

Université ABDERAHMANE MIRA de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sociologie L.M.D

Option : Sociologie du travail et des Ressources Humaines

Thème :

**La construction de l'identité professionnelle des infirmières
du secteur sanitaire public d'Akbou**

Présentée par :

M^{elle}: DJAAFRI Aziza.

Encadré par :

Mr: HADERBACHE Bachir.

**Session Juin :
2012-2013**

Remerciements

Mes premiers remerciements à Allah le tout puissant, qui a guidé mes pas depuis l'aube de ma vie.

Je tiens à remercier spécialement mon professeur et encadreur Mr Haderbache pour son encouragement et sa disponibilité malgré les occupations et les responsabilités qu'il assume ainsi que pour son aide et les conseils fructueux qu'il m'a prodigués tout au long de la réalisation de ce travail.

J'exprime également ma gratitude à l'ensemble du corps enseignant de la faculté des sciences humaines et sociales.

À tous le personnel plus particulièrement les infirmières de l'établissement public hospitalier d'Akbou, pour leurs témoignages et leurs confiances ainsi que l'expérience enrichissante et pleine d'intérêt qu'elles m'ont fait vivre et partagé durant quatre semaines de stage.

Aussi, mes sincères remerciements à Mlle Djerada Kahina qui n'a pas hésité à me venir en aide durant ma période de stage.

Enfin, un grand remerciement pour tous ceux qui ont aidé de près ou de loin pour la réalisation de ce modeste travail.

Dédicace

*Avec un cœur débordant d'amour et d'affection, je dédie le fruit de mes études
à :*

*Mes parents qui étaient ma source de volonté et de courage, pour leurs
sacrifices et leurs soutiens, aucun mot ne saurait exprimer mon profond amour,
que dieu les gardes pour nous.*

*À mes grands-parents que j'aime tant, que dieu vous procure une bonne santé et
une longue vie.*

*À mon unique frère Nassim et mes sœurs, aucune dédicace ne saurait leur
exprimer mes sentiments, je leur souhaite beaucoup de bonheur et de réussite.*

À mes tantes et oncles, cousins et cousines qui me sont si chers.

À tous mes amies et amis, pour les bons moments qu'on a passé ensemble.

La liste des abréviations :

Les abréviations	Leurs significations
I.D.E	Infirmier diplômé d'Etat
E.P.H.A	Etablissement public hospitalier d'Akbou
C.E.P	Certificat d'études primaires
C.E.S	Certificat d'études secondaires
CRASC	Centre national de la recherche en anthropologie sociale et culturelle
ONS	Office national des statistiques
T.S.S	Technicien supérieur de la santé
T.S	Technicien de la santé
A.T.S	Agent technique de la santé
ITSP	Institut technologique de la santé public
I.B	Infirmière brevetée
EPSP	Etablissements publics de santé de proximité
ISF	Indice synthétique de fécondité

La liste des tableaux :

N° du tableau	Titre du tableau	Page
N° 01	La répartition des enquêtées selon l'âge	73
N° 02	La situation sociale des infirmières interrogées	74
N° 03	La distance entre le lieu d'habitation par rapport au lieu de travail	74
N° 04	Les postes occupés	75
N° 05	Selon les heures hebdomadaires de travail	76
N° 06	Montre la profession des pères des enquêtées	77
N° 07	Montre la profession des pères des enquêtées	78
N° 08	Selon la profession de leur conjoint	79
N° 09	La répartition selon le niveau de qualification	82
N° 10	Le suivie de formation par nos enquêtées	83
N° 11	La répartition selon l'expérience acquise	84
N° 12	Selon l'acquisition d'un savoir professionnel	85
N° 13	Les taches principales du métier d'infirmière	86
N° 14	Selon l'ambition du choix du métier	88
N° 15	La répartition selon les difficultés rencontrées	89
N° 16	La nature des relations des infirmières avec les collègues	92
N° 17	Le nombre d'enfants à charge des enquêtées	95
N° 18	L'importance du travail dans la vie quotidienne	96
N° 19	L'interruption de l'activité professionnelle en fonction de la vie personnelle	97
N° 20	Selon les gardes de nuit effectué par nos enquêtées	99
N° 21	Le temps libre pour les infirmières enquêtées	101

SOMMAIRE

Introduction

La partie théorique

Chapitre I : *Le cadre méthodologique de la recherche*

1) Les raisons du choix de thème.....	04
2) Les objectifs de la recherche	04
3) La pré-enquête	05
4) La problématique	05
5) Les hypothèses	08
6) La définition des concepts clés de la recherche	08
7) La méthode de la recherche	12
8) La technique de la recherche.....	13
9) La population d'enquête.....	15
10) Les difficultés rencontrées.....	16

Chapitre II : *L'identité au travail*

1) Dimensions de l'identité	18
2) La socialisation base de l'identité	20
3) La place du travail dans l'identité des personnes.....	23
4) Dynamiques identitaires.....	24
5) Dimensions de l'identité professionnelle.....	26
6) La théorie sociologique de la construction des identités de Claude Dubar.....	29
7) La typologie d'identité professionnelle selon Claude Dubar.....	32
8) La typologie des identités au travail selon R.Sainsaulieu.....	34

Chapitre III : *Les progrès de la scolarisation et de l'activité professionnelle des femmes en Algérie*

1) La femme algérienne dans la famille traditionnelle.....	39
2) L'évolution de la scolarisation des filles.....	42
3) L'activité des femmes en Algérie.....	43
4) L'évolution de l'emploi féminin en Algérie.....	45
5) Caractéristiques de l'emploi féminin.....	47
6) Les difficultés des femmes qui travaillent.....	49
7) La gestion de la fécondité des femmes actives.....	51
8) Le chômage des femmes en Algérie.....	52
9) L'incidence du travail extérieur sur la vie familiale des femmes salariées.....	54

Chapitre IV : *La catégorie socioprofessionnelle des infirmières*

1) Aperçu historique sur les soins infirmiers en Algérie.....	56
2) Le rôle de l'infirmière hospitalière.....	58
3) La relation infirmière malade.....	59
4) Le portrait de la formation des infirmières en Algérie.....	61
5) Hygiène hospitalière.....	63

La partie pratique

Chapitre V :

Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil :

1) Historique de l'établissement public hospitalier d'Akbou.....	66
2) Présentation de l'E.P.H.....	67
3) La gestion administrative de l'E.P.H.....	70
4) Les capacités de l'E.P.H.....	72

Section 02 : *Les caractéristiques socioprofessionnelles des enquêtées*.....73

Chapitre VI : *Les éléments constitutifs de l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire public d'Akbou*

- 1) La trajectoire professionnelle des enquêtées.....82
- 2) La socialisation professionnelle des infirmières enquêtées.....92
- 3) La gestion de la double carrière professionnelle et familiale par les infirmières enquêtées.....95

Conclusion

Liste bibliographique

Les annexes

Au cours de la décennie 70, l'Algérie a développé un considérable effort pour la formation des praticiens médicaux et dentaires. Cette politique dont les fruits commencent à apparaître sur le plan de la couverture sanitaire s'est retrouvée contre balancée, par l'absence de cadres paramédicaux permettant d'aboutir à la composition d'équipe sanitaire. Alors nos autorités se sont donc assignées comme objectif dans la décennie 80 de combler cette lacune par un ambitieux programme de formation paramédicale.

C'est ainsi que l'hôpital qui est un lieu de l'urgence, du paradoxe, du paroxysme est aussi considéré comme un microcosme social et culturel particulièrement riche, bien qu'éphémère. Entre autres, Les services hospitaliers sont en effet des unités sociales de dimension restreintes entretenant des rapports particuliers à la pathologie et à l'espace. L'enseignement de la profession d'infirmière ne peut se faire utilement que dans un hôpital : il est donc utile que l'école soit annexée à un hôpital ou qu'elle ait pour les élèves des possibilités de stages hospitaliers contrôlés. Pour cela l'identité professionnelle des infirmières est liée à l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques spécifiques mais aussi à l'acquisition et à la maîtrise des compétences propres. La reconnaissance d'une telle profession s'accompagne donc d'une responsabilité incontournable ou il est attendu que l'infirmière puissent accomplir des actes difficiles.

Donc l'objectif de cette étude vise alors à porter un certain regard sur le travail des infirmières qui est une catégorie socioprofessionnelle qui joue un rôle de premier plan dans l'univers hospitalier par rapport aux malades et elle est également aux prises avec la densité d'émotions souvent démultipliée au contact de la maladie et de la mort de ce fait elle prend des initiatives, voire des risques,

elle assume des responsabilités, développe des compétences en construisant une identité professionnelle .

Pour cela, on s'est basé sur les travaux pionniers de Renaud Sainsaulieu qui retrace les effets culturels de la vie au travail à partir de nombreuses enquêtes dans des univers productifs variés, pour lui l'identité au travail se construit par l'expérience des relations de pouvoir dans l'entreprise. Ainsi que les travaux de Claude Dubar qui préfère la notion plus large de l'identité professionnelle à celle de l'identité au travail mis en avant par Sainsaulieu ; il s'intéresse tout à la fois au monde vécu du travail sans oublier les sens qui lui donne l'individu aux relations interpersonnelles et de groupe dans le collectif de travail, à la trajectoire professionnelle et la perception de l'avenir.

Donc, nous voulons à travers notre recherche sur l'identité professionnelle des infirmières mettre en avant les différents processus qui interviennent dans la construction identitaire des infirmières dans une grande structure hospitalière publique en région d'Akbou, à savoir leurs caractéristiques socioprofessionnelles, leurs trajectoires professionnelles ainsi qu'à leurs rapports sociaux dans le milieu de travail et enfin à l'interférence qui existe entre le travail et la famille.

A cet effet, pour mettre en lumière notre thème de recherche, nous avons établi un cadre méthodologique pour notre recherche que nous avons devisé en deux parties, à savoir une partie théorique et une partie pratique, la première est représentée par quatre chapitres et la deuxième par deux chapitres, qui sont comme suite :

- 1^{er} chapitre : Le cadre méthodologique. Ou on a clarifié notre problématique et la manière dont on a mené notre recherche sur le terrain.
- 2^{ème} chapitre : L'identité au travail, ou nous tenterons de revoir et de clarifié les concepts d'identité ainsi que le rapprochement existant entre

l'identité et le travail, la formation, la reconnaissance ainsi que les relations interpersonnelles.

- 3^{ème} chapitre : Sur les progrès de la scolarisation et de l'activité professionnelle des femmes en Algérie, ainsi que sur l'incidence du travail extérieure sur la vie familiale des femmes actives.
- 4^{ème} chapitre : Sur la catégorie socioprofessionnelle des infirmières, c'est ainsi qu'on va présenter son rôle professionnel, type de relation avec les patients, ainsi que la description du profil de formation des IDE (infirmières diplômées d'Etat).
- 5^{ème} chapitre : Nous présenterons l'organisme d'accueil qui est un établissement public hospitalier (E.P.H d'Akbou) et les caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières interrogées.
- 6^{ème} chapitre : On présente les éléments constitutifs de l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire d'Akbou.

Nous achèverons notre recherche par la présentation des résultats de l'enquête, la conclusion et la liste bibliographique.

Préambule :

Dans ce chapitre on va décrire d'abord les raisons du choix du thème ensuite l'objectif général de la recherche ainsi que la problématique, on a donné une définition aussi précise que possible des concepts qui y seront le plus souvent employés et qui sont en rapport avec l'objet principal de cette étude. Après, vient la méthode et la technique utilisées pour collecter les données nécessaires à la disposition de l'étude afin d'atteindre notre objectif. Enfin, les difficultés rencontrées.

Donc, c'est un enchaînement d'étapes mises en œuvre durant l'élaboration de notre travail de recherche car « La méthode est un ensemble organisé d'opérations en vue d'atteindre un objectif » [Angers. M. 1997. P58]

1) Les raisons du choix du thème :

On porte l'intérêt de mener une recherche sur l'identité professionnelle des infirmières au sein du secteur sanitaire publique d'Akbou dans la curiosité de découvrir la place qu'elles occupent au sein de cette organisation, leurs trajectoires professionnelles, de distinguer les diverses relations qu'elles entretiennent au système de soins et la qualité des soins apportés à la population ainsi que les doubles forces au travail/ hors travail.

Ainsi, on n'exclut pas un retour vers le service des soins dans quelques années, car on est particulièrement intéressé par l'axe santé publique qui est un (lieu de vie pour personnes âgées ou les handicapées...).

