentaires en termes d'horaires, de quantité de travail ou même d'initiative, accorde vraisemblablement une place essentielle au domaine professionnel dans son existence. Ici, l'implication dans l'emploi est d'autant plus forte qu'elle se dessine autrement ou au-delà des exigences requises par la définition de sa fonction (Véniard, A. 2011).

un travail comme un autre. Je viens, je fais ce que j'ai à faire et j'ai mon salaire. Toute cette histoire de fatigue et de stress, ce n'est pas pour moi. L'important : se sont mes enfants et mon foyer. Si tu me parles de problèmes familiaux; Oui, je te dirai que j'angoisse pour mes enfants, s'ils tombent malades, s'ils sont dehors tous seuls. Ici, je vois des choses inimaginables, mais quand je suis à la maison, je suis à la maison. Bon ne va pas croire que je ne ressens rien, j'ai de la peine pour les patients et tout mais le boulot, c'est juste pour gagner notre pain. » (Aïcha, 48ans, 17ans EP).

Pour une autre soignante, le métier d'infirmière est synonyme de « bouche-trou ». Le rapport au travail met en exergue la faible identification de certaines infirmières à leur métier.

« Moi, je ne suis pas infirmière, je travaille comme infirmière ce n'est pas la même chose. Quand, je me présente, je dis que je suis une femme d'affaires. Je travaille comme infirmière juste pour passer le temps. Un bouche-trou si tu veux. Moi, ce que j'aime faire, c'est monter des affaires de commerce. Je vais souvent à Dubaï, je rapporte des vêtements, des bijoux et je les revends. D'ailleurs, c'est pour cela que je travaille de nuit. Je fais les gardes et comme je travaille en réanimation, on se relaie pour surveiller les malades. Le matin, je sors des urgences et là je fais des recherches sur le net, je vais dans les boutiques pour voir les demandes. Tu me parles de stress. Le stress, c'est pour les infirmières qui ont du vide ; rien dans leur vie. Quand, elles sont célibataires, pas de loisirs ou pas d'objectifs, elles se focalisent trop sur le travail. Elles s'impliquent trop et là, elles ont mal. Si tu commences à t'impliquer beaucoup auprès des patients et de leur famille, tu es fichue. Moi, je plaisante avec eux mais je suis toujours entrain de gueuler aussi. Mon mari est aussi médecin donc il me dit qu'il faut mettre d'une distance entre le malade et moi...Toujours ». (Amel,33ans, 9 ans EP).

Loin d'adhérer à l'image "traditionnelle" de l'infirmière engagée et toujours compatissante auprès des malades et de leurs familles, certaines infirmières

envisagent leur métier d'une manière plus pragmatique. Cette conception du travail infirmier rend la relation de soin et l'écoute secondaires. On observe une mise à distance de l'infirmière vis-à-vis du patient. Il ne s'agit pas d'une indifférence, mais d'une manière de se représenter la pratique professionnelle comme technique. Dans ce cas, la mauvaise fatigue (*burn-out*) est plus en lien avec les conditions de travail opérationnelles que relationnelles. Or, le relationnel apparaît comme central dans le travail infirmier car il forme le support de l'engagement du soignant envers et pour l'autre. Ainsi, la nature même du travail infirmier présume une forte implication personnelle. Le fort engagement infirmier pose la question des limites dans le cadre des soins et de la relation à autrui. Cette limite semble importante pour éviter d'être submergée par ses propres émotions et sentiments et ceux des autres. L'implication du soignant requiert une exigence très élevée envers lui-même. Cette exigence prend parfois une forme dangereuse. C'est particulièrement le cas quand il y a des sentiments de frustration ou d'échec. Pour de nombreux soignants, l'implication dans l'emploi est de type instrumental. Les infirmières sont impliquées dans la mesure où elles évaluent les conséquences d'une éventuelle reconversion ou d'un départ volontaire. En effet, l'investissement et l'engagement dans le travail infirmier n'ont pas un grand intérêt pour certaines infirmières. Celles-ci s'orientent plus vers la vie privée que professionnelle.

Ainsi, la famille ou une autre activité tendent à reléguer le métier soignant comme un accessoire. Le service d'urgence n'est pas toujours un lieu seulement professionnel. Il est, pour certaines, l'occasion de développer un réseau social. En effet, il représente une solution pour élargir les connaissances relationnelles. Dans ce sens, il est possible de constater l'influence des aspirations familiales dans la vie professionnelle. Autrement dit, le travail n'est plus envisagé comme un moyen de fournir un salaire ou un épanouissement personnel, il est au service des ambitions familiales. Cet

élément montre l'importance de l'interférence de la famille et de l'entourage dans la vie professionnelle et exerce d'une manière implicite une forme de pression sociale contribuant à accentuer les difficultés à faire face à la souffrance au travail.

2.2.5 Le métier d'infirmière pour agrandir le réseau social

Au premier abord, le souhait d'élargir le réseau social et le développement d'un stress chronique et son renforcement semblent une équation assez ambiguë. Cependant, il existe une forme particulière de stress relationnel chez certaines infirmières. Les salariés des métiers de service subissent une forte charge relationnelle en raison du contact continu avec un public. Ils sont plus susceptibles de développer un stress relationnel. Ces métiers englobent des relations difficiles avec le public comme le cas du personnel soignant. Pour (Marc Lorient, 2004), les usagers font souvent preuve de comportements imprévisibles. Dans le cas de certaines infirmières notamment les infirmières célibataires, la fatigue morale est également insufflée dans un premier lieu par la famille. Cette dernière encourage particulièrement leurs filles à développer un réseau relationnel dans un double objectif :

D'abord, il est valorisant d'accroître le capital relationnel d'une manière générale. Cette recherche du réseau social concerne avant tout le personnel médical et par extension les patients et familles de patients possédant un pouvoir quelconque dans la société. L'expression « *connaît beaucoup de monde* » atteste de cette volonté de s'assurer une valorisation par le réseau social.

Ensuite, il s'agit de la quête du mari qui est bien présente dans les représentations des infirmières. L'hôpital représente un moyen d'acquérir un statut matrimonial valorisé par la société.

Le flux des personnes au service des urgences augmenterait les chances de se marier. Cette quête du mari est très encouragée voire fortement incitée par la famille en particulier par les mères. Certaines infirmières ont manifesté le souhait d'en discuter. Elles évoquent la difficulté d'être célibataires dans un milieu de travail assez difficile. Ces difficultés ont une forte connexion avec l'image sociale du métier d'infirmière. Elle témoigne de l'identité collective. Cette dernière est partagée par chacun des membres exerçant le métier d'infirmière. Aussi, chaque soignante contribue au façonnement de l'image sociale du groupe infirmier. Cette image dévalorisée trouve ses explications dans un savoir insignifiant, une compétence professionnelle assez limitée et le plus important une morale douteuse (Lagraa I,2010). Sur ce sujet, les infirmières exposent les désagréments causés par l'étiquetage du métier d'infirmière. Cet étiquetage produit un malaise identitaire et du *Burn out*. Cette dévalorisation est présente lors des interactions avec les profanes. Dans ce cas, lors de la construction d'un réseau professionnel et social, les infirmières prennent en compte cette image dévalorisante.

« Quand, j'ai choisi de devenir infirmière, la première chose que j'ai entendu, de la part de ma mère, mes sœurs et mes tantes, est : « fais tout ton possible pour trouver un mari et de préférence un médecin. » Elles attendent les résultats. Pour elles, travailler à l'hôpital voulait dire connaître beaucoup de monde. Elles pensent que je connais tout le monde. Parfois, les proches me disent : « tu ne connais personne dans telle administration ? » Comme si en travaillant ici, on devient importante ou populaire. La vérité est toute autre. J'ai connu des garçons qui ne voulaient plus de moi parce que justement, je suis infirmière. Ils disent qu'ils n'épouseront jamais une infirmière qui discute avec des hommes et font la garde de nuit avec des hommes. Les infirmières des urgences ont une mauvaise réputation. Tout le monde pense que on est de mauvais genre, mal éduquées donc trouver un mari, ce n'est pas facile. Je ne suis pas la seule dans ce cas. Il y a plein de filles célibataires qui souffrent de cette double image ; non seulement être considérée comme de mauvaise fille à cause de

notre métier, mais également ne pas être mariée dans notre société ; c'est finalement n'être rien pour une fille. » (Nawel, 26 ans, 3 ans EP).

On constate une la double souffrance chez certaines infirmières. L'image dévalorisante du métier véhiculée par la société est source de souffrance. Pour certaines infirmières, celle-ci est interprétée selon des normes sociales dominantes. Les chercheurs font face à une plainte répétitive : le manque de reconnaissance (Dubet F. et al, 2006 ; Marc LORIOU, 2011). Il existe un désir de reconnaissance dans de nombreuses activités en lien avec un sentiment de perte de sens du travail. « *Si l'on ressent le besoin de voir le fruit de son labeur validé par autrui, c'est peut-être parce qu'il ne fait plus suffisamment sens par lui-même, que l'évidence de l'action fait défaut. Du coup, les contraintes, les difficultés, les épreuves du travail paraissent, elles aussi, dénuées de sens* » (Marc LORIOU, 2011, p 43).

Le statut social est également cause de souffrance. Les deux formes de souffrance sont en rapport avec un domaine professionnel ou privé. Suivant les situations les deux domaines interagissent. Par exemple, pour obtenir une meilleure prise en charge, certaines familles ont recours à la séduction auprès des jeunes infirmières. Les hommes tentent de les séduire pour obtenir certaines faveurs pour leurs patients : un meilleur lit, des médicaments en plus, les informations sur les bons ou mauvais médecins...etc. (LAGRAA I, 2010). La connaissance de ces stratégies conforte les infirmières sur les désavantages d'être célibataires au service des urgences. Dans une société patriarcale, la protection de l'homme est importante. Après l'image maternelle ou l'image de la religieuse en rapport avec l'habit infirmier, l'image des infirmières est aussi celle d'une séductrice. Du fait de sa féminisation, la séduction est également associée au métier d'infirmière. (Midy F, 2002). Le *burn out* est simultanément causé par l'image sociale du

métier mais également renforcé par certaines caractéristiques individuelles tel que le célibat. La sphère privée n'agit pas ici comme un frein mais accentue bien le *burn out*.

Ainsi, la famille occupe une place importante dans la vie professionnelle de l'infirmier. Cela est particulièrement prenant quand, elle sollicite la soignante, qui fait figure de capital relationnel, pour prendre soin d'un membre de la famille au sein de l'hôpital. Elle endosse alors le rôle d'aidant familial.

2.2.6 Prendre en charge un membre de la famille à l'hôpital

Concernant la thématique de la conciliation famille et travail au service des urgences d'Oran, il est possible d'observer la manière dont les proches des infirmières mobilisent celles-ci lors de leur présence à l'hôpital. De manière récurrente, les infirmières sont sollicitées pour les aider. Dans la réalisation de ce travail supplémentaire, on note leur participation dans la prise en charge des proches qu'elle soit d'ordre professionnel ou en endossant le rôle d'aidant familial³⁷ :

D'une part, l'appui professionnel prend forme dans un travail d'investigation auprès de leurs collègues concernant l'état de santé du patient, une recherche active des médicaments nécessaires, tout autre matériel de soins ou la participation lors des soins³⁸. Elle assure les démarches administratives, la communication avec les professionnels et bien souvent l'explication des termes médicaux aux proches, un travail de vigilance, de veille quant à la

³⁷L'aidant familial aussi appelé aidant proche, aidant naturel ou aidant informel.

³⁸ La participation aux soins dépend des soignants du service concerné néanmoins, il arrive que les infirmières d'un autre service soient autorisées à participer aux soins ou à observer lorsque cela concerne leur proche.

qualité des soins, un accompagnement des autres membres présents pour le malade, et enfin un soutien psychologique.

D'autre part et d'une manière simultanée, l'infirmière endosse le rôle de garde malade et devient souvent l'aidant naturel quand un membre proche nécessite une prise en charge médicale. Généralement, le rôle d'aidant familial est lié à la proximité géographique ou affective avec le malade. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un membre de la famille ; pour d'autres, c'est un voisin ou un ami. Ce terme ne fait pas référence à un statut juridique ; la personne vient en aide à titre non professionnel. La personne aidante intervient seule ou avec l'aide d'un professionnel.

Le témoignage suivant met en exergue les répercussions négatives de concilier la pratique soignante au service des urgences et le rôle d'aidant familial

« Quand, un proche est hospitalisé. C'est toujours moi, que l'on appelle, quelque soit le moment : en week-end, en congé que je sois de garde ou pas. Comme si, je suis à leur disposition. Je ne peux pas dire non. Cela ne se fait pas. Parfois, je laisse le travail et vais m'occuper d'un cousin, d'une tante ou d'un autre parent. Je demande à une collègue de me remplacer. Parfois, je ne déjeune pas pour aller voir un patient. Je suis tout le temps entrain de courir à droite et à gauche. Je suis tout le temps entrain de chercher quelqu'un qui peut m'aider avec ma famille. Ici, ce sont les relations qui aident, si on n'a pas de relation, on ne se fait pas bien soigner. Je comprends vraiment cela mais, parfois, je ne peux pas assister tout le monde. Etre avec la famille et travailler, ce n'est pas facile. J'ai peur pour mon poste mais je suis aussi face aux angoisses de mes proches. Surtout quand cela concerne les situations d'urgences. Ils pensent que ce n'est pas fatiguant mais c'est difficile à gérer. Notre esprit est tout le temps accaparé et me fatigue moralement et physiquement» (Adam, 51 ans, 25 ans EP).

Dans ce cas, les infirmières font face, simultanément, à une double exigence, professionnelle et familiale, en effectuant un double travail. Ainsi, la conciliation du domaine privé et professionnel n'apparaît plus comme deux espaces distincts mais deux rôles au sein du même espace. L'infirmière opère de nombreuses tâches suivant les besoins de la personne assistée à l'hôpital. Le *burn out* s'associe rapidement à de lourdes responsabilités d'aidant familial.

L'expertise du double rôle joué par de nombreuses infirmières participe à la compréhension de leur souffrance au travail. La place centrale accordée par la famille au membre soignant est source de stress pour ce dernier. Elle l'incite à effectuer un double travail qui amplifie le *burn out*. Endosser le rôle d'aidant, par le soignant, n'est pas dispensé de fatigue et de stress. Le soignant a le sentiment d'être piégé. « *Souvent désigné par l'ensemble du groupe familial, il se retrouve à une place qui n'a d'ailleurs rien de naturel et dans laquelle il peut se sentir pris sans possibilité de retour. La littérature sur les aidants indique clairement que l'intensité de l'assistance est associée à une panoplie de problèmes de santé. Des troubles psychologiques en passant par les coûts physiques et sociaux, les conséquences de la tâche du soignant sont cumulatives.* » (Nathalie Wan, 2011, p04).

Par ailleurs, l'aspect temporel semble également important. Cette assistance requiert du temps et de l'énergie. L'aide demandée peut être soit ponctuelle soit sur des périodes plus ou moins longues voire de façon permanente. Elle n'est donc pas figée ou linéaire, et n'est pas toujours régulière.

Chaque sollicitation est particulière, certaines ne requièrent pas d'efforts, d'autres semblent plus problématiques. Ces dernières sont en lien avec les parents les plus proches des infirmières. En effet, plus les personnes sollicitant une aide sont proches, plus les exigences du rôle d'aidant au sein du service des urgences sont prenantes augmentant le risque de stress et de fatigue. D'ailleurs, on parle du *burn-out* de l'aidant. L'épuisement de

l'aidant familial à l'hôpital s'observe également sur trois niveaux : physique mais aussi émotionnel et mental. Il est possible de synthétiser le *burn-out* de l'aidant en un trouble caractérisé par une forte démotivation souvent accompagnée de stress, de fatigue et parfois même de dépression.

Le témoignage suivant évoque la lourde charge d'être un aidant familial lorsque l'on se sent dépassé par le travail soignant :

« J'ai ma belle-sœur hospitalisée à l'hôpital et je ne sais pas pourquoi toute la famille me croit responsable des démarches administratives et autres tâches dont je me passerai bien. Le travail soignant, ici, c'est l'enfer mais voir la famille débarquer et le téléphone qui n'arrête pas de sonner, ce n'est vraiment pas supportable. Je suis fatiguée et je dois m'occuper de ma belle-sœur en plus. Je dois répondre à des questions dont je n'ai pas de réponses et toutes sortes de choses comme chercher des médicaments et demander à des collègues de prendre soin d'elle. Je n'ai pas demandé à être dans cette position mais je ne peux pas dire non ; j'ai du travail ou je suis occupée. Les interventions n'arrêtent pas mais moi je ne suis pas une machine ; J'ai aussi une vie. » (Assia, 31ans, 9ans EP).

Prendre soin d'un proche en plus d'un travail soignant prenant semble à l'origine d'une des causes du stress chronique de certaines infirmières. C'est d'autant plus vrai quand, il s'agit du rôle d'aidant dans le lieu du travail. La non-dissociation occasionne de la fatigue puisque les infirmières sont présentes dans les deux facettes de la vie de l'aidant : au travail comme dans les relations familiales. Ces chevauchements entraînent des conséquences psychologiques et physiques à long terme. Pour Michelle ARCAND et Lorraine BRISSETTE(1998) l'épuisement prend forme de «*faillite énergétique* ». Ici, le *burn-out* est la conséquence d'un surinvestissement dans le rôle dû aux pressions familiales. « *L'aide à un proche en situation de dépendance est un stress majeur contre lequel l'aidant doit lutter et auquel il*

doit s'adapter. On met en évidence les conséquences délétères d'une aide systématisée en un rôle social de longue durée. Puisque l'aide est conceptualisable comme un « travail », on applique par extension aux aidants informels le même diagnostic que pour le stress des professionnels : risque d'épuisement (burn out) et de rupture. » (Mollard. J, 2009, p 263).

Dans de nombreux cas, l'aidant se représente comme prisonnier de ce rôle. La relation d'aide est vécue comme une charge, elle est un facteur de stress et d'isolement. La solitude et la pression en lien avec ce rôle sont bien présentes (Bocquet *et al.*, 2001); souvent cette solitude est partagée par les amis et les collègues. Ces personnes sont en première ligne pour assurer un soutien aux infirmières créant de ce fait de la solidarité.

2.2.7 L'ingérence de la famille dans le travail

Le travail de nuit³⁹ fascine de nombreux sociologues et infirmières telles que Anne Perraut-Soliveres, (2001) et Anne Vega, (2000) Cette dernière témoigne : *« J'ai gardé de mes nuits blanches à l'hôpital des impressions et des visions étrangement vivantes et intactes, comme si la nuit les sens se démultipliaient. Des visages fermés d'aides-soignantes aux traits tirés difficiles à aborder, mais aussi, par contraste ceux de femmes rondes et enjouées vantant les savoirs de la nuit. Les gens de la nuit ont la réputation d'avoir tous de sacrés tempéraments– voire de fichus caractères ».*(Anne Vega, 2000, p 25).

³⁹Le droit du travail algérien considère comme travail de nuit, tout travail exécuté entre 21 heures et 5 heures. Les règles et les conditions du travail de nuit, ainsi que les droits y afférant sont déterminées par les conventions ou accords collectifs. Les travailleurs de l'un ou de l'autre sexe, âgés de moins de 19 ans révolus ne peuvent occuper un travail de nuit. Egalement, il est interdit à l'employeur de recourir au personnel féminin pour des travaux de nuit.

Dans le cadre de cette étude, le travail de nuit est un élément important. D'abord, il participe à la compréhension des représentations en lien avec l'image sociale du travail de nuit mais aussi du stress qui en découle. Le travail de nuit comme le travail posté représente le type d'horaire atypique le plus nocif pour la santé. Les risques diffèrent en fonction des modalités d'exercice.

Ensuite, il met en exergue tout les aspects privés ou familiaux derrière le travail de nuit. Ainsi, nous abordons, successivement, ces deux aspects. La prise en compte de l'articulation des temps de travail et de hors-travail au sein même de la thématique de la santé nous offre l'occasion d'analyser les effets sur l'amplification du *burn-out* dans un contexte d'horaires atypiques. Travailler dans un service déprécié socialement apparaît comme difficile au quotidien. Cependant, il semble encore plus difficile de le concilier avec l'étiquetage du travail de nuit dans le service des urgences. Cet étiquetage négatif est particulièrement associé aux femmes. Par conséquent, face à cette image sociale dévalorisante, la famille réagit.

Le témoignage suivant raconte la manière dont la famille s'oppose au travail de nuit au service des urgences et montre par la même occasion son influence dans la pratique et les choix professionnels des soignantes.

« Travailler de nuit, c'est impossible. Mon père m'a prévenu, je peux travailler comme infirmière mais il est hors de question de ne pas rentrer à la maison le soir. Ce n'est pas une question de confiance, mais dans notre société la fille ne sort pas la nuit même pour travailler dans un hôpital. On raconte que les infirmières sortent la nuit de l'hôpital pour aller avec les garçons. On raconte aussi que les infirmières et les infirmiers ont des relations intimes durant les heures de garde. Travailler la nuit aux urgences est encore pire. Ce service a une mauvaise réputation. Pour les gens, il y a seulement des agressions et, les patients sont souvent des toxicomanes ou des délinquants. » (Meriem, 24 ans, 3 ans)

Les proches ont du poids dans les prises de décision professionnel de certaines infirmières. Dans un souci de protection, le travail de nuit est écarté. Il est synonyme de débauche et de dépravation. Ici, l'image sociale du service des urgences légitime la décision de ne pas travailler la nuit. Les infirmières se conforment aux décisions familiales et patriarcales. On assiste encore à la protection patriarcale des hommes l'honneur (*nif*) de la pudeur (*horma*) associée aux femmes. (P Bourdieu, 1970 ; ADDI, 2002). Cependant, certaines obtiennent l'autorisation de leur famille. *« Pour contourner la tradition, c'est-à-dire pour bénéficier de la dérogation sociale, l'argument du besoin matériel reste essentiel et c'est ce qui explique l'extension considérable qu'il connaît. Du besoin absolu visé à l'origine par la tradition mais qui reste minoritaire on passe au besoin relatif ou secondaire qui est le cas le plus fréquent. »* (D. Gherid, 1995, p37). Ainsi, pour les soignantes qui travaillent de nuit, il existe de réelles difficultés à gérer les décalages entre vie professionnelle et vie familiale. L'articulation entre travail de nuit et vie personnelle tend à poser des problèmes vue la discordance entre les horaires de travail et les moments de disponibilité pour la famille. A la longue, ce déphasage accentue les conflits travail-famille et par la même occasion cette difficulté n'est pas envisagée comme un frein au *Burn out*.

Dans le discours des infirmières, on remarque le soutien de la famille et notamment des parents dans la prise en charge de l'emploi du temps des enfants et de certains de leurs besoins.

« Je travaille de nuit. C'est ma mère qui s'occupe de mon fils. Elle lui fait à dîner et mange avec lui. Il est habitué à passer la nuit avec elle quand je suis de garde. Elle l'emmène à la crèche aussi. J'arrive à gérer. Sans ma mère, je ne pense pas pouvoir

travailler de nuit. Parfois, je culpabilise parce que même si je suis présente le jour à la maison, je dors. Donc finalement, je ne suis pas très présente ou du moins pas autant que je le voudrais. »
(Dounia, 35 an, 12 ans)

Les femmes sont davantage confrontées à ces contraintes. C'est par leur rôle maternel que se pose le problème de la récupération des ressources et le manque d'attention portée aux enfants et aux membres de la famille. Ici aussi, on note le rôle joué par la famille dans le soutien aux femmes salariées de nuit. La famille est un frein à l'épuisement. Cette aide semble indispensable, à la fois, pour pouvoir travailler et assurer les gardes de nuit et pour assister les enfants pendant l'absence de leurs mères. Par ailleurs, les infirmières insistent sur les effets du travail de nuit sur leur rapport à leur famille et de leurs absences lors des moments et des événements familiaux. (Madeleine Bourdouxhe et al, 2001) expliquent comment les horaires atypiques de travail obligent les travailleurs à récupérer pendant des moments dédiés à la vie familiale comme durant les journées de congé. Le travail de nuit crée de la fatigue, de la mauvaise humeur et de l'insatisfaction chronique. L'infirmier devient irritable et isolé. Leurs engagements dans la sphère conjugale et domestique, d'un côté, et leur travail au service des urgences, d'un autre côté, amplifient le sentiment d'échec personnel qui se transforme en une souffrance et en *burn-out*. Le temps et les relations socio-familiales s'affaiblissent en quantité et en qualité. « *Les horaires décalés ou postés, et notamment ceux qui, sont à composante nocturne, ont de sérieuses conséquences sur l'opérateur : atteintes à la santé (syndrome du travailleur posté), déséquilibre socio familial (marginalisation) mais aussi perturbations des capacités de travail (chute de vigilance, charge de travail accrue, fiabilité amoindrie...)* » (B. Barthe et al, 2004, p41). Le *burn-out* prend appui non seulement sur le type

de travail des salariés mais également sur les exigences familiales. Ces deux éléments s'imbriquent et accentuent chacun à leur manière le *burn out*.

2.2.8 Conclusion

L'immixtion de la famille dans la pratique professionnelle met en exergue les difficultés subites par les infirmières au quotidien. Elles sont partagées entre responsabilités familiales et responsabilités professionnelles. Les discordances entre les différentes obligations créent des conséquences négatives sur la santé mentale et physique et produisent des contrecoups négatifs sur l'organisation du travail. Néanmoins, ces effets sont rapidement ralentis si l'engagement des infirmières est orienté vers la sphère familiale. Le métier d'infirmière devient, alors, un moyen, comme celui d'accroître le réseau social, et non pas une visée. L'immixtion de la famille est également perceptible dans l'exécution des tâches et la division de ces dernières. Ici, la pratique soignante se plie aux valeurs familiales. Lors de sa présence au sein de l'hôpital, le soignant est contraint d'effectuer un travail supplémentaire en un rôle d'aidant familial. Ce dernier renforce également de la fatigue et du stress démontrant que la famille n'est pas toujours un frein ou un contrepoids au *burn-out* mais un amplificateur de cette souffrance. Néanmoins, des éléments tels que l'aide, le soutien et la reconnaissance se mettent en place pour endiguer le *Burn-out*.

2.3 Troisième chapitre : L'aide, le soutien et la reconnaissance contre le Burn- out

2.3.1 Introduction

Ce chapitre s'intéresse aux différents éléments pouvant contenir le *burn-out*. Il s'agit de l'aide, du soutien et de la reconnaissance. Il est question du travail effectué par la famille, les collègues et les professionnels de l'aide. D'abord, le soutien des collègues se fait vite ressentir. Il prend la forme de remplacements entre collègues pour, à la fois, concilier vie de familial et vie professionnelle mais également pour se préserver des risques psychosociaux au travail. Lorsque, le soutien n'est plus suffisant, une aide professionnelle est nécessaire. Cependant, cette aide est stigmatisante et renferme le risque de rejet des proches et des collègues. Enfin, le dernier élément est le besoin de reconnaissance. Il se traduit une part de respect et une manifestation de la gratitude témoignée par les proches.