2) L'objectif de la recherche :

Décrire le processus de construction de l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire publique d'Akbou.

3) *La pré-enquête :*

Dans le but de préciser la problématique de l'enquête, fixer les hypothèses, voir les questions, la méthode et les techniques les plus adéquates à notre thème de recherche ainsi que l'organisation du guide d'entretien. Nous avons procédé à une pré-enquête durant le mois de janvier 2013 pendant 05 jours.

C'est grâce aux quelques entretiens libres auprès de trois infirmières du secteur sanitaire d'Akbou que nous avons pu rassembler un maximum d'informations, qui nous ont permis ainsi de délimiter notre champ d'étude et de nous familiariser avec notre thème de recherche.

4) *La problématique :*

Il est largement admis aujourd'hui qu'on ne peut pas aborder la question du développement sans parler de la femme, de son statut et de son rôle dans la société et dans la famille, elle est devenue une actrice du développement humain dans tous les secteurs, à savoir l'éducation, la santé, les médias, la vie politique. Elle est considérée comme un pilier essentiel du progrès, du fait de l'important rôle qu'elle joue dans l'élévation et l'éducation des enfants, dans la famille et la société en général.

La participation des femmes à l'activité économique en Algérie en dehors de la sphère familiale et domestique est un fait relativement récent, depuis l'indépendance; La demande d'emploi des femmes se fait de plus en plus pressante et massive, les raisons sont encore très majoritairement de caractère économique : l'insécurité concernant l'emploi des divers membres de la famille agissant comme un incitateur à rechercher un emploi et des motivations d'ordre psychologique : aspiration à une indépendance économique et morale au sein de la famille , à un accomplissement plus global de leur personnalité par l'exercice d'une activité professionnelle. C'est

ainsi qu'on constate qu'il y 'a un changement dans les comportements et les mœurs des femmes et de leur entourage qui est un élément dynamique de l'évolution des mentalités.

Une réflexion approfondie est nécessaire sur l'état de l'activité professionnelle féminine et les limites sociales du travail féminin, les contraintes socioculturelles, le devoir au foyer et l'intensité de la charge des travaux domestiques, l'éducation et la garde des enfants qui constituent un handicap, l'empêchant souvent de contribuer à la vie économique.

Les approches concernant l'activité des femmes en Algérie mettent l'accent sur la féminisation différentielle de certains secteurs (éducation, santé, administration, etc.) car une forte présence des femmes est observée dans certaines filières et corps de métiers tels que l'enseignement et la santé. En effet, d'après les résultats de l'office national des statistiques(O.N.S) la moitié des effectifs du personnel de l'éducation sont des femmes en 2005 et près de 60% de l'effectif de la santé sont des femmes durant la même année.

Les femmes algériennes semblent avoir trouvé un terrain de prédilection pour s'affirmer en tant que femmes et en tant que travailleuses surtout dans la profession de la santé. Donc l'état de santé de la population algérienne est directement tributaire de la qualité des soins des infirmières et actes paramédicaux qui lui sont dispensés. Il importe donc de lui assurer un service infirmier et paramédical reconnu, responsable, suffisant et compétent. Cependant, une réflexion approfondie pour comprendre l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire d'Akbou.

Les métiers de la santé s'interroge en terme de professionnalisation, d'autonomie, de segmentation, de socialisation ou d'identité professionnelle, leur rapport est essentiel tant pour la compréhension de la profession médicale que pour celle d'un monde médicale et hospitalier.

Pour aborder le sujet de l'identité professionnelle des infirmières de l'hôpital civil d'Akbou qui est un établissement public de santé, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Renaud Sainsaulieu dont l'identité professionnelle se construit par le biais de l'expérience relationnelle au travail, incluant l'expérience des relations de pouvoir. Appuyé par les travaux de Claude Dubar, pour lui l'identité professionnelle est le produit d'un double compromis entre une identité pour autrui (assignée notamment par l'institution dans le cas des formateurs et intériorisée ou non par ses derniers) et une identité pour soi (liée à la biographie, la trajectoire scolaire et à l'identité visée) [Halpern. C. Ruano-Borbalan. J-C. 2004. P214], « deux identités inséparables puisque l'identité pour soi est corrélative d'autrui et de sa reconnaissance : je ne sais jamais qui je suis que dans le regard d'autrui ». [Dubar. C. 2000. P108]

C'est dans la rencontre avec ses pairs, dans la confrontation des réalités du contexte de travail que se construit la future professionnelle (infirmière, sage femmes...). Le stage pratique nourrit le travail d'identification qui forge petit à petit l'image identitaire [Gassier. J. Saint- Sauveur. C. 2007. P69]. Donc l'identité professionnelle se développerait dans la dynamique sociale des échanges symboliques en contexte de travail, mais aussi lors de la formation initiale et continue comme Claude Dubar souligne le rôle joué par la formation « on quittait la formation initiale avec une identité professionnelle reconnue et qui, normalement, accompagne le salarié jusqu'à sa retraite » [Halpern. C. Ruano-Borbalan. J-C. 2004. P142]

L'objectif de notre recherche consiste donc à répondre aux questions suivantes :

- Qu'elles sont les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire d'Akbou ?
- Par quoi l'identité professionnelle des infirmières a été marquée dans le secteur sanitaire public d'Akbou ?
- En tant que femme, est ce qu'il y'a une influence de la situation matrimoniale sur le statut professionnel ?

5) *Les hypothèses :*

- L'identité professionnelle des infirmières est liée à la trajectoire professionnelle (formation initiale, expérience professionnelle, les stages poursuivis)
- L'identité professionnelle des infirmières a été alimentée par l'expérience des relations au travail.
- La réussite ou l'échec des femmes infirmières dans leur processus identitaire professionnel dépend de la conciliation entre la vie professionnelle et vie personnelle.

6) *Définitions des concepts :*

5.1) L'infirmière :

Elle est définie comme suite : « L'infirmière (nursing) comprend les soins infirmiers qui visent à prévenir les infections chez les sujets alités ou toute autre complication évitable (escarres, phlébites, dénutrition...) actuellement ce terme est étendu à la prévention de certains problèmes sociaux (nursing social) ... Les infirmières et les paramédicaux sont un complément indispensable à l'exercice de la médecine » [Khiati. M. 1986. P20].

La profession infirmière et paramédicale représente le groupe professionnel qualifié le plus nombreux parmi les professions de santé, les infirmières du secteur sanitaire d'Akbou exercent leurs professions dans différents services tels que : médecine interne, chirurgie générale, pédiatrie, maternité, gynécologie. Il est évident que leur rôle est essentiel dans la prise en charge des patients et de la population, elles sont, au-delà du respect des règles et des procédures car elles ne sont pas seulement de simples exécutantes de techniques de soins ou actes paramédicaux, elles sont responsables, expérimentées et compétentes, en gros elles ont le savoir-faire et la savoir-être.

5.2) L'hôpital : Est défini comme :

«Un établissement chargé de soigner des malades curables, il tient une grande place dans la vie sociale d'une collectivité, il a un triple but : soigner des malades curable, contribuer à la formation professionnelle des médecins et du personnel soignant, être un centre de recherche scientifique » [Baillière. J. B et fils. 1952. P16].

Et aussi comme : « Un lieu de souffrance, de mort mais d'espoir et de vie aussi lieu d'exercice professionnel et les questions liées au travail y sont exacerbées par les problèmes existentiels que renvoient en permanence les situations de soins » [Schwartz. Y. 1997. P255].

Le bon marché d'un hôpital résulte de l'effort conjugué de ses administrateurs, de ses médecins, du personnel auxiliaire et de ces infirmières.

5.3) L'identité professionnelle :

On peut l'expliquer en se basant sur la définition de Claude Dubar, selon ce dernier « Les identités professionnelles ne sont des catégories acquises une fois pour toutes. Comme les autres, elles se construisent dans et par

interactions, tout au long de la vie .elles s'élaborent à partir d'un parcours, d'une trajectoire, en débordant les limites du lieu de travail. Cela explique que des personnes, qui font le même travail au sein de la même entreprise, peuvent construire des identités professionnelles différentes » [Halpern. C. Ruano-Borbalan. J. C. 2004. P144]

Pour Dubar la socialisation est base de l'identité professionnelle, mais l'identité professionnelle n'est pas que les interactions dans le milieu de travail mais aussi le parcours scolaire et professionnelle (formations) ce qui signifie que chacun peut construire une identité différente d'un autre. Donc la construction de l'identité professionnelle se caractérise par les trajectoires sociale, scolaire et professionnelle.

Entre autres, Renaud Sainsaulieu dans son ouvrage : « l'identité au travail » défini l'identité professionnelle comme la : « *façon dont les différents groupes au travail, s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail fondée sur des représentations collectives distinctes, construisant des acteurs de systèmes social d'entreprises* » [Dubar. C. 2000. p119] Donc c'est l'ensemble des normes et des valeurs, des règles et des appartenances multiples qui composent les références de base auxquelles ce désignent les individus dans un groupe professionnel. De plus Renaud Sainsaulieu affirme que « A force de travailler ensemble, les gens élaborent des règles, des valeurs et des pratiques communément admises pour gérer leurs relations de solidarité, d'entraide, de complémentarité » [Sainsaulieu Renaud, 1987, P164] . Autrement dit, le travail constitue un lieu de socialisation donc à l'intérieur du milieu professionnelle il existe un groupe humain solidaire qui partage une culture, des intérêts communs et un espace ou l'individu façonne des attitudes, des manières de pensée et des comportements...

5.4) La trajectoire professionnelle :

Le concept de trajectoire professionnelle permet de considérer « l'ensemble des événements professionnels qui marquent le cheminement d'un individu et de leur donner un sens en les resituant par rapport aux mouvements d'ensemble qui structurent le marché du travail» [Fournier. G. Bourassa. B. 2000. P145].

Autrement dit, la trajectoire représente la manière dont chaque personne réalise sa vie professionnelle qui englobe les études ou l'apprentissage d'un métier (stages, formations...) car devenir un professionnel se joue pendant et /ou après l'obtention du diplôme, de même que d'autres occupations bénévoles qui participe à l'accroissement des compétences et sa trajectoire permet de redonner une place et une existence sociale dans le système d'emploi global.

5.5) La socialisation professionnelle :

La socialisation professionnelle est définie comme « Tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans de nouveaux secteurs du monde objectif de la société» (Becker. H. S. 2002. P58).

Donc ici la socialisation professionnelle apparait comme un processus, qui commence dans le milieu scolaire (après l'obtention du diplôme) ou pendant une formation donnée ensuite l'individu rentre dans le milieu de travail qui est un enjeu central car c'est la que ce dernier démontre vraiment ses compétences et dont la fin de cette socialisation n'est envisageable que à la retraite.

Selon Claude Dubar « Les formes identitaires représentent des résultats significatifs des doubles transactions, biographique et relationnelles,

considérées comme élément de base de la socialisation professionnelle » [Dubar. C. 1992. P524].

En outre « Par la socialisation les individus intègrent les normes, les codes de conduites, les valeurs...de la société à laquelle ils appartiennent. La socialisation se déroule en plusieurs étapes et l'individu peut réagir de façon diversifiée au processus d'apprentissage des normes sociales » [Halpern. C. Ruano- Borbalan. J. C. 2004. P366].

D'après Dubar, on peut dégager deux formes identitaires, l'identité professionnelle qui renvoie à l'emploi et l'identité sociale qui correspond au statut social de l'individu, l'addition des deux donnera le terme de socialisation professionnelle. Au cours de cette socialisation et de cette interaction entre deux personnes dans lequel les actions de l'un sont affectées par les actions de l'autre et pour satisfaire leurs motivations et poursuivre leurs buts résulte que l'individu intériorise les comportements d'être, de penser, d'agir et de savoirs propres à une catégorie professionnelle. Il s'identifie à la tâche, à la prise de décision et à l'activité de groupe.

7) *La méthode utilisée :*

Le parcours que nous avons choisi, de prendre pour répondre aux questions de notre recherche, passe essentiellement par une *étude qualitative* qui est la plus appropriée, cette méthode va nous permettre de comprendre la nature et la réalité sociale de notre sujet de recherche et de décrire le processus de la construction de l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire d'Akbou (leurs trajectoires professionnelles, leurs rapports sociaux dans la profession de la santé, leurs lacunes, leurs revendications...) . Et non de récolter des statistiques qui ne sont pas dans l'objectif de notre recherche.

8) *La technique utilisée :*

La technique de l'*entretien* a semblé la plus adaptée, non seulement pour rester en accord avec la *méthode qualitative* mais également pour être en accord avec le thème de la recherche car « l'interview est (...) l'instrument le plus adéquat pour cerner les systèmes de représentations, de valeurs, de normes véhiculés par un individu » (Albarello. L et al. 1995. P62)

« L'entretien est une conversation d'un type particulier. A l'encontre de la conversation courante, il porte sur un sujet déterminé, si l'on peut dire, il vise un but bien précis. On fait conversation...la situation d'entretien implique en réalité deux personnes...les gestes eux même ne sont pas indifférents. Ils sont à leur façon un langage... » [Cotinaud. O. 1967. P234-244]

Ce contact oral, direct, individuel entre l'enquêteur et l'enquêté ou il y a pas une contamination entre les répondants est dans le but de découvrir les comportements, les sentiments et les motivations des enquêtes, collecter des informations fiables, relatives à la trajectoire des infirmières du secteur sanitaire d'Akbou.

A travers notre recherche et en adéquation avec nos hypothèses on a opté pour *l'entretien semi-directif*. Cette forme d'entretien répond à deux exigences : « d'une part, il s'agit de permettre à l'interviewé de structurer lui-même sa pensée autour de l'objet envisagé (...) ; d'autre part, la définition de l'objet d'étude élimine du champ d'intérêt diverses considérations auxquelles l'interviewé se laisse tout naturellement entraîner au gré de sa pensée et requiert l'approfondissement de points qu'il n'aurait pas explicités lui-même» [Albarello. L et al. 1995. P61].

Ce contact direct avec le sujet (face-à-face) nous permettra de recueillir à travers le discours des infirmières un maximum d'informations pertinentes sur leurs expériences, sur leurs socialisations ainsi que l'importance du travail dans l'identité des infirmières et dans la vie quotidienne.

C'est à l'aide d'un guide d'entretien qu'on peut obtenir quelques réponses précises sur des points particuliers, il contient une série de questions qui sont réparties sur trois axes principaux :

- Le premier axe : consacré aux éléments de présentation personnelle des enquêtées ainsi qu'à la situation familiale.
- Le deuxième axe : consacré aux éléments de présentation professionnelle, à la trajectoire professionnelle et à toutes les pratiques et les motivations des infirmières de secteur sanitaire d'Akbou.
- Le troisième axe : consacré au travail et vie sociale des infirmières, aux rapports sociaux dans le milieu de travail et en dehors, ainsi qu'à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. (voir le guide d'entretien en annexes).

En effet, ces entretiens se sont déroulés à l'hôpital dans plusieurs services hospitaliers précisément dans les bureaux, les salles d'examen, les salles de réunion et même dans les couloirs. Le moyen choisi pour enregistrer les réponses c'est de les noter sans faire un enregistrement avec les matériels audio et vidéo. L'atmosphère était conviviale pour qu'elles osent s'exprimer. On pourrait donc ici trouver un biais à l'expérience, mais il faut spécifier qu'au moment des entretiens certains enquêtés refusent de répondre à quelques questions surtout celles qui sont en lien avec les supérieurs hiérarchiques. Par ailleurs, les enquêtées connaissant mieux l'objet de ces entretiens, qui était, de démontrer les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle de ces dernières, il lui a été parfois plus facile de réagir à certaines réponses tout en laissant l'infirmière enquêtée maîtresse de son discours. Les entretiens ont été menés chaque fois entre 12 h et 14 h, qui était l'horaire le plus pratique pour les infirmières.

Ensuite, L'analyse des discours se fait selon une approche thématique, en effet «Toute analyse qualitative passe par une certaine forme de

thématisation » [Paille. P. Muccheilli. A. 2002. P123]. Donc on a opté pour une analyse thématique qui traite chaque acteur d'une manière individuelle. Donc, on a relevé les thèmes les plus pertinents qui ont un lien avec l'objectif de la recherche, ensuite on a regroupé les thèmes les plus importants dans un corpus, c'est-à-dire ceux qui se répètent d'une enquête à une autre et qui sont en rapport avec l'objectif de la recherche.

9) *La population d'enquête :*

Le secteur sanitaire public d'Akbou a constitué le terrain d'investigation au cours d'une durée de trois semaines 10/03/2003 au 31/03/2003.

35 infirmières et 164 infirmiers travaillent dans cette structure. On a dégagé de notre population d'enquête, un échantillon de 18 infirmières qui ont accepté de participer aux entretiens. Nous avons pu diversifier notre population d'enquête (âge, situation de famille, expérience professionnelle).

Vu l'impossibilité d'effectuer des entretiens sur l'ensemble des infirmières d'après la nature de leur travail on a eu recours à *un échantillonnage non probabiliste* « Qui est un type d'échantillonnage où la probabilité qu'un élément d'une population soit choisi pour faire partie de l'échantillon n'est pas connue » [Angers. M. 1997. P229]

De type *boule de neige* car ce sont les infirmières de la population de recherche qui nous ont aidé à constituer l'échantillon « procédé non probabiliste d'échantillonnage aidé d'un premier noyau d'individus de la population qui nous conduisent à d'autres éléments qui font de même et ainsi de suite » [Ibid. P240]

10) Les difficultés rencontrées :

Les obstacles rencontrés durant cette investigation sont comme suit :

- Les études détaillées sur la profession de l'infirmière en Algérie (I.D.E) sont quasiment inexistantes.
- L'indisponibilité d'un service des stagiaires et d'un promoteur et le refus de certaines enquêtées à nous accueillir alors j'ai dû faire appel à des petites connaissances de l'hôpital qui m'ont servi d'un guide au sein de secteur sanitaire d'Akbou.
- Suite à un cas de «trafic de nouveau-nés découvert à l'hôpital d'Akbou le 19/ 03/ 2013 »qui s'est produit durant ma période de stage, ça explique la méfiance de certaines infirmières qui croient que je suis une envoyée spéciale (journaliste) concernant cette affaire ce qui a induit à une perte du temps qui se mesure à expliquer tous mes objectifs de cette recherche.
- L'indisponibilité des infirmières vue la nature de leur travail qui se limite au chevet du malade durant toute la journée, malgré ça j'ai réussi à avoir quelques moments de leur temps si précieux pendant la visite des proches.
- Le refus de certaines enquêtées de répondre à certaines questions par excuse qu'elles n'ont pas du temps ou bien jugée sensibles, touchantes à leurs vies personnelles ou à la confidentialité de l'organisme exemple : comment jugez-vous vos relations (coté professionnel et personnel) au travail avec les supérieurs hiérarchiques ? Alors on a des réponses courtes (bien, normal...) ou bien limite inexistantes.
- L'interdiction d'accès à certains services tels que le service du bloc opératoire qui contient des infirmières dont je n'ai pas pu interroger.

Conclusion :

En psychologie, en sciences sociales et en sciences de l'éducation, après l'enquête sur le terrain. On obtient alors des résultats fiables bien que toutes les variables impliquées ne soient pas toujours faciles à contrôler.

Donc, dans un premier temps, il a été nécessaire d'établir un cadre méthodologique bien précis dans le but d'apporter à nos questions quelques éléments de réponses, afin de pouvoir valider ou invalider nos hypothèses, donc on a fait appel du point de vue méthodologique à différents outils d'investigation et qui sont successivement la méthode qualitative (l'entretien semi-directif) qui sont adaptées à l'objet d'étude, ça a permis de faciliter la collecte des données à travers la recherche sur le terrain.

Préambule :

Dans ce chapitre, nous allons parler de la notion d'identité qui est au carrefour entre la sociologie et la psychologie, ensuite liaison indissoluble de l'individuel et du collectif, nous évoquerons les types d'identité au travail en se basant sur les travaux pionniers de Renaud Sainsaulieu sur les relations de travail effectuées, type de rapport de pouvoir au sein de l'entreprise et de Claude Dubar sur l'importance des trajectoires dans la construction des identités professionnelles, on va parler aussi sur la place de la formation dans la dynamique identitaire ainsi que la place du travail et de la socialisation dans l'identité des personnes.

1) Les dimensions de l'identité :

La question de l'identité tourmente notre époque. Elle hante aussi bien les discours des philosophes, des psychologues et des sociologues que celui des journalistes ou des politiques. Elle pourrait appartenir à ces concepts fréquemment utilisés pour offrir des explications à des phénomènes sociaux multiples, l'individu n'est pas seul à poursuivre cette quête. Nombreux sont aussi les groupes sociaux tendus vers la recherche anxieuse ou la défense de leur identité : communautés ethniques ou régionales, mouvements féministes, minorités sexuelles, jeunes issus de l'immigration...

L'identité d'un individu est représentée par l'ensemble des sentiments et des représentations sociales (qui résultent de la socialisation et situent toujours le sujet dans un rapport à autrui), des expériences et des projets d'avenir. L'image que fait l'employé de son métier est une représentation consciente de sa trajectoire passée et de son avenir professionnel.

« L'identité est à la fois individuelle et collective, personnelle et sociale ; elle exprime en même temps la singularité et l'appartenance à des communautés (familiales, locales, ethniques, sociales...) dont chacun tire certaines de ses caractéristiques. Sur un versant subjectif, l'identité est d'abord une donnée

immédiate de la conscience (« je suis moi ») dont la perturbation signale un trouble psychique grave (la dépersonnalisation). Mais elle traduit aussi un mouvement réflexif par lequel je cherche à me ressaisir, à me connaître (« qui suis-je ? »), à rechercher une cohérence interne, une consistance et une plénitude d'existence, à coïncider avec ce que je voudrais être ou devenir. C'est donc, en même temps, un état et un mouvement, un acquis et un projet, une réalité et une virtualité ». [Edmond. M.1992. P03].

Selon R.Sainsaulieu « le concept d'identité pose le problème de la construction sociale du sujet individuel par les divers processus de reconnaissance qu'il peut recevoir de ses proches, de ses milieux d'appartenance, de forces collectives porteuses d'avenir et des traditions profondément ancrées dans une culture ». [Sainsaulieu. S.1995. P252]

Des processus peuvent être qualifiés de dynamiques, d'abord parce qu'ils sont évolutifs et qu'ils n'ont pas la même forme et la même intensité suivant les âges de la vie, comme le souligne Pierre Tap « l'identité n'est pas un avoir, elle est mouvement et acte ; elle se construit dans la confrontation de l'identique et de l'altérité, de similitude et de la différence» [J. Gassier et C. saint-sauveur. 2007. P70]

✓ *Un processus dynamique*

Le sentiment d'identité résulte d'un ensemble de processus étroitement intriqués :

– Un *processus d'individuation, ou de différenciation*, intervenant surtout dans les premières années, par lequel l'enfant arrive à se percevoir comme un être différencié, séparé des autres ; sujet de ses sensations, de ses pensées et de ses actions (pouvant dire « je ») et devenant peu à peu conscient de sa singularité face aux autres et capable de se reconnaître et de reconnaître autrui ;

- Un *processus d'identification* par lequel l'individu se rend semblable aux autres, s'assimile leurs caractéristiques, se trouve des modèles pour construire sa personnalité et se sent solidaire de certaines communautés (la famille, les copains, le village ou le quartier, les individus de son sexe ; et, plus tard, la profession, la nationalité, le parti...)
- Un *processus de valorisation narcissique*, qui fait que le soi est investi affectivement, qu'il est objet d'amour (l'« amour propre », source de l'estime de soi, de la confiance en soi, de l'affirmation de soi, de la vanité...)
- Un *processus de conservation* qui assure une continuité temporelle dans la conscience de soi et lui confère un sentiment de permanence : ainsi, je me ressens le même malgré la diversité de mes rôles et des situations que je vis et en dépit de l'écoulement du temps ;
- Un *processus de réalisation* qui fait que l'identité n'est pas la simple perpétuation du passé mais s'ouvre sur l'avenir et le possible à travers la poursuite d'un idéal, les rêves de grandeur et de réussite ou la recherche d'équilibre et de plénitude. [Edmond. M.1992. P3-4]

2) La socialisation base de l'identité :

L'expérience de socialisation conduit tous les individus du stade de l'enfance à celui de l'adolescence, puis à l'âge adulte, âge de la socialisation professionnelle. La socialisation est un processus d'adaptation qui se passe en divers lieux et en divers moments. L'école, l'entreprise ou l'université qui peuvent être conçues comme des micros sociétés sont à considérer comme des agents de socialisation et où les individus apprennent et intériorisent différents éléments de culture du groupe auquel ils appartiennent comme le souligne Dubar « *La personnalité des individus est le produit de la culture dans laquelle ils sont nés* ». [Claude. C. 2000. P34]

Dubar voit que la socialisation est comme «... *Une incorporation des manières d'être (de sentir, de penser et d'agir) d'un groupe, de sa vision du monde et son rapport à l'avenir, de ses postures corporelles comme de ses croyances intimes. Qu'il s'agisse de son groupe d'origine au sein duquel s'est déroulé sa petite enfance et auquel il appartient " objectivement" ou d'un groupe extérieur dans lequel il veut s'intégrer et auquel il se réfère" subjectivement, l'individu se socialise en intériorisant des valeurs, des normes, des dispositions qui en font un être socialement identifiable* ». [Dubar. C. 1996. P35]

Une première couche d'identification est apportée par la famille et l'école, sur laquelle le travail ajoutera plus tard ses propres déterminations.