2.3.2 Le manque d'écoute par la hiérarchie

Le concept de soutien organisationnel se déploie dans une perspective de relations d'échange social entre un individu et une organisation. Il semble y avoir un consensus sur la définition de ce concept. En effet, la majorité des travaux ont pour référence l'étude d'Eisenberger et al. (1986) qui proposent le concept de « *Support Organisationnel Perçu (SOP)* ». Il apparaît que « *les employés se forgent des croyances générales concernant le degré selon lequel l'organisation valorise leur contribution et se soucie de leur bien-être* » (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986, p.501). Chez les salariés, ces perceptions servent à mesurer leurs besoins : de respect, d'approbation, d'affiliation, d'estime de soi et autres. Ces perceptions sont également le moyen d'obtenir auprès de leur organisation, des récompenses pour leurs efforts supplémentaires (Rhoades & Eisenberger, 2002 ; Wuidar Delphine, et al, 2009). L'implication de l'organisation envers les employés agit sur leurs attitudes et leurs comportements professionnels. Lorsque les salariés constatent que le support organisationnel perçu est notable, ils perçoivent une obligation implicite à rendre ces marques de soutien par le travail dans une perspective de don et contre don.

Kottke et Sharafinski en 1988, dans un texte développant une opérationnalisation du soutien organisationnel, mettent en avant un concept voisin : *le soutien du superviseur*. Pour les salariés, Il est question des « *points de vue concernant la mesure dans laquelle les superviseurs valorisent leurs contributions et se préoccupent de leur bien-être* » (Kottke et Sharafinski, 1988, p. 700). Les deux définitions sont sensiblement identiques même si l'une est plus spécifique à la hiérarchie comparée à l'autre qui est plus englobante. Dans les recherches de Thoits (1985), une autre définition de la perception du soutien du superviseur est proposée : « *Les croyances des employés concernant la mesure dans laquelle les superviseurs fournissent*

une aide instrumentale (liée au travail) et émotionnelle. » (Thomas W.H & Kelly Sorensen, 2008, p. 244).

Dans les propos de nombreuses infirmières, on constate que le soutien apporté par les supérieurs est restreint voire inexistant.

« Le soutien ? S'il te plaît, mais de quel soutien parle-t-on ? Personne ne regarde vers nous. On a l'impression que les chefs nous méprisent. Moi personnellement, j'ai essayé d'expliquer la situation aux chefs, ici, J'ai ma mère à prendre en charge et j'habite loin. Parfois (Allah ghaleb) je ne peux pas arriver à l'heure. Je n'ai pas de voiture et sortir à 5 heures du matin c'est impossible, j'ai peur des agressions. Crois tu que je n'aimerais pas arriver à l'heure ou avoir une voiture ? Eux, ils sont bien payés mais ils ne réalisent pas que les gens n'ont pas les moyens. Crois tu qu'ils laisseraient leurs filles dehors le matin quand il fait encore noir ? Ensuite, on se demande comment rester honnête ici. On n'a pas de soutien, déjà que le travail est dur. En plus, on a des chefs qui ne l'apprécient pas à sa juste valeur » (Nawel, 26 ans, 3 ans EP).

Dans ce présent témoignage, on est face à la souffrance de certaines infirmières. Cette souffrance se mue en une déshumanisation envers les patients.

« Les chefs, ici, ne nous soutiennent pas. Je suis allée chez mon supérieur et je lui demandais de l'aide. Je lui ai demandé de nous ramener d'autres infirmières parce qu'on n'en peut plus. Je lui ai dit : quand un patient meurt en réanimation, je suis contente. (Silence) imagine, je suis censée l'aider mais moi je suis contente car je me dis un de moins. Ils m'ont regardé l'air surpris mais ils s'imaginent quoi ? On est dépassé. Quand, j'étais dans cette période, je ne me reconnaissais plus. Je n'arrivais pas à croire que j'ai changé à ce point. J'ai honte de le dire mais ce n'est pas uniquement de notre faute. On n'a aucun soutien ici. » (Soumia, 35 ans, 11 ans EP).

Le soutien des supérieurs a des effets modérateurs sur les sources de stress. Or, dans le discours infirmier, les supérieurs semblent avoir une connaissance restreinte des difficultés et du travail de leurs subordonnés. Ils n'apprécieraient pas les efforts accomplis à leur juste valeur. Cette méconnaissance est également la source des insuffisances concernant les conditions de travail notamment la charge de travail. Dans le cas des infirmières du service des urgences, on constate une forte demande de soutien des supérieurs. La souffrance au travail est consolidée par le manque de soutien perçu par les soignantes. Christophe Dejours(1998) opère une analogie entre les relations hiérarchiques et les « *bourreaux* ». Il évoque une « *banalisation du mal* ». La souffrance hiérarchique est également palpable dans le discours infirmier. Elle est générée par les supérieurs (Jean Ferrette, 2014). « *Les théoriciens du soutien organisationnel placent la réciprocité comme mécanisme de départ des relations interpersonnelles. L'ensemble des travaux relatifs à ce courant de recherche souligne l'importance de la prise en compte des attentes et des aspirations des salariés. Il met aussi au premier plan la norme de don-contre don entre les deux parties de l'échange* » (C. Ruiller, 2008, p 105).

Dans le même sujet, il existe de nombreuses études sur le rapport entre le soutien du supérieur hiérarchique et le conflit travail / famille (THOMAS et GANSTER, 1995 ; O'DRISCOLL & al, 2003). Ces études démontrent l'existence d'une relation conflictuelle entre ces deux éléments. Parmi ces recherches, certaines montrent le contrôle et le pouvoir de l'employeur ou du supérieur dans l'organisation de la vie quotidienne du salarié notamment à travers des questions d'horaires et de disponibilité au travail. (Caroline Ruiller, 2008) Concernant les types de soutiens susceptibles d'être dispensés au sein d'une organisation, (Saint Onge S. et al., 2000) désigne quatre formes de soutien :

Le *soutien émotionnel* se reflète dans un appui psychologique. Il implique de l'empathie de la part d'autrui et l'idée de "prendre soin". C'est également l'affirmation d'une aide et d'encouragement dans les moments difficiles.

Le *soutien évaluatif* concerne la réassurance sur les compétences professionnelles, *feedback*, reconnaissance du travail. Il s'agit d'un jugement professionnel du supérieur sur les salariés et leur travail.

Le *soutien informatif* comprend les informations données par le supérieur aux salariés et aux collaborateurs dans l'entreprise et les avantages octroyés par certains services. (Caroline Ruiller, 2008, p 98) écrit sur ce type de soutien qu'il consiste « à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et ses valeurs. Ces encouragements lui permettront de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute, lorsque cette personne craint que les exigences d'une situation n'excèdent pas ses ressources et ses capacités (surcharge de travail, conflit de rôle, épuisement professionnel...». Le soutien instrumental est en rapport avec la possibilité d'une aide matérielle (pécuniaire ou de biens) ou services comme l'aménagement des plannings. (Caroline Ruiller, 2008).

Ainsi, on constate l'existence d'effets du soutien sur le *burn out*. Dans les représentations des infirmières, le soutien organisationnel et surtout du supérieur devrait être présent contenu des efforts fournis dans le service des urgences. Le passage suivant expose les attentes de certaines infirmières en matière de soutien du supérieur.

« Quand, on est engagé dans ton travail, qu'on respecte les supérieurs, les malades, les collègues, on s'attend à un retour. On s'attend aussi à trouver de l'aide lorsqu'on en a besoin. Malheureusement, dans notre pays, ce n'est pas le cas. Parfois, j'ai des problèmes familiaux. Je demande un aménagement d'horaires juste pour une semaine. J'ai même pleuré dans le bureau de mes supérieurs. J'ai dévoilé ma vie privée en espérant qu'ils comprendraient. Parfois, ils m'aident d'autres fois non. Tu

sais quand tu vois que tu es seule à te battre, je veux dire entre le travail, ici, et les responsabilités dehors, tu t'éloignes de tout. Tu te sens vide de l'intérieur. Avec la famille (Allah Ghaleb), je ne peux pas démissionner mais, ici, je suis moins impliquée auprès des patients. Parfois, je suis en colère contre les médecins. On dirait qu'ils ne voient pas notre état ou qu'ils s'enfichent. Pas tous, mais une bonne partie. » (Noria, 29 ans, 8 ans).

Les infirmières mettent l'accent sur les deux formes de soutien dans leur demande. D'abord, le soutien instrumental dans l'aménagement des plannings. Ensuite, le soutien émotionnel dans le besoin d'empathie. Le manque d'écoute est mal vécu par les infirmières. Elles répondent par un manque d'implication dans l'organisation hospitalière engendrant également une distanciation entre membres de l'équipe soignante. *« Les relations avec la direction de l'hôpital sont empreintes d'incertitude et de manque de confiance. Les infirmières se sentent délaissées par la direction de l'hôpital. Les rares contacts sont marqués par une violence symbolique exercée sur elles. Les infirmières se considèrent exploitées par les dirigeants de l'hôpital. Il semble que ces deux pôles soient en opposition permanente. » (LAGRAA.I, 2010, p 91).*

Par ailleurs, le manque de réceptivité est expliqué par la différence des statuts professionnels entre les médecins et les infirmières et crée une banalisation de la souffrance des soignants. Ainsi, le soutien des supérieurs est réclamé dans des cas de difficultés à concilier les deux aspects de la vie (professionnel et familial). Lorsqu'il n'y a pas de réponse positive, cela engendre non seulement un désengagement de la part des soignants mais représente également une source de souffrance. Ici, les infirmières sont confrontées à leur image professionnelle renvoyée par leurs collègues. Le vide ressenti atteste du lien fort entre le soutien des supérieurs et le début d'un mal-être. Le vide émotionnel éprouvé par les soignants engendre le

désengagement envers les patients. Quand, l'organisation n'est pas à l'écoute, les infirmières se tournent vers le soutien des collègues et de leur famille.

2.3.3 L'aider des collègues et de leur famille

Le travail soignant au service des urgences comporte des particularités : le temps et rythme au travail. Il connaît des contraintes de rythme de travail assez variables et des horaires de travail atypiques⁴⁰. Ces caractéristiques font du milieu hospitalier un lieu de travail comportant un haut niveau d'épuisement professionnel (Macrez & Bonnet, 2004). Cependant, par le biais de ces aspects organisationnels, les infirmières élaborent des stratégies pour se relayer entre elles afin de bénéficier de moments de répit. Elles sont également l'occasion d'effectuer dans un contexte de travail des tâches au bénéfice de la famille : assister à des mariages, emmener les enfants chez médecin, s'occuper de tâches administratives pour la famille...etc. Cette organisation informelle entre soignants d'un même service est, certes basée sur le don et contre don, mais elle crée de la solidarité entre membres du service. Les remplacements entre les collègues semblent non seulement être un moyen de se préserver des risques psychosociaux au travail mais également un moyen de concilier vie de familiale et vie professionnelle. Ils prennent donc tout leur sens dans les moments difficiles.

Le passage suivant met en évidence l'importance de la solidarité entre collègues au travail.

« Tu sais, ce qui nous permet d'avancer, c'est l'esprit de famille et notre solidarité mutuelle. On s'aide mutuellement, on se remplace. J'en connais même qui ont la carte professionnelle de

⁴⁰ Sous forme de gardes.

leurs collègues ; elles pointent le matin à la place de leurs collègues parce qu'une est mariée et doit préparer ses enfants ; une autre habite plus loin et ainsi de suite. Si l'on ne fait pas cela, on n'arrivera jamais à bien travailler. Parfois, les chefs ferment les yeux. Tout dépend de la chance que l'on a. Bien sûr, entre nous, un jour c'est moi, un autre jour, c'est l'autre. On a tous besoins les uns des autres. Si on travaille avec des personnes qui ne sont pas solidaires. On est foutue. » (Rima, 33 ans, 12 ans).

Dans le témoignage suivant la vision de famille dans le service des urgences apparaît comme primordiale pour affronter les défis quotidiens.

« Je vois mes collègues comme les membres de ma famille. On s'entraide. On s'écoute dans les moments difficiles et je dirais que l'on est conscient de ce que l'autre traverse. Personne ne peut comprendre les problèmes des infirmiers mieux que leurs collègues. Quand, on voit un collègue qui est dépassé par le travail ou par les problèmes de l'extérieur, on ne peut pas rester insensible. On doit l'aider. On s'épaule chacun son tour. On a tous des problèmes ici, le travail, la famille, les enfants et c'est pour cela que l'on s'entraide. Il faut de la solidarité (silence.) Moi, j'aide mes collègues en parlant et en écoutant. Je sais qu'ils sont là si j'en ai besoin (silence). Je te parle d'ici et en dehors de l'hôpital. Si j'ai besoin d'eux dehors, ils seront présents que ce soit pour des problèmes d'argent, des soucis de famille ou d'autres problèmes...Ils sont là » (Houria, 28 ans, 6 ans EP).

Au service des urgences, les remplacements du personnel absent sont un procédé courant. Ils mettent en exergue le soutien social mis en place d'une manière informelle au sein de l'organisation. Les remplacements entre collègues dépendent, plus largement, « *de principes de gestion du personnel soignant propres aux logiques des établissements, de l'évolution des facteurs générant absences, mais aussi du rapport au travail et à l'emploi des agents.* »(S Divay, 2010, p 88). Dans le cas des infirmières du service des urgences, Les modalités de remplacement peuvent être temporaires

et ponctuelles. Elles agissent comme une protection entre collègues. Le soutien social agit comme modérateur sur les facteurs de stress d'ordre professionnel et familial⁴¹. Ainsi, face aux situations de travail exigeantes, un soignant envisagera les effets négatifs d'une manière moins isolée. Le soutien social représente un facteur notoire pour préserver la santé physique et mentale (Bozzini & Tessier, 1985). Il fait office de tampon entre les événements stressants et la santé. D'un point de vue sociologique, « *Le soutien social et l'aide mutuelle au travail s'associent au maintien de la santé psychologique au travail* » (C. Grenier, 2015, p08). Chaque infirmière dispose d'un réseau de soutien au travail (Vaux, 1988). Elle s'entoure de personnes susceptibles d'apporter une aide active (Barrera, 1986). Elle apparaît à la fois comme un processus et un résultat. En tant que processus, elle correspond à tout ce que les membres du groupe soignant réalisent ensemble dans l'objectif d'aide. En tant que résultat, elle met en avant le vécu des membres du groupe en conséquence de leur interaction particulière avec les autres (Steinberg Moyse, 2008 ; Celine Grenier, 2015).

Dans un registre adjacent, les thèmes de soutien social et de fatigue professionnelle apparaissent étroitement liés. Halbesleben (2006) présente l'effet bénéfique du soutien social sur les trois aspects de la fatigue professionnelle : épuisement, dépersonnalisation, non-accomplissement. Il est question de l'importance que le soutien des collègues revêt dans la protection contre le *burn-out*. Il serait plus efficace que le soutien extérieur ou hors travail. Karasek et Theorell (1990) offrent, eux aussi, une analyse pertinente sur sa conséquence positive et son effet écran lors de situations professionnelles difficiles. « *En effet, être impliqué, intégré, sentir que l'on peut compter sur certaines personnes en cas de besoin...peut être associé à*

⁴¹Le rapport entre la santé et le soutien social a été abordé sous l'angle de la santé physique et mentale (Uchino et al., 1996 ; Caron & Guay, 2005).

une meilleure santé... Ainsi, un faible soutien social au travail fut associé à une plus forte propension à souffrir d'épuisement professionnel » (C. Grenier, 2015, p33).

Ainsi, plus les exigences du travail sont grandes, plus le soutien social des collègues joue un rôle nécessaire dans la prévention contre la fatigue. Les relations fondées sur la confiance et la manifestation d'affects positifs formeraient un cadre important pour maintenir un équilibre et préserveraient les plus fragiles des risques psychosociaux. Les relations entre soignants sont, certes, importantes mais bien souvent insuffisantes face à certains cas de *Burn-out*. Ici, les infirmières s'orientent vers une aide professionnelle.

2.3.4 Cacher ma souffrance à ma famille

Le mal-être au travail est loin d'être considéré, ni même reconnu comme une maladie et les préjugés à l'égard des troubles de santé au travail perdurent. Par ailleurs, les problèmes de dépression, d'anxiété, de détresse psychologique, et de consommation accrue de médicaments à visée psychoactive sont parmi les troubles mentaux les plus fréquents dans le milieu du travail. Le *burn-out* semble également de plus en plus observé appelant à une assistance professionnelle. Il existe un certain tabou concernant la prise en charge de la souffrance au travail dans le service des urgences. Etre orienté vers des professionnels sous-entend dans les représentations sociales une certaine faiblesse. Le discours de certains soignants est dirigé vers la peur de stigmatisation dont ils feraient l'objet par les collègues et leur entourage. Certains soignants opèrent donc un travail d'autocensure au sujet de leur souffrance. En milieu professionnel et familial, le risque de rejet plane sur les infirmières.

La psychologue des urgences opère un travail auprès des soignants lors des pauses déjeunés et de son temps libre.

« Ici, beaucoup d'infirmiers souffrent de fatigue professionnelle. Ils viennent me voir et me demandent de prendre en charge un membre de leur famille et au fur et à mesure, je constate qu'ils sont là pour eux-mêmes et que le présumé malade n'est pas le proche mais, ce sont eux qui ont besoin de parler. Je propose de les orienter vers des collègues psychologues pour les aider. Certains acceptent, d'autres refusent. Il y a un certain tabou concernant les troubles psychosociaux au travail. Les personnes ne parlent pas de leur souffrance. Notre société pense que les psychologues ou les psychiatres sont pour les fous. Les soignants ne parlent pas de cela. C'est du domaine du "cacher". Ils n'en parlent pas autour d'eux. Beaucoup sont sous antidépresseurs mais ils n'en parlent pas. » La psychologue du service des urgences.

Les différentes situations au travail mettent en évidence les personnes plus exposées au stress que d'autres. Dès lors, l'étiquetage des infirmières stressées ou présentant un problème peut être observé. D'ailleurs, le stress professionnel n'est pas dévoilé ou rarement à l'entourage professionnel et familial. Marc Loriol (2010) souligne ce problème et constate que le simple fait de recourir à une aide professionnelle dans le domaine de la psychologie ou du domaine psychiatrique suffirait à perdre la confiance des collègues.

Ainsi, l'étiquetage social est à l'origine de la dissimulation de la souffrance. La dépréciation de l'autre mène à la stigmatisation. *« Il y a de la peur dans le discours infirmier sur ce stress. La peur est liée à l'éventualité d'être stigmatisée. L'exemple de leur collègue rend les infirmières anxieuses. Les calmants s'avèrent indispensables pour travailler dans les urgences. Cet état de fait défavorise de manière considérable la vie sociale en dehors de l'hôpital. »* (Lagraa I, 2011, p 67). La stigmatisation est un risque que

beaucoup de soignants préfèrent ne pas prendre. Elle comprend un aspect négatif tel que l'isolement et une constante remise en question des capacités du soignant stressé. « *L'étiquetage d'un individu (ou d'un service) comme stressé (ou à risque du point de vue du stress) est donc un mécanisme complexe, en partie informel, qui participe de la façon dont sont gérés les problèmes dans l'entreprise.* » (Marc Lorient, 2010, p119).

Au cours de l'enquête, on a observé un manque d'information concernant l'épuisement professionnel chez les infirmières. Elles emploient les termes de stress et de fatigue pour faire état de leurs souffrances et de celles de leurs collègues. L'autre terme employé pour qualifier un état de mal-être est la folie. Ce dernier semble le stade final dans la classification des infirmières. Cependant, pour certaines d'entre elles souffrir du stress au travail et également une manière de valoriser leurs pratiques soignantes. Elles évoquent la difficulté de distinguer stress professionnel et stress familial. Elles mettent en avant un mal-être global.

Dans le discours sur le stress professionnel et familial, cette infirmière évoque la confusion des deux maux.

« Pour dire la vérité parfois je reste perplexe concernant certains infirmiers d'ici et d'ailleurs. Ils ou elles parlent de stress et de travail, mais ils ne font rien. Tu les vois sortir des urgences ou des autres services ou ils sont là l'air ennuyé. On mélange tout. Certains se plaignent mais je ne comprends pas pourquoi. C'est une façon de dire qu'ils travaillent et que ce qu'ils font est dur. Mais, je ne crois pas qu'ils souffrent de stress. Parfois, ils ne sont pas bien au sein de leur famille et ont des problèmes ailleurs. Ils ramènent leurs problèmes avec eux. Ils sont distraits, nerveux, tristes et cela se ressent et se répercute sur leur travail. Cela crée des problèmes avec les patients et leurs familles et même avec les collègues. Donc, tout est mélangé. En Algérie, on est tous stressés le riche comme le pauvre, le travailleur comme le chômeur. Pourquoi crois-tu que tout le monde cherche à fuir le pays ? C'est général. » (Amel, 30ans, 8 ans EP)

Pour certaines infirmières, il existe une similitude entre stress professionnel et stress social. Ainsi, prétendre être stressé est une manière de valoriser sa pratique professionnelle. « *Pour les infirmières, parler de leur stress, mais aussi du burn-out, comme étant un risque propre à une profession pas comme les autres (« on travaille sur des êtres humains, tout de même, pas sur des boîtes de conserves ») est à la fois une façon d'exprimer un malaise et une forme de distinction d'autres catégories (médecins, aides-soignantes...).* La reconnaissance du stress ou du burn out est constitutive de l'identité professionnelle de certaines infirmières. » (M. Loriol, 2010, p 117). Elle témoigne à la fois de la complicité du métier et du dévouement des infirmières.

Dans la recherche sur le stress professionnel, Barley et Knight (1992)⁴² apportent un éclairage sur l'usage du terme stress par certains professionnels. Les résultats de cette recherche soulignent l'usage symbolique plus que référentiel du terme de stress professionnel. C'est particulièrement le cas des semi-professions « *c'est-à-dire des groupes professionnels qui, comme les instituteurs, les infirmières ou les travailleurs sociaux, ne sont, selon les études fonctionnalistes, que des réalisations très imparfaites du type-idéal des professions.* » (Chapoulie Jean-Michel, 1973, p97). Ces dernières sont en constante quête de légitimité. Ainsi, sociologiquement, il est possible d'aborder le stress en corrélation avec des revendications de métier. Ils mettent en avant leur difficulté et, de ce fait, leur souffrance dans un souci de reconnaissance de la pratique professionnelle et du métier.

Par ailleurs, il semble qu'insister sur cette souffrance soit également un moyen de se préserver des jugements des autres. Selon les dires de plusieurs infirmières, cette mise en lumière du stress est un moyen de pallier le

⁴² Les travaux de Barley et de Knight (1992) ont fait l'objet d'une synthèse par le sociologue français Marc Loriol dans un article publié en 2010 et intitulé : *La construction sociale du stress : entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés au travail.* Nouvelle revue de psychosociologie, 10,(2), 111-124.

manque de professionnalisme. Nombres d'entre elles ont insisté sur la nécessité de différencier les soignants souffrants réellement de stress des faux stressés. Selon elles, il existe une catégorie de soignants qui n'exercent pas de manière intègre mais mettent en avant un stress professionnel. Ces professionnels ont comme caractère commun l'ennui et la désinvolture lors de leur travail quotidien. Ces traits sont pour la plupart imputés aux nouveaux stagiaires.

Les infirmières soulignent la présence d'un mal-être social global. Pour certaines, le stress professionnel est seulement le résultat d'un mal vécu par la majorité des membres de la société. Elles intègrent la souffrance au travail comme une partie d'un problème à l'échelle macro-sociale. Dans cette optique, il s'agit de ne pas de différencier les deux thématiques du travail et hors travail. Ces dernières ne font plus qu'une. C'est une conception générale de la souffrance qui est diffuse. Pour certaines infirmières, ce mal-être se généralise indépendamment des statuts sociaux, des catégories professionnelles, du sexe ou de l'âge. De ce fait, la souffrance désignée par les infirmières est de l'ordre du psychosociale comme le résultat de l'interaction entre les faits psychologiques et les faits sociaux. Cette forme de souffrance révèle, selon Didier Fassin, d'« *une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société* » (Fassin, 2004, p9). La souffrance comme terme général impliquant toutes sortes de maux est devenue une clé de lecture des différents problèmes sociaux. Dans son ouvrage intitulé *Malaise dans la civilisation*, Sigmund Freud (1929) parle d'une souffrance d'origine sociale. Elle comprend les souffrances en lien avec le fonctionnement social des institutions où est « *liée la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'État et la société* » (Furtos, 2002, p.5). Cette souffrance semble la plus difficile à accepter par la personne concernée. Dans son ouvrage *La souffrance sociale: nouveau malaise dans la civilisation*, Marc-Henry Soulet (2007) présente cette forme de souffrance

« comme l'expression des fragilités individuelles nées de l'exigence sociale d'autonomie et de réalisation de soi dans une configuration sociétale qui n'offre pas la garantie de supports institutionnels et de protections formelles. » (Marc-Henry Soulet, 2007, p 11)

Ainsi, dans les représentations sociales des soignantes, le stress professionnel fait référence à de multiples interprétations dont une forme particulière de souffrance sociale générale. Autrement dit, la souffrance des infirmières n'est pas spécifique au travail soignant dans le service des urgences mais elle est l'expression d'un mal-être social. De la part de certains soignants, le stress professionnel apparaît seulement comme un moyen de légitimer une pratique professionnelle. Le *burn-out* devient également le justificatif d'épisodes d'absentéisme.

2.3.5 Le stress professionnel comme justificatif d'absentéisme

En raison des nouvelles formes d'organisation du travail et des pressions constantes⁴³ qu'elles exercent sur les salariés, ces derniers abordent des stratégies pour y faire face, notamment, par le biais de justificatifs d'absence. L'absentéisme comme thème sociologique connaît un engouement du fait de sa recrudescence dans les entreprises. Dans la littérature, il est abordé comme un concept global axé sur l'interprétation sociologique et psychosociologique. Par ailleurs, cette revue littéraire sur ce sujet a été largement développée par (Thébaud Annie & Lert France) en 1987 dans l'article à l'intitulé éloquent : *Absentéisme et santé. Une revue critique de la littérature.*

L'absentéisme renferme plusieurs interprétations et a besoin de diverses approches pour prendre sens. « *L'absentéisme dans le cadre des conditions*

⁴³ Ces pressions sont mises en place par l'entreprise pour être performante et donc compétitive.

d'adaptation de l'homme au mode de production industrielle, celui-ci étant considéré comme une institution sociale donnée comme telle. L'absentéisme est ici mis en relation avec des causes sociales » (Thébaud Annie & Lert France, 1987, p 11). Ces causes sociales sont d'ordre personnel ou professionnel (Jardillier & Bauduin, 1979). Concernant les premières raisons, (J. L. Rigal, 1979) évoque la condition féminine et les responsabilités maternelles comme des facteurs importants d'absentéisme. Dans l'approche professionnelle ou organisationnelle, la rotation du personnel est décrite comme cause d'absence au travail répétitif (Weiss D. & Sartin P., 1976).

Psychosociologique, les causes concernant les motifs, les motivations, l'attitude envers le travail ou le sens du travail sont également mis en lumière (Thébaud Annie & Lert France, 1987). Dans la même perspective, on retrouve des thèmes sous-jacents comme le niveau de satisfaction dans le travail (H. Philipsen ,1970), ou le refus de travail, le contenu et la désaffection du travail industriel (D. Linhart, 1976, 1978). Les recherches en ergonomie ont également donné un sens à l'absentéisme. *«La relation entre absentéisme et conditions de travail fait l'objet de monographies étudiant l'influence d'une condition de travail ou d'une dimension de l'organisation du travail sur l'absentéisme : les horaires, la responsabilité dans le travail, l'élargissement des tâches »* (Thébaud Annie & Lert France, 1987, p 11). Ainsi, les chercheurs associent les causes individuelles et l'impact de l'organisation du travail sur l'absentéisme. Le lien, résultant de ces deux éléments, représente un des indicateurs des dysfonctionnements structurels d'une institution ou d'une organisation.