2.1) *La socialisation primaire :*

Selon Sainsaulieu «l'identité au travail a été Longtemps perçue comme l'inculcation de valeurs, statuts et normes par les institutions traditionnelles de la socialisation primaire : famille, religion, école » [R.Sainsaulieu. l'année n'est pas citée. P253]. Ce processus fondamental repose sur le savoir de base de langage : parler, lire, écrire. La socialisation de l'enfance consiste en l'intériorisation de règles, des normes et des valeurs au travers d'un travail d'identification exclusivement et toujours dans une charge émotionnelle importante. Ainsi durant l'enfance la socialisation préside à la construction de l'identité personnelle par :

- La compréhension des rôles que l'enfant apprend progressivement à jouer de manière personnelle et efficace ;
- L'intériorisation de l'esprit de groupe comme par exemple être reconnue comme membre du groupe se fait par identification ;
- L'affirmation positive comme personne dans ce groupe : l'enfant s'approprie un rôle actif et spécifique.

De ces aspects dépendent l'achèvement du processus de la socialisation et la consolidation de l'identité.

2.2) *La socialisation secondaire :*

Elle s'opère au contact des institutions : l'intériorisation se fait en fonction de ses propres buts et non comme une réalité intangible. C'est une identification avec distance grâce à une capacité critique de la personne. Les acquisitions successives de savoirs (spécialités et professionnels) et leur assimilation correspondent à l'intériorisation de sous-mondes institutionnels spécialisés (comme l'école) et à l'acquisition de savoirs et de rôles directement ou indirectement inscrit dans la démarche de travail. Ce savoir acquis secondairement est légitime : il permet en effet l'élaboration des stratégies pratiques à partir d'un vocabulaire de réponses diversifiées, etc. Ainsi il est incontestablement vrai selon de nombreux auteurs (Tap, Dubar, Sainsaulieu) que le lieu de travail avec ses normes, ses valeurs et les membres du groupe d'appartenance et avec lesquels l'individu entre en interaction prennent une importance particulière dans la socialisation et la construction de l'identité professionnelle.

2.3) *La socialisation anticipatrice :*

Elle est ainsi nommée parce que le travail d'identification qui relève d'une logique de la frustration oblige l'individu à se forger une identité par anticipation à partir du groupe de référence (auquel il souhaite appartenir) et non pas du groupe d'appartenance. Cette identification anticipée implique l'acquisition, par avance, des normes, des valeurs et modèles de comportements des membres de ce groupe. [Gassier. J et Sain-Sauveur. C. 2007. P69]

3) *La place du travail dans l'identité des personnes :*

Karl Marx est l'un des premiers à avoir parlé sur la valeur du travail qui est l'essence de l'homme, générique et individuelle, chacun de nous s'affirmerait doublement dans sa production, soi-même et l'autre.

Claude Dubar et Sainsaulieu font largement place à la famille et à la « dynamique » des rapports entre travail et famille, les différentes institutions traditionnellement considérées comme des instances de socialisation et des vecteurs d'identité (le travail, la Famille, la religion, le loisir, etc.) Sont traitées séparément les unes des autres, comme si chacune venait apporter à un moment du cycle de vie sa couche de socialisation et n'entraîne pas en concurrence ou au moins en interaction avec les autres.

Le travail est bien la matrice fondamentale à partir de laquelle les autres « sphères » sont analysées. Selon (Dubar, 1992) « *Parler de formes identitaires dans le champ professionnel ne signifie en aucune manière réduire la question de l'identité à celles des catégories pertinentes d'identification dans la sphère du travail, de l'emploi et de la formation. À l'évidence, la notion d'identité est transversale à toutes les sciences humaines et son usage reste problématique à l'intérieur de chacune des disciplines concernées* » [Garner. H et autres. 2006. P03]

D'après Jahoda écrira en 1984, dans un article intitulé « *Braucht der Mensch die Arbeit ?* » que le travail, outre sa fonction manifeste (apporter un revenu) remplit cinq fonctions indispensables : « *il impose une structure temporelle de la vie ; il crée des contacts sociaux en dehors de la famille ; il donne des buts dépassant les visées propres ; il définit l'identité sociale et il force à l'action* ». [Ibid. P04]

Si la place accordée au travail dans la vie et l'identité reste importante, celui-ci est aussi de plus en plus relativisé et d'autres domaines de la vie (la famille, les loisirs, la vie sociale...) occupent aussi une place importante. C'est parmi les jeunes générations que le travail est supposé être le plus relativisé.

L'équilibre travail/famille est devenu une dimension importante, tant pour les femmes que pour les hommes, Hélène Garner et autres écrivant dans *La Socialisation*, à propos de la notion de retrait utilisée par Sainsaulieu : « *l'activité féminine peut rester déchirée entre les rôles de mère/épouse et de femme active/professionnelle, cette déchirure n'implique pas l'attitude de retrait de la sphère du travail, elle peut au contraire stimuler l'invention de stratégies de carrière complexes tenant compte d'une manière diverse de celles du conjoint* ». [Ibid. P03]

Autrement dit, le travail est à la fois la matrice de l'activité humaine et permet en même temps l'expression de l'individualité. Il est le constituant principal voire exclusif de l'identité, de l'identité individuelle et de l'identité sociale. Le travail est beaucoup plus qu'une source de revenus, sans travail l'individu ne peut pas se projeter dans l'avenir ; il aura perdu l'estime de soi, leur capacité à faire des projets, leurs relations sociales et surtout la participation à d'autres activités (Les fêtes ...). Comme le souligne Sainsaulieu « l'identité a dû se colorer des conséquences sociales de la pratique professionnelle au point que de nos jours perdre son travail, entraîne quasi automatiquement une forte crise identitaire chez les chômeurs, leurs enfants et leurs conjoints » [R. Sainsaulieu. l'année n'est pas mentionnée. P253]

4) *Dynamiques identitaires* :

L'émergence de la notion de dynamique identitaire en tant que catégorie d'analyse, trouve son origine dans les travaux issus de la problématique du sens de l'engagement en formation.

L'hypothèse que forge Jean-Marie Barbier (1996) à cet égard est particulièrement illustrative de la nécessité évoquée de l'usage de cette notion : « Les moyens, l'investissement, que va consentir le formé pour la réalisation du processus de formation dépendent de la signification qu'elle présente pour

lui, de l'image qu'il se fait de ses résultats et de l'usage de ses résultats. Nous faisons l'hypothèse que la signification qu'il accorde à la formation est intimement liée à la signification qu'il accorde globalement à sa dynamique de changement intérieur, appréciée dans son contexte. » [Kaddouri. M. 2002. P127]

Selon Mokhtar Kaddouricette notion « désigne des configurations de l'identité dont les composantes sont indissociablement complémentaires et interactivement conflictuelles, parmi ses composantes comptent les identités héritées, conquises et projetées dont la construction en interaction sociale avec des autrui significatifs génère des tensions intra et intersubjectives. Ces tensions conduisent le sujet à mettre en place des stratégies ou des positionnements identitaires dont l'objectif est le maintien de la cohésion et de la cohérence de ces différentes composantes identitaires, gérer les tensions pour garantir une certaine stabilité, un certain équilibre sinon, c'est la crise... » [Kaddouri. M. 2007. P2-3]. Il s'agit d'une configuration complexe, jamais stabilisé puisque soumise de façon permanente à un travail de construction de soi.

Ensuite l'auteur propose quatre grands types de dynamiques identitaires qu'on retrouve dans son étude :

- *La dynamique de continuité identitaire* : trajectoire, itinéraire de continuité, les gens sont satisfaits de leurs identités actuelles, qu'ils ont envie de reproduire, de prolonger ou d'entretenir dans le futur.

Une démarche de professionnalisation aura donc pour objectif d'anticiper les écarts futurs pouvant être liés à des évolutions technologiques, à un changement de management... (Les « satisfaits ») ;

- *La dynamique de transformation identitaire* : il s'agit de la personne qui quelque part à une certaine insatisfaction de son identité actuelle et

qui cherche, qui à une démarche d'acquisition ou de construction d'une nouvelle identité. C'est le cas des débutants dans une profession.

Une démarche de professionnalisation aura pour objectif de réduire l'écart entre compétences actuelles et compétences visées. Si ce projet entre dans le projet institutionnel, l'individu pourra alors exercer sa nouvelle professionnalité à l'intérieur de l'institution. Si ce n'est pas le cas, il devra mettre en attente sa nouvelle professionnalité ou chercher du travail en dehors de l'institution (les « évolutifs ») ;

- *La dynamique de gestation identitaire* : l'individu se trouve à un moment ou à un carrefour de sa vie : il a des interrogations, il n'est pas encore clair sur ce qu'il va devenir. Souffre d'un manque de reconnaissance professionnelle (parce qu'il n'a pas de diplôme pour exercer les fonctions qu'on lui a attribué par exemple) ce sont des personnes qui vivent dans une souffrance ou une blessure identitaire ou qui ressentent une rétrogradation professionnelle...Et qui se demandent ce qu'ils vont devenir (les « réservés ») ;
- *La dynamique d'anéantissement identitaire* : il s'agit des personnes qui sont sans énergie, ni ressort : elles ne sont plus dans une stratégie de sauvegarde de soi mais plutôt dans une démarche d'anéantissement de leur soi (les « statiques »). [Muller. F. 2005. P437-439]

5) *Les dimensions de l'identité professionnelle* :

L'identité religieuse, l'identité culturelle et l'identité nationale sont toutes des identités collectives qui impliquent la fusion des membres d'un groupe à partir des savoirs faire et des qui ont une valeur émotionnelle et communautaire. L'identité professionnelle fait partie de ces identités collectives.

R.Sainsaulieu explique comment un individu ou un groupe conçoit son travail, son rôle et l'image que font ses collègues de lui. Les relations au travail représentent un moyen par lequel l'individu accède à la clarté de son milieu professionnel. L'identité professionnelle se développerait donc dans la dynamique sociale des échanges symboliques en contexte de travail, mais aussi lors de la formation initiale et continue, selon Bergeron (1997) souligne le rôle joué par la formation en tant que « Vecteur de l'élaboration d'une identité professionnelle de base ». [Lapointe. C et Langlois. L.2004.P06]

Entre autres, les valeurs constituent un élément central de l'identité professionnelle dans la mesure où elles représentent les normes, les principes, des sentiments puissants qui fondent la légitimité de la profession aux yeux de la société à laquelle elle rend service. Les valeurs renvoient donc à la responsabilité sociale et morale des membres d'une profession. [Dione Bernard.2009. P147-148]

Selon R.Sainsaulieu « l'identité au travail n'est pas qu'une question de définition par l'expérience professionnelle, il s'agit aussi d'un processus de différenciation que les individus rencontrent comme un constant travail fondateur de leur cohérence personnelle, par le travail certes, puisque nous y consacrons tant de temps de la vie vigile mais aussi au travail dans toute situation de relations durables l'identité constitue l'objet même de la socialisation ». [Sainsaulieu. R. 1995. P253]

L'identité collective qu'est l'identité professionnelle se structure autour de trois notions :

1. *L'égalitarisme* : cette notion fondée sur l'organisation des valeurs et leur hiérarchisation, préside à la formation de l'identité collective par l'assimilation d'éléments significatifs et spécifiques au groupe professionnel : « Qu'est ce qui est important... ? ». Ces valeurs constituent des repères qui eux même donnent sens à l'engagement.

- « l'autonomie » valeur première qui constitue la base des attitudes et comportements professionnels ;
- « la confiance » valeur indissociable des relations établies avec les autres professionnels ;
- « le respect » en tant qu'attitude « non-jugeant » et « écoutante » en toutes circonstances mais aussi en tant que considération de la personne avec ses potentialités propres, ses besoins et ses désirs.

Ces valeurs structurent le cadre éthique de la profession, nourrissent la dynamique professionnelle.

2. *Le particularisme* : il y a identité collective parce que les membres s'identifient à quelque chose de commun (le même) mais tout n'est pas nécessairement commun. Aussi, ce qui « cimente » le groupe, c'est la représentation commune que les membres se font des objectifs ou des raisons constitutives du groupement et la reconnaissance de tous dans cette représentation.
3. *La diversité* : la profession ne peut exister comme entité professionnelle que si elle se distingue des autres professions par « des traits originaux et spéciaux, en tout cas ressentis comme tels ». En revanche le sentiment collectif ne se rapporte qu'à une seule communauté. Il se fonde sur une pluralité d'appartenance, le sentiment d'identité naît ainsi de l'existence de distinctions entre les groupes et de la diversité des activités humaines, productrices de valeurs et facteurs d'intégration. Toutefois, chaque profession est dans une même démarche éthique au regard des rôles et fonctions du groupe professionnel définis par les textes (actes de compétences, règles, programme de formation...). [Gassier. J et Sain-Sauveur. C. 2007. P71]

Autrement dit, L'identité professionnelle c'est la manière dont les membres se définissent eux-mêmes au travail et se différencient des autres groupes professionnels. Elle se compose du savoir scientifique et des compétences techniques, des valeurs professionnelles, les rôles professionnels, la formation et l'apprentissage sont partagés par les différents membres d'une profession, ainsi que l'identité permet la différenciation vis-à-vis d'autrui.

L'interaction avec autrui apparaît animée par un mouvement constant de recherche de similitude et de désir de différenciation. L'identification, qui est l'un des aspects de la quête du semblable constitue la base de l'identité ; mais tout aussi important est l'aspiration à la distinction composante nécessaire du sentiment d'individuation.

6) La Théorie sociologique de la construction des identités de Claude Dubar :

A travers les théories de la socialisation, DUBAR tire une approche, qui suggère que l'individu construit son identité par étapes et par plusieurs processus dynamique de sa trajectoire sociale, personnelle ou professionnelle.

Selon lui : *« l'identité n'est autre que le résultat, à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel des divers processus de socialisation qui conjointement construisent les individus et définissent les institutions ».* [Dubar. C. 2000. P109]

En effet, toute sa théorie de l'identité (ou de socialisation) repose sur des distinctions sur des éléments en opposition, il distingue : l'identité pour autrui / l'identité pour soi, processus relationnel / processus

biographique, attribution / incorporation, transaction objective / transaction subjective.

6.1) *L'identité pour autrui / identité pour soi* : Identité pour soi et identité pour autrui sont à la fois inséparable et liées de façon problématique. Inséparable puisque l'identité pour soi est corrélative d'autrui et de sa reconnaissance. Problématiques puisque « l'expérience de l'autre n'est jamais directement vécue par soi...En sorte que nous comptons sur nos communications pour nous renseigner sur l'identité qu'autrui nous attribue...Donc pour nous forger une identité pour nous-mêmes » [Ibid. P108]

6.2) *Processus biographique / processus relationnel*: Deux processus d'identifications sont à l'œuvre :

- L'identité biographique pour soi se caractérise par les trajectoires sociales, scolaires et professionnelles antérieures et la perception de l'avenir individuel : c'est le compromis entre l'identité héritée, l'identité professionnelle investie actuellement et l'identité visée.
- L'identité relationnelle pour autrui s'incarne, pour l'individu dans la reconnaissance (ou non) à un moment et dans un contexte donné des identités associées à ses compétences, ses savoirs et images de soi proposés et exprimés par les individus en terme de statut et de rémunération ; comme Sainsaulieule souligne « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes » [Ibid. P119] L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi (investissement dans des relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires). [Halpern. C et Ruano-Borbalan J-C. 2004. P214]

6.3) Attribution et incorporations :

- La première concerne l'attribution de l'identité par les institutions et les agents directement en interaction avec l'individu. Il ne peut s'analyser en dehors des systèmes d'action dans lequel l'individu est impliqué et résulte de «rapports de force» entre tous les acteurs concernés et de la légitimité toujours contingente des catégories utilisées.
- La deuxième concerne l'intériorisation active, l'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes. Elle ne peut s'analyser en dehors des trajectoires sociales par et dans lesquelles les individus se construisent des identités pour soi, sans cette légitimité subjective, on ne peut pas parler d'identité pour soi. [Dubar. C. 2000. P111]

6.4) Transaction subjective / transaction objective :

- La transaction subjective (ou interne) peut avoir deux issues : une continuité ou une rupture entre identité héritée et identité visée, un décalage entre la définition de soi issue de la trajectoire antérieure et la projection de soi dans l'avenir. C'est un processus d'accommodation dans lequel l'individu tente de faire valoir l'identité pour soi auprès d'autrui et de rendre assumables les identités reçues.
- la transaction objective (ou externe), l'individu tente d'assimiler les attentes, les rôles (identité pour autrui) au soi idéal (identité pour soi) ; cette transaction peut se traduire par une reconnaissance ou une non-reconnaissance.

En résumant l'identité pour Claude Dubar est le résultat d'une liaison entre deux processus identitaires hétérogènes :

- *Un processus relationnel* : basé sur des **actes d'attribution** et sur **une transaction objective** entre une identité attribuée et une identité assumée, processus qui est à l'origine de **l'identité pour autrui**.

- *un processus biographique* : basé sur des **actes d'appartenance** et sur **une transaction subjective** entre une identité héritée et une identité visée, processus qui donne lieu à **l'identité pour soi**.

7) *La typologie d'identité professionnelle selon Claude Dubar :*

L'analyse de Dubar a été instaurée sur la différenciation entre « l'identité pour autrui » et « l'identité pour soi ». La partie de la recherche collective menée par l'équipe de sociologues du LASTREE entre 1986 et 1989 s'est centrée sur les réactions salariales à ces <innovations > impulsées par les directions d'entreprises. Six entreprises appartenant à des secteurs différents et implantés dans des régions diverses avaient été choisies.

Les quatre types dégagés dans chaque entreprise recouvrent bien « des logiques salariales » articulant les trois thèmes majeurs des entretiens : rapport au travail (le monde vécu au travail), la trajectoire subjectivement reconstituée (biographie antérieure et vision d'avenir) et la conception de la formation (représentations et pratiques de formation).

Une typologie commune a pu être dégagée :

7.1) *L'identité d'exclu* : c'est ceux qui valorisent la stabilité d'emploi, souvent difficilement atteinte au cours de leur vie professionnelle antérieure marquée par des phases de précarité, ne valorisent la formation que pour autant qu'elle soit directement utile au travail qu'ils font ou au poste qu'ils occupent, ils n'ont pas participé aux innovations par manque d'information, par doute radicale de leur utilité leur vision d'avenir est plutôt sombre sous des formes diverses ils se sentent menacés d'**exclusion**

7.2) *L'identité de promotion* : des salariés mobilisés pour la réussite de leur entreprise et comme des collaborateurs de leur hiérarchie ; cette implication subjective incluant souvent la sphère de la gestion est systématiquement associée. L'image d'une progression régulière et continue au sein de l'entreprise et à la valorisation de toutes les formations utiles à la compréhension de son fonctionnement : formation générale (sur le produit, les technologies...) formation technique, formation pratiques. Tous ont participé aux innovations et certains ont pris des initiatives supplémentaires, leur vision d'avenir est optimiste aussi bien pour l'entreprise que pour eux même en terme de **promotion interne** ;

7.3) *L'identité bloquée*: du fait du changement des normes d'organisation du travail et de gestion de l'emploi, les entreprises avaient mis en place des formations qui ne correspondaient pas à la conception de l'apprentissage que les salariés concernés avaient hérité de leur formation initiale et qui pour certains avaient été mis en œuvre dans leurs formations continuées antérieures. De ce fait, ils refusent la valorisation par la direction des formations générales incluses dans la plupart des innovations, rejettent la formation en dehors du temps du travail sans contrepartie. Quand à leur progression professionnelle se méfient des incitations aux « préoccupations gestionnaires » qu'ils interprètent comme des « manipulations ». C'est pourquoi si la plupart ont participé à certaines de ses formations innovantes (parfois par crainte pour leur emploi) beaucoup ont abandonné et leur « participation dépendante » aux innovations reste critique voir conflictuelle. Ce sont les seuls à évoquer le recours à l'action collective, leur vision d'avenir est marquée par une grande incertitude : ils se vivent comme durablement « **bloqués** » ;

7.4) *L'identité indépendante* : ils sont les seuls à se définir souvent à partir de leurs diplômes et qui contrairement aux précédents adhérents fortement aux innovations et valorisent notamment les formations générales surtout lorsqu'elles sont diplômantes. Ils ne souhaitent pas rester dans l'emploi qu'ils occupent et qu'ils considèrent comme « déclassé » par rapport à leur formation initiale ou continue. Ils aspirent à une promotion plus sociale que professionnelle ce qui implique qu'ils sont prêts à envisager une **mobilité externe** si l'entreprise ne leur propose pas ce qu'ils souhaitent, c'est la raison pour laquelle ils sélectionnent dans les innovations. Ce qui pourrait servir leur projet personnel et qui s'inscrit dans la continuité de leur formation initiale ou de leur formation continue antérieure. Même si leur projet de mobilité reste souvent flou, ils comptent sur leurs réseaux (internes et/ou externes à l'entreprise) pour les aider à mettre en œuvre : c'est là que se situe leur véritable « espace d'identification » recouvrant souvent les relations nouées au cours de leurs formations antérieures [Dubar. C. 1992. P514-519]. (Voir le tableau n° 07 qui se trouve en annexe n°03).

8) *La typologie « des identités au travail » selon R. Sainsaulieu :*

La famille et l'école sont des lieux de socialisation importants pour les individus. Elles façonnent leurs attitudes, leurs manières de penser et leurs comportements ... En 1977, le sociologue Renaud Sainsaulieu affirme qu'un nouveau lieu de socialisation est apparu : l'entreprise. Il s'y construit de l'identité (d'où le titre de son ouvrage *L'identité au travail*) par un processus social de reconnaissance de son travail par les collègues ou les supérieurs hiérarchiques, d'oppositions entre salariés et de confrontations aux contraintes sociales. Cette élaboration n'implique aucunement l'unicité des identités au

travail ... Bien au contraire ce que R.Sainsaulieu et son équipe vont constater sur le terrain.

De 1965 à 1969, des chercheurs enquêtent dans des entreprises publiques et privées (assurances, construction électrique, fabrication de peinture). Ils y repèrent des processus identitaires très différents en fonction des moyens dont disposent les individus pour obtenir la reconnaissance des autres.

Sainsaulieu interprète les identités professionnelles comme des effets culturels de l'organisation et fait des relations de travail le lieu où s'expérimente « l'affrontement des désirs de reconnaissance dans du contexte d'accès inégale au pouvoir ».

Quatre idéaux –types sont formalisés.

8.1) *L'identité fusionnelle :*

Des salariés dotés d'un pouvoir individuel d'infléchir leurs conditions de travail très limitées vont compenser cette faiblesse par une lutte collective. Celle-ci nécessite une forte solidarité entre pairs (identification horizontale) et un regroupement sous la bannière d'un leader (identification verticale). Valeurs communes, camaraderies, unité du groupe, lutte... Sont les caractéristiques du modèle dit **fusionnel**. Les chercheurs l'ont rencontré chez les ouvriers spécialisés et des employés de bureau dans les diverses entreprises qu'ils ont étudiées ;

8.2) *L'identité de négociation :*

A l'opposé, des professionnels très qualifiés (y compris des ouvriers) et des cadres de production, grâce à la richesse de leurs compétences et aux responsabilités acquises par leurs fonctions, ont les moyens d'affirmer leurs différences, de négocier leurs alliances et leurs reconnaissances sociales ; valorise la solidarité, mais aussi les différences collectives au sein du groupe. Leur modèle identitaire est basé sur **la négociation**.