Dans le cas des services des urgences, les infirmières évoquent des absences de leurs collègues. Ces absences à répétition sont qualifiées d'injustifiées par certaines, de nécessaires par d'autres à cause de la souffrance en travail. Dans ce cas, le mal-être est présenté comme justificatif pour les absences ;

tandis que pour d'autres, les événements sociaux tels que les mariages, les baptêmes, les anniversaires et autres célébrations sont incriminés. Ces événements n'étant pas impératifs, une question de conscience professionnelle est soulignée par certaines soignantes.

« Tu sais, il ne faut pas croire toutes les infirmières. Certaines utilisent la souffrance des autres. Il y en a qui constate que certains souffrent et en profitent. Ces infirmières n'ont pas peur. Par exemple, elles vont chez un neuropsychiatre se font délivrer un certificat médical. Il leur donne deux semaines de congé maladie, mais un épuisement ou une dépression ne se dissipent pas en deux semaines ; ce sont des mois de traitements. J'en connais qui se servent de cette souffrance pour assister à des mariages, d'autres sont allées en vacances. Une personne en souffrance n'ira pas chez le médecin directement, n'oublions pas que c'est tabou (Silence). Elles se font passer pour des malades et avec cela, elles en ont pour deux ans de tranquillité. Elles sont suivies par un médecin. De temps en temps, elles s'arrêtent de travailler, quand elles ont un événement familial » (Soumia, 35 ans, 11 ans).

Les impératifs familiaux sont la raison des stratégies d'absentéisme. Mises en pratique par de nombreuses infirmières, elles ne sont pas rares ou inhabituelles. Afin de faciliter leurs absences, certaines exagèreraient leur mal-être. La souffrance au travail, notamment le *burn-out* sert de justificatif à l'absentéisme. Ce comportement est qualifié d'attitude mensongère. Il perturbe le bon fonctionnement des soins. Sur ce constat, il est possible de lire : *« Le système productif beaucoup plus vulnérable à l'absence des travailleurs salariés puisque toute absence tend, en effet, à mettre en cause le fonctionnement global des unités de production »* (Thébaud Annie & Lert France, 1987, p 09). L'attitude mensongère concernant le phénomène de l'absentéisme est en quelque sorte une unité de mesure. Elle est le symptôme du dysfonctionnement du service des urgences et de son

organisation de travail. On recense d'autres éléments de ce dysfonctionnement comme la démotivation des salariés, une diminution des performances et, bien entendu, la souffrance au travail. Pour d'autres infirmières, l'organisation du service des urgences incite à adopter ces comportements désignés comme négatifs. En effet, le manque d'écoute et le manque de solidarité pousseraient à recourir à de telles pratiques. Autrement dit, ces absences fréquentes sont une réponse au manque d'écoute et de soutien. Sur le contournement des règles de travail se construisent les stratégies visant l'absence au travail.

Les infirmières dévoilent également la manière dont l'absentéisme et l'attitude du mensonge ont un impacte sur l'image sociale du métier.

« Parfois, quand je vois les agissements de certaines ici et même dans les autres services, je comprends pourquoi nous sommes rien dans notre société. J'ai vraiment honte. Quand, je vois des filles qui laissent les malades pour sortir acheter des choses pour leurs maisons, accuser des retards ou s'absenter pour partir à la plage alors que l'on a déjà du mal avec l'équipe au complet, je ne suis vraiment pas bien. Je me dis qu'elles n'ont aucune conscience. Il y a toujours deux groupes dans les services : celles qui se tuent au travail et celles qui s'enfichent, mais pour les patients et les visiteurs, il n'y a pas de différence. Tout le monde aimerait tout laisser tomber et partir. » (Houria, 28ans, 6 ans)

L'absentéisme est au cœur des préoccupations des infirmières. Il a un rapport direct avec leur image sociale et le professionnalisme du personnel soignant. Leurs inquiétudes sont d'ordre moral. Pour elles, ces comportements ne sont pas forcément une source de mal-être. Il s'agit d'une atteinte à la conscience professionnelle, qui se traduit par une « *souffrance éthique* »(D. Rolo ,2017). La généralisation de l'absentéisme au sein de l'hôpital prend de nombreuses formes : l'augmentation des arrêts maladie durant certaines périodes festives,

les réductions des délais entre deux arrêts de travail, leur répétition et les allongements des durées des absences. Loin de mettre en cause les absences occasionnellement pour se soigner de maux divers et coutumiers de la vie quotidienne, elles s'opposent aux absences sans justificatif sérieux. Contrairement à l'absence nécessaire pour " reprendre son souffle ". « *L'absence au travail qui vous libère de cette dépendance et de cette aliénation, et peut donc vous restituer cette dimension de santé que le travail vous avait reprise en vous obligeant à être autre chose que ce que vous êtes.* » (S. Dassa ,1992, p70).

Ainsi, les infirmières opèrent une distinction clairement établie entre les absences pour de raisons de plaisir ou pour des impératifs de santé (fatigue professionnelle). Les absences à répétitions sont une réponse au manque de soutien et d'écoute qui traduit un manque de reconnaissance et de valorisation de la pratique soignante.

2.3.6 Donner son salaire a son mari

Le besoin de reconnaissance semble être une composante essentielle de la vie professionnelle. Ce besoin touche toutes les catégories professionnelles même si certaines sont plus en demande que d'autres. Elle prend la forme de revendications salariales en même temps qu'une revalorisation des statuts. Cependant, on observe une autre forme de demande. Elle renferme un aspect individuel et personnel (Jean-Pierre Brun, 2008). La reconnaissance comporte une part de respect et la manifestation de la gratitude témoignée par l'autre.

Pour de nombreux chercheurs, la reconnaissance au travail revêt une part importante dans la compréhension de plusieurs thèmes telle que la fatigue professionnelle (Loriol, 2004). La reconnaissance au travail apparaît également à la fois comme source et moteur de motivation et de satisfaction

(Bourcier & Palobart, 1997). En outre, chez (M.O.W, 1987; Morin E. M., 1996), elle produit le sens du travail. « *En effet, elle opère comme agent de développement des personnes et comme liant et facteur dynamique dans les relations professionnelles. Elle se révèle également un pivot de la santé mentale au travail.* » (Brun, J. & Dugas, N. 2005, p 79). Selon Christophe Dejourn (1998), La reconnaissance donne sens à la souffrance dans le travail et la transforme en plaisir.

Par le biais de la rémunération, l'entreprise estime le niveau de compétence et de qualification ainsi que le travail fourni par ses salariés. De ce fait, si la rémunération est adéquate, elle crée un sentiment de reconnaissance.

D'un autre côté, le manque de reconnaissance est l'une des origines de la souffrance au travail. Il apparaît comme l'une des principales causes de stress exprimées par les salariés. Ainsi, lorsque l'individu souffre du manque de reconnaissance de ses collègues de travail ou de son entourage beaucoup d'émotions et de sentiments négatifs prennent place. Ces derniers aboutissent, vraisemblablement, à des comportements également négatifs comme du dégoût, de l'agressivité, du ressentiment, de l'irritabilité, de la susceptibilité et autres. Ces éléments conduisent au manque de motivation dans le travail. Bien souvent, cela conduit au *burn-out*.

Ainsi, le salaire est un aspect visible de reconnaissance dans le milieu professionnel. Or, le binôme travail-récompense n'est pas exclusivement en lien avec l'univers de travail salarié. Autrement dit la récompense d'une activité professionnelle peut être usurpée par une autre personne, par exemple dans l'entourage familial. Dans ce cas, le manque de reconnaissance prend progressivement un aspect d'injustice.

Les propos de certaines infirmières (mariées) expriment cette souffrance d'être non reconnues voire un sentiment très fort d'injustice.

« Pour les femmes aujourd'hui la vie est dure. Je travaille deux fois à la maison et ici. Je ne m'arrête jamais. Mais personne n'est reconnaissant. Mon mari et ma belle-mère pensent tous les deux que je suis à leurs dispositions. Ici, je suis à la disposition du patient et des médecins (silence). Je ne sais même pas pourquoi je travaille. Mon salaire ? (rire cynique) je ne le touche pas. Je ne plaisante pas. Je n'ai pas d'argent à moi. Le jour de la paye, je vais à la poste, je remplis le chèque. L'Agent de la poste me tend l'argent, mais mon mari le prend. Il le compte, le met dans sa poche et on sort de la poste. Je ne touche pas l'argent que je gagne avec ma sueur. Je dois lui demander de me donner un peu pour m'acheter des vêtements et des choses pour moi. Je suis une esclave dans ma maison et dans le travail. Personne ne me comprend ou ne m'écoute plus (pleurs). C'est pour mes enfants, que je supporte. Mais ce n'est pas une vie ». (Noria, 29 ans, 8 ans)

Ce discours est teinté d'un violent sentiment d'injustice subie dans deux domaines différents (travail et familial). L'appropriation du salaire par le mari a un effet négatif sur les motivations professionnelles. Elle représente une violence symbolique dans le cadre d'une relation asymétrique qui s'exprime dans les rapports de domination au sein du couple au quotidien. Il s'agit aussi d'un jugement posé par le mari sur la contribution de la femme dans la famille. Ainsi, on trouverait, l'origine du sentiment d'injustice en lien avec le domaine professionnel, dans une explication familiale. Dans une société patriarcale, certains maris disposent du salaire de leurs femmes. Cela traduit la thèse de D. Gherid (1955) selon laquelle le travail des femmes relève moins d'une décision individuelle de la femme que d'un projet de groupe. Dans ce cas, il existe une condition au travail de certaines femmes : *« Le Deuxième commandement : Tu aideras financièrement ta famille »*. (D. Gherid, 1995, p 38).

Certaines soignantes, par le statut de paramédical et celui de femme mariée, subissent une double domination par le médecin et par l'époux. Le manque de reconnaissance du mari a pour conséquence la dévalorisation de la femme qui produit un sentiment d'injustice et une remise en question du statut de salarié. La balance entre efforts au travail et récompense est en déséquilibre. Cet état n'est pas imputé à l'institution professionnelle mais à l'institution familiale. M. Loriol, (2014) écrit : « *Le modèle de Siegrist met en balance les efforts au travail (rythme, charge, interruption, heures supplémentaires, efforts physiques) et les retours que le salarié en retire (respect et soutien des collègues et des supérieurs, justice, perspective de carrière, sécurité de l'emploi, salaire, etc.). Le sentiment d'injustice conduit à épuiser l'envie de s'investir* » (M. Loriol, 2014, para 14). Selon Johannes Siegrist (1996), le travail assure des récompenses comme un accomplissement de l'estime de soi, sentiment d'auto-efficacité et de la reconnaissance aux travailleurs. Seulement quand, les efforts sont élevés et la reconnaissance est faible, cela conduit à une série de conséquences négatives sur les plans émotionnel et physiologique.

2.3.7 Conclusion

Les infirmières sont en forte demande d'écoute, de soutien et de reconnaissance sociale. L'expertise de ces éléments met en exergue les obstacles les empêchant de faire front à l'épuisement. Les soignantes élaborent des stratégies qui commencent par une sollicitation du soutien des supérieurs. Le manque de réceptivité, de ces derniers, obligent les infirmières à se diriger vers leurs collègues ou une aide professionnelle dans les cas extrêmes. L'importance du soutien et du regard de famille joue un rôle nécessaire dans la prévention contre la fatigue. Quand la famille n'est pas favorable envers l'infirmière, il s'ensuit une amplification de la souffrance et des conséquences négatives sur la santé mentale et physique.

**La deuxième partie : L'influence du
travail sur la vie privée**

3.1 Premier chapitre : Les Responsabilités hors travail et leur impact sur la fatigue du soignant

3.1.1 Introduction :

Ce chapitre présente les éléments en dehors de la sphère professionnelle qui agissent comme amplificateur de la souffrance au travail. Le repos est un élément important pour limiter le *burn-out*. Les congés annuels, les week-ends et autres temps hors travail représentent une rupture indispensable avec le monde professionnel. Nonobstant, les soignantes sont rapidement rattrapées par les obligations familiales. Il s'ensuit une augmentation des charges. Celles-ci entravent le repos tant désiré par les soignants. Ici encore, on constate les répercussions négatives sur le *Burn out*. Ce dernier est renforcé.

3.1.2 La famille m'accapare : les temps professionnels hors hôpital

Le temps professionnel représente toute période consacrée à une activité rémunérée et régulièrement exercée afin de gagner sa vie (Raphaël Lagarde, 2009). Dans le cas des métiers de soins hospitaliers, les soignants sont parfois sollicités en dehors des heures de travail. Les temps professionnels exercés hors hôpital peuvent prendre la forme de deux aspects : *«D'une part, il peut s'agir d'un travail en lien avec l'hôpital mais exercé hors de ses murs. Il peut s'agir d'une remise à jour des connaissances liées au métier ou au contexte général hospitalier, d'un travail de préparation de réunions ou d'animation, etc... D'autre part, il peut s'agir d'un travail sans lien avec l'hôpital comme une aide au conjoint, une activité rémunérée complémentaire, un travail dans un verger ou de réparation d'une habitation. »* (Raphaël LAGARDE, 2009, p17).

Il est possible d'affirmer que ce temps additionnel exige un effort physique et un travail d'attention. Ces efforts allongent les journées de travail directement. Il en résulte une augmentation de la fatigue des soignantes.

Dans le témoignage suivant, il est question de ce travail additionnel sollicité le plus souvent par l'entourage des infirmières. Il montre comment certaines se sentent accaparées par leur travail même en dehors des heures de travail.

« Souvent, il arrive que je sois appelée par mes proches pour voir un malade, un nouveau-né ou une vieille personne qui ne se sent pas bien. Ce sont les voisins, la famille, mes amies. Je les aide mais ils ne savent pas que c'est difficile. Quand on rentre du boulot ou quand on prend des jours de repos, la dernière chose dont on a besoin, c'est de travailler. C'est difficile de refuser. Bon, tu as leur bénédiction et ils prient pour toi, tu le fais au nom d'Allah, mais tu te sens rattrapée par ton travail. Une coupure, c'est tout ce qu'on désire une fois sortie de l'hôpital. La fatigue et le stress commencent par là aussi. On doit récupérer de nos

heures de travail et ne pas se déplacer pour faire ce que l'on a fait les dernières heures. » (Yasmin, 38ans ,16 ans)

Ou encore :

« Quand, je rentre du travail, on m'appelle parfois en urgence pour la famille. J'ai aussi ma mère qui est alitée. Je m'occupe d'elle. Ce n'est pas la même chose mais pas tout à fait différent non plus. Je dois prendre soin d'elle. J'ai à charge une vie et des responsabilités très lourdes. Quand, je veux me reposer j'ai une autre journée de travail qui m'attend, la maison et ma mère (pleurs) je suis fatiguée mais on n'a personne pour nous aider. C'est dur. Je fais tout pour qu'elle ne ressente pas ma peine, je lui souris et je ris avec elle mais ce n'est pas une vie. Je n'arrête pas de courir. La fatigue n'est pas seulement à l'hôpital parce que ce métier on doit le porter aussi ailleurs. On n'arrête pas de prendre soin des autres en dehors de l'hôpital. » (Houria, 28 ans, 6 ans EP).

Pour certaines infirmières, la séparation entre le travail et le chez-soi, entre le travail et le repos, peut-être une zone indéfinissable et floue. Les entretiens mettent en évidence le poids d'une activité soignante en dehors des heures de travail. Elle comprend une rétribution symbolique et la manifestation d'une reconnaissance. Elle comporte également une forme d'obligation morale puisqu'elles sont tenues de répondre aux sollicitations et de satisfaire aux besoins des membres de la famille si nécessaire. Cette forme d'aide est rarement rémunérée. Par ailleurs, cela n'empêche pas le besoin de rupture avec la pratique soignante. Cette séparation est essentielle pour récupérer du travail journalier, mais vise également à s'octroyer un temps personnel.

Ce travail additionnel a des conséquences sur la santé du soignant. Pour être plus précis, les fortes demandes psychologiques conjuguées aux contraintes au travail pèsent lourdement sur la santé et le bien-être des soignantes. Les

effets néfastes de l'allongement du temps de travail peuvent s'observer dans les aspects de la santé, la physiologie, le sommeil, la fatigue, la performance psychomotrice, le bien-être psychologique et enfin la vie familiale et sociale. Aussi, la question du repos et de la délimitation des sphères professionnelles et privée semble essentielle pour comprendre le *burn out* infirmier.

3.1.3 Le congé professionnel en prévision des problèmes familiaux

Le sujet de la souffrance au travail et à son interaction avec la vie privée est lié avec la variante du repos. Il est question, ici, de repos pris dans le cadre du congé annuel. Ce dernier apparaît comme une rupture avec le monde professionnel, essentiel pour reprendre des forces et renforcer les ressources nécessaires pour affronter une nouvelle période de travail. « *Les vacances se construisent principalement dans leur opposition au travail et à la vie quotidienne. Plus encore, la rupture dans l'espace et dans le temps apparaît comme une condition de possibilité du sentiment vacancier.* » ; nous dit (Périer Pierre, 1997, p 66). Les congés annuels sont souvent assimilés dans l'imaginaire collectif à la saison estivale. Peu d'études en sociologie se sont consacrées au temps des vacances et de leur incidence sur le développement du *burn-out*. Le temps de repos en période de congé s'avère insuffisant pour régler le problème de la souffrance au travail ; même si ces maux sont très souvent synonymes d'arrêts maladie de longue durée et de la difficulté de reprendre le travail.

Dans le cas des infirmières du service des urgences, les congés de fin d'année ne servent pas à récupérer. Ils sont l'occasion d'améliorer la vie famille ; d'abord, en apportant des agencements et rénovations dans la maison. Les vacances sont au service de la famille et non pour récupérer après une année de dur labeur.

Le témoignage suivant, nous éclaire sur les représentations sociales concernant les congés et la manière dont elles influencent et amplifient l'épuisement professionnel.

« Les gens, en Algérie, ont une conception très particulière des vacances. En Europe, les personnes prennent leur voiture et voyagent. Dans notre cas, nous restons à la maison. On fait le grand ménage ou pire encore on rénove la cuisine et la salle de bain. Résultat, on ne se repose pas. On est encore plus fatiguée et on a hâte de reprendre le travail. On vit pour le paraître. Je connais d'autres infirmières qui prennent leur congé pendant le mois de ramadan pour cuisiner à leur mari et à leur belle-famille. Comment veux-tu qu'elles travaillent normalement le reste de l'année ? On a l'impression que notre vie ne nous appartient pas. Elle est aux autres. Ce n'est pas humain d'être tout le temps à la solde des autres : maris, enfants, parents, beaux parents, patients, famille de patients, médecins et j'en passe. Ensuite, cela a des répercussions sur le travail avec les malades, si tu n'es pas reposée et prête à travailler, tu vas être très vite dépassée. C'est un cercle vicieux. » (Yasmin, 38ans, 16 ans).

Les congés sont l'occasion de s'occuper de la famille. Certaines infirmières profitent des congés pour réaliser des activités afin d'améliorer le confort de leur famille. Cet investissement amplifie la fatigue déjà accumulée. D'ailleurs, elles évoquent un cercle sans fin d'obligations.

Les congés sont loin de marquer une rupture avec le travail ; ce dernier prend, seulement, la forme d'un travail non rémunéré. Elles rendent le repos très sommaire ce qui accroît la fatigue morale et physique et donc le *burn out*. Il en résulte une inaptitude à répondre efficacement aux attentes du travail soignant. Pour Marc Loriol, 2000, il apparaît important de différencier une fatigue « normale » d'une mauvaise fatigue. A ce sujet, on peut lire : « Une distinction revient toujours, plus ou moins nettement, entre une fatigue normale, ou « bonne fatigue », que l'individu doit pouvoir

recupérer seul par le repos et une fatigue pathologique, ou « mauvaise fatigue », que le professionnel (médecin, psychologue) peut définir et éventuellement traiter. » (Marc Lorient, 2000, p 07). Les infirmières sont prises dans les responsabilités familiales. En réalité, là où le temps de repos est censé permettre une récupération et du recul vis-à-vis du travail, il accentue la fatigue de certains salariés. La confusion des rôles, également, ne fait que renforcer les risques d'épuisement physique et moral.

Ainsi, la sphère privée contribue peu ou prou au renforcement de la fatigue au travail. Le temps hors-travail permet de compenser les absences et de faire preuve de la même infaillibilité que dans l'espace professionnel. Très fréquemment, les soignantes (mariées) s'engagent dans des activités éducatives et domestiques, ceci en période de congé annuel et également pendant les week-ends. La disparité des occupations et le temps de repos entre les sexes est perceptible au service des urgences. Là où, les infirmiers parlent de sorties avec les amis (plages, terrasses de café, sports tels que le football ou la pétanque), les femmes ont tendance à privilégier les activités à domicile. Ces activités sont plus de l'ordre de l'obligation que de la détente ou du plaisir. Il s'agit bien d'une tendance à manquer de temps de repos qui se conjugue plus au féminin qu'au masculin.

Le passage suivant met en exergue cette différence entre le repos des infirmières et des infirmiers pendant les week-ends et les congés annuels.

« Je ne sors jamais sans l'autorisation de mon mari ou de ma belle-mère. D'ailleurs, pour eux, le travail fait figure de sortie. Le fait de travailler compense largement les sorties en famille ou chez mes parents. Les week-ends et les vacances sont consacrés à la maison. Je fais le ménage à fond, je regarde la télévision, si je peux, je fais des gâteaux. Donc finalement, je travaille également en période de repos. Je n'ai pas du temps à moi pour aller au

hammam⁴⁴ ou chez mes parents. D'ailleurs, je dois demander l'autorisation à mon mari ou à ma belle-mère, comme je l'ai dit. C'est ma vie, je ne peux rien faire. (Un long silence) mon mari travaille également mais quand il rentre de son travail, il se repose, rejoint ses amis au café du quartier. Il revient la nuit pour manger et regarder la télévision. Ce n'est pas la même chose. »(Noria, 29 ans, 8 ans).

Le discours des infirmières est dirigé vers les tâches domestiques et des préoccupations orientées vers les enfants en comparaison des infirmiers. Les activités dans la maison sont définies sur la base du genre. Certaines activités, comme les sorties, le sport, ou rendre visite à des amis sont développées de manière inégales entre les hommes et les femmes.(Dominique Meda & Renaud Orain, 2002). Dans ce sens, on note clairement une distinction sexuée de l'espace et la dimension temporelle. Alors que les conjoints investissent l'espace public et disposent de temps de loisir et de détente, certaines femmes sont confinées dans l'espace domestique ; le temps dont elles disposent pour leurs plaisirs personnels est réduit. Ainsi, on observe une division asymétrique du temps parental entre les hommes et les femmes. Cette prise en charge et cette forte implication dans le domaine privé renforcent la thèse selon laquelle les exigences de la vie familiale, en Algérie, amplifient la fatigue chronique (*burn out*) vécue dans le domaine professionnel. Une phase de repos non consommée prive la soignante de sa phase de récupération nécessaire pour atténuer les effets du *burn-out*. Cette réalité est d'autant plus vraie quand, il s'agit de la double journée de travail évoquée au féminin.

⁴⁴ Bain publique.

3.1.4 La deuxième journée de travail

Dans le contexte actuel, le travail au féminin est un objet d'étude attrayant pour les chercheurs en sciences humaines et sociales. En effet aujourd'hui, les femmes s'engagent de plus en plus, dans diverses activités : professionnelle, familiale, de loisirs ou d'intérêts publics. Cet investissement accru entraîne un partage entre différents temps notamment le temps au travail et le temps familial. Cela pose souvent la question de l'aspect conflictuel entre les deux domaines. Ainsi, il semble important de comprendre la manière dont les femmes gèrent au quotidien l'ensemble des exigences du travail domestique, éducatif et celles du travail salarié avec tous ce qu'il comporte comme stress et fatigue morale et physique. Ici, la double journée de travail est révélatrice de difficultés vécues au quotidien. Elle sous-entend les questions de la division sexuelle du travail et la question de la dévalorisation du travail invisible.

Le double travail des femmes est un thème déjà abordé par la sociologie du genre, de la famille et la sociologie du travail. Dans cette dernière discipline, un parallèle est analysé entre la double journée de travail domestique non rémunéré et celle du travail professionnel rémunéré. Ce parallèle correspond entre autres à la division industrielle du travail et la division sexuelle des tâches au sein de la famille.

Lors de l'évocation de leurs difficultés à concilier responsabilités familiales et professionnelles et les répercussions sur leurs santé, les infirmières ont mis en évidence l'épreuve du travail domestique. Concernant les infirmiers, ils évoquent leurs avantages à bénéficier de repos en sortant du travail.

« Je suppose que c'est plus difficile pour les infirmières que pour les infirmiers. Mais la place de la femme est à la maison à s'occuper de sa famille, de ses enfants et de son mari ; elle n'est pas ici, même si elles sont de très bonnes infirmières. Si la femme veut travailler, elle doit l'assumer et ne pas se plaindre et dire que j'ai aussi le ménage, la cuisine et les enfants dont je dois

m'occuper. Les temps sont durs et je comprends que les femmes doivent travailler mais leurs responsabilités est avant tout envers la famille. » (Adam, 51 ans, 25 ans).

Le discours des infirmiers sur les responsabilités et le travail domestique des femmes oscille entre compassion et détachement. À propos des pratiques de conciliation, ils reconnaissent la part importante effectuée par les femmes dans la gestion de la vie familiale et domestique. Cependant, il y a une constante référence à la place occupée traditionnellement par les femmes au sein de la famille. Cette place permet de caractériser assez finement le rôle de la femme dans l'espace domestique et l'organisation du travail dans la maison. *« la manière dont les femmes racontent leurs pratiques de « conciliation travail-famille » constitue un indicateur empirique assez fiable de leur positionnement – objectif et subjectif – par rapport au système dominant du genre. »*, nous fait remarquer (Nathalie Lapeyre & Nicky Le Feuvre, 2004, p 43)

Concernant la double journée de travail et la fatigue liée au travail, cette infirmière dit :

« Les femmes travaillent deux fois plus que les hommes. Quand, je rentre du travail, j'ai un deuxième travail qui m'attend. Parfois, je travaille à la maison d'une manière automatique, je ne vois pas le temps passer. Je n'ai pas conscience de ce que je fais. Je n'ai pas le temps d'analyser ma journée, si tu veux. Je n'ai pas le temps de réfléchir ou de m'occuper de moi. Mais, je dois tout prévoir à l'avance les repas, les tâches domestiques. Ce qui me touche ce n'est pas le stress au travail comme tu dis mais c'est d'avoir deux temps de travail, c'est d'être à la fois mère, épouse et d'être soignante dans un service comme celui-ci. On est d'abord fatiguée moralement. J'ai l'impression qu'on ne vit pas, on passe à côté de la vie. Les journées passent et se ressemblent. » (Aïcha, 48ans, 17ans EP).