8.3) *L'identité d'affinité :*

Sur un modèle beaucoup plus individualiste, se construit un modèle identitaire qualifié d'**affinitaire** par R.Sainsaulieu. Ici, il n'y a pas de forte solidarité entre collègues comme dans le premier modèle, mais simplement quelques connivences affectives. En effet, les salariés sont tendus vers une ascension sociale qui passe souvent par une mobilité externe à l'entreprise. C'est ce carriérisme qui les motive, qui les mobilise dans leur travail. Autrement dit il y'a une préférence individuelle et intégration par les interactions de travail.

8.4) *L'identité de retrait :*

Enfin, quelques salariés forgent leur identité davantage hors du travail que dans la sphère laborieuse. Présents tout en étant absents de l'entreprise, leur vie est ailleurs. Ce modèle de **retrait** est souvent plus subi que désiré. L'équipe de R.Sainsaulieu a rencontré ce mode identitaire chez des travailleurs immigrés, des jeunes ou des ouvriers spécialisés occupant des emplois non qualifiés. Acteurs hétérogènes au plan professionnel mais réunis par une même distance vis-à-vis de l'organisation, engagement uniquement motivé par la contrepartie salariale, évolutions de carrière fermées et non négociables et investissement minimal dans le travail [Petitjean. N.l'année n'est pas citée. P14-15]

Ces différents modèles identitaires repérés au cœur même des entreprises sont la preuve que cette organisation est un lieu central de gestation et d'incubation identitaire à l'instar, hier, des corporations ou des villages paysans et aujourd'hui de la famille ou de l'école.

➤ La dynamique des identités

L'examen de ces modèles laisserait penser R.Sainsaulieu s'intéresse à la permanence, au déterminisme. Il n'en est rien, dans la postface écrite en 1985

pour la 2^e édition de l'identité au travail, il s'interroge sur les changements majeurs susceptibles d'avoir affecté les modèles identitaires et il constate leur plasticité. Par exemple, il affirme que la crise économique des années 70 a étendu le modèle de retrait à d'autres catégories comme les cadres, parce que leurs perspectives de carrière se sont rétrécies et que leur sécurité de l'emploi s'est amoindrie. Bref, dans la sociologie de R.Sainsaulieu il n'y a pas de permanence tout est en mouvement y compris les repères identitaires. D'ailleurs des enquêtes de terrain réalisées à la fin des années 80 vont permettre à une nouvelle équipe de chercheurs d'actualiser la typologie identitaire forgée par R.Sainsaulieu, quelque vingt ans plus tôt. Dans Les Modes sociaux de l'entreprise ce ne sont plus quatre mais six idéaux types qui sont élaborés en fonction du degré de sociabilité (plus ou moins fort) et du mode d'intégration (par la règle ou pas les interactions) des salariés. Les chercheurs constatent notamment le déclin du modèle fusionnel ou communautaire, qui tend à devenir plus un symbole qu'une réalité, attestant eux aussi la thèse de la fin de la classe ouvrière. [Halpern. C et Ruano-Borbalan. J-C. 2004. P147-148].

Conclusion :

Dans ce chapitre, nous avons parlé d'une manière générale sur l'identité au travail qui est devenue un véritable objet sociologique au début des années quatre-vingt, en partant du constat que l'entreprise est un lieu majeur de socialisation et préside à la formation d'identités, car l'entreprise ne peut être réduite à un lieu de production de biens ou de services, mais c'est véritablement une institution qui produit du lien social. Depuis, les sociologues n'ont cessé de montrer que les univers professionnels conduisent non seulement à l'intériorisation des mondes institutionnels spécialisés mais aussi à la production d'une identité spécifique.

Donc, on s'est focalisé sur les travaux de Renaud Sainsaulieu qui propose l'analyse des différentes formes d'identité au travail en fonction de l'utilisation des ressources disponibles telles que : la situation de travail, les rapports à la hiérarchie, perception d'un avenir probable. Ainsi que ceux de Claude Dubar qui s'intéresse au monde vécu du travail, aux relations de travail (relations interpersonnelles et sentiments d'appartenance) et à la trajectoire professionnelle et à la perception de l'avenir (mobilité, promotion, etc.)

Préambule :

Dans ce chapitre nous évoquerons le sujet concernant les progrès de la scolarisation et de l'activité professionnelle des femmes en Algérie qui ont été fulgurants après l'indépendance et qui ont été à l'origine du soulèvement de l'ordre familial et social traditionnel sans oublier de soulever les différents obstacles qui ont été posés aux femmes actives ainsi que ce qui les caractérisent le plus. En gros, l'instruction des femmes est perçue comme un placement en vue d'une promotion sur le plan social (activité professionnelle).

1) La femme algérienne dans la famille traditionnelle :

La famille traditionnelle nommée « *Ayla* » est un mode d'être très hiérarchisé où chaque individu n'existe que par rapport à son groupe familial comme le souligne Edward Shorter(1977) « on peut considérer la famille, au sein de la société traditionnelle, comme un vaisseau au mouillage. De gros câbles l'amarrent solidement au quai. Mais c'est un navire qui ne va nulle part, il fait partie du port » [Ait Amara.H et Hayef. I.1997. P286].

On attribue à chaque âge des rôles sociaux précis. Il est pratiquement impossible de contrevenir aux règles. Cette hiérarchie impose la supériorité parentale sur les enfants, celle des personnes âgées sur les jeunes, celle des aînés sur les cadets et celle du patriarcat sur tous les membres, et celle de la supériorité des hommes sur les femmes qui est indiscutable.

Mustafa Boutefnoucht (1984) résume les principaux traits caractéristiques du système familial traditionnel en quatre :

- La famille algérienne à l'aspect élargi regroupant plusieurs familles conjugales vivant sous un même toit « la grande maison » en milieu urbain et « la grande khaima » chez les nomades (Bedoins) de 20 à 60 personnes y vivent.

- La famille algérienne étant une famille patriarcale et où le père et le grand-père constituent «les chefs spirituels » du groupe familial. L'un et l'autre sont habilités à gérer le patrimoine collectif. Ils ont une place particulière (un rang de privilège) qui leur permet, grâce un système ferme, de veiller à la consolidation du groupe familial.
- La famille algérienne étant une famille agnatique où la descendance est attribuée au sens masculin et où la dépendance aussi est patriarcale. La femme (la mère) demeure toujours dépendante de son père et l'héritage se transmet de père à fils (souvent l'aînée) pour éviter l'indivision du patrimoine.
- La famille algérienne étant une famille indivise, ce qui sous-entend une autorité et une responsabilité du père sur les objets (les filles étant contraintes de quitter la demeure familiale lorsqu'elles se marient) et les fils descendants du père et toute la progéniture dont l'origine est masculine doivent quitter la grande maison et fondent un nombre de cellules équivalents au nombre de couples. [ZianiDrid. F. 2005.P02].

➤ La place des femmes dans la famille algérienne traditionnelle :

Les hommes ont la domination et l'autorité incontestée au contraire des femmes qui sont en situation d'infériorité, ils permettent l'aisance économique et politique, à l'homme revient le « *dehors* », ce sont les mâles qui peupleront les maisons paternelles, assureront la vieillesse des parents et renforceront leur place au sein du groupe patrilignagère. Les femmes sont destinées comme épouses à servir de support biologique à la lignée. Enfermées souvent dans la maison, leurs rôles se limitent à l'entretien de la maison par l'exécution des tâches ménagères et l'éducation des enfants dans le respect des coutumes et de la tradition.

Les femmes adoptent au moins quatre stratégies différentes où elles interviennent en tant qu'actrices sociales :

- ✓ La femme-épouse non salariée, s'investissant affectivement auprès de ses enfants qui, une fois grands, lui manifesteront de l'attachement et qui dans cette perspective, multiplier le nombre d'enfants. Elle met tout en œuvre pour éviter le divorce car le nombre élevé d'enfant reste très dissuasif.
- ✓ La femme-mère (ou grand-mère), intervenant pour maintenir les pratiques patriarcales dont profitent ses fils ; ce faisant, elle accroît son pouvoir sur son mari et ses belles-filles et cherche à se distinguer parmi les femmes de sa génération.
- ✓ La femme-épouse salariée, espérant de l'État des décisions juridiques pour abolir les pratiques patriarcales en matière de statut personnel, caressant le projet de s'autonomiser vis-à-vis de sa belle-mère, voire s'émanciper.
- ✓ La jeune fille, lycéenne ou étudiante, dissociant idéologie patriarcale et islam, portant le *hijab* pour ne pas être exclue de l'espace public auquel elle voudrait appartenir en faisant des études et, plus tard, en travaillant. [Lahouari. A. 2005. P07-08].

La famille patriarcale considère que toutes les démarches de séparation, ont pour but de garder intacte la virginité de la femme, pilier sur lequel repose toute la structure de la famille, puisque elle est le premier critère visible de la bonne éducation et la puissance des hommes de toute la famille, d'où les règles rigoureuses de la séparation et le respect strict de l'intimité privée des familles « *Horma* », alors la femme est l'élément clé dans la sauvegarde du capital honorifique, puisque elle est la garante de la pureté, intériorisée et inculquée dès la petite enfance. Elle est idéalisée socialement tant qu'elle se

manifeste par son absence de l'espace extérieur, et moins elle est visible et plus on la valorise. [Benali. R. 2009. P90-91].

De nos jours, la famille a subi de grandes transformations. On a mis fin au système familial ancien et définit un nouveau modèle, encore conforme à l'Islam, mais ouverte au progrès. La femme a été dotée de droits juridiques, politiques et sociaux lui permettant d'occuper une place à côté de l'homme dans la famille et dans la société.

2) *L'évolution de la scolarisation des filles*

2.1) *Avant l'indépendance :*

L'instruction des filles, mise en place par la France en Algérie a été conçue au départ comme un enseignement professionnel basé sur les métiers féminins (broderie, tapis), avec une initiation à l'hygiène, à l'éducation sanitaire, et à quelques rudiments de calcul et de langue. Ces ouvriers étaient essentiellement prévus pour les filles de milieux défavorisés. Pour les filles de notables qui boudaient ces filières, il a été mis au point un enseignement de type français. Mais les nationalistes accusaient ce système de pervertir les femmes et ils ont créé un enseignement arabisé où ils ont introduit des matières scientifiques. Les élites continuèrent à envoyer leurs filles dans les écoles franco-musulmanes qui préparaient les filles au diplôme français : le certificat d'études primaires (C.E.P) et le certificat d'études secondaires (C.E.S) puis le baccalauréat.

2.2) *Après l'indépendance :*

L'Algérie a misé sur l'éducation comme un des moyens d'accélérer le processus de libération nationale et de développement économique et social. Certes, la priorité était accordée à l'instruction des garçons. Puis sous

l'influence des réformistes maghrébins et la pression des intellectuels ont adopté l'instruction des filles. En 1962 les efforts de scolarisations seront beaucoup plus soutenus, l'Etat indépendant se faisant un honneur de scolariser le maximum d'enfants (garçons et filles) pour qu'ils puissent assurer la relève des Français dans les secteurs administratifs, économiques et sociaux ajoutés à une certaine volonté d'accélérer le processus de modernisation. Les filles ont un retard énorme par rapport aux garçons, vont voir leur part s'accroître plus vite que celle des garçons [Ait Amara. H.Hayef. I. 1994. P14-24], (comme le montre le tableau n°1 en annexes n° 03 qui montre l'évolution du taux de scolarisation réel de l'année 1970 à 2000 en pourcentage).

Certes, la faiblesse des taux de scolarisation et des taux de participation aussi bien des filles que des garçons au lendemain de l'indépendance en 1963 s'explique par le manque d'infrastructures scolaires et de personnel enseignant. De forts taux d'investissements ont été réalisés par les pouvoirs publics dans l'enseignement primaire, fondamental et secondaire pour améliorer les taux de scolarisation et les taux de participation des élèves. [Chennouf. S et Hafsi. T. 2007. P49]

3) *L'activité des femmes en Algérie :*

L'activité des femmes en Algérie met l'accent sur la faiblesse de l'activité féminine, la féminisation différentielle de certains secteurs (éducation, santé, administration, etc.), le degré d'urbanisation, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction.

L'activité des femmes en Algérie est très inégale, limitée même si que les femmes sont plus instruites que les hommes, le discours politique sur le travail des femmes avait tendance à accorder la priorité au rôle domestique et maternel des femmes (comme le montre le tableau n°2 en annexes n° 03 qui

montre l'évolution du taux brut d'activité de la population âgée de 15 ans et plus selon le sexe).