Que ce soit dans l'espace domestique ou professionnel, l'emploi du temps des femmes salariées au service des urgences est dominé par un rythme effréné. Les femmes, conjointes et mères, qui ont une vie professionnelle doivent satisfaire les exigences d'une pratique de soin dans un service qualifié de difficile et d'atypique, et les exigences du travail domestique au sein du foyer. Celles-ci contribuent à assurer le bien-être des membres de la famille (F. Boufenik, 1998). Ainsi, « *La femme a été longtemps soumise aux horaires des autres membres de la famille, elle a la tâche de se conformer à l'idéal de la disponibilité féminine, elle a mené la difficile gestion des temps professionnels et domestiques...* » (Pierre Moisset, 2001, p71)

Pour De singly, (1987), les femmes salariées opèrent la difficile « *gestion ordinaire de la vie en deux* ». Le résultat est une remise en cause et un chevauchement de leurs trois temps de vie : temps libre, temps familial et temps professionnel. (Anne Marie Devreux, 1983) partage également l'idée selon laquelle : en conséquence de l'intensité de leur rythme d'alternance et de l'énergie déployée dans les deux domaines, il subsiste peu de moments libres pour soi, pour les femmes. Ces dernières ont la charge d'époux ou d'enfants et sont reléguées au rôle de gestion des besoins d'autrui. D'ailleurs, dans son analyse, elle associe le temps libre aux hommes.

Ces doubles journées astreintes aux travailleuses sont à la longue une source de mal-être existentiel. Pour François De Singly, (1996), la « disponibilité familiale » de la femme est une source de souffrance se développant comme le résultat d'un stress chronique. Pour Amy S. Wharton, 2004, certains profils de femmes, particulièrement celles qui, travaillent dans le secteur des services, et par conséquent en constante relation avec les autres, appréhendent les demandes interpersonnelles issues de leur travail et de leur famille dans une optique de conflit plutôt que de continuité. La vie familiale s'avère autant stressante que la vie professionnelle. D'ailleurs, de

nombreuses études, notamment celle de Liliane Holstein (2014), évoquent le *burn-out* parental ou maternel⁴⁵. Il est défini comme « *un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de stressseurs [facteurs de stress] variés, caractérisés par une intensité modérée et un aspect chronique et répétitif* » (Violaine Guéritault, 2004, p. 27). Les infirmières des services des urgences sont des victimes potentielles de ces maux. Lorsqu'elles sont soumises à un stress répété et à un excès de sollicitations physiques, émotionnelles et cognitives, au point d'être épuisées physiquement mais surtout psychologiquement, la souffrance devient une réalité. Cet état est d'autant plus difficile à gérer quand il est partagé dans les deux domaines professionnels et privés.

3.1.5 L'organisation de la maison en fonction du travail

Concernant l'équilibre et la gestion des activités au travail et au domicile, la deuxième journée de travail n'est pas seulement incluse dans l'emploi du temps journalier ; elle se dessine également lors des fins de semaine et des journées en alternance⁴⁶. Dans ces cas, le temps libre est dédié soit aux impératifs familiaux soit au repos. Au service des urgences, les infirmières privilégient le travail en journée de 12 heures. Elles exposent leur préférence pour cet horaire car elles ne travaillent pas une journée sur deux. Pour les infirmières, la disponibilité envers leurs familles et la gestion des impératifs familiaux sont des variables déterminantes du choix des dispositifs d'horaires professionnels. Ainsi, l'orientation vers des journées de

⁴⁵Le *burn-out* parental : épuisement physique et psychologique d'un parent.

⁴⁶Lorsqu'il s'agit de travail de garde au service des urgences.

travail en alternance trouve son origine dans le souci de concilier la vie professionnelle et familiale.

Ce choix est souligné dans les propos suivants :

« Je préfère travailler un jour sur deux pour m'occuper de ma famille. Pendant les journées de repos, je m'occupe des questions administratives, des enfants, du ménage. Je reste toujours active. Moi, je n'appelle pas cela journée de repos car enfin de comptes, on ne se repose pas vraiment. Par contre, prendre du recul vis-à-vis de l'hôpital est indispensable. Pour ainsi dire, pendant ces journées, on rattrape notre absence de la maison lors des journées précédentes et en prévoyant les suivantes. Je dirais que parce que l'on est des femmes qui travaillent, on n'a encore moins le droit à l'erreur concernant nos enfants. On doit être présente encore davantage pour eux. » (Khadija, 32 ans, 10 ans EP).

La journée de repos semble davantage représenter une journée de coupure avec l'hôpital qu'une journée de détente. Par ailleurs, elle fait office de journée de compensation des insuffisances. Autrement dit, elle est pensée dans une logique de familialisme. (Rosa H., 2010) souligne que ces journées sont l'occasion d'en faire davantage. Ainsi, loin d'être une journée de repos, ce temps libre des obligations professionnelles est consacré à la densification des tâches et une logique de l'accélération au profit de la sphère familiale.

Pour les soignantes, l'intensification des activités pendant la journée de repos est justifiée par l'importance de leur présence auprès des enfants. Le rôle maternel est au cœur des préoccupations des soignantes mères. Fanny Vincent (2014) pose le même constat. Dans une recherche ethnographique dans les services de plusieurs hôpitaux, elle remarque que les préoccupations et le choix des infirmières (mères) lors de la journée de repos sont dirigés essentiellement vers l'enfant. *« La maternité est un des marqueurs les plus*

discriminants dans l'usage de ces « jours de repos ». Passer du temps avec ses enfants est un argument qui revient régulièrement dans la bouche des soignantes, engagées dans le 12 heures parmi lesquelles de nombreuses sont mères. Si elles conçoivent la révision ne pas voir leurs enfants pendant les jours où elles travaillent, les jours de repos qui suivent dégagent de grandes plages horaires qui donnent la sensation de pouvoir pleinement profiter de ses enfants. » (Fanny Vincent, 2014, para 33) Suivant cette logique, au nom du bien-être de l'enfant, la disponibilité maternelle de manière continue est présentée comme essentielle (Dauphin, 2012). La notion de « bien-être de l'enfant » est un référentiel dans le familialisme algérien. Cela laisse un temps limité pour les mères afin de se reposer. La conséquence est une aggravation des troubles vécus par les femmes actives notamment le *burn out*. En effet, les femmes accaparées par les responsabilités parentales et les préoccupations professionnelles ont plus de mal à s'octroyer du temps pour elles, rendant la récupération de leurs ressources et leurs forces de travail très difficiles.

Pour approfondir encore plus cette analyse, il est également possible de se référer à l'image de l'individu faisant l'« *expérience négative de la liberté* » (Castel, 1995). Dans cette optique, les individus sont constamment dans le dévouement envers les membres de la famille en payant de leur personne. Les charges domestique et familiale qui leur incombent à gérer et qu'elles intériorisent rend l'accès à l'individualité et à la liberté promise par la journée de repos inaccessible (Fanny Vincent, 2014). La double journée de travail associée à la journée de repos dédiée à l'autre produit de la souffrance qui s'exprime dans une fatigue physique et morale (Méda, 2001). Celle-ci s'articule et renforce le *burn-out*. Se pose maintenant la question du repos des infirmières célibataires, car ces dernières n'ont, pour la plupart, ni enfant à charge ni époux.

3.1.6 Désengagement envers les responsabilités domestiques

Les responsabilités domestiques sont pensées différemment d'une femme à une autre. En effet, elles entretiennent des rapports distincts à la deuxième journée de travail. Cela s'applique d'autant plus pour les femmes en couple, chacune a des représentations en fonction de leur idéal conjugal et de la conception qu'elles construisent de leur rôle (De Singly, 1987 cité par P.Moisset, 2001).

Dans le cas des infirmières du service des urgences, on constate une forme de désengagement de la part de certaines infirmières célibataires envers le travail domestique. La nature pénible de leur métier justifierait une dispense de la double journée de travail. Notons que ce désengagement est approuvé par la famille des infirmières. Récupérer du domaine professionnel et de la pratique soignante au service des urgences est encouragé par les proches.

Dans le témoignage suivant, la mère d'une des infirmières évoque la dispense du travail domestique :

« Moi, je laisse ma fille travailler le moins possible à la maison. Quand, elle revient d'une journée de travail, elle ne peut même pas parler à cause de la fatigue. Elle est aussi très nerveuse. Je la laisse tranquille. Le travail à la maison, c'est sa sœur ou moi qui le faisons. Parfois, quand elle se sent bien, elle nous aide mais je ne veux pas qu'elle se fatigue aussi à la maison. La pauvre, parfois en revenant du travail, elle va faire ses prières et s'endort aussitôt. Je lui dis tant que tu es dans la maison de ton père, tu peux te permettre de ne pas participer au ménage et faire la cuisine. Mais, une fois mariée, tu n'auras plus le choix. Alors, on l'a déchargé des tâches ménagères un peu. »

Ainsi, on observe chez les femmes célibataires salariées un dégagement des charges domestiques et une occasion pour pouvoir se reposer. Pour

Christine Delphy (2003), le temps du travail domestique se modifie en fonction de différents éléments dont le sexe et le statut matrimonial. Deux variations sont observables :

« La première est une différence due au sexe : les femmes célibataires font plus de travail ménager que les hommes célibataires. La deuxième est due au mariage ; pas au mariage seul, cependant, mais au croisement du statut matrimonial avec le sexe. Dès que deux personnes de sexes différents se mettent en couple, la quantité de travail ménager fait par l'homme diminue tandis que la quantité de travail ménager fait par la femme augmente... Quand une femme se met en couple, elle fait en moyenne une heure de travail ménager de plus que lorsqu'elle était célibataire. La femme perd à peu près exactement ce que l'homme gagne, dès la mise en ménage et avant l'arrivée d'enfants. » (Christine Delphy, 2003, p51).

La solidarité envers la jeune fille est souvent à l'initiative de la mère. Cette dernière dans le souci du bien-être de sa fille, prendra la décision de la soustraire aux tâches ménagères. Cette initiative se déploie comme un frein dans la préservation face aux risques de fatigue (Laurie kirouak, 2012). En effet, elle facilite la récupération. Elle rend également la conciliation des deux domaines professionnels et familiaux moins conflictuelle, les activités domestiques n'influencent pas ou peu le temps libre. Elle parvient à restreindre l'ampleur de l'emprise de la vie familiale sur la jeune fille salariée.

La solidarité de la belle-mère envers la belle-fille semble moins présente. Les tâches domestiques sont reléguées à la belle-fille par la belle-mère dans le souci de toujours réserver sa propre fille.

Dans le discours suivant, il est possible de constater comment la division des tâches au sein de la famille, loin d'être avantageuse pour les femmes salariées, agit comme amplificateur de stress et du *burn out*.

« Je gère toute la maison : le ménage et la cuisine. Mes belles sœurs travaillent également dans diverses branches, mais tout le travail de la maison est sur mon dos sans oublier l'éducation de mes enfants. Elles pensent que je suis ici pour les servir. Pour éviter les problèmes, je ne dis rien. Parfois, j'ai hâte de revenir travailler. Mon travail est mon échappatoire. Entre le stress d'ici et celui de ma vie familiale, je préfère mille fois plus celui les urgences et crois-moi ici, ce n'est pas le paradis. » (Khadija, 32 ans, 10 ans).

La solidarité au sein de la famille semble être différenciée entre ses membres. La belle-mère prend le parti de ses filles. Les tâches domestiques sont, de ce fait, sous la responsabilité d'une personne. Ce phénomène témoigne du souhait d'imposer une domination (Lahouari Addi,2004).

Dans notre contexte d'analyse, cette domination subie par la belle-fille augmente le sentiment de désarroi. Pour certaines infirmières, leurs maux sont moins d'ordre professionnel que familial. En effet, le malaise vécu au sein de la famille tend à minimiser l'aspect pénible du travail soignant au service des urgences. Loin d'être un frein au stress et au surmenage professionnel, l'inverse tend à se produire. L'individu s'oriente vers l'extérieur notamment vers la sphère professionnelle pour se préserver. D'ailleurs, il est possible d'affirmer que les femmes ressentent davantage de stress que les hommes en tentant de conjuguer, voire d'intégrer, leurs

responsabilités professionnelles et personnelles (Elmustapha Najem & Diane-Gabrielle Tremblay, 2010).⁴⁷

⁴⁷Dans l'article, il est fait mention d'une enquête à ce sujet. La Conférence Board du Canada 1999a mené une enquête sur le travail et la vie personnelle..Selon cette enquête, « *Près du quart des femmes interrogées (24 %) signalent « beaucoup » de stress dû aux problèmes professionnels et personnels, comparativement à un dixième des hommes (10 %). Cependant, les hommes sont aussi nombreux que les femmes à indiquer des niveaux de stress modérés : 30 % des hommes sont modérément stressés par les problèmes professionnels et personnels, comparativement à 28 % des femmes interrogées.* » (MacBride-King, & Bachmann, 1999 cité par Elmustapha Najem & Diane-Gabrielle Tremblay, 2010, para 09).

3.1.7 Conclusion :

La thématique du temps aide à comprendre les chevauchements des deux sphères. Il existe un flou concernant le temps professionnel et le temps personnel. Les soignantes ont du mal à récupérer durant les temps de repos. Les responsabilités familiales accaparent les soignantes durant ce temps libre. Cela crée un alourdissement des tâches qui loin de freiner ou faire office de contrepoids la sphère hors travail amplifie et renforce le *burn-out*. En parallèle, la sphère professionnelle, de part ces exigences, perturbe l'organisation de la vie sociale des infirmières. Il s'ensuit des efforts de la part de celles-ci pour limiter l'immixtion du travail.

3.2 Deuxième chapitre : l'immixtion du travail dans la vie familiale/personnelle

3.2.1 Introduction

Ce chapitre met en exergue l'immixtion du travail dans la vie familiale/personnelle. Il en résulte des difficultés dans la vie sociale et la santé mentale des soignantes. Ici, il s'agit d'analyser l'incidence de cette immixtion sur le *burn-out* des salariés. Les efforts sont constamment fournis par les soignantes pour limiter les répercussions du *Burn out* sur la vie sociale et conjugale. Il en découle une difficile gestion des activités et de la charge émotionnelle propre à la pratique soignante. En somme, il est question des perturbations familiales et sociales provoquées par la pratique soignante. Ces perturbations représentent un poids qui amplifie, à son tour, les effets négatifs sur les plans psychologique et physiologiques.

3.2.2 Dormir pour aller travailler

Le système horaire de 12 heures comprend davantage de jours non travaillés sur un cycle d'un mois. D'ailleurs, la présence en continue sur le lieu de travail requiert une période de mise à distance pour se préserver du stress et de la fatigue professionnelle. Les infirmières sont confrontées à une charge de travail plus lourde, nonobstant l'allongement, en parallèle, des temps de repos est plus long. Ce dernier semble nécessaire pour récupérer de la fatigue du travail continu. La souffrance au travail peut avoir des conséquences désastreuses sur différents niveaux. *« Le conflit auquel le travailleur est confronté génère un stress important qui, selon les possibilités qu'il a ou non d'y faire face (« coping »), aura des conséquences plus ou moins importantes sur la santé, le sommeil et la fatigue, la charge de travail, l'activité collective de l'équipe d'opérateurs et les compétences individuelles, la vie sociale et familiale, la satisfaction au travail, la fiabilité et la productivité. »* (Madeleine Bourdouxhe & al, 2001, p11).

Les contraintes et les difficultés liées aux deux domaines privé et professionnel apparaissent indispensables pour comprendre le stress chronique chez les infirmières. L'interférence du travail sur la vie familiale/personnelle n'est pas toujours vécue d'une manière sereine. Une de ses conséquences est l'appauvrissement des échanges dans la vie de famille et dans la vie sociale. Il constitue le thème des plaintes les plus fréquemment rapportées par les travailleurs postés. (Madeleine Bourdouxhe & al, 2001). Dans cette perspective, le temps social aide à constater les aspects participants à l'épanouissement des infirmières dans le temps hors travail. *« Le temps social peut se définir comme le temps que l'agent consacre à des activités sociales. Sont considérés ici les temps où le soignant est avec des personnes qui ne lui sont pas familialement liées. Ses activités sont très variées ; nous pouvons néanmoins distinguer le bénévolat,*

l'investissement ou la participation à une association à visée culturelle, sociale, sportive ou autre, à un parti politique, à un organe d'administration d'une commune ou d'un établissement, etc... » (Raphaël LAGARDE, 2009, p11).

Au vu des dires de certaines infirmières, le temps social est limité voire inexistant.

« Je ne sors pas les jours de repos ou très rarement. J'aime rester à la maison, tranquillement. Je trouve que pour me reposer après ma garde, il est indispensable de rester à la maison au calme. Tu vois parfois, je ne supporte pas d'être dehors avec beaucoup de personnes. J'aime être seule dans mon coin. Je n'ai pas de vie sociale. C'est en partie à cause de mon travail. Je suis tout le temps avec les patients, leurs familles, les médecins...etc. J'ai besoin d'être seule ou en famille. Je trouve que c'est beaucoup. Mais je ne suis pas toute seule dans ce cas. Ce sont des infirmières, généralement, pas toutes nouvelles mais pas anciennes non plus. Elles ont besoin de calme et de tranquillité. Pendant leurs journées de repos, elles dorment ou regardent la télévision. Cela est surtout pour les filles qui travaillent aux urgences et sont en contact perpétuel avec les malades ou leurs familles. Celles qui travaillent en réanimation sont plus sociables (sourire). »(Samira,26 ans, 4 ans).

Un des facteurs d'une vie sociale appauvrie trouve son explication dans le contenu relationnel de la pratique soignante. Le repos et l'isolement sont essentiels pour évacuer les tensions produites par les relations professionnelles. Cela peut s'expliquer par un sentiment de stress au travail nécessitant plus une distraction mentale qu'un défoulement physique, d'ailleurs peu nécessaire au vue des pratiques professionnelles. (Raphaël LAGARDE, 2009).

Il s'agit ici de prendre en compte le temps que le soignant emploie pour lui-même et ce de manière solitaire. La personne désire libérer un temps pour se recentrer et prendre soin d'elle-même, C'est un temps individuel.

Les problèmes de sommeil, la fatigue et la difficulté à récupérer constituent aussi les principaux inconvénients des horaires de travail atypiques associés à un travail soignant prenant. Ce sont les effets les plus manifestes des exigences du travail hospitalier chez un grand nombre d'infirmières. La solution à cette forme de lassitude est donc de prendre un temps individuel particulièrement pour dormir. Le sommeil est perturbé et réduit en quantité et en qualité. Les infirmières sont fatiguées; durant leurs périodes de travail et le temps social. Les problèmes de sommeil et la fatigue deviennent chroniques.

Pour d'autres infirmières, les jours de repos sont indispensables pour une mise à distance de la souffrance présente à l'hôpital. Ainsi, une vie sociale occupée est nécessaire et fait office de frein contre la fatigue et la souffrance en lien avec le travail.

« On trouve des femmes qui travaillent et qui s'occupent de leur famille, mais tant qu'on n'est pas mariée, tu auras l'occasion de sortir de s'amuser mais quand une fille se marie, cela change. A la limite, elle sera invitée à des événements familiaux et dormira le week-end chez sa mère. Moi, je sors avec mes amies, on sort prendre un café, faire du shopping, du sport. C'est essentiel, si tu savais ce que nous voyions ici. La mort au quotidien est très difficile à gérer. Il y a la pauvreté et les injustices. Ce n'est pas seulement les problèmes de santé que l'on traite mais la souffrance des gens en général. Si l'on ne se coupe pas de cette atmosphère et on ne diversifie pas les activités, on pensera toujours à l'hôpital et à ceux que l'on y laisse. » (Amina, 25 ans, 4 ans).

Les entretiens nous montrent que l'âge et la situation maritale sont pris en compte dans la diversité des activités de loisirs⁴⁸ hors-travail. Les soignantes se tournent souvent vers des activités de groupe pour décompresser. Elles privilégient les sorties et leur réseau social extérieur afin de parvenir à s'accommoder au mieux avec les contraintes du travail. Les soignantes mariées encore une fois sont désavantagées en comparaison avec les célibataires et les infirmiers. « *Le temps social est directement lié au contexte familial de l'agent. En effet, le nombre et l'âge des enfants impliquent une augmentation des tâches domestiques et peut, au début tout au moins, inciter à un repli affectif sur la cellule familiale.* » (Raphaël LAGARDE, 2009, p11). Gilles Pronovost (2007) confirme que les mères s'occupent aussi davantage des enfants et leurs temps de loisirs restent inférieurs.

Ainsi, les loisirs (sorties) sont également considérés comme des *freins* qui participent à la régulation de l'investissement des soignants dans les aspects subjectifs du travail et, de ce fait, créent une mise à distance du *burn-out*. Et, règle générale, les freins et contrepoids au travail parviennent à restreindre l'ampleur de cette double emprise sur la vie individuelle. Cependant, il apparaît que cette forme de régulation est circonscrite aux soignantes célibataires et soignants. Le travail à horaire atypique pour les infirmières mariées ne semble pas être aussi efficace contre le stress professionnel ou social. Dans certains cas, il amplifierait même la fatigue morale et physique et donc le *Burn out* en particulier lorsqu'il limite la vie conjugale de ces infirmières.

⁴⁸ On entend ici par «loisir» la quantité de temps libre, c'est-à-dire affranchi des exigences du « *temps obligé* » (travail professionnel et scolaire) et du « *temps contraint* » (obligations sociales, administratives, familiales et domestiques), dont dispose l'individu pour vaquer à des activités librement choisies ». (kirouak Laurie,,2012 p203).

3.2.3 La vie intime et le travail

Le travail à horaire atypique et la vie de couple sont des sujets récurrents dans les recherches sur l'impact du travail sur la vie privée et son incidence sur le *burn-out* des salariés. Des chercheurs tels que (Kinnunen, U. & Mauno, S., 1998; Mathews et al. 1996 ; Allen et coll., 2000 ; Uma Bhowon, 2013) soutiennent que la tension entre la vie familiale et la vie professionnelle est plus affiliée à une insatisfaction de la relation conjugale chez les femmes comparées aux conjoints et accentue les effets négatifs sur la santé de celles-ci.

Sur ce thème (Bourdouxhel et al, 2001) montrent comment les travailleurs postés sentent une perte du temps consacré à leur proche et à leur conjoint. Ils constatent également la difficulté d'honorer leurs engagements dans la sphère conjugale et domestique. Gadbois C. (1993) avance que « *les inconvénients...S'additionneraient avec le temps et auraient un effet cumulatif sur les relations conjugales et familiales, le travailleur devenant à la longue incapable d'assurer à sa conjointe un degré suffisant de « compagnonnage », de protection, de soutien, de satisfaction sexuelle et d'intimité* ». (Gadbois C., 1993 cité par M. Bourdouxhel et al, 2001, p 06).

Les conséquences des horaires de travail sur la vie des postés et de leur entourage sont visibles à différents niveaux. Par exemple, les moments disponibles de la journée (ou de la semaine) sont souvent rares car ils sont en décalage. De nombreuses d'activités sont difficilement réalisables dans des conditions mal appropriées. Ces perturbations familiales et sociales renforcent les effets négatifs sur les plans psychologique et physiologique: *burn-out*, trouble du sommeil, de la santé (Gadbois, 1993). Les multiples rôles qu'occupent conjoints/travailleurs conduisent les concernés à jongler avec les diverses exigences et responsabilités de chacun de ces rôles. Il en découle une difficile gestion des activités car cela requiert la gestion de

nombreuses tâches en peu de temps. Le manque de temps pour le conjoint est une des conséquences.

Certaines infirmières posent le problème de conciliation du travail et de la vie conjugale.

« J'ai un mari très compréhensif qui est médecin. Il sait que le travail soignant et surtout aux urgences est très particulier. Si on n'a pas le soutien nécessaire c'est foutu. Je travaille de nuit. Donc je dois m'organiser. Pour être avec mon mari, on a la fin de l'après-midi et le début de soirée. On essaye d'avoir des moments privés. Pour les relations intimes, je dirais que la femme aussi a son mot à dire. Quand, je suis fatiguée je ne me force pas d'ailleurs ce n'est pas sain de se forcer. Il savait le mode de vie que j'avais avant de m'épouser. Si tu veux tout savoir j'ai travaillé même le jour de mon mariage. Pour être infirmière de nuit, il faut beaucoup d'organisation. Les moments avec mon mari sont rares mais on essaie de les organiser. On doit également penser au mari. On n'a pas encore d'enfants, donc on essaie de profiter des moments ensemble. Déjà, on ne sort pas beaucoup. Lui travaille la journée dans son cabinet et moi je travaille le soir. On n'a pas beaucoup de temps à passer ensemble. En plus, parfois on est fatigué et on n'est pas d'humeur à parler ou à être dans l'intime avec lui. » (Amel, 33ans, 9 ans EP).

Au dire de certaines infirmières, le travail de nuit comporte des inconvénients, notamment temporels. Les horaires atypiques ne semblent pas compatibles avec une vie courante. La vie sociale des familles est amoindrie. Elle n'agit plus comme contrepoids ou comme un frein au *burn-out* mais bien au contraire l'amplifie.

L'emploi du temps perturbe la vie des partenaires des travailleurs postés. Une organisation de la vie conjugale est mise en place. Elle implique également la vie sexuelle du couple. Certaines soignantes mettent en exergue les

difficultés à suivre le rythme des heures conventionnelles d'une vie conjugale. Elles doivent également composer avec les répercussions sur le corps notamment concernant la fatigue d'ordre psychologique sur l'humeur des soignantes. Il en résulte une frustration et une insatisfaction qui trouve un écho dans l'épuisement (Smith & Folkard, 1993).

Concernant les représentations des conjoints à l'égard du travail de nuit et de la conciliation de la vie conjugale du partenaire semblent rares. En effet, Les recherches se focalisent généralement sur le regard et le vécu des infirmières.

Le témoignage suivant concerne le conjoint de l'infirmière, il montre la manière dont le mari vit au quotidien le travail de nuit et la fatigue professionnelle de son épouse. Les difficultés de se plier à l'emploi du temps et à l'organisation que cela implique pour le conjoint.

« Parfois, c'est difficile de se plier à l'organisation de ma femme. Par exemple, les plats du dîner sont déjà préparés et étiquetés. Je réchauffe aux micro-ondes. Parfois, cela m'énerve franchement mais à la longue je m'y suis habitué. Je vois qu'elle est tout le temps entrain de courir entre le travail et la maison. Parfois, je la vois épuisée et très nerveuse. Je ne me plains pas ou rarement. (Silence). Vivre avec une femme qui a des heures décalées demande une gestion et une bonne communication. Si ne nous sommes pas en phase tous les deux, cela n'aurait pas pu marcher. Il faut également de la confiance. On ne peut pas laisser sa femme, travailler la nuit s'il n'y a pas de confiance. Se retrouver la nuit tout seul, n'était pas évident les premiers mois de notre mariage. On est marié depuis 3 ans et maintenant, j'arrive mieux à accepter le vide et la solitude, la nuit...d'ailleurs parfois, je l'appelle pour discuter quelques minutes (Silence). Cela n'empêche pas les conflits d'éclater. Il y a sa mauvaise humeur et son caractère. » (Ahmed, médecin gynécologue, 48ans).

Les deux conjoints travaillant à des heures différentes identifient un lien entre le conflit travail-famille et une insatisfaction de la vie conjugale. Ici, plusieurs éléments sont importants pour analyser l'interférence entre les deux sphères et la manière dont le stress et le *burn-out* sont renforcés par les difficultés de la vie quotidienne.

Le premier élément est la gestion et l'organisation des activités en couple. Certains aspects de la vie familiale notamment les repas du soir demandent un temps d'adaptation de la part du conjoint car il se retrouve seul en fin de journée. Le manque de temps est également une variable importante qui influence la vie de couple des personnes qui doivent concilier cet aspect et les obligations. Par ailleurs, le sentiment d'être sollicité d'une manière continue dans les différents domaines rend difficile la réponse aux demandes de la vie conjugale. Ici, le rôle du conjoint apparaît dans le soutien et une mise en retrait, même temporaire, de ses attentes. Ces derniers sont en rapport avec le sentiment de solitude vécu par le conjoint. Nous pouvons lire: « *La longue liste d'activités et de préoccupations quotidiennes peut susciter, chez certaines personnes, des sentiments d'anxiété et de surcharge qui vont se traduire par des comportements de retrait dans la vie de couple.* » (Diane-Gabrielle Tremblay , 2005, p.75) . Ainsi, il se développe un degré élevé de tension entre les différentes responsabilités provoquant une diminution des ententes conjugales.

Le deuxième élément concerne l'état d'esprit et l'humeur vécue par la soignante et l'avis du conjoint. Mac Ewen & Barling (1994) mettent l'accent sur la réaction de certains aux conflits famille-travail/travail-famille qui concerne spécifiquement les salariés en situation de *burn-out* par un état dépressif provoquant des comportements colériques envers le partenaire. « *Les personnes qui vivent des conditions difficiles au travail sont plus hostiles envers leur conjoint, ont moins de comportements chaleureux envers ce dernier et sont moins capables d'offrir du soutien à leur partenaire* »

(Matthews, Conger & Wickrama, 1996). Ces facteurs contribuent à la qualité et à la stabilité des relations conjugales. Simultanément, l'absence de vie conjugale renforce le mal-être vécu au travail. La vie de couple n'agit plus comme mécanisme de contrepoids ou de frein sur le *burn-out* mais bien comme son amplificateur. On constate un effet pervers entre une vie conjugale amoindrie et le travail posté, chacun accentue les difficultés à gérer la souffrance causée par l'autre. L'isolement apparaît comme l'un des premiers signes des effets du *burn-out* sur la sphère familiale.

3.2.4 Désengagement vis-a-vis de la famille

La fatigue liée au travail se répercute sur la vie familiale d'une manière insidieuse. Elle prend forme dans l'isolement et le refus de participer aux activités en groupe à la gestion et à l'organisation quotidienne des situations familiales et domestiques. Ici, la solitude concerne d'abord les infirmières célibataires et les infirmiers en comparaison des infirmières mariées. Ces dernières prises dans leur rôle maternel ont du mal à s'isoler. Or, le besoin de solitude est présent dans le discours infirmier.

« J'ai la chance d'avoir une famille compréhensive. C'est devenu normal pour eux que je ne participe pas aux tâches ménagères et en cuisine, ils ne comptent pas sur moi pour l'organisation des fêtes et des repas de famille, ils ne me contraignent pas dans les problèmes de famille. Je fais partie de la famille mais je vis toute seule. Le soir quand, je rentre, je me change, je fais ma prière et je dors, donc je ne dîne pas avec eux. Le jour suivant tout le monde sort pour aller travailler. Je dors, regarde la télévision, me connecte sur Facebook. Je vis dans ma chambre. C'est devenu normal de ne pas m'impliquer dans la vie familiale. Parfois, oui je me sens seule mais Allah ghaleb⁴⁹, c'est comme cela. Ils savent

⁴⁹ Traduire dieu est tout puissant, c'est une forme de fatalisme.

que j'ai un travail difficile, je participe aux dépenses de la maison mais pas à la vie en famille.» (Inès, 25 ans, 4 ans EP).

Dans le témoignage suivant l'infirmier montre la manière de contribuer aux exigences familiales sans pour autant s'y investir activement.

« À la maison, on me laisse tranquille. Ils savent qu'il ne faut pas me chercher. Je ramène de l'argent pour les autres frais de scolarité des enfants, devoirs et sorties c'est leur mère qui s'en occupe sauf si c'est vraiment grave. Quand je sors d'ici, je n'aime pas avoir à m'occuper de problèmes ailleurs, j'ai juste envie de décompresser, je ne veux m'occuper de rien. Je sors au café du quartier où je joue aux dominos. Je ne peux pas gérer des vies et des problèmes au service des urgences et rentrer pour m'occuper d'autres problèmes comme ceux des enfants et des relations belle-fille /belle-mère, qu'elles se débrouillent sans moi ! J'ai l'impression d'être tout le temps excédé donc elles ne me cherchent pas trop. » (Adam, 51ans, 27ans).

Les infirmières et infirmiers stressés pallient leur manque d'implication aux activités familiales par la gestion ou une contribution des finances du ménage. Ainsi, ce don et contre don est, d'une part, pour modérer l'engagement aux obligations familiales et, d'autre part, pour pouvoir s'isoler socialement. Il est possible de l'analyser à travers les relations établies mesurées au regard des contacts, de leur qualité, de leur densité, et de leur périodicité. D'une manière générale, il désigne un manque d'interactions sociales en raison de divers facteurs psychologiques et physiques. Cette condition surgit lorsqu'un individu ressent un mal-être profond notamment la dépression ou dans ce cas présent le *burn out*, il survient également quand l'individu constate d'importantes différences avec son entourage social. L'isolement social comme résultat de la fatigue professionnelle se traduit par une attitude de repli sur soi. Ces répercussions sont souvent observables dans plusieurs domaines comme la santé, le

professionnel, le familial et le psychique, etc. Dans le cas des infirmières, l'isolement social est relativement accepté par la famille. Cet isolement est justifié par certains membres de famille comme le prix à payer quand on travaille dans un service difficile. Il est d'autant plus utile quand le soignant vit un contexte émotionnel difficile telle que la mort d'un patient.

3.2.5 Penser aux patients durant la vie familiale

Les différents contextes émotionnels sont difficiles à gérer pour certaines soignantes car elles sont en interaction permanente avec la souffrance et la mort. La gestion des contextes émotionnels englobe des situations humaines difficiles avec les tensions impliquées (Phaneuf, 2012 ; Saskia Andrey & Mégane Heyd, 2015). Il est aisé d'associer le deuil avec le décès d'un proche qu'il s'agisse de la famille ou de l'entourage, or, il est également présent chez les professionnels dans un cadre de travail. Une relation professionnelle de soin exige une mise à distance psychologique de la part des soignants. Cependant, le soignant est souvent en contact avec la mort.

La proximité répétitive avec la fin de la vie des patients, leurs souffrances et celles de leurs familles se révèle souvent très difficile. Le décès d'un malade représente une rupture de lien avec autrui. En se produisant d'une manière répétitive, il entraîne un épuisement et une détresse profonde. Il en résulte une remise en question des compétences. En effet, la mort est assimilée à l'échec de la mission de soin : le prendre soin. *« À l'hôpital, la mort est professionnalisée : en réanimation, alors que la logique est essentiellement curative, les soignants organisent et gèrent la fin de vie, l'inscrivent dans une journée de travail et l'intègrent dans leur mission. Elle y est définie et reste circonscrite à cette définition. »* (Nancy Kentish-Barnes & Julien Valy, 2013, p.17)

L'écart entre les valeurs professionnelles, l'idéal des soins et la réalité du quotidien incitent l'infirmière à vivre cette crise avec « *de la frustration, de l'anxiété, de la colère, de l'impuissance voire de la culpabilité de la dévalorisation et un sentiment de non-accomplissement*», (Phaneuf, 2014, p. 5). Ce conflit de valeurs, causé notamment par des décès répétés des patients, engendre à long terme du *burn-out* et d'autres comportements handicapants tels que l'irritabilité, la difficulté de sortir de la routine quotidienne, une baisse d'énergie, une tendance à l'indifférence face à la douleur et du désengagement envers les autres.

Le passage suivant raconte la manière de faire face, pour une soignante, à la première mort d'un patient dans le service des urgences. Il met en évidence la peur de la déshumanisation qui menace les soignantes à long terme.

« La première mort d'un patient m'a beaucoup affecté. Je me sentais coupable. C'était un homme de 55 ans qui a eu un accident de voiture. On se souvient toujours du premier patient qui meurt surtout si on était de garde. L'équipe m'a aidé à affronter cette épreuve. Mais ma famille était également présente surtout ma mère. On a parlé pendant des heures. J'avais envie de tout arrêter. Je me questionnais sur mon avenir dans cette profession. Je me disais comment pouvoir vivre ces situations toute ma carrière jusqu'à la retraite. Prendre soin d'un patient, faire tout pour qu'il vive et un jour venir travailler et trouve un lit vide. Est-ce que tu peux imaginer cela ? Je détestais quand quelqu'un me disait tu vas t'habituer. Je ne voulais pas m'habituer à la mort. Je me disais que j'allais perdre mon humanité. J'entends souvent que les infirmières n'en ont pas » (Assia, 31ans, 9ans).

La *burn-out* touche de nombreux professionnels. Cependant, la déshumanisation du soin et des relations avec le patient semble être un aspect caractérisé dans les professions d'aide. Soignants et soignés sont engagés dans une relation et un processus de soin. « *La déshumanisation*

n'est pas un symptôme dont souffrirait le soignant, mais un problème central dans l'activité soignante. La déshumanisation figure, en premier lieu, comme l'un des principaux enjeux de l'activité et de la relation à l'autre. Face à une déshumanisation possible, l'activité de soin vise à préserver l'humanité des personnes » (Mathieu Raybois, 2014, para 33). Le déséquilibre dans la relation d'aide entre les demandes du soigné et les réponses du soignant crée à long terme le *burn-out*. Il entraîne une déshumanisation des personnes déjà fragilisées. Le soignant épuisé se contente de faire les soins aux malades en occultant la personne malade. L'infirmière se focalise sur le travail technique. Cet état d'être accentue son identité de technicien de la santé. Le corps-sujet est rapidement remplacé par le corps-objet (Marie-Françoise Collière, 1995).

La souffrance et *burn-out* sont présents au delà de la sphère professionnelle pour se refléter dans celle privée. Ils se répercutent sur l'humeur des infirmières et dans leurs relations familiales. En outre, ces maux réclament le soutien des membres de la famille. Par ailleurs, le soignant projette la mort du patient aux membres de sa famille.

Les propos suivants exposent les sentiments des soignants lors du décès de patients qui ont particulièrement affecté les infirmières.

« Quand, on nous amène des patients jeunes et qu'ils meurent, cela nous touche beaucoup. Quand, on entend leur famille crier et pleurer. On se fige et on attend que cela se tasse. C'est dur. On reste en retrait caché. C'est vraiment difficile. Il y avait un jeune homme de 21 ans, on l'a perdu après 3 jours. C'était particulièrement dur pour moi (un long silence et pleurs). Il me rappelait mon petit frère. J'ai fait des cauchemars pendant deux jours. Je n'arrêtais pas de me dire que cela aurait pu être mon petit frère. C'est la même chose quand c'est une vieille dame ou une jeune fille. Parfois, on pense à sa famille et que finalement cela pouvait être un de notre famille. Là, c'est difficile. On n'est pas seulement soignant. On est des mères, des sœurs, des filles. Et

on ne peut pas ne pas penser à notre famille. C'est aussi une face difficile de notre métier. »(Dounia, 35 ans, 12 ans EP)

Les infirmières vivent mal certaine mort de patients car elles opèrent une analogie avec leurs proches. Pour elles, certains décès sont plus bouleversants que d'autres. Dans ces cas, ce n'est pas l'implication de l'infirmière qui en est la cause mais le rapprochement des statuts sociaux, de l'âge et de la physionomie des patients avec un membre de la famille. Par conséquent, elles sont susceptibles de provoquer un travail de parallélisme avec leur famille. Les infirmières se réfugient au sein de leur famille pour limiter les effets des aspects négatifs de la pratique soignante. Or, les aspects négatifs de la vie de famille sont également sources de stress et d'angoisse. Dans ce cas, l'opposé se produit et la sphère professionnelle devient à son tour une échappatoire.

3.2.6 Mon travail est mon échappatoire

Le travail loin d'être seulement une source de stress peut également revêtir une source d'échappatoire pour l'infirmière. Certaines infirmières ont de lourdes responsabilités familiales. Ces dernières représentent une source de stress notable dans le quotidien de certaines jeunes filles. Elles sont, continuellement, sollicitées par la famille pour prendre soin des membres de celle-ci. D'ailleurs, le rôle d'infirmière est largement perçu comme un rôle féminin. Cette attribution montre l'infirmière « *titulaire moins d'une profession que d'un rôle parce que la société assimile son métier à une activité purement féminine et donc indéfinissable* » (Peneff, 1992, p 169). Aussi, l'identité féminine de l'infirmière s'est forgée initialement avec la naissance du métier d'infirmière (Cohen Y& Dagenais M, 1987). Le rôle domestique est exclusivement associé à l'infirmière (femme).

Les propos de certaines infirmières attestent de leur envie de s'échapper car les deux sphères se ressemblent.

« Les personnes de mon entourage croient qu'être infirmière veut dire s'occuper de la toilette du malade et faire les piqûres. J'ai choisi ce métier pour m'évader de ma routine. Avoir une mère alitée est très difficile. Il faut s'occuper d'elle comme un bébé. Le fait de ne compter que sur soi-même est difficile donc mon travail était censé être mon échappatoire. Je dis sensé car parfois, je ne vois pas la différence entre être soignante dans un hôpital et prendre soin d'un membre de ma famille. Faire la toilette d'un malade est très contraignant, on a l'odeur, le poids et surtout il faut faire attention lors de la manipulation. Au début, j'étais contente d'apprendre à faire le nursing mais après je réalisais que ce je faisais à la maison, je le reproduisais au travail. À la fin, je suis contente d'avoir un travail mais c'est encore plus difficile de concilier les deux m'occuper de ma mère et des patients. J'ai envie de plus dans ma vie. » (Houria, 28 ans, 6 ans EP).

Les deux pratiques soignantes et aide familiale ont le rôle féminin en commun. Le rapport social de sexes ne se réduit pas à un espace social propre. Il est au contraire transversal à tous les champs sociaux.

« Affirmer que les sexes sociaux sont construits par un rapport qui traverse l'ensemble de la société revient à dire que c'est une même logique qui est à l'œuvre dans

les différents champs du social pour reproduire les places des sexes, même si cette logique revêt des formes différentes dans l'un et l'autre champs. Ainsi, en ce qui concerne le travail, la place des femmes dans la production ne peut-elle s'analyser comme le simple reflet de leur place dans la famille ou comme une extension de celle-ci ? On a affaire à une division sexuelle du travail qui assigne aux hommes comme aux femmes leur place dans la famille et dans la production. » (A-M Daune-Richard & A-M Devreux, 1992, pp.12-13).

Le travail infirmier dans le service des urgences est en adéquation avec les analyses sur *la transversalité* qui remettent en cause la séparation du champ professionnel et privé. Les tâches répétitives dans les deux sphères développent l'état de routine et le sentiment d'ennui chez les infirmières prenant soin d'un membre de leur famille. Le *burn-out* est également le résultat de la combinaison de deux pratiques soignantes. Prendre soin d'une manière récurrente dans les lieux de travail et familial est le point de départ de la fatigue chronique chez ces infirmières. Il est question également de l'image idéalisée du métier. En effet, il se produit un désenchantement chez certaines infirmières. L'objectivité du choix professionnel ne signifie pas forcément l'épanouissement professionnel (Lagraa , 2010)

3.2.7 Quand les collègues s'invitent dans la sphère privée

L'amitié est, pour certaines, indispensable pour faire face à la souffrance au travail et au *burn-out*. Elle représente une aide non négligeable pour dépasser les tensions et la fatigue résultant de la pratique soignante. L'amitié comporte deux dimensions: affective et relationnelle. Il est question d'une relation affective propre qui se différencie des relations familiales par son caractère choisi des liens fondés sur des affinités et des réciprocités. Dans un autre sens, il s'agit de relations interpersonnelles basées sur la fonction

sociale et sur le partage d'intérêts à long terme. Pour le sociologue (El Murr, 2001), elle est souvent présentée comme une expérience singulière. (Bidart, 1997) la présente comme le résultat, en réalité, d'une construction sociale et culturelle. L'émergence des liens amicaux se fait à partir du cercle social et distingue trois sphères amicales: les connaissances, les copains, et les amis, encadrées dans trois types de réseaux personnels. Par ailleurs, et se basant sur les recherches de (Bidart, C. & Pellissier, A. 2002 ; Forsé, 1981, 1991), il est possible d'affirmer qu'il existe une tendance globalement, de diminution de la taille du réseau relationnel avec l'âge ainsi que les fréquentations. « *La sociabilité devient davantage intensive et élective : plus on avance en âge, moins on a de liens faibles ou de « simples contacts » avec d'autres personnes, et plus, on privilégie les liens forts avec quelques « vrais amis ».* On a pu repérer également des différences dans les façons de se rencontrer, mais aussi d'entretenir les liens, en fonction de l'âge. Les amitiés d'enfance et les amitiés d'adulte ne se forment pas de la même manière » (Bidart, C. & Pellissier, A. 2002, p20).

L'évocation des différents aspects de l'amitié sert, ici, à mettre en exergue sa fonction primordiale dans la vie quotidienne privée des soignants. En effet, le réseau social hors-travail est très présent dans le discours des soignants dans la récupération des ressources pour pouvoir travailler. Ainsi, il nous appartient de comprendre, plus précisément, comment les relations hors travail participent, comme un frein pour reprendre le terme de Laurie Kirouac (2012), dans la mise à distance du *Burn-out*.

Dans le discours des infirmières, on distingue deux manières d'aborder les amitiés hors-travail, la première dont nous proposons le témoignage suivant pour la corréler, est basée exclusivement sur les amitiés avec les collègues.

« J'ai seulement des collègues comme amies. On a de fortes relations contenues de ce que l'on vit au quotidien dans notre travail. On est également toutes célibataires. Il est difficile

d'avoir une solide amitié avec les femmes mariées, elles sont d'autres responsabilités. On a développé notre amitié très tôt quand nous avons débuté notre travail ici aux urgences. Je pense que les difficultés nous ont rapprochés. Voir des morts tout le temps, la détresse des patients et la violence dans notre société changent une personne. D'abord, c'était seulement du soutien moral, mais après, on s'est découvert des infinités. On sort faire des excursions, des randonnées, des pique-niques et tout. On a obligatoirement besoin d'amitié quand on pratique à tel métier ; Si on veut un minimum de repos moral et de soutien. » (Meriem, 24 ans, 3 ans).

L'amitié entre collègues est très répandue dans le service des urgences. Les soignants nourrissent des liens forts entre eux. En raison des aspects particuliers de leur métier stressant, ces liens sont devenus indispensables pour affronter le quotidien. Cette amitié semble se construire sur la base des affinités dans le service des urgences. *« Le soutien social de la part des collègues, sous forme d'amitié et d'aide, peut atténuer le vécu du burn-out, contribué à la satisfaction au travail et à l'adaptation aux situations stressantes. Le sentiment d'isolement, le fait d'être en contact avec la mort et la souffrance, les relations inadéquates avec les supérieurs réduisent la confiance en soi-même et contribuent à une diminution du sentiment de réalisation personnelle. »* (Robert Floru & Jean-Claude Cnockaert, 1998, p 35). Les liens établis, dans le cadre du travail, prennent forme peu de temps après l'insertion dans la vie professionnelle. Le milieu de travail renforce le réseau social. Ces relations de travail demeurent une variable stabilisatrice dans la vie des soignants. L'existence de lien semble être en rapport avec le niveau d'engagement et de satisfaction au travail. Ici, les deux sphères travail et privée se complètent. Les relations d'amitié avec les collègues influencent la qualité du travail et comportent une part de plaisir dans un contexte hors travail. *« Cette capacité à survenir dans des contextes divers, les qualifie en*

effet, de relations capables de se déplacer dans des contextes divers ouvrent des répertoires nouveaux, des rôles plus changeants et se libèrent ainsi de la prégnance des environnements pour se rapprocher alors de l'individu et de l'intimité. », nous montrent (Bidart, C. & Pellissier, A.,2002, p. 22)

La deuxième forme d'amitié hors-travail est spécifique à des personnes en dehors du cercle soignant et du monde hospitalier. Dans les propos de certaines soignantes, il existe une nécessité de dissocier les deux sphères (travail et hors travail).

« Pour moi, les collègues restent des collègues de travail. Je ne mélange pas la vie privée et la vie professionnelle. Je suis très discrète ici. Je ne vois absolument pas l'intérêt de mélanger les deux. Cela posera sûrement des problèmes après. J'ai mes amies dehors avec qui je sors et décompresse. En plus, je pense qu'il faut avoir une coupure avec l'hôpital sinon cela ne serait pas possible de travailler ou de simplement vivre. Si je rencontrais des collègues dehors, on discuterait inévitablement de l'hôpital et moi je ne veux pas de cela. Quand, je suis dehors, je suis dehors sinon je deviendrai folle. » (Dounia,35 ans,12 ans).

Ou encore :

« Si on veut avoir une vie distante avec le moins de problème, on doit absolument mettre des limites à ses collègues. Elles sont des collègues et non pas des amies. D'abord, il y en a certaines que je ne considère même pas comme fréquentable, d'ailleurs, je ne ramènerai jamais mon boulot à la maison. Je ne veux pas qu'elles connaissent ma famille, ma maison. Et quand tu me parles de stress et de fatigue, justement parce que je ne ramène pas les collègues à la maison, que je peux avoir une coupure avec l'hôpital. Je ne vois pas l'intérêt de se plaindre si c'est pour ramener les problèmes du service à la maison. » (Samira,26 ans, 4 ans)

Pour certains soignants, il est souvent très compliqué de trouver le juste équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Une dissociation est primordiale pour leur équilibre et la prévention contre le *burn-out*. Dans l'analyse qualitative des discours de certaines infirmières, lorsque le travail empiète largement sur la vie personnelle, cela se solde inévitablement par un mal-être pouvant se convertir en une souffrance persistante. Il en résulte une gestion de l'interface vie privée/vie professionnelle particulièrement délicate. La division est indispensable pour leur bien-être social et moral.

L'harmonisation des temps au travail et hors travail fait l'objet de nombreuses recherches, elles sont en lien avec des stratégies d'ajustement (Edwards & Rothbard, 2000; Greenhaus, *et al.*, 2001). Avec le fractionnement de la vie quotidienne, l'individu estime que la séparation est d'ordre physique et mental. Cependant bien souvent, on constate que l'individu opère une tentative de rattrapage dans une sphère du fait de son surinvestissement dans l'autre afin de limiter les coûts (Ashforth B.E., Kreiner G.E. & Fugate M., 2000).

3.2.8 Conclusion

L'immixtion des effets du travail durant les heures hors-travail perturbe la vie sociale des soignantes. Les diverses exigences et responsabilités conduisent les infirmières à redoubler d'effort pour concilier les deux domaines. En même temps cette énergie dépensée amplifie le *burn-out*. Dans le but de récupérer, l'isolement devient une réponse facile aux contraintes et au *burn-out* notamment dans les cas de décès de patients. Une diminution des rapports sociaux est progressivement établie. Elle concerne, en premier lieu, les infirmières célibataires. La sphère conjugale est également affectée. Une dissociation entre les deux domaines devient primordiales pour certaines. Par ailleurs, l'immixtion des effets du travail se reflète dans les interactions avec les proches et concerne l'humeur des infirmières. Ces dernières sont plus agressives. Les effets négatifs du *burn-out* sont présents au-delà de la sphère hospitalier. Ils représentent des aspects importants dans l'amplification de la souffrance des soignantes.

3.3 Troisième chapitre : la santé de l'infirmière à la maison

3.3.1 Introduction

Ce présent chapitre s'intéresse aux transformations (corporelles, émotionnelles et comportementales) subites par les soignantes comme résultat des exigences et contraintes professionnelles. Elles se répercutent sur la vie sociale pour la bouleverser. L'effet pervers qui en résulte amplifie la souffrance au travail. Ainsi, nous proposons dans un premier temps, un examen de la déshumanisation, qui est au cœur du *burn out*. Il est question de la profondeur des changements des soignants et de la manière dont cette déshumanisation est vécue au delà de l'hôpital. Dans un second temps, il s'agit de s'arrêter sur la métamorphose du corps, réceptacle de la souffrance au travail. Ici, le *burn out* marque le corps, ce dernier devient le témoin de la souffrance, il en porte les stigmates. Enfin, les bouleversements d'ordre cognitifs surviennent chez les infirmières. Elles accentuent selon les cas le besoin de tranquillité ou d'animation et d'agitation.

3.3.2 Une déshumanisation face à l'épreuve de la vie

Le *Burn-out* touche nombre de professionnels, cependant les professions d'aide sont les plus propices à la déshumanisation de la relation avec autrui et a un impact négatif important (Pierre Canouï, 2003). Cette déshumanisation concerne les soignants engagés dans le processus thérapeutique d'une personne déjà fragilisée et en souffrance. La déshumanisation du soin poserait, donc, un problème car la condition *sine qua non* du soin est de reconnaître l'autre en tant que corps-sujet et non un corps-objet (Maria-Françoise Collière, 1995). Le patient est considéré comme « l'objet » sur et non pas pour lequel l'action s'opère (Hughes, 1996). L'aspect relationnel tend vers la valorisation du métier d'infirmière et, de ce fait, représente un idéal de soin. Toutefois, ce travail relationnel requiert de l'énergie et du temps. Il implique aussi un travail émotionnel non négligeable. La déshumanisation de la relation soignante symbolise le noyau dur du *burn-out*. L'infirmière se détache progressivement du patient. Il est possible d'observer ce détachement et ce désengagement par une sécheresse relationnelle et un cynisme. La relation soignant- soigné se transforme en relation dépourvue de plaisir de la rencontre et de l'altruisme. L'envie d'aider et de soutenir est rapidement remplacée de façon progressive en une frustration et en la désincarnation de la relation. (Delbrouck M.,2007).

Dans le présent témoignage, il est question de la particularité du soin infirmier dans le service des urgences :

« Le relationnel est difficile mais pour dire la vérité je ne me souviens pas l'avoir appris à l'école paramédicale. On l'a étudié un trimestre. Mais quand on vient ici, on ne peut compter que sur sa propre expérience et sa propre vision des choses. Le relationnel est très important et les gens n'ont pas conscience de

la dureté des conditions dans le service des urgences, ici les mots d'ordre sont efficacité et rapidité. Prendre la main du patient...etc., on le fait également mais dans l'urgence et rapidement. » (Mohamed, 29ans, 7 ans).

Dans le cas des soignants des UMC d'Oran, la pratique d'infirmière réunit deux dimensions : d'une part, une dimension technique des soins, elle concerne l'utilisation de matériel spécifique à la pratique soignante. D'autre part, la dimension relationnelle, celle-ci apparaît lors de la prise en charge du patient et de l'aide psychologique qui en relève. La pratique soignante des infirmières du service des urgences est concentrée sur la technicité au détriment du relationnel. Aujourd'hui, elles expliquent que l'humanisation des soins se construit également par la technique du travail infirmier (Lagraa I., 2010). Certaines infirmières réinterprètent l'humanisation des soins et du prendre soin en les fusionnant avec le faire soin et le soin technique. Autrement dit, il n'y aurait pas de différence entre le faire et le prendre soin.