L'accès progressif des femmes au travail rémunéré, sous la pression de la nécessité ou de la volonté de s'affirmer a eu tendance à privilégier la rentabilité du diplôme sur le marché de l'emploi. En exerçant une activité rémunérée en dehors de l'espace domestique les femmes accèdent à des formes de sociabilité et de cultures nouvelles qui introduisent des changements dans le mode de vie traditionnel structurellement fondé sur la division sexuelle des rôles. Cependant, on observe la baisse de la fécondité qui encourage les femmes à être de plus en plus indépendantes et donc à travailler pour obtenir des revenus indépendants de ceux du mari. Tous ces changements induisent de nouvelles formes de sociabilité et de pratiques qui peuvent entrer en conflit avec le système de valeurs traditionnelles. [Boutaleb. K. et Boualali. A. 2003. P05].

À travers des données statistiques (tableau n° 02 en annexes n° 03), l'Algérie a enregistré des taux d'activités moindres par rapport aux autres pays du Maghreb, le taux d'activité en Tunisie en 2007 est estimé à 46.8 % contre 52.1% au Maroc. Ce constat est aussi valable comparé aux autres pays du bassin Méditerranéens.

Par ailleurs, Il faut souligner qu'une grande partie du travail des femmes reste non valorisée, et non comptabilisée du fait qu'il relève du secteur informel et du travail domestique, malgré sa valeur productive et son utilité sociale, ainsi en 2007 plus de 53% des occupés des deux sexes ne sont pas déclarés à la sécurité sociale, soit près de 5.3 millions de personnes qui seraient considérées comme occupées dans l'informel. [Cherif. A. 2010. P05].

4) *L'évolution de l'emploi féminin en Algérie :*

Les tendances enregistrées en matière d'activité féminine et l'évolution des différents indicateurs et composantes (population active, population en chômage...) trouvent leurs fondements notamment dans l'évolution de la condition des femmes depuis l'indépendance sur les plans sociaux, culturels et démographiques.

Les deux périodes de cette évolution:

1. *Première période (1962-1989) :*

L'Algérie durant cette période n'a pas réalisé de progrès significatifs en matière d'accès des femmes à l'emploi. Les taux d'activité féminins sont restés parmi les plus bas au monde et ce contrairement à la scolarisation des filles, qui a connu une nette évolution durant cette période.

Trois facteurs semblent être déterminants de cette faiblesse de l'activité féminine, à savoir :

➤ Le facteur démographique : Lorsqu'on examine l'âge au premier mariage et le nombre d'enfants par femmes. En effet, la précocité de l'âge au mariage pour les femmes et surtout le nombre élevé d'enfant par femme, sont à l'origine de la faiblesse de l'emploi des femmes.

➤ le niveau de scolarisation des filles : l'évolution de taux de scolarisation des femmes des 6-14 ans sur la période 1966-1987 fait apparaître un écart considérablement remarquable entre le taux de scolarisation masculin et féminin, dans la mesure où les filles sont moins scolarisées dans cette période. On peut donc supposer que l'offre de travail des femmes sera globalement moins qualifiée que celle des hommes.

➤ le poids des traditions : L'explication la plus courante de la faiblesse de l'emploi féminin met en avant des facteurs socioculturels, en particulier le poids des traditions et de la religion, lesquelles seraient hostiles au travail de la femme. L'on peut se demander pourquoi ces facteurs n'ont pas agi

également contre la scolarisation des filles, en hausse durant la même période, dans ce cadre Talahite considère le facteur religieux comme déterminant « dans la tradition islamique, l'éducation et l'acquisition du savoir sont encouragés et l'emploi féminin lorsqu'il est qualifié (enseignement, médecine,...) est plus facilement accepté, valorisé, voir même encouragé. La résistance à l'emploi féminin concerne surtout le travail non ou peu qualifié ». [Talahite.F. 2009. P03]

2. *Seconde période (1989-2008) :*

Le taux global de participation est passé de 42 % à près de 49% entre 1977 et 1998, pour revenir ensuite autour de 40 % durant la dernière décennie. Entre 1987 et 1998, la hausse du taux global de participation est due à l'augmentation de la part des femmes dans la population active totale. En effet, le taux de participation féminin double (il passe de 8.7 % à 17 %, puis se stabilise autours de 16%.

➤ Les explications sont notamment liées à :

- L'augmentation brutale de la pauvreté, qui aurait poussé les femmes sur le marché de travail.
- L'arrivé des femmes diplômées sur le marché de travail : BoukلياHassene et Talahite dans leur explication de l'évolution de la participation des femmes ont mis en évidence l'effet qu'exerce le niveau d'éducation (mesurer par le nombre moyen d'années d'études), sur le taux de participation au marché de travail. Les auteurs soulignent dans ce cadre que le nombre moyen d'années d'études est passé de 1,5 à 5,4 ans entre 1970 et 1999. [Boukليا. H.Talahite. F. 2007. P07]
- La transition démographique, en particulier la baisse de taux de natalité et le recul de l'âge au mariage, qui ont un impact sur le comportement des femmes face à l'emploi. L'indice synthétique de fécondité (ISF) a diminué, passant de 4 enfants par femmes au début des années 1990 à 2,4 en 2002. Par ailleurs,

l'âge moyen au mariage s'est élevé : il est passé de 27,7 à 33 ans pour les hommes entre 1987 et 2002 et de 23,7 à 29,6 ans pour les femmes au cours de la même période (respectivement 36 et 32 ans en 2006).

Autrement dit, L'amélioration du niveau d'instruction des femmes, ainsi que la diffusion de la contraception moderne ont joué un rôle dans l'avancée de l'âge au mariage et la diminution du nombre d'enfants par femme, mais d'autres facteurs socioéconomiques viennent accélérer cette tendance en particulier la crise de logement, le chômage des jeunes, l'accroissement du cout de la vie et notamment les dépenses d'éducation.

5) *Caractéristique de l'emploi féminin :*

Les femmes qui travaillent semblent se caractériser comme suit :

5.1) *Elles habitent en majorité dans les agglomérations urbaines :*

La population féminine active est composée dans sa grande majorité par les habitantes du milieu urbain. Plus des deux tiers (77,5%) de l'ensemble de la population féminine active résident en milieu urbain comme le montre le (tableau n° 03 en annexes n°03 qui montre la répartition de la population occupée par strate). Elle se caractérise par sa jeunesse, particulièrement en zone rurale où les plus importantes proportions d'actives sont observées pour les femmes âgées de 20 à 39 ans. L'âge moyen des femmes actives est de 34 ans pour les femmes du milieu urbain et 33 ans pour celles de la zone rurale.

5.2) *La situation matrimoniale :*

La situation matrimoniale est aussi un paramètre qui influe sur l'activité marchande des femmes dans la mesure où les plus fortes proportions d'actives sont enregistrées par les femmes célibataires, et pour les femmes mariées ou La naissance d'un enfant supplémentaire consomme une part de revenu du ménage; les ressources diminuent et l'un des parents ou les deux réagissent en

augmentant leur offre de travail afin de maintenir leur niveau de consommation inchangé. Comme le montre le tableau n° 04 en annexe n°03 qui montre le taux d'emploi de la population féminine occupée selon la situation matrimoniale.

5.3) *L'instruction :*

Les femmes ont un niveau d'instruction plus élevé que celui de leurs collègues masculins, c'est un autre facteur qui favorise la présence de la femme sur le marché de travail. Le taux de main d'œuvre féminine qualifiée est passé de 32% en 1977 à 75 % en 1992 contre seulement 40% pour la main d'œuvre masculine.

5.4) *Les types d'emplois occupés par les femmes :*

- Près du quart des femmes travaillent à temps partiel afin de s'acquitter d'obligations personnelles ou familiales (enfants, parents, etc.). Chez les hommes cette proportion demeure sous les 5 %. Les femmes dominent encore dans certaines professions traditionnellement féminines.
- En 2007, Le secteur public est le plus grand pourvoyeur d'emploi pour la gente féminine, il est observé une forte présence de la femme dans certaines filières et corps de métiers, elle y active à près de :
 - 53.33% dans le secteur de l'enseignement, et l'éducation (2007-2008)
 - 53% dans le secteur médical (2007)

À l'inverse, les femmes comptent toujours pour moins du quart des personnes en emploi dans les professions traditionnellement masculines. Il s'agit des professions liées aux sciences naturelles et appliquées et à la production de biens. [Souaber. H. 2004. P20-22],

Autrement dit, en dépit des progrès importants dans la scolarisation, la femme algérienne reste peu impliquée dans le marché du travail officiel. Elle est principalement présente dans la sphère domestique ... Comme on l'a noté précédemment les taux d'activité féminine sont toujours restés parmi les plus bas au monde, par contre le taux de scolarisation féminine ainsi que l'accès des filles à l'éducation secondaire et supérieure ont augmenté à un rythme bien plus rapide.

6) Les difficultés des femmes qui travaillent :

6.1) Les facteurs économiques et sociaux :

6.1.1) la prise en charge des enfants :

Les femmes mariées interrogées dans le cadre d'une enquête nationale intitulée «femmes et intégration socio-économique) publiée en 2006 et menée par le CRASC (centre national de recherche en anthropologie sociale et culturelle) considèrent en majorité que leur rôle principal dans leur vie quotidienne est celui de mère (76% des femmes au foyer et 53% des femmes occupées). Or actuellement, il existe très peu de structures de prise en charge de la petite enfance. Il s'agit en général de structures privées très coûteuses. Sauf dans les cas où existe un appui familial, une jeune mère doit donc mettre en balance ses gains professionnels et les coûts de garde de son enfant. Selon l'étude, pour la garde des enfants 30% des femmes occupées ont recours à une garde payante (crèche, nourrice, garde à domicile). Toutefois, les écoles ne disposent pas de cantine scolaire. Les femmes travailleuses doivent trouver des solutions pour l'accueil de leurs enfants pour le repas de midi. Il en est de même pour la garde des jeunes enfants durant les vacances scolaires.

6.1.2) les tâches ménagères :

En règle générale, sauf de très rares exceptions, les tâches ménagères incombaient aux femmes. Or par exemple moins de la moitié des ménages disposent d'une machine à laver le linge (50% des ménages urbains et seulement 27% des ménages ruraux).

6.1.3) les restrictions à la mobilité :

Le logement représente un problème pour les femmes dans la mesure où il n'est pas socialement acceptable pour une femme d'habiter seule. Cette situation restreint l'accès à tout emploi éloigné du domicile familial. Ainsi, dans l'enquête de l'ONS, la fin de l'année 2010, les femmes chômeuses sont près de 80% à refuser un emploi dans une autre Wilaya, (contre 27% pour les hommes) et 43% à refuser un emploi éloigné du domicile contre de 10% des hommes. Par ailleurs, le transport constitue un des problèmes majeurs évoqués par les femmes enquêtées par le CRASC.

6.2) Autres facteurs de blocage :

Or l'enquête de l'ONS sur l'emploi fait ressortir la difficulté pour les femmes à sortir de leur domaine de compétence; ainsi, elles sont plus réticentes que les hommes à accepter un emploi qui ne correspond pas à leurs profils ou qui serait inférieur à leurs aptitudes professionnelles. Ceci explique qu'elles ne saisissent pas les opportunités de travail. [Grangaud. M-F. 2011. P44-45]

Les jeunes filles avec leur faible niveau scolaire et compte tenu du chômage commencent à accepter des emplois traditionnellement réservés aux garçons tels ceux de serveuses, caissières, vendeuses, etc. Employées très souvent sans contrat de travail, elles ne disposent d'aucune protection sociale, travaillent plus de 50 heures par semaine et peuvent être licenciées à tout moment. Les filles sont exploitées par leurs employeurs ainsi que par leurs familles car le salaire gagné par elles-mêmes est souvent remis au chef de

famille, que ce soit le mari, le père ou les frères directement et parfois indirectement telles que les dépenses des enfants pour les femmes mariées ou le financement du de la jeune fille. Les filles travailleuses sont souvent surveillées par leurs frères qui vont contrôler leurs entrées et sorties avec la complicité des garçons du quartier. Parfois on impose à la fille le port de hidjab pour protéger l'honneur menacé de la famille. [Sadou. H. 2007. P129-130],

Donc, le travail des femmes à l'extérieur n'est accepté que parce qu'il serve aux dépenses familiales. En effet, les jeunes filles achètent leur liberté par la remise du salaire pour les besoins de la famille. Ainsi, les femmes acceptent n'importe quel travail, l'essentiel, c'est qu'elles sortent de la maison même si leur supérieur au travail est moins qualifié qu'elles. Les femmes algériennes par leur socialisation ont appris à obéir et à se taire. Certaines seulement osent parler et parfois dire non car elles ont acquis une certaine autonomie économique leur permettant une telle audace.