Un autre argument justifierait la déshumanisation des soins au service des urgences médico-chirurgicales. Il s'agit de la spécificité même du travail d'urgence dans la prise en charge du patient. Dans un tel contexte, le travail doit être efficace et rapide au regard du temps imparti aux tâches à accomplir. Pour certaines infirmières, il est nécessaire de ne pas perdre du temps en consolation et en démonstration d'empathie. « *Dans cette version de l'activité, configurée par la « course », la hantise de l'horaire, la crainte de « perdre du temps », l'attention à la personne est empêchée. Dans un tel contexte, le travail vise à être efficace au regard du temps qu'il ne faut pas perdre et des tâches à réaliser. » (M. Raybois , 2014,para 35).* Dans cette configuration, il y a bel et bien une déshumanisation de la relation. Cependant, elle n'est pas en lien avec un épuisement émotionnel et n'est pas l'expression consécutive du *burn-out*, mais elle est le résultat d'une

pratique formée dans un champ d'obligations et de contraintes, notamment temporelles. À première vue, la déshumanisation de la pratique soignante est d'ordre de la socialisation professionnelle et des impératifs organisationnels, or, certaines infirmières rapportent le changement sur le plan émotionnel et une tendance à l'isolement et au vide affectif.

Dans le témoignage suivant, on observe l'influence du stress et de la fatigue dans les interactions dans les deux domaines de la vie.

« Ce métier m'a changé, c'est certain. Je devenais moins sensible. Quand je vois mes enfants pleurer, quelqu'un souffrir ou une mort, cela ne me touche plus. C'est le vide. Ce n'est pas normal, et je culpabilise parce que je me sens différent et d'une manière négative. J'avais perdu mon humanisme. J'entends beaucoup d'infirmiers dire qu'ils sont devenus infirmiers pour le côté humain mais ce côté humain beaucoup le perdrent au fil du temps. Quand, on est soulagé parce qu'un patient est mort et que du coup on a moins de travail à faire ce n'est pas normal. C'est même effrayant. Ma famille ressent aussi ce changement. Je ne sais pas comment expliquer le vide tout est banal pour moi, la souffrance, la mort, tout. » (Adam, 51 ans, 25 ans EP).

Face au grand nombre de patients et à la charge de travail importante, certaines infirmières montrent un comportement de détachement en se désengageant de leur travail (Peneff, 1992). Elles négligent volontairement le patient n'accordant aucune importance à ses souffrances ou à ses plaintes. Elles entrent rarement en empathie avec les malades. On assiste à une déshumanisation de l'activité de l'infirmière. Celle-ci influence non seulement la vie professionnelle mais aussi la vie sociale de l'infirmière. La déshumanisation et le vide ressentis par le soignant se transportent aux membres de la famille. Le soignant, conscient de l'aspect particulier de son état, en éprouve de l'insatisfaction, voire de la culpabilité ou du dégoût. La déshumanisation de la relation à autrui dans le cadre du travail et hors travail

semble être une préoccupation constante chez les soignants. Il en résulte parfois une dégradation des relations avec l'entourage notamment avec le conjoint et les enfants. Les effets négatifs de la pratique soignante n'est pas seulement de l'ordre de l'affect, il est également d'ordre corporel.

3.3.3 Transformation du corps

En sociologie, le corps représente le premier instrument de l'homme (Mauss, 1936). Il représente la base et le support essentiel de toute identité (G. Di Méo, 2010). Dans cette perspective et socialement, les femmes n'effectueraient pas les mêmes activités professionnelles en comparaison à des hommes. Les activités caractérisées de féminines solliciteraient plus de patience et de disponibilité. Ces activités sont en lien avec le temps, le corps, la maladie, la mort, la souffrance et la saleté (M. Pezé, 2003). Elles, comme le métier d'infirmière, ne sont pas dépourvues de stress et de fatigue.

Le syndrome de fatigue chronique (SFC) et la surcharge de travail ont des effets à la fois sur le corps de l'infirmière et sur son comportement. Sur le plan corporel et pendant une période de stress intense, l'influence de la souffrance au travail sur le corps se décline dans des symptômes physiques. Il existe un grand nombre de manifestations physiques du *burn-out* comme : boule dans la gorge, serrement à la poitrine, nœud à l'estomac, tremblements, extrémités froides, sueur abondante, malaise, pâleur, spasmes digestifs. Après un stress, il est fréquent d'être épuisé tant physiquement que émotionnellement. Les gestes deviennent lents, lourds et pas précis. La voix est rouillée, une sensation de confusion apparaît en même temps qu'une altération des capacités de raisonnement et de mémorisation.

Les premières manifestations physiques sont généralement les troubles et les difficultés à s'endormir qui mènent couramment à la consommation de somnifères. D'autres manifestations semblent également apparaître comme

les gênes dermatologiques (démangeaisons, psoriasis, allergies...), les maux chroniques (épaules, coudes, tendinites, lombalgies...) en conséquence d'autres signes peuvent être observés tels que les vertiges, les malaises et les migraines. Une autre manifestation physique de l'épuisement professionnel est une fatigue particulière et persistante qui affaiblit le corps.

Les infirmières des UMC d'Oran remarquent rapidement les transformations subies par le corps. Ces changements sont également perçus par l'entourage, notamment les mères des soignantes, qui s'inquiètent pour leur état de santé.

« Je vois ma fille fondre. Elle a perdu près de 15 kilos depuis qu'elle travaille aux urgences. Elle ne mange plus et elle est tout le temps fatiguée. J'essaie de l'aider et de lui préparer ce qu'elle aime manger, mais je ne sais plus quoi faire. Toutes les femmes de mon entourage me questionnent sur sa perte de poids, elles me conseillent des recettes pour grossir. Certaines pensent que c'est à cause d'une déception amoureuse. »

Cet extrait d'entretien montre l'importance de l'image corporelle dans notre société. Le corps est tributaire d'une société donnée et d'une époque. Il est aussi réalisé par elle (Yannick Vanpouille, 2011). Il indique de quelle manière la société s'y reflète pour constituer un *corps social* et représente un produit social et un marqueur social. En d'autres termes, le corps permet de se reconnaître mais aussi de se différencier les uns des autres. Il offre la possibilité de situer les autres dans la relation, mais aussi d'être catalogué (Yannick Vanpouille, 2011).

Par ailleurs, l'image du corps renferme au moins deux faces d'un même caractère: l'image pour soi et l'image pour autrui. Cette dernière concerne singulièrement l'entourage des infirmières. L'inquiétude parentale pour la santé du membre de la famille débute par l'observation du changement dans l'apparence de l'infirmière et dans son comportement notamment

alimentaire. Elle incite l'entourage à effectuer un travail de prévention et d'investigation pour aider la soignante à recouvrer la santé.

En abordant, les répercussions du travail sur le corps, les infirmières mettent en avant le changement du corps plus que les problèmes de santé en lien avec le *burn-out*.

« Ici, tu ne trouveras personne qui n'a pas changé. On a toutes changé dans notre corps et notre façon d'être. Notre façon de manger a changé. On n'a plus le temps de manger. On est tout le temps entrain de courir et de bouger. Pendant les premières périodes, on était tout le temps fatiguée et on avait du mal à tenir le rythme. Je pense que progressivement, on s'habitue au rythme de travail. (Silence) Il y a aussi le stress au quotidien. Ici, les personnes soit elles maigrissent ou elles grossissent mais elles ne restent pas avec le même corps. (Sourire). On est toutes stressées et cela on se voit sur notre corps. Je connais un infirmier qui parfois tremble des mains. On souffre tous, certains prennent des calmants d'autres ont le diabète, l'hypertension...etc. Le corps ne peut pas supporter les tensions et les conditions de notre travail. » (Inès, 25 ans, 4 ans).

Les répercussions infligées au corps par le travail sont communément les signes d'une souffrance. Marc Lorient (2000) évoque ces répercussions et la place du corps dans les sociétés contemporaines *« Dans la vie quotidienne, le corps est plus souvent vécu sur le mode de l'encombrement, de l'obstacle, source de nervosité ou de fatigue, que sur le mode de la jubilation ou de l'écoute d'une possible musique sensorielle. Les activités du sujet consomment davantage d'énergie nerveuse que d'énergie corporelle ».*(Marc Lorient, 2000, p 02)

Les infirmières expriment ces transformations. *« L'ensemble de ces descriptions cliniques du burn-out insistent ainsi sur l'idée d'un épuisement généralisé dont pâtiraient aussi bien le corps physique et mental que les*

ressorts moraux de la subjectivité du travailleur. Ainsi, à l'instar du surmenage professionnel, le burn-out est reconnu assécher les capacités et ressources psychophysiologiques du travailleur. » (Laurie Kirouac, 2012, p53). Ici, le corps renferme simultanément une histoire et le lieu d'inscription des structures. Il est à la fois le vecteur des modifications et le socle de l'identité de l'acteur (Yannick Vanpouille, 2011). Le corps et la santé sont étroitement liés car ils sont saisis comme un capital (Pierret, 1984). Ce capital s'affaiblit au cours de la vie professionnelle (Marc Lorient, 2000). Les infirmières expliquent comment l'appauvrissement en capital est provoqué par l'épuisement. Ainsi, la fatigue est toujours vécue par le corps, qui la mémorise et en garde une empreinte. Les ressources longtemps soumises aux exigences de la pratique soignante à l'hôpital se reflètent sur le corps des infirmières. Quand la fatigue surgit, elle s'associe à un trouble et des chamboulements physiques mais également mentaux. Ces derniers sont mis en exergue lors des interactions professionnelles mais également en dehors de l'hôpital. Elles se manifestent à travers des comportements violents et agressifs.

3.3.4 Agressivité face aux enfants

La souffrance au travail se décline par des états comme le stress, le vide émotionnel et la violence. Ces expressions caractérisent les perturbations de la santé mentale et physique des travailleurs. Sur la thématique du *burn-out* et son interaction avec la sphère familiale, on constate que cette dernière représente le réceptacle des comportements agressifs des soignants. Les transformations du comportement affectent grandement le bien-être familial. D'ailleurs pour les professionnels de la psychologie de la famille, il s'agit d'une souffrance perceptible quand une famille est soumise à un stress répété et à une surcharge de travail en sollicitant les aspects physiques, émotionnelles et cognitifs. Il en résulte un épuisement tant physiquement

que psychologiquement. La manifestation d'un niveau élevé d'agressivité est présente tant dans la sphère professionnelle que familiale.

Dans ce témoignage, nous nous intéressons aux transformations des comportements et à leur affluence sur la dynamique familiale.

« J'ai changé, je ne supporte plus les autres. Je suis constamment sur les nerfs. Toujours à bout et tout le temps comme dépassée par les événements. J'ai l'impression de vivre dans une autre dimension, que ce n'est pas moi ou plus moi. Je suis devenue une autre personne surtout avec les enfants. Je leur crie dessus sans raison et constamment. Je suis devenue violente avec eux, j'ai trois enfants. Je n'arrive plus à gérer mon travail, le travail à la maison et l'éducation des enfants. J'ai honte de le dire mais je les frappe et je leur crie dessus parfois pour un rien. Je les vois pleurer, je culpabilise et je sens que je suis une mauvaise mère. Parfois, ils ont peur de moi et cela me fait mal. Par la force des choses, ils deviennent également provocants et turbulents. A certains moments, quand je rentre à la maison et que je dois préparer le repas et les aider pour les devoirs, je ne suis pas capable d'être avec eux et de me concentrer. Je ne pense qu'à aller m'allonger et juste souffler. C'est dans ces moments là que je n'arrive pas à me contrôler et je m'emporte facilement. »
(Khadija, 32 ans, 10 ans)

Une infirmière en *burn out* produit un comportement agressif et une attitude négative. On assiste à un conflit de comportement dans les deux sphères. L'infirmière objective le problème lié à son rôle et sa pratique soignante et son rôle parental. Ainsi, le conflit est peint comme une opposition résultant de comportements incompatibles d'un rôle à l'autre (Greenhaus & Beutell, 1985 ; Pierre Garner, 2015). Le conflit basé sur les tensions se produit lorsque le stress ressenti dans un rôle interfère avec la manière de répondre aux demandes dans un autre rôle (Greenhaus & Beutell, 1985 ; Pierre Garner, 2015). L'autre explication aux comportements agressifs résiderait

dans le débordement d'une sphère sur une autre. Ici, il s'agit de modèle de débordement et par la suite à la notion de « conflit » évoqué par de nombreux chercheurs (Greenhaus & Beutell, 1985 ; Edward & Rothbard, 2000 ; Fredriksen-Goldsen & Sharlach, 2001 ; Pierre Garner, 2015).

Toujours d'après le modèle de débordement, les exigences du travail, en l'occurrence le travail soignant, influencent les attitudes et comportements des infirmières en dehors de leur milieu de travail (Pierre Garner, 2015). Ils agissent d'une manière semblable sur le degré d'implication des salariés dans les rôles sociaux hors du travail (Pierre Garner, 2015). « *Le modèle du débordement s'appuie sur le principe qu'en dépit des frontières physiques (déplacement travail-domicile) et temporelles (horaires de travail), les émotions et les comportements peuvent se transférer d'une sphère à l'autre* » (Pierre Garner, 2015,p70). Un des exemples mis en lumière est la mauvaise humeur après une mauvaise journée au travail qui se déplace au domicile du travailleur. On est face à un transfert émotionnel de la sphère professionnelle à la sphère familiale.

La surcharge et la spécificité de la pratique soignante suscitent un état d'irritation ou de susceptibilité aggravées voire exagérées dans les domaines du travail et hors travail. L'autre résultat probant dans la recherche sur la fatigue professionnelle en interaction avec la famille est que la plupart des membres de celle-ci développent également un stress chronique. L'accumulation quotidienne d'émotions négatives tels que la tristesse, le découragement, un sentiment de persécution et d'angoisse chez les enfants par exemple, se répercute sur la première personne responsable de ces problèmes : l'infirmière.

3.3.5 La gestion quotidienne des nuisances sonores

Au sein du service des urgences, on est en présence de nuisances sonores générées par les différents patients et les équipes soignantes. Force est d'affirmer pourtant, qu'un hôpital ne peut fonctionner sans bruit. Au sein d'un service hospitalier, les sons sont souvent bien déterminés. Ils sont une source de stress pour le personnel infirmier. Ces bruits deviennent frustrant de part leurs aspects soudains et imprévisibles, mais également part leurs aspects constants notamment les sonneries ou autres «bips» dans l'unité de réanimation. Il semble nécessaire pour les infirmières d'identifier les sons et les bruits de leur service, afin de pouvoir les reconnaître presque immédiatement. Pour cela, le degré sonore est généralement assez élevé ce qui permet d'être audible et d'interpeller l'infirmière dans le service et optimiser la réactivité des professionnels en poste. Ils représentent la vie ou l'urgence, ils sont donc nécessaires au travail de l'infirmière. Cependant, un débit sonore élevé a des conséquences sur la santé des soignants. Selon D.Raffier-Peres & M.Estryn-Behar (2015), plus les soignants sont exposés au bruit, plus il existe un risque élevé de *burn-out*.

Dans le discours infirmier, on note l'existence de plusieurs sortes de nuisances sonores. Chacune d'entre elle est affiliée à un espace précis au sein du service des urgences.

« Chaque unité a ses propres bruits et ses propres spécificités. Dans l'unité de tri et l'unité chirurgicale au rez-de-chaussée, il y a beaucoup de personnes : famille, patient, personnel soignant qui génèrent beaucoup de bruit de conversation, de pleurs, la sirène de l'ambulance, les gens qui courent...etc. dans l'unité de réanimation, c'est le calme, il n'y ni cri ni discussion à un détail près le bip des appareils de réanimation. Ce bip là, on l'entend toute la journée et toute la nuit sans arrêt. (Silence) le stress est présent et il devient plus intense en fonction de l'endroit où on

travaille. Chaque unité a ses points négatifs et positifs. En réanimation, on est à l'abri des familles des patients et les patients sont inconscients mais il y a énormément de travail à accomplir et le silence nous rend dingue surtout la nuit. Au rez-de-chaussée c'est l'inverse, il y a trop de monde et on n'attend que le calme. »(Yasmin, 38ans, 16 ans).

Le personnel soignant opère une catégorisation des espaces eu sein du service des urgences en fonction de l'intensité et du type de bruit. On distingue deux types de bruits : Les bruits générés par le matériel et ceux provoqués par les soins, les soignants et les personnes présentes au service des urgences. Le bruit venant des pièces voisines, les conversations à haute voix, les différents signaux sonores du service, et parfois le bruit engendré par les équipes soignantes elles-mêmes sont source de stress et de fatigue.

Dans un tel environnement, la présence continue dans un climat sonore et nuisible ont des conséquences psychologiques et donc difficilement mesurable. Ces conséquences sont notamment le stress, l'irritabilité pouvant aller jusqu'à l'agressivité et à une dégradation des relations professionnelles et familiales. Sur le plan physique, des migraines, de la fatigue, et une nette perturbation de l'humeur sont au premier plan lors de l'évocation des conséquences de l'exposition au bruit.

Les infirmières rendent également compte des conséquences de ces désagréments sur leur vie extrahospitalière.

« Quand, je rentre chez moi, j'emporte avec moi mon travail. Je pense aux patients, je sens l'odeur de l'hôpital et j'entends les bruits de l'hôpital dans ma tête. Le bip de l'appareil de réanimation, ne me sort pas de la tête. Je l'entends constamment. J'ai tout le temps besoin de bruit autour de moi pour oublier le bip du service de réanimation. Quand, je travaillais en réanimation la nuit, j'avais peur au début il y avait un silence de mort et ce bip symbolisait la vie. J'ai besoin de la télévision pour

dormir sinon je pense à l'hôpital, je ne dors pas bien et je me réveille fatiguée. La télévision dissipe le son des appareils. Les autres infirmières des services chirurgicaux et du tri te diront qu'elles ne supportent pas le bruit à la maison. Elles préfèrent rester au calme car elles se reposent mieux ainsi. » (Amel, 30ans, 8 ans).

Une charge cognitive s'applique particulièrement au métier d'infirmier. Le personnel infirmier est engagé dans une pratique complexe et prenante. Cette charge cognitive associée à des conditions de travail particulières et à certains aspects de la vie hospitalière rend le *burn-out* quasiment irrévocable. *« Cette charge cognitive est augmentée proportionnellement à la difficulté de concentration liée à la gêne sonore rencontrée dans les services. Le sommeil des infirmiers peut, dans certains cas, être la victime de l'environnement professionnel. Car comme précédemment développé le bruit subit durant la journée peut avoir des incidences sur la qualité du sommeil. Un repos perturbé peut donc également accentuer la charge cognitive des équipes infirmières » (Charles-Eric Bodin, 2011, p12).*

La charge cognitive comme les nuisances sonores coordonnent les besoins en termes d'isolement et de calme dans la vie extrahospitalière. La tendance est aux oppositions. Certaines infirmières travaillant dans un climat bruyant semblent avoir tendance à s'isoler et recherche le calme en dehors de l'hôpital. A contrario, d'autres dont le travail est dans un environnement relativement calme s'avèrent plus enclines à rechercher le bruit pour récupérer et pour substituer les sons propres aux appareils médicaux.

3.3.6 Conclusion

Les effets négatifs du travail, notamment le *burn-out*, se reproduisent dans la vie sociale. Ils influencent non seulement la vie professionnelle mais aussi la santé des salariés. Dans un premier temps, il s'agit d'une modification du comportement par le désengagement et la déshumanisation des soignants, ce vide éprouvé par l'infirmière se transporte aux membres de la famille. L'agressivité est également présente notamment avec les enfants. Dans le cadre du travail et hors travail, la relation à autrui se dégrade et laisse la place à un sentiment de mal-être et de culpabilité. Dans un second temps, il est question des conséquences sur le corps. Ce dernier est marqué par la souffrance des soignantes. Il met en lumière les changements déclenchés par le *burn-out* et qui résonne dans une image corporelle atteinte pour notre société. Enfin, les chamboulements mentaux et cognitifs s'observent, le besoin de s'isoler est primordial pour certaines affectant leur vie extrahospitalière.

Conclusion générale

La compréhension de la souffrance au travail semble bien plus complexe qu'une simple relation causale entre des situations de travail potentiellement déstabilisantes et ses conséquences sur les personnes.

L'analyse des données met en évidence que l'interaction entre les deux domaines : travail et hors travail joue chacun un rôle dans la souffrance au quotidien des infirmières. Même si la souffrance trouve son origine dans le travail, il s'avère que les responsabilités familiales amplifient cette dernière. La frontière entre souffrance sociale et souffrance professionnelle devient floue, les souffrances évoluent dans un seul socle dont il est difficile de déterminer où se termine l'une pour que l'autre commence. Pour comprendre cette jonction, il est nécessaire de se rendre compte des influences de chaque domaine dans le quotidien des infirmières. Aussi, comprendre la souffrance au travail des soignantes au service des urgences médico-chirurgicales d'Oran est réalisable en intégrant des éléments de la sphère privée et les aspects culturels de la société algérienne.

La famille est très présente dans le quotidien professionnel des infirmières. Elle interfère, dès le début, de la carrière dans les choix professionnels et, on assiste à une emprise, voire une intrusion de la famille dans la manière même de réaliser le soin. La façon d'opérer le projet professionnel n'est pas neutre dans l'apparition de la souffrance au travail, particulièrement quand il n'est effectué par la personne concernée. La qualité du choix professionnel appuie peu ou prou l'apparition d'une souffrance dans un travail méconnu. Elle revêt une grande importance dans le parcours professionnel et dans la vie sociale de la personne. Ici, le choix du métier est souvent sous l'influence de la famille, il est justifié par la stabilité qu'il renferme. Cependant, les

infirmières sont plus enclines à développer un mal-être pouvant se transformer en un *Burn out* profond car le choix du métier s'effectuait en occultant ses aspects importants. Dès le début de la trajectoire professionnelle, confrontées aux nouveaux défis de sa nouvelle pratique, les infirmières déploient des manœuvres pour se prémunir. Le soutien moral est une stratégie pour faire face au stress professionnel chronique, les collègues notamment des infirmières confirmées sont mobilisées. Des ressources extérieures à l'institution hospitalière sont également mises en œuvre. Un réseau social de soutien hors du travail se tisse. Le soutien de parents âgés est réclamé. Ces derniers produisent une analyse concernant des situations professionnelles de leurs parentes. Ils conseillent sur la façon de procéder lors des soins et jouent un rôle important auprès des soignants en situation de souffrance. Attestant par la même occasion que la sphère privée s'invite dans la sphère professionnelle. Le soutien familial est un contrepoids face à la souffrance au travail. Le rôle de la famille est présent d'une manière positive dès les premières périodes et face à l'annonce d'une nomination au sein de ce service. La famille entreprend un travail de recherche assez important pour une réaffectation dans un autre service.

L'investissement de la famille est dans certains cas cultivé. Il représente un point de repère rendant la souffrance tolérable. L'influence de l'entourage familial demeure présente tout au long des expériences professionnelles. Ce qui sous-entend une tentative d'influencer la trajectoire professionnelle et l'impact sur la souffrance au travail.

Par ailleurs, les responsabilités familiales apparaissent simultanément comme une entrave et engendrent des pressions ajoutées notamment quand cela concerne certaines infirmières mariées. Les deux sphères forment une charge et un poids sur la vie quotidienne. Ces pressions se métamorphosent rapidement en une incapacité à remplir les deux rôles d'épouse et

d'infirmière. Dans le quotidien, le risque d'un divorce est également très présent. Il côtoie la souffrance au travail la rendant difficilement supportable.

Dans le cas de certaines infirmières célibataires, le stress est également insufflé en premier lieu par la famille, cela en les encourageant à renforcer un réseau relationnel au sein de l'hôpital. Le réseau social sert à se valoriser et à la quête d'un mari. Le métier contribue à atteindre le statut de femme mariée considérablement valorisé par la société. Par ailleurs, il existe une difficulté d'être célibataire dans un milieu de travail assez difficile. L'image sociale négative des infirmières a une part importante dans la crise identitaire et dans le développement de la souffrance. Elle fixe la dépréciation du métier dans la société.

Établir que la souffrance au travail des soignants au service des urgences, notamment l'épuisement professionnel, intègre également des éléments de la vie hors travail sous-entend un déversement plus au moins indirect entre les rôles. Effectivement, le rôle familial peut influencer le rôle professionnel d'une manière manifeste. On constate l'ingérence créée par le rôle familial au niveau de l'exécution des tâches professionnelles. Des contrecoups négatifs se produisent au niveau de l'exécution des activités quotidiennes. Ces répercussions s'observent, par exemple, dans la baisse de la concentration. Il s'ensuit une réduction de la productivité et une perte de réactivité. Peu à peu, la qualité du travail se détériore et une diminution de la satisfaction au travail se cristallise. En même temps, les infirmières ressentent une impression commune d'appréhension et de culpabilité.

Dans un contexte similaire, dans une société dite traditionnelle, la famille comme valeur s'enracine dans la pratique professionnelle quotidienne. Au cours de l'exercice professionnel, la gestion des deux logiques devient difficile à concilier voire problématique. L'organisation du travail est sans cesse repensée ce qui constitue une source de tension et de stress. Ce

réajustement s'opère suivant différentes situations. Par exemple, la division des tâches suivant le genre est édictée d'un commun accord entre l'infirmière et l'infirmier. Elle est légitimée par des impératifs religieux et valeurs sociales ce qui produit de l'insatisfaction au travail chez certaines. Toujours concernant ces valeurs religieuses et sociales, il existe une part non révélée de la pratique soignante qui est tabou pour certaines infirmières célibataires ou mariées. Ces dernières ne mettent pas en avant les soins corporels prodigués aux patients. Cette tâche est dissimulée aux proches car elle n'est pas adéquate avec les valeurs de pudeur *el horma*.

Ainsi, il est possible de comprendre les conséquences de la vie privée et des exigences familiales sur la pratique professionnelle et l'influence de certains éléments dans le développement ou non de la souffrance au travail. Les infirmières se sentent épuisées, elles manifestent leur fatigue et leur stress issus de la gestion continue des deux rôles. Le poids que représente la prise en charge d'une famille interfère dans le travail soignant. Les responsabilités familiales rendent difficile l'exercice des responsabilités professionnelles. Cependant, on note que certaines infirmières établissent une hiérarchisation des rôles en fonction de leur importance. L'investissement et l'engagement dans le travail d'infirmière ne revêt pas d'une grande importance pour certaines d'entre elles. Leurs préoccupations sont tournées vers la vie privée plus que professionnelle. Ce regard sur le métier est partagé par la famille qui tend à le considérer comme accessoire. La priorité est accordée au rôle maternel qui accapare les infirmières rendant l'exercice soignant au second plan. Ainsi, les infirmières se focalisent sur la vie familiale au détriment de la vie professionnelle. Le rôle parental surpasse le rôle professionnel particulièrement chez les femmes, une inégalité concernant la division sexuelle du travail parmi les couples est palpable lorsqu'il s'agit de prendre en charge la gestion des tâches domestiques et éducatives. De plus, La présence d'enfants est un élément important dans le déséquilibre entre les

domaines professionnel et familial. Suivant cette hiérarchie, des stratégies sont mises en place pour se libérer du travail. Ainsi pour faciliter et justifier leurs absences, certaines exagèreraient leur souffrance. La fatigue professionnelle servirait de justificatif à l'absentéisme perturbant par la même occasion le fonctionnement des soins.

Les proches ont du poids dans les prises de décisions professionnelles de certaines infirmières, en l'occurrence, le travail de nuit est écarté. Dans un souci de protection, il symbolise un risque de débauche et de dépravation. Ici encore, l'influence de la famille dans l'exercice de métier est présente. La protection patriarcale l'honneur (*nif*) de la pudeur (*horma*) associés aux femmes signifie : se conformer à la logique patriarcale. Cette dernière a plus d'importance que la logique professionnelle. Par ailleurs, de réelles difficultés à gérer les oppositions entre vie professionnelle et vie familiale se présentent aux soignantes qui travaillent de nuit. La discordance entre les horaires de travail et les moments de disponibilité pour la famille tend à poser problème. A la longue, ce décalage maintient les conflits travail-famille rendant le repos restreint, le stress et le *burn out* toujours présents voire amplifié.

L'interférence du travail sur la vie familiale/personnelle n'est pas toujours expérimentée d'une façon paisible. Une des conséquences négatives est l'appauvrissement des échanges dans la vie de famille et la vie sociale en général. L'affaiblissement de cette dernière représente une des plaintes les plus perpétuelles tenues par les travailleurs postés telles que les infirmières. L'aspect relationnel de la pratique soignante génère une vie sociale appauvrie. Le repos et l'isolement sont nécessaires pour évacuer les tensions résultant des relations professionnelles. Le stress au travail demande beaucoup plus de calme pour récupérer qu'un simple défoulement physique.

Ainsi, les conséquences des horaires de travail sur la vie des postés et de leur entourage sont visibles à différents niveaux. Ces perturbations familiales et sociales consolident les contrecoups négatifs sur le plan psychologique et physiologique: entre autres fatigue, troubles du sommeil et de la santé. Aussi, les multiples rôles endossés par les infirmières les obligent à jongler avec diverses exigences et responsabilités ce qui est loin de les apaisées et renforcent le *burn out*. Il en découle une gestion difficile des activités. Il s'agit, ici, de la gestion de nombreuses tâches dans un laps de temps restreint. Un travail d'ajustement est opéré par les membres de la famille en fonction de l'emploi du temps de l'infirmière, c'est particulièrement le cas du conjoint. Ainsi, son regard se focalise sur les difficultés de se plier aux spécificités de l'activité professionnelle du partenaire soignant. S'octroyer du temps en famille devient un challenge qui demande des efforts et un temps d'adaptation.

L'aspect temporel aide à compréhension les chevauchements entre deux sphères et les résultats sur la santé du salarié et son *burn out*. On note un flou concernant le temps professionnel et le temps personnel. Les soignantes ont du mal à récupérer durant les temps de repos. Les responsabilités familiales les accaparent, ce qui crée un alourdissement des tâches. Celles-ci loin de freiner ou de faire office de contrepoids, amplifient et consolident le *burn-out*. En parallèle, la sphère professionnelle, de part ses exigences, perturbe l'organisation de la vie sociale des infirmières. Il s'ensuit, de leurs parts, des efforts pour limiter l'immixtion du travail. L'isolement dans la sphère privée devient une issue face aux contraintes et au *burn-out*. Ainsi, de même que les exigences familiales s'immiscent dans le travail, ce dernier modifie la vie sociale des soignantes. Quand les deux sphères s'imbriquent, elles s'influencent mutuellement et dans ce cas, le *burn-out* comme le résultat de la sphère professionnelle s'intensifie à cause des contraintes présentes dans la sphère familiale.

Autre conséquence du travail, la diminution des rapports sociaux est progressivement établie notamment dans les cas de décès de patients. Ce retrait concerne différemment les infirmiers et les infirmières célibataires de celles mariées. Pour ces dernières, la sphère conjugale est également affectée. Les interactions avec les proches sont plus problématiques à cause de l'agressivité et la mauvaise humeur comme effets négatifs du *burn-out*. Dans un cercle sans fin, elles se répercutent sur les relations extrahospitalières pour amplifier, ensuite, la souffrance des soignantes. Rapidement, le besoin d'une dissociation entre les deux domaines devient primordial.

Les effets négatifs du travail, notamment le *burn-out*, se reproduisent dans la vie sociale. Ils affectent non seulement la vie professionnelle mais aussi la santé des salariés. Rapidement, un changement de comportement chez les soignants s'observe. Il s'agit de la déshumanisation dans la pratique professionnelle quotidienne mais qui s'applique également sur les membres de la famille. Dans le cadre du travail et hors travail, la relation à autrui se détériore. Les sentiments négatifs s'amplifient.

La souffrance abîme également le corps. Ce dernier est imprégné par les conséquences du travail. Il est question de métamorphoses et de traumatismes provoqués par le *burn-out*. L'image corporelle est redéfinie, bien souvent elle n'est pas conforme à l'image idéale du corps de la société algérienne. Le corps perd de son capital de santé et de son attrait, il devient source d'étiquetage négatif dans la société (trop maigre, malade, affaibli...etc.).

Ainsi, il est possible d'affirmer que la souffrance au travail, notamment le *burn-out*, de part ses expressions et ses conséquences loin d'être emprisonné dans les murs de l'hôpital, se déverse dans la vie privée. Or, les responsabilités et les exigences, qu'elles soient d'ordres culturel ou

organisationnel, loin d'être, dans certains cas, des contrepoids ou des freins elles amplifient cette souffrance.

Au terme de cette étude, nous nous interrogeons encore sur les effets organisationnels du *burn out* au sein d'un service des urgences. En effet, l'absence d'une prise en charge professionnelle organisée au sein de la structure hospitalière conduit les soignants à une auto-gestion quotidienne de ce mal. Cette insuffisance mène les soignants à s'organiser pour s'aider et se soutenir mutuellement. Ainsi, la dynamique de groupe crée une influence sur l'organisation de travail. S'interroger sur cette organisation informelle pour minimiser la souffrance, c'est questionner les réponses potentielles aux situations professionnelles à caractère problématique et implicitement sur la productivité de l'institution.

Bibliographie

OUVRAGES :

Addi, L. (1999). *Les mutations de la société algérienne*. Paris : La Découverte.

Addi, L. (2002). *Sociologie et anthropologie chez Pierre Bourdieu : Le paradigme anthropologique kabyle et ses conséquences théoriques*. Paris : La Découverte.

Addi, L. (2004). *Femme, famille et lien social en Algérie*. In Kian-Thiebaut, A. & Lader-Fouladi, M. *Famille et mutations socio-politiques : L'approche culturaliste à l'épreuve*, Paris : Editions de la Maison des Sciences de l'Homme Colloquium pp.71-87.

Arcand, M., & Brissette, L. (1998). *Échec au burn-out, Guide à l'intention des intervenants sociaux*, Montréal : Chenelière / McGraw-Hill.

Benner, P. (1995). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : InterÉditions.

Bernier, D. (1993). *La crise du burnout : s'en remettre, c'est refaire sa vie*, Montréal Canada : Editions, Internationales Alain Stanke, Limitee, Collection Partage.

Bidart, C. (1997). *L'amitié un lien social*. Paris : Edition La découverte.

Bourcier C. & Palobart Y. (1997), *La reconnaissance – un outil de motivation pour vos salariés*. Paris : Les Editions d'Organisation.

Bourdieu, P. (1970). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris : Librairie Droz.

Bozzini, L., & Tessier, R. (1985). *Support social et santé*, dans Dufresne, J. Dumont, F., & Martin, Y. *Traité d'anthropologie médicale : L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec : Presses

de l'Université du Québec, IQRC; Lyon : Presses universitaires de Lyon.

Canouï, P. & Mauranges, A. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : De l'analyse du burn out aux réponses*. 2ème édition. Paris : Edition Masson.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Gallimard Folio essais.

Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York : Praeger.

Claire, B. (1999). *Les âges de l'amitié cours de la vie et formes de la socialisation*. In RAVIS-GIORDANI, G. (éd.). *Amitiés, anthropologie et histoire*, Aix-en-Provence : Presses de l'Université de Provence. pp. 65-81.

Collière, M.F. (1995). *Soigner, le premier art de la vie*. Paris : Inter Editions.

Collière, M.F. (2003). *Promouvoir la vie*, Paris : Elsevier Masson.

Cosnier J. (1993), *Les interactions en milieu soignant*, in Cosnier, Grosjean & Lacoste, (dir.), *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaire de Lyon. pp.17-32.

Danvers, F. (2009). *S'orienter dans la vie : une valeur suprême ? : Dictionnaire de sciences humaines*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaire Septentrion.

Dauphin, S. (2012). *L'institution familiale au prisme de l'émancipation des femmes. Transformations dans la famille et égalité des sexes*. In Dauphin S. & Sénac R. (eds.). *Femmes – hommes : penser l'égalité*. Paris : La Documentation française. pp.169-182.

Davis F. (Ed.). (1966) *The Nursing Profession : Five Sociological Essays*. New York: John Wiley & Sons, Pp. xii, 203.

De Singly, F. (1996). *Le Soi, le couple et la famille*. Paris : Nathan.

Dejours C. (1998). *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Le Seuil.

Dubar, C. (1996). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.

Dubar, C. & Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Collection U. Série Sociologie. A. Colin.

Dubet F.(dir), Caillet V., Cortéséro R., Mélo D. & F. Rault (2006). *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*. Paris : Seuil, coll. « H.C. Essais ».

Duchesne ,S.(2000). *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique*, Myriam Bachir dir, Paris : Presses Universitaires de France, coll. Curapp, pp. 9-30, [en ligne] http://www.upicardie.fr/labo/curapp/revues/root/44/sophie_duchesne.pdf_4a0bdf34aef10/sophie_duchesne.pdf (consulté en mars 2017).

Diane-Gabrielle Tremblay (dir.). (2005). *De la conciliation emploi-famille à une politique des temps sociaux*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

EDELWICH, J. & BRODSKY, A. (1980), *Burnout, Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, New York: Human Sciences Press.

El Murr, D. (2001). *L'amitié*, Paris : GF Flammarion.

Faes, H. (2003). *Peiner, œuvrer, travailler. Sur le travail et la condition humaine*. Paris : L'Harmattan.

Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : La Découverte.

Ferrette, J. (dir.). (2014). *Souffrances hiérarchiques au travail. L'exemple du secteur public*. Paris : L'Harmattan.

Floru, R., & Cnockaert, J.C. (1991). *Introduction à la Psychophysiologie du Travail*. Nancy : P.U.N.

Fredriksen-Goldsen Karen I. & Andrew E. Scharlach (2001) *Families and Work: New Directions in the Twenty-first Century Families and Work: New Directions in the Twenty-first Century*, Oxford : Oxford University Press.

Freud, S. (1929). *Le malaise dans la culture ; tome XVIII*. Vienne : œuvre complète.

Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1981). *Burn-out: the high cost of high achievement*. New York: Bantam Books.

Freidson E.(1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.

Gadbois, C. (1993). *La famille postée*, Grossin & all. *Dossier, les horaires en vrac*, France : ANACT, Travail & Santé.

Guéritault, V. (2004). *La fatigue émotionnelle et physique des mères. Le burn-out maternel*. Paris : Odile Jacob.

Guichard, J., & Huteau, M. (2006). *Psychologie de l'orientation*. Paris : Dunod.

Hack Tuke, D. (1892). *A Dictionary of Psychological Medicine*, London : J. & A. Churchill.

Herzlich, C. & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Lausanne : Payot Editions.

Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.

Hochschild, A.R. (1989). *The Second Shift: Working Parents and the Revolution at Home*. New York: Viking.

Holstein, L. (2014). *Le Burn out parental, surmonter l'épuisement et retrouver la joie d'être parents*. Paris : éditions Josette Lyon.

Hughes E. C. (1996) *Le Regard sociologique : Essais choisis*. Paris : Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, pour la traduction française.

Jardillier, P. & Bauduin, H. (1979). *L'absentéisme : mythe et réalités, Entreprise*. Paris : Moderne d'Editions.

Jodelet, D. (1997). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. in Serge Moscovici (dir.), *Psychologie sociale*, Paris : PUF, coll. Le psychologue.

- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress*. New-York: Wiley.
- Karasek R. & Theorell T. (1990) *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kentish-Barnes, N. & Valy, J. (2013). *Les soignants et la mort en réanimation*. In Florent Schepens(dir). *Les soignants et la mort*. Toulouse: ERES. pp. 17-29. doi:10.3917/eres.schep.2013.01.0017.
- Khiati, M. (1996), *Regard sur la santé*, Algérie : édition DAHLAB.
- Kirouac, L. (2016). *L'individu face au travail-sans-fin : Sociologie de l'épuisement professionnel*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Larbi, A. (2008). *La pratique médicale en Algérie : de la période coloniale à nos jours*. Alger : édition ANEP.
- Lazarus, R.S. (1998). *Vulnérabilité et résistance individuelles au stress psychologique*. In Kalimo, R., El batawi, M. & COOPER,C. L. *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. pp. 127-133.
- Linhart, D. (1976). *Contenu et désaffection du travail industriel*. Paris : CEREBE.
- Loriol, M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*.Paris : Anthropos.
- Loriol, M. (2002). *L'impossible politique de santé publique en France*, Paris : ÉRÈS.
- Loriol, M. (2011). *Sens et reconnaissance dans le travail*. Traduction d'un texte, publié (en grec) dans le Traite de sociologie du travail. Athènes : AIONIKOS. pp.43-67.
- MASLACH, C. (1982). *Burnout – The Cost of Caring*. Englewood Cliffs : Prentice Hall.
- MASLACH, C. & JACKSON, SE. (1981). *Maslach Burnout Inventory (Human Service Survey)*. Palo Alto : Consulting Psychologist Press.
- MASLACH, C. & LEITER, M.P. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Meda, D. (2001). *Le temps des femmes pour un nouveau partage des rôles*. Paris : Edition Flammarion.

Morin E. M., 1996, « L'efficacité organisationnelle et le sens du travail », in Pauchant T. C. et coll., *La Quête du sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature*, Montréal, Québec/Amérique, et Paris : Éditions de l'organisation, pp. 257-286.

Moyse Steinberg D. (2008). *Le travail de groupe. Un modèle axé sur l'aide mutuelle. Pour aider les personnes à s'entraider*. Laval : Presses De L'université Laval.

MOW International Research Team (1987), *The Meaning of Working*. New York: Academic Press.

Nadine, J. (2009). *Exploitées, le travail invisible des femmes*. Paris : Edition Les points sur les i.

Nelson, D. L. & Burke, R. J. (2002). *Gender, Work Stress and Health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Neveu J.-P. (1996). *La démission du cadre d'entreprise : étude sur l'intention de départ volontaire*, Paris : Edition Economica .

Neveu J.P. (2002). *L'implication du salarié : du pourquoi au pour quoi*. Paris : Vuibert.

OMS. (1998). *La prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux*, Genève : World Health Organization Press. chapitre V: syndromed'épuisement. pp. 99-121.

Paulhan, I. & Bourgeois, M. (1998). *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Nodule Puf.

Peneff, J. (1992). *L'Hôpital en urgence*. Paris: Editions Métailié.

Perraut-Soliveres, A. (2001). *Infirmières : le savoir de la nuit*. Paris: Presses Universitaires de France.

Peters, S. & Mesters, P. (2007). *Vaincre l'épuisement professionnel : Toutes les clés pour comprendre le burn out*. Paris : Editions Robert Laffon.

Philipsen ,H. (1970). *The conditionality of general statements elucidated by the association between work satisfaction and absence due to sickness*. XVII, 5. Amsterdam: Sociologische Gids. University of Groningen Press.

Pines, A. & All.(1984). *Le burnout, comment ne pas se vider dans la vie et au travail*. Montréal : Éditions du Jour.

Pines, A . (1980). *Burnout*. New York: The Free Press.

Quivy, R. & Van campenhoudt, L. (1988). *Manuel de Recherche en Sciences Sociales*. Paris : Bordas.

Rabinbach, A. (2004). *Le moteur humain : L'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*. Paris : La Fabrique.

Rigal ,J.L. (1979). *L'absentéisme salarial comme indicateur social*, Paris : Publication L.E.S.S.E.P.S.

Rosa, H. (2010). *Accélération. Une critique sociale du temps*. Paris : La Découverte.

Sartin, P. (1966). *Le surmenage professionnel*. Paris : Hachette.

SELYE, H. (1962). *Le Stress de la vie : Le problème de l'adaptation*. Canada : Gallimard.

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The burn out companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.

Soulet, M.H. (2007). *La souffrance sociale: nouveau malaise dans la civilisation* ; Volume 31. Saint-Paul : Universitaires Fribourg Suisse.

Super, D. E. (1963). *Toward making self-concept theory operational*. In D. E. Super (Ed.), *Career development : self concept theory*. New York : College Board

Stora J.-B (2010). *Introduction , Le stress*. Paris : Presses Universitaires de France , «Que sais-je ?». URL : www.cairn.info/le-stress--9782130582724-page-3.htm.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan.

Tremblay, D.G. & France Dagenais, L. (2011). *Ruptures, segmentations et mutations du marché du travail*. Canada : Presses de l'Université du Québec.

Vanpouille, Y. (2011). *Epistémologie du corps en Staps : Vers un nouveau paradigme*, Paris : L'Harmattan, coll. « Mouvements des Savoirs ».

VAUX A., (1988), *Social Support: Theory, Research and Intervention*, New York: Praeger.

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.

Veil, C. (1959). *Primum non nocere .Les états d'épuisement : Le Concours médical*, Paris : p. 2675-2681.

Weber, M. (2004). *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Plon, 1964. Paris : Gallimard.

Weiss D. & Sartin P. (1976). *Absentéisme et rotation du personnel*, Paris : Dossier BTE.

Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2013). *Épuisement professionnel : approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Armand Colin.

ARTICLES:

Allen, T. D., Herst, D. E., Bruck, C. S. & Sutton, M. (2000). Consequences associated with workto- family conflict: A review and agenda for future research.*Journal of Occupational Health Psychology*. 5 (2).pp. 278-308.

Amrane D. (1991). Les femmes algériennes dans la guerre, Vingtième Siècle.*Revue d'histoire*, Volume 32, Numéro 1, pp. 115 – 116.

Wharton Amy S., (2004) Femmes, travail et émotions : concilier emploi et vie de famille,*Travailler /2* (n° 12), pp. 135-160. DOI 10.3917/trav.012.0135.

Ashforth B.E., Kreiner G.E. & Fugate M. (2000), All in a Day's Work: Boundaries and Micro Role Transitions. *Academy of Management Review.* 25(3).pp. 472-491.

Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2006). The Jobs Demands-Ressources model : state of the art.*Journal of Managerial Psychology*, Vol. 22. no 3.pp. 309-328.

Bakker, E., Vardakou, A.B. & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethode analysis.*European Journal of Psychological Assessment.* 18 : pp.296-307.

Barbier D. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *La Presse Médicale*, tome 33, n°6.pp.394-399.

Barley, S. & Knight D. 1992, Toward a cultural theory of stress complaints,*Research in Organizational Behavior*, vol. 14, pp. 1-48.

Barrera M., (1986), Distinctions between social support concepts, measures and models,*American Journal of Community Psychology*, N° 4, pp. 413-445

Barthe, B., Quéinnec, Y. & Verdier, F. (2004). L'analyse de l'activité de travail en postes de nuit : bilan de 25 ans de recherches et perspectives.*Le travail humain.* [En ligne], vol. 67. (1).pp. 41-61. doi:10.3917/th.671.0041.

Beauregard L. & Dumont, S. (1996)La mesure du soutien social.*Service social*, 453: pp. 55–76. DOI : 10.7202/706737ar

Behson, S.J. (2002).Which dominates. The relative importance of workfamily organizational support and general organizational context on employee outcomes. *Journal of Vocational Behavior.* 61, pp.53-72.

Benali R., (2009). Rôles et statuts dans la famille algérienne contemporaine , Changements et répercussions, *Arabpsynet e.Journal.* N°21-22 – Winter & Spring. pp90-95.

Benatia Y. & Rouag A.(2008). L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes. *Les Cahiers du LAPSI* ,n° 5, Septembre.

Bertolote J.M. & Fleischmann A. (2002). Le Syndrome d'épuisement, Le réseau mondial pour la santé au travail, *GOHNET*, [En ligne], numéro2, HIVER pp.5/07.http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2f.pdf consulté juin 2016.

Bertrand F., I. Hansez(2010), Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âges, *Le travail humain*, presse universitaire de France /3 (Vol. 73), pp. 213-237

Bhowon U. (2013) , Role salience, work-family conflict and satisfaction of dual-earner couples , *Journal of Business Studies Quarterly*, Volume 5, Number 2.

Bidart, C. & Pellissier, A. (2002). Copains d'école, copains de travail: Evolution des modes de sociabilité d'une cohorte de jeunes.*Réseaux*, [En ligne], no 115.(5).pp.17-49. doi:10.3917/res.115.0017.

Boudreau F.(2016) Piste de lecture, L'individu face au travail-sans-fin. Sociologie de l'épuisement professionnel, Laurie Kirouac, *INTERVENTION*, numéro 144 : pp.109-111 http://www.revueintervention.org/sites/default/files/pdfs/ri_144_pdl_boudreau.pdf consulté en juin 2016.

Boufenara, K. & Labi, B. (2009). Les militaires français et la dynamique de la structure sanitaire en Algérie durant la période coloniale,*Sciences & Technologie D – N°30*, Décembre pp. 9-18.

Boufenik F., (1998). Famille : les femmes et les rapports de production domestique de santé.*Insaniyat / إنسانيات* [Online], 4 | 1.DOI : 10.4000/insaniyat.11710

Bradley H.B (1969). Community-based treatment for young adult offenders.*Crime and delinquency*. 15. pp.359-370.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001) Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, *Recherche en soins infirmiers*, N° 67 – décembre. pp.68-83.

Brühlmann, T. (2015). Fatigue en cas de burn out et bore out. *Revue Medicale Suisse*. Volume 11. pp. 923-926.

Brun, J. (2008). La reconnaissance au travail. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 12,(9), pp 26-26. <https://www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2008-9-page-26.htm>.

Brun, J. & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, vol. 30,(2), pp.79-88. doi:10.3917/riges.302.0079.

Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue internationale des soins palliatifs*, 18, 2, pp.101-104. DOI : 10.3917/inka.032.0101

Carrieu, M. (1878). De la fatigue et de son influence pathogénique. *Royal College of Surgeons of England*, J.-B. Baillièrre et fils, Paris.

Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale :concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), pp.15–41. doi:10.7202/012137ar

Chadeau A., Fouquet A. & Thélot C. (1981). Peut-on mesurer le travail domestique ? .*Economie et statistique*. Volume 136 Numéro 1. pp. 29-42.

Chapoulie J.M. (1973). Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. *Revue française de sociologie*. [En ligne] n 14-1. pp. 86-114. http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_num_14_1_2179

Cherkaoui W. *et al.*, (2012) Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel : le cas de l'hôpital DS au

Maroc, Humanisme et Entreprise /5 (n° 310), p. 21-40.DOI 10.3917/hume.310.0021

Chevrier, N. & Renon-Chevrier, S. (2004). L'épuisement professionnel : vers des interventions organisationnelles.*Psychologie Québec*. pp. 39-40

Closon C. (2007). L'adéquation travail – famille. Une question de conciliation ou d'interaction ?*Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail(REMEST)*, vol. 3, N° 1. pp. 107-125 <http://www.remest.ca/documents/6Closon.pdf> Consultée en septembre 2015.

Cocandeau, L. (2007), Rupture ou harmonisation dans les temporalités des femmes à travers leur double engagement familial et professionnel?, *Carriérologie*, 11(1-2) pp.209-227.

Cohen, Y. & Dagenais, M. (1987). Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle.*Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41(2), pp.155–177. doi:10.7202/304549ar.

Coverman, S. (1989). Role Overload, Role Conflict, and Stress: Addressing Consequences of Multiple Role Demands .*Social Forces*, vol. 67, pp. 965-982.

Dassa, S. (1992). Absentéisme au travail : phénomène socio-professionnel en situation ou expression d'événements de santé diffus ?,*Sciences sociales et santé* . Volume 10 , Numéro 3. pp. 67-73

De Singly, F. (1987). La journée double. *Informations sociales*, n° 5.

Decamp, S., Gaudron, S., Perrier, M., Mitaine, L., Mervaux, M. & Bouglé, M. (2002). Le soutien de couloir: un soutien informel destiné aux soignants: Prise en charge par une équipe mobile de soins palliatifs en milieu hospitalo-universitaire. *InfoKara*.vol. 17, (1).pp. 16-19.

Delphy C., (2003). Par où attaquer le « partage inégal » du « travail ménager » ? *Nouvelles Questions Féministes/3* (Vol. 22), pp. 47-71.
DOI 10.3917/nqf.223.0047.

Delbrouck, M. (2007). Burn-out et médecine: Le syndrome d'épuisement professionnel.*Cahiers de psychologie clinique.* n° 28, (1),pp. 121-132. doi:10.3917/cpc.028.0121.

Devreux, A.-M. (1983). Questions de temps, questions sur le temps.*Les Temps modernes.* n° 438.

Di Méo, G. (2010). Subjectivité, socialité, spatialité : le corps, cet impensé de la géographie. *Annales de géographie.* 675, (5). pp. 466-491.

Divay, S. (2010).Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local.*Sociétés contemporaines.* 77, (1). pp. 87-109. doi:10.3917/soco.077.0087.

Edwards J.R. & Rothbard N.P. (2000),Mechanisms Linking Work and Family: Clarifying The Relationship between Work and Family Constructs.*Academy of Management Review,* 25,1, 178-99.

Elmustapha, N. & Tremblay, D.G (2010). L'incidence des pratiques de conciliation travail famille dans les milieux de travail canadiens : les milieux syndiqués sont-ils mieux pourvus et la situation s'améliore-t-elle ?.*Interventions Économiques pour une Alternative Sociale.* 41, mai. consulté le 09 septembre 2017. URL : <http://interventionseconomiques.revues.org/398>

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S. & Sowa, D. (1986). Perceived Organizational Support,*Journal of Applied Psychology.* vol.3. pp.500-507.

Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch P.D. & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology.* vol.1, pp. 42-51.

Faulkner M., (2016). Laurie Kirouac : L'Individu face au travail-sans-fin. Sociologie de l'épuisement professionnel, Québec : Presses de l'université Laval, 2015, p. 235. *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 8 | 2016, mis en ligne le 01 mai 2016, consulté le 28 mars 2017. URL : <http://nrt.revues.org/2783>

Floru R. & Cnockaert J.C. (1998).Stress professionnel et Burn out, *Les Cahiers de l'Actif* .N°264/265, Mai /Juin. pp. 25-40

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science Medicine*. 26(3). pp. 309-317.

Fonteneau, Y. (2009). Penser le travail à l'époque moderne (XVIIe-XIXe siècles): introduction et perspectives. *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, n110. pp. 11-38. : <http://journals.openedition.org/chrhc/1970>

Forsé M. (1981). La sociabilité. *Economie et statistique*, n° 132, pp. 39-48.

Forsé, M. (1991). Les réseaux de sociabilité : un état des lieux.*L'année sociologique*. N° 41, pp. 247-262.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout.*Journal of Social Issues*, 30, pp. 159-165.

Fredj, C. (2011). Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant « indigènes » (XIX^e-début du XX^e siècle).*Annales de démographie historique*, 122,(2), 169-203. doi:10.3917/adh.122.0169.

Fuhrer, C., Moisson-Duthoit, V. & Cucchi, A. (2011). Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burn out.*Management & Avenir*. 41, (1), pp. 194-215. doi:10.3917/mav.041.0194

Furtos, J. (2002). Qu'est-ce qui fait souffrir ? *Revue Quart Monde*. N°184 - La santé pour tous : pour quand ? <https://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2457>

Fusulier, B. & Drancourt C. N. (2015). Retour sur l'impossible conciliation Travail/Famille. *Revue Interventions économiques*. [En ligne], 53 |, mis en ligne le 01 septembre 2015, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://interventionseconomiques.revues.org/2643>

Gadbois C. (1993). La famille postée, ANACT, *Travail & Santé dossier : Les horaires en vrac*. pp. 67-72.

Ghislai, M. & Costalat-Founeau, A.M. (2017) Projet professionnel et dynamique identitaire : Une approche socioconstructiviste. *L'orientation scolaire et professionnelle*. 43/1 | 2014, En ligne <https://journals.openedition.org/osp/4259> depuis mars 2017, consulté en juillet 2017.

Glée, C. (2009). A quoi sert le projet professionnel ? De l'impact d'un outil d'orientation professionnelle sur le management des ressources humaines ou : la prospective, versus individu. *Management & Avenir*, 25, (5), pp. 406-426.

Greenhaus J.H. & Beutell N. J. (1985). Sources of Conflict between Work and Family Roles. *The Academy of Management Review* Vol. 10, No. 1 Jan., pp. 76-88.

Greenhaus J.H., Parasuraman S. & Collins, K.M. (2001), Career involvement and family involvement as moderators of relationships between work-family conflict and withdrawal from a profession. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 6 (2).pp. 91-100.

Greenhaus J.H. *et al* (2003). The relation between work-family balance and quality of life, *Journal of Vocational Behavior* n°63 . pp. 510-531.

Grinfeld E, Whelan T.J, Zitzelsberger L, Willan A.R, Montesanto B. & Evans W.K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burn-out, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association journal*, 163. pp.166-169

Guerid, D. (1995). Femmes, travail et société : La société a toujours le dernier mot. *PNUD/CRASC.in Actes de l'atelier : Femmes et développement*, (18-21 octobre 1994), Oran, pp. 33-42,

Guérin G. & All. (2000). Le travail et la famille: L'équilibre est-il possible ? *Effectif*.vol.3, n°3, pp. 15-19.

Guiho-Bailly, M.P. (2016). Un parcours fondé sur la clinique du travail, Syndrome d'épuisement professionnel, *Parcours de soins, Le concours médical* tome 138, n° 10, décembre.

Grzywacz, J. G. & Marks, N. F. (2000), Reconceptualizing the work–family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family, *Journal of Occupational Health Psychology, College Entrance Examination Board*, 5, pp. 111–126

Halbesleben, J. R. B. (2006). Sources of Social Support and Burnout A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model. *Journal of Applied Psychology*, 91, pp. 1134-1145

Hamza C. A., (2009). Population et santé en Algérie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* . February En ligne https://www.academia.edu/6840252/Population_et_sant%C3%A9_en_Alg%C3%A9rie_besoins_en_personnels_et_en_infrastructures_sanitaires_%C3%A0_l'horizon_2040?ends_sutd_reg_path=true consultée en juin 2016.

Herrbach O. (2005) , États affectifs et formes d'engagement. Analyse et conséquences pour le concept d'engagement organisationnel, *Psychologie du travail et des organisations* 11, pp.135–150.

- Hugues, E.C. (1958), Men at their Work, *Glenoce* : The Free Press.
- Hislop, E. & Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. *In Accident and Emergency Nursing*. n°1, vol 11, pp.5-11.
- P.Jobin, (2008).La mort par surtravail et le toyotisme. *Les mondes du travail*, n°6, sept. pp. 103-116.
- Kinnunen, U. & Mauno, S. (1998). Antecedents and consequences of work-family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relations*, vol. 51, no.2, pp. 157-177.
- Kirouac, L. (2012) Du surmenage professionnel au burn-out : réponses sociales et issues individuelles aux difficultés du travail d'hier et d'aujourd'hui. *Lien social et Politiques*. n° 67, pp. 51-66.
- Kossek E. E., Ozeki C. (1999). Bridging the work-family policy and productivity gap: A literature review, *Community, Work & Family*, 2(1), pp7-32.
- KOTTKE J.L., SHARAFINSKI C.E., (1988), Measuring perceived supervisory support and organizationnal support. *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 48, pp. 1075-1079.
- Lagraa Iméne Kheira, (2011) La socialisation des infirmières : Enquête au service des Urgences Médicales d'Oran, *revue numérique Horizon sociologique*. N° 5, automne dossier thématique: regards croisés sur l'Afrique, Problématiques africaines et nord-africaines.
- Lapeyre, N. & Le Feuvre, N. (2004). Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France, *Nouvelles Questions Féministes/3* (Vol. 23), p. 42-58. DOI 10.3917/nqf.233.0042
- Lapeyre, N. & Le Feuvre, N. (2005) Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales /1* .pp. 59-81.

Le Bihan-Youinou, B. & Martin, C. (2006). Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant. *Travail, genre et sociétés*, 16, (2), pp. 77-96.

Loriol, M. (2010). La construction sociale du stress : entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés au travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*.10,(2), pp.111-124. doi:10.3917/nrp.010.0111.

Loriol, M. (2003). Donner un sens à la plainte de fatigue au travail, *L'Année sociologique/2* (Vol. 53), pp. 459-485. DOI 10.3917/anso.032.0459.

Loriol M. (2004). Quand la relation devient stressante, difficultés et adaptations lors du contact avec les usagers. *Humanisme et entreprise*, n°262, pp.1-18.

Loriol M. (2005). La construction sociale de la fatigue au travail. L'exemple du burn out des infirmières hospitalières. *Santée conjugulée*, N° 35, 2005, pp. 52-62.

Loriol, M. (2014). Les sociologues et le stress. *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 4 | , mis en ligne le 01 mai 2014, consulté le 21 août 2017. URL : <http://nrt.revues.org/1498> ; DOI : 10.4000/nrt.1498.

Linhart, D. (1978). Quelques réflexions à propos du refus de travail, *Sociologie du Travail*, 7-9, vol. 3, pp. 310-321.

Macewen Karyl E. & Barling J. (1994). Daily consequences of work interference with family and family interference with work, *Work & Stress*, 8:3, pp. 244-254.
<http://dx.doi.org/10.1080/02678379408259996>.

Macrez, P. & Bonnet, M. (2004). Comprendre l'épuisement professionnel des soignants. *Revue de l'Infirmière*, N° 100. pp. 19-22

Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 5. pp. 16-22.

Maslach, C. (1978). Job burnout: how people cope. *Public Welfare*, 36/56-8.

Maslach, C. & Leiter, MP (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 93. pp. 498-512.

Matthews, L. S., Conger, R. D. & Wickrama, K. A. S. (1996). Work-family conflict and marital quality: Mediating processes. *Social Psychology Quarterly*, 59(1). pp. 62-79.

Mebtoul, M., (1999) La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie, *Socio-anthropologie* [En ligne], 5 |, mis en ligne le 15 janvier 2003, consulté le 09 juillet 2017. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/56> ; DOI : 10.4000/socio-anthropologie.56

Meda D. & Orain R. (2002). Transformations du travail et du hors travail : le jugement des salaires sur la réduction du temps de travail. *Travail et Emploi* no 90 , Avril.

Moisson-Duthoit V., (2009). Le stress : entre surcoût financier et détresse humaine, *Humanisme et Entreprise/1* (n° 291), p. 49-62. <https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2009-1-page-49.htm> Consultée en juin 2016.

Moisset, P. (2001). Que devient la double journée de travail de la femme après le départ des enfants ?. *Dialogue*, n° 153,(3), pp.63-72. doi:10.3917/dia.153.0063.

Mollard, J. (2009). Aider les proches. *Gérontologie et société*, vol. 32 / 128-129,(1). pp.257-272.

Munroe V. & Nicole Brunette, 2001, L'épuisement professionnel (burn-out) : un problème réel, *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 7, n° 1 , p. 165-191.

Elmustapha Najem & Diane-Gabrielle Tremblay (2010) L'incidence des pratiques de conciliation travail–famille dans les milieux de travail canadiens : les milieux syndiqués sont-ils mieux pourvus et la situation s'améliore-t-elle ?*Revue Interventions économiques*[En ligne], 41 |, mis en ligne le 01 mai 2010, consulté le 19 janvier 2015.URL : <http://interventionseconomiques.revues.org/398>

Lapeyre N.& Le Feuvre N. (2004). Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France .*Nouvelles Questions Féministes /3* (Vol. 23), p. 42-58. DOI 10.3917/nqf.233.0042

Neveu, J. P. (1996), Épuisement professionnel: Recherche exploratoire en milieu hospitalier.*Travail humain*, 59/(2). pp.173-186.

O'driscoll M.P., Poelsmans S., Kalliath T., Allen T.D, Cooper C.L.& Sanchez J.L. (2003). Family-responsive interventions, perceived organizational and supervisor support, work-family conflict and psychological strain, *International Journal of StressManagement*, vol. 10, pp. 326-344

O'Shea, M. & B. Kelly, (2007). The lived experience of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no°8, pp. 1534-1542.

Paulhan I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*. vol. 92, n°4. pp. 545-557.

Périer, P., (1997). Les vacances familiales sans départ [Contribution à une sociologie de la non-pratique].*Recherches et Prévisions*, n°47, mars La charge d'enfant. pp. 65-78.

Pezé, M. (2003). Corps et travail.*Cahiers du Genre*, 35, (2). pp.141-164.

Pittinsky T.L. & Shih M. (2004). Organizational Commitment and Worker Mobility in Positive Perspective.*American Behavioral Scientist*, vol 47(6). pp.791-807.

Poore, G.V., (1875). On fatigue.*Issue*, Volume 106, 2709.pp. 163-164.

Pronovost, G. (2007). Le temps dans tous ses états : temps de travail, temps de loisir et temps pour la famille à l'aube du XXI^e siècle, *Enjeux publicsIRPP*. Vol. 8, n° 1.

Raffier-Peres D. & Estryng-Behar M.,(2015). Audit ergonomique en réanimation polyvalente. Bruit ambiant, alarmes et impact sur le travail.*Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, Volume 76, Issue 2, pp.115-130

Raybois, M. (2014) .La santé des soignants altérée par les relations.*Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 16-3 | mis en ligne le 12 juin 2014, consulté le 22 septembre 2017. URL : <http://pistes.revues.org/4072>

Rhoades L. & Eisenberger R. (2002) Perceived Organizational Support: A Review of the Literature.*Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, No. 4,pp. 698 –714. DOI: 10.1037//0021-9010.87.4.698.

Rolo, D. (2017). Histoire et actualité du concept de souffrance éthique. *Travailler*, 37,(1), 253-281. doi:10.3917/trav.037.0253.

Saint-Onge S., Haines V. & Sevin H. (2000).L'influence de l'appui du supérieur hiérarchique des collègues et des dirigeants d'entreprise sur le succès en télétravail ?, *Revue Relations Industrielles / Industrial Relations*, Vol. 55, N° 3, pp. 414-450

Schraub S. & Marx E. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out en oncologie. *Bull cancer*, 91(9), pp. 673-676.

Scott, K. (2000). Travail, famille et collectivité: questions clés et orientations pour la recherche à venir, RHDSC, Ottawa http://www.hrsdc.gc.ca/fra/pt/psait/ctv/tfc/09_4_1.shtml.

Shirom A. (2005), Special Issue: The conceptualisation and measurement of burnout, *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, Reflections on the study of burnout Vol 19, n°3, pp. 263-270

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, n°1, pp.27-41.

Smith, L. & Folkard, S. (1993). The perceptions and feelings of shiftworkers' partners, *Ergonomics*, vol. 36. No. January-March, pp 299-306.

Tétreau, B. (2005). L'essor d'une psychologie des intérêts professionnels, *Carriéologie*, 10 (1), pp. 77-118.

Thébaud A. & Lert, F. (1983). Absentéisme et santé. Une revue critique de la littérature. *Sciences sociales et santé*. Volume1, n°2. pp. 7-24.

Thoits P.A., (1982), Life stress, social support and psychological vulnerability: epidemiological considerations, *Journal of Community Psychology*, Vol. 10, pp. 341-362

Thomas T.T. & Ganster D.C., (1995), Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: a control perspective, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 80, N° 1, p. 6-15

Thomas W.H & Sorensen K. (2008). Toward a Further Understanding of the Relationships between Perceptions of Support and Work

Attitudes: A Meta-analysis, *Group and Organization Management*, 33 (3), 243-268.

Tremblay, D. G., (2011). La signification du travail, la sécurité d'emploi et la conciliation emploi-famille », *Sociologie S* [En ligne], Grands résumés, La Signification du travail. Nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec, mis en ligne le 06 juillet, consulté le 22 juillet 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/3505>.

Tremblay, D.G. & E. Najem (2009). Work, age and working time preferences : towards a new articulation of social times in a context of economic crisis ?. *The International Journal for Responsible Employment Practices and Principles*. Vol. 1, no 1. pp. 53-71.

Tremblay, D. G., E. Najem & R. Paquet. (2008). Les aspirations des travailleurs vieillissants en matière de fin de carrière : vers de nouvelles temporalités sociales? .*Les Politiques sociales*. vol. 3-4 . pp. 76-94.

Tousignant, M. (1988), Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature, *Sciences sociales et santé*. Volume 6, n°1, 1988. pp. 77-106.
DOI : 10.3406/sosan.1988.1087

Uchino B.N, Cacioppo JT. & Kiecolt-Glaser JK. (1996) The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull*. May;119(3). pp.488-531

Vega Anne (2000), Une ethnologue à l'hôpital, Nuits et lumières, *Les annales de la recherche urbaine* n°87, septembre, Ed Puca.

Véniard, A. (2011). Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire. *Management & Avenir*, 49,(9), 84-101. doi:10.3917/mav.049.0084.

Vincent F., (2014) Travailler pour son « temps de repos » ?, *Temporalités* [En ligne], 20 | , mis en ligne le 24 février 2015, consulté le 02 avril 2017. URL :

<http://journals.openedition.org/temporalites/2896> ;
10.4000/temporalites.2896

DOI :

Volny Martine, Cécile Michaud, & Sylvie Jetté, Qu'en pensent les infirmières en début de carrière ? Perception du stress et perception de la qualité des soins, y a-t-il un lien entre ces deux perceptions ? *Stress et qualité des soins*, mai / juin / 2016 /vol.13/ n°3.

Wan N. (2011). Le stress et le stigma des aidants naturels, *Mammoth magazine* No 10, mars.

Etudes et thèses :

Bahlouli ,A. S. (2013), *La politique de santé en Algérie : cas de la wilaya d'Oran*, Magister en Sciences politiques et relations internationales, Université Oran 2, Algérie.

Benatia, Y. (2008). *L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes*, mémoire de magister en psychologie clinique. Université Mentouri de Constantine.

Bodin, C.E. (2011). *Les incidences du bruit à l'hôpital*, recherche TEFEISO, IF Santé, Université Catholique de Lille.

Bottois F.(2008). *professionnel dans le domaine du soin ; Étude du milieu infirmier en structure hospitalière*. Ingénierie et Conseil en formation L ingénierie de formation face à l'épuisement professionnel dans le domaine du soin, Sociologie et Sciences de l'Éducation. Université de Rouen.

Bourdouxhe M., Quéinnec Y., Granger D.& all (2001), *Effets de l'horaire rotatif de 12 heures sur la santé et la sécurité des opérateurs d'une raffinerie de produits pétroliers*, L'institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. (IRSST) Québec

Colle R. (2006), *L'influence de la GRH à la carte sur la fidélité des salariés : le rôle du sentiment d'auto-détermination*, Thèse de Doctorat, CEROG – IAE d'Aix-en-Provence.

Coull A., Heyraud A., Deschamps F., Schulze B., Wranik T. (2007). « Le burn out et ses causes : étude en Suisse Romande », *Sustainable performance, Center of competence for the promotion of performance and quality of life at work*, n 2007, consulté sur www.performanceandqualityoflife.ch

Desrosiers J.P. (2012). *Conflit travail-famille, dépression et épuisement professionnel: l'influence du temps consacré aux rôles professionnel et familial*, Ecole de relations industrielles, Mémoire de Maîtrise en relations industrielles (M.Sc.) Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, Avril

Di Meo, G. (2008). *Le rapport identité/espace. Elements conceptuels et épistémologiques*. <halshs-00281929> <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00281929/document> . consultée en décembre 2015.

Fremont N. (2013) *Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle*. Thèse de doctorat en psychologie. Université Charles de Gaulle - Lille III.

Grenier, C. (2015) *L'aide mutuelle comme source de soutien social au travail*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en travail social de l'Université du Québec.

Guichard, J. (2004). *Se faire soi, L'orientation scolaire et professionnelle* Travail biographique, construction de soi et formation. 33/4 | – 1. Paris

Guichard, J. (2006). *Pour une approche copernicienne de l'orientation à l'école*. Rapport au Haut Conseil français de l'Éducation, Paris

Kirouac L. 2012. *De l'épuisement du corps _a l'apaisement de soi : émetts des transformations des freins et des contreponds au travail sur la vie des individus*. Sociologie. Université Charles de Gaulle - Lille III. Français. <NNT : 2012LIL30062>. <tel-01147649>

Lacroux, A., (2008). *Implication au travail et relation d'emploi exible : le cas des salariés intérimaires*. Gestion et management. Université Paul Cézanne - Aix-Marseille III.

Lagraa I.K., (2010) *La crise identitaire chez les infirmières du CHU D'Oran*, Mémoire de magister, Spécialisé en sociologie, Université d'Oran.

Lagarde, R. (2009) *Temps de travail et temps hors travail. La concordance des temps des personnels soignants à l'hôpital Local de Lodève*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique EHESP, Lodève, France.

Lero, N. (2013) *Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle*, Doctorat en Psychologie du Travail et des Organisations, l'Université de Lille 3, France.

Lesage, A., Berneche, F. & Bordeleau, M. (2010). *Etude sur la sante mentale et le bien-etre des adultes quebécois : une synthese pour soutenir l'action*. Enquete sur la sante dans les collectivites canadiennes (cycle 1.2) . Quebec: Institut de la statistique du Quebec.

Linckens, A. Grodent, F. & Tremblay D. G. (2011), *La conciliation vie privée-vie professionnelle des gestionnaires d'une grande société de transport au Québec: une analyse en termes de genre*, Note de recherche No13 ,TÉLUQ-ARUC-GATS.

MacBride J. L. & Bachmann K., (1999) *L'équilibre travail-vie personnelle pose-t-il toujours problème aux Canadiens et à leurs employeurs ? Et comment !*, Ottawa ;Conference Board du Canada,.

Mébarka GRAINE L. (2006) *Etre une femme en Algérie, action sociale*, Thèse de Doctorat en sociologie, Université Paris 8 - St Denis France.

MOISSERON J.Y. & All (2017) *L'accès et le maintien des femmes à l'emploi de qualité au Maroc, en Tunisie et en Turquie*, notes techniques AFD, Juillet N° 32.

Moisson-Duthoit V. & ROQUES, O. (2005). *Stress et stratégies d'ajustement : une étude exploratoire sur les moyens de faire face développés par le service des urgences de nuit*. Université de Printemps de l'IAS, 7ème, Marrakech.

Phaneuf, M. (2012). *La souffrance des soignants un mal invisible...Jalons pour une réflexion*. Formation donnée au Collège de Lanaudière. Accès <http://www.prendresoin.org/?p=2192>. Consultée en mars2015.

Ruiller C., (2008). *Le soutien social au travail: conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier*. Sciences de l'homme et société. Université de Rennes.

Saskia A. & Heyd M. (2015) *Les infirmières débutantes : identification et description de leurs stratégies d'adaptation en milieu de soins aigus*, Travail de Bachelord, haute école de santé de fribourg Suisse.

Vermeiren, E. (2010), *Le burn-out chez les soignants et dans les équipes*, Communication présentée au 4e congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence, Paris Accès le 20 juin 2015 http://www.sfm.org/urgences2010/donnees/pdf/009_vermeiren.pdf

WIELHORSKI, N. (2014), *La relation entre vie familiale et vie professionnelle : incidences des violences conjugales sur les travailleuses, les travailleurs et les organisations*, Thèse doctorat en sciences de gestion, Université Paris I Panthéon-Sorbonne.

Winiger G. (2011), *Les besoins et les stratégies des infirmières face à la violence des patients en psychiatrie et aux urgences : Une revue de littérature étoffée*, Travail de Bachelor. Fribourg Filière soins infirmiers. Haute Ecole de Santé,

Wuidar, D. Stinglhamber, F. & Hanin D. (2009) *L'impact du support organisationnel perçu et de l'interaction travail-famille sur le stress des policiers*. XXème Congrès annuel de l'Association francophone de Gestion des Ressources Humaines (AGRH), Toulouse. https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/iag/documents/WP_5_Wuidar.pdf

Article de press :

Boukràa J, 2009, *C.H.U.O : Pressions sur les urgences*, Le quotidien d'Oran, mai. http://www.lequotidienoran.com/index.php?news=5120881&archive_date=2009-05-19 consulté en juin 2016

Text juridique:

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.

La loi n°88-15 du 3 mai 1988 dans son article 208 bis, Journal officiel du mardi 15 avril 1980, 19eme année-N°16.

Loi n°73-65 du 26 Décembre 1973(Art54 : Constitution de la République Algérienne Démocratique et Populaire).

Annexe 01 :Abréviation

OMS : Organisation mondiale de la santé.

CIM : Classification internationale des maladies

BOS : Burn out Syndrome.

SEPS : Syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

UMC : Urgences médico-chirurgicales d'Oran..

OST : Organisation scientifique du travail.

MBI : Maslach Burnout Inventory.

RPS : les risques psychosociaux.

AMI : l'Assistance médicale aux indigènes.

EP : Expérience professionnelle.

EHU : Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran.

SOP : Support Organisationnel Perçu

SFC : Syndrome de fatigue chronique.

Annexe 2 : Tableau des entretiens

	Prénom	Age	Expériences professionnelles	Statut matrimonial
01	Yasmin	38ans	16 ans	Mariée
02	Inès	25 ans,	4 ans	Célibataire
03	Khouloud	24 ans,	3 ans	Célibataire
04	Rima	33 ans	12 ans.	Mère célibataire.
05	Samira	26 ans	4 ans	Célibataire
06	Hamida	24 ans	2 ans	Célibataire
07	Meriem	24 ans	3 ans	Célibataire
08	Farah,	22 ans	2 ans	Célibataire
09	Amina	25 ans	4 ans	Célibataire
10	Khadija	32 ans,	10 ans	Mariée
11	Noria	29 ans	8 ans	Mariée
12	Houria,	28ans	6 ans	Célibataire
13	Souad	46 ans	23 ans	Mariée
14	Dounia	35 ans	12 ans	Divorcée
15	Aicha,	48ans	17ans	Mariée
16	Amel	33ans	9 ans	Mariée
17	Adam	51 ans,	25 ans	Marié
18	Assia	31ans	9ans	Mariée
19	Amel	30ans	8 ans	Célibataire
20	Mohamed	29ans	7 ans	Célibataire
21	Soumia	35 ans	11 ans	Célibataire
22	Nawel	26 ans	3 ans	Célibataire
23	gynécologue			
24	Mère au foyer			
25	Psychologue			

Annexe 3 : Guide d'entretien

- **Que signifie être infirmière au service des urgences ?*
- **Parlez moi de votre famille .*
- **Que pense votre famille du métier d'infirmière ?*
- * *Connaissez-vous ce que veut dire le terme de burn-out ?*
- * *Que veut dire le terme stress ?*
- * *Avec qui vivez-vous ?*

PREMIERE PARTIE : La fatigue dans la sphère professionnelle

Les premières périodes de stress

Pourquoi avoir choisi d'être infirmière ?

Comment avez-vous pris la décision ?

Comment votre famille, a-t-elle réagi ? (famille, conjoint, enfants, amis, parents...Etc.) ?

Comment vous a-t-elle aidé dans vos démarches pour devenir infirmière ?

Comment étaient vos débuts tant qu'infirmière au service des urgences?

Comment votre famille vous a-t-elle aidé lors de vos débuts ?

Qui vous a soutenu lors de vos débuts ?

Comment avez-vous surmonté vos difficultés ?

Pourquoi n'avoir pas changé de métier ?

Stress relié aux activités: Le travail et le stress au quotidien :

Comment se passe votre travail au quotidien ?

Comment se présente votre vie privée ?

Comment faites vous pour concilier les deux ?

Pourquoi est ce difficile de répondre aux deux exigences ?

À quel moment se manifeste le stress au quotidien?

Pourquoi ce moment précisément, que s'est il passé ?

Considérez-vous que votre travail est dur physiquement, pourquoi ?

Quelle partie de votre travail vous ennuie?

Qu'elle est la cause de ce stress ?

Racontez-moi comment ça s'est passé par la suite ? Comment votre entourage réagi (entourage professionnelle, famille, conjoint, enfants, amis, parents...Etc.).

Est-ce que votre famille est déjà venue au service des urgences ? Pourquoi ?

En avez-vous parlé à vos supérieurs ? Avez-vous parlé de cela avec vos collègues ?

Que pensez-vous de vos horaires de travail?

Dans quel état d'esprit vous commencez le travail le matin ?

Dans quel état d'esprit vous rentrez le soir à la maison ?

Que pensez-vous du travail de nuit ?

Que pense votre famille du travail de nuit ?

Qu'est ce qui se passe quand vous êtes stressé ? compétences diminuées, irritable, l'attention.

Qu'est-ce qui fait qu'une journée se passe bien pour vous ?

Comment être satisfait de son travail ?

Prenez-vous des médicaments ou des plantes contre le stress ?

Comment votre famille vous aide-t-elle au quotidien ?

Que faites-vous pour vous détendre ?

Que faites-vous quand vous n'êtes pas bien ?

Comment occupez vous votre temps libre ?

Comment vous vous reposez ?

Avez-vous eu recours à un médecin, un psychologue ?

Est ce que votre travail est fatiguant ? Pourquoi ?

Le stress touche-t-il d'autres infirmiers ?

Est ce pour les mêmes raisons ?

Y-a-t-il des conflits à cause du stress ?

Comment les infirmières font face aux stressés ?

Est ce qu'autour de vous beaucoup de gens se disent fatigués ? Est ce qu'ils vont voir le médecin ?

Est-ce que vous parlez de la fatigue avec vos collègues ?

Est-ce que vous avez lu sur le stress des infirmières ? Que pensez-vous de la situation ?

II DEUXIEME PARTIE

Stress hors travail; l'impacte du stress sur la vie privée

*Vous est-il difficile de répondre à la fois aux contraintes de votre environnement professionnel et à celles de votre environnement privé ?

Comment considérez-vous votre vie hors travail en général ?

Comment faites-vous face au stress en dehors du travail ?

Consacrez vous du temps pour vous ?

Consacrez vous du temps pour votre famille ?

Comment gérez-vous votre temps ?

Comment les horaires de travail affectent-elles votre vie privée ?

Comment êtes-vous présent pour votre famille ?

Est-ce qu'ils sont conscient de votre stress ? Comment en parlent-ils ?

Comment vous aident-ils ?

Comment est la communication dans le couple, avec vos enfants ?

Est ce que votre travail est une cause de conflit dans votre couple ou famille ?

A votre avis qu'elles seraient les choses à changer dans votre vie ?

II-Le stress relié à la santé: Comment la fatigue affecte la santé des infirmières

Comment le stress se manifeste t-il **physiquement** ? Fatigue, réveils matinaux, des troubles de l'endormissement, douleurs de nuque, votre poids (maux de tête hypertension, diabète autres maladies ...

Comment le stress se manifeste-il **psychologiquement**? Ennuis, dégoût de l'activité, signes de dépression (tristesse, pleurs inexplicables, agressivité inexplicable...). L'anxiété :

Comment le stress affecte-t-il votre **vie sexuelle** ?

Dormez vous bien?

Est ce que vous avez des problèmes de santé liés à votre travail ?

Avez-vous eu des arrêts maladie ?