7) La gestion de la fécondité des femmes actives :

L'entrée de plus en plus tardive en mariage engendrée par le progrès de l'urbanisation, de l'instruction en général et celle des filles en particulier, ainsi que la culture, la religion et leur dénie plus fortement encore la possibilité d'enfanter hors du lien conjugal. Dans un tel contexte toute élévation de l'âge au mariage des femmes et l'utilisation des moyens de contraception entraînent automatiquement une diminution de la fécondité (comme le montre le tableau n° 05 en annexes n° 03 qui montre l'évolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1970-2000). Et surtout la propagation de l'activité féminine, vont agir d'une façon déterminante sur la fécondité.

Les différentes études démographiques ont démontré la très forte corrélation entre le nombre d'enfants et le niveau d'instruction : plus le niveau scolaire de la femme augmente plus réduit sera le nombre d'enfants qu'elle engendrera durant sa vie féconde. Cette évolution plus marquée dans les villes qu'en milieu rural est en rupture avec le modèle familial traditionnel qui valorisait les femmes mariées précocement et engendrant beaucoup d'enfant surtout de sexe masculin.

La tendance des stratégies carrières, les maternités sont adaptées à la trajectoire professionnelle : le nombre de naissances ainsi que leur espacement ne sont pas laissés au hasard. C'est sur le nombre d'enfants que les plus novatrices et les plus attachées à leur carrière vont se battre pour s'assurer une continuité de carrière, réduire le prix à payer à la vie familiale, et réaliser une identité professionnelle. [Ouadah-Bedidi.Z et autres. 2012. P01-04].

8) *Le chômage des femmes en Algérie :*

La participation des femmes au marché du travail a connu comme on l'a noté précédemment une progression significative, elle apparaît néanmoins des plus vulnérables en période de récession. Ainsi, bien que cette catégorie de la population ait connu durant les années 70 et 80 des taux de chômage sensiblement inférieurs aux taux masculins, cette tendance s'inverse au cours des années 2000 où la persistance du chômage finit par affecter davantage les femmes que les hommes. En 2005, le chômage féminin a atteint plus de 17,5% de la population active féminine soit deux points de plus que le taux national. [Bouklia-Hassan. R. Talahite. F. 2007. P10]

Cette aggravation du chômage résulte de la baisse sensible de création d'emplois, en raison de l'arrêt des investissements publics dès 1986 et des compressions d'effectifs induites par les plans de restructuration des

entreprises mis en œuvre à partir de 1994 dans le cadre de l'application du plan d'ajustement structurel. En effet ces restructurations se sont traduites par des licenciements massifs (plus de 600 postes de travail perdus) sans que de nouveaux emplois ne soient offerts en quantité significative alors L'offre d'emploi a baissé. [Boutaleb. K.Boualali. A. 2003. P09].

➤ Caractéristiques :

Il concerne surtout les jeunes(en 2004, environ 80% des femmes en chômage ont moins de 30 ans). Etant jeunes, les femmes célibataires sont les plus touchées. Le taux est nettement plus important en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, en 2008, sur un totale de 301 000 femmes en chômage, 271 000 se trouvent en milieu urbain, ce qui représente plus de 90 %(ONS, 2008). Ce chômage est également de longue durée : une femme sur 4 est à la recherche d'un emploi depuis plus de 24 mois. Mais c'est notamment la progression du chômage des femmes instruites qui retient l'attention comme le montre le tableau n°06 en annexes n°03 qui montre le niveau d'instruction des hommes et des femmes en chômage car il représente (46,8%) de celles qui ont un niveau supérieur, tandis que pour le sexe masculin, ceux qui ont le niveau moyen sont les plus touchés avec (50.6%).

Autrement dit, Ce phénomène montre bien à quel point les femmes ne se considèrent pas comme appartenant à la population active et à quel point la société ne reconnaît pas le travail féminin.

9) L'incidence du travail extérieur sur la vie familiale des femmes salariées :

L'exercice par les femmes algériennes d'une activité professionnelle à l'extérieur est un véritable indicateur de transformation sociale. La coexistence de deux rôles distincts, à savoir familial et professionnel, place la femme active devant un conflit, elle éprouve des difficultés pour concilier son activité professionnelle et ses travaux domestico-ménagères. Le fait de les cumuler procure à la femme salariée une charge de travail excessive et insupportable et le choix des solutions est limité. Face à une telle situation, la femme salariée met en œuvre des mécanismes de résolution des conflits et des compromis.

La femme ne se risque pas à l'utilisation de solutions couteuses comme l'appel à une aide ménagère chèrement payée ou le non-respect des horaires de travail : quitter ou désertier le lieu de travail avant l'heure.

Elle utilise, par contre, le mécanisme du compromis les relations interpersonnelles :

- ✓ *la femme salariée et son mari* : L'époux accepte la règle d'une famille à double carrière, car il y trouve, entre autres, un avantage pécuniaire et la femme active fait face à son mari par l'utilisation de la stratégie de séduction-manipulation par son salaire.
- ✓ *la femme salariée et ses beaux-parents* : Les beaux-parents ne s'immiscent pas dans les affaires du couple, ils pensent que le mari est seul responsable de ce qu'il advient de la vie professionnelle de son épouse et la femme adopte la stratégie d'évitement devant ses beaux parents.

Autre explication de cette situation, bien plus pratique, la femme pour assurer une absence de tensions familiales doit donc choisir entre sa carrière et sa vie familiale, à moins d'être aidées par des proches pour continuer à travailler après le mariage. [Rebzani.M. 1997. P78].

Conclusion :

Pour conclure cette partie, on a déduit que dans la société traditionnelle, les normes de conduite imposées à tous, c'est que les filles soient mises au service de son rôle domestique et familial et essentiellement valorisée dans les stratégies matrimoniales.

Mais le changement d'attitude des femmes Algériennes surtout à l'égard de l'activité professionnelle qui est visible à travers les taux d'activité et le nombre de couples à double carrière, est un phénomène récent et qui prend de l'ampleur, dans un contexte où l'on cesse de déplorer les effets négatifs du travail des femmes.

C'est grâce à l'accès des filles à l'instruction et l'activité professionnelle que la femme est valorisée dans la société et c'est en faisant un équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale ainsi que la maternité.

Préambule :

Dans ce chapitre, nous présenterons un aperçu historique sur les soins infirmiers en Algérie, les différentes missions et obligations propre à la fonction de l'infirmière, le type de relations que l'infirmière entretient avec les malades. Aussi, on porte un intérêt sur la description du programme de formation des infirmières en Algérie. Enfin, on s'intéressera sur l'hygiène hospitalière qui est l'affaire de tous car elle concerne le personnel médical, paramédical, administratif, les malades et les visiteurs.

1) Aperçu historique sur les soins infirmiers en Algérie :

En Algérie, l'exercice des soins infirmiers durant la période pré-coloniale a été réservé d'abord aux militaires puis à l'église. À partir de 1850, ont été créés les corps des auxiliaires médicaux indigènes et les infirmières visiteuses médicales. De façon générale, le system de soins était anachronique, concentré dans les villes, délaissant les campagnes où vivait 90% de notre population. La formation paramédicale était insignifiante et l'activité paramédicale dans les structures de santé assurée par « les sœurs blanches ».

[khiati. M. 1986. P03]

Durant la guerre de libération, un système de santé, calqué sur l'organisation militaire a été mis sur pied au sein de l'armée de libération nationale. Un effort remarquable d'éducation sanitaire (hygiène et prévention) a été entrepris. Des centres de formation paramédicale ont été ouverts le long des frontières. Au lendemain de l'indépendance, le départ massif des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs européens crée une situation de crise qui n'a pu être maîtrisée que grâce à des efforts considérables. Ainsi au cours de la première décennie d'indépendance le nombre d'infirmières diplômées passe de 250 en 1962 à 12 215 (agents paramédicaux) en 1972

grâce à la formation en cours d'emploi et à la création d'écoles paramédicales.

Au cours de la 2^e décennie de l'indépendance, les nouvelles exigences liées d'une part aux besoins sans cesse croissants et d'autre part aux progrès de développement ont été à l'origine d'une réforme de la formation paramédicale. Désormais, le recrutement des futurs agents paramédicaux se fait par voie de concours et aboutit à trois niveaux de formation :

- Technicien supérieur de la santé (T.S.S) à partir du baccalauréat.
 - Technicien de la santé (T.S) à partir du brevet d'enseignement général.
 - Agent technique de la santé (A.T.S) à partir de la 4^e année moyenne.
- [Ibid. P07-08].

Pour rendre efficace cette réforme, un grand nombre d'écoles de formation paramédicale a été ouvert. Ainsi, un Institut Technologique de la Santé (I.T.S.P.) au niveau de chaque Wilaya, des structures de formation avec des annexes ont été inaugurées. Toutes ces structures, en 1978, l'Algérie comptait 03 (I.T.S.P) et 33 écoles paramédicales en 1982 leur nombre atteignait les 192 établissements. Parallèlement, le nombre d'élèves paramédicaux montrait une élévation remarquable passant de 7500 en 1979 à 25 000 en 1982. Le nombre de techniciens de santé en exercice atteignait en 1984 : 2935 (T.S.S), 15 695 (T.S) et 19 716 (A.T.S). Au total 40 014 diplômées sont sorties des écoles de formation paramédicale. Ces chiffres montrent s'il en était besoin l'immense effort consenti par le pays pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

Dans l'avenir une réorientation de la formation paramédicale paraît nécessaire. Elle visera à atténuer l'inadéquation qui existe entre la formation de (T.S.S) et (T.S) les exigences des soins modernes basés sur une

technologie élaborée et un recyclage continu requièrent un niveau de recrutement élevé (donc de T.S.S) et une formation appropriée (3 ans au minimum). Une spécialisation après un tronc commun en plusieurs disciplines permettra une meilleure prise en charge des problèmes d'investigation, de soins et de suivi de plus en plus complexe. [Ibid. P08-09].

2) *Le rôle de l'infirmière professionnelle*

Une infirmière est une auxiliaire du médecin. Elle doit au corps médical l'obéissance le plus strict en ce qui concerne les soins aux malades ; elle doit se plier avec discipline aux ordres reçus et être toujours consciente de l'intérêt du malade.

Mais il ne faudrait pas que l'infirmière croit que son rôle de borne à « *administrer les médicaments* » et faire « *les actes de petite chirurgie prescrits* » par le médecin. Des tâches plus humbles et non moins importantes lui sont réservées en propre. A elle de mettre le malade dans le meilleur état de résistance physique par les soins « *d'hygiène* » appropriés. Elle doit connaître parfaitement la meilleure façon de changer ou de laver un malade, de l'installer confortablement, de le faire manger sans fatigue, de maintenir autour de lui ce qu'il faut de chaleur, de lumière, d'air et de silence pour éviter à son organisme malade des heurts inutiles.

L'infirmière à un rôle « *moral* » à remplir auprès de son malade, il faut qu'elle ait pour lui de la sympathie, mais cela ne suffit pas : le rayonnement de sa personnalité doit apporter un réconfort et un stimulant. Il faut qu'elle soit réceptive aux souffrances des autres mais forte aussi pour que le malade se sente en sécurité. En contact permanent avec des gens très divers, les infirmières si elles sont dignes elles ont dans leur travail journalier

d'immenses possibilités d'influence morale, d'éducation, de compréhension. [Baillièrè J.B. et fils, 1952, p14].

Cependant, l'infirmière ne doit pas se délimiter à une obéissance formelle, vide d'intelligence, c'est pourquoi une formation intellectuelle et une instruction professionnelle lui sont indispensables comme le soulignait Hippocrate « il faut du temps pour apprendre la médecine, car les éléments de base pour pratiquer cet art ne sont pas en nombre limité comme les lettres et l'alphabet pour l'écriture », car le domaine de la santé n'est pas un domaine où règne le hasard, la chance : elle agit en connaissance de cause. [Schwartz. Y. 1997. P257], sans avoir la mémoire surchargée de connaissance mal assimilée, sa pensée doit avoir acquis une certaine rigueur scientifique ; ainsi, le médecin pourra trouver chez l'infirmière la précision dans les observations, l'exactitude dans l'exécution des ordonnances et assez de compréhension de ses méthodes pour les appliquer non seulement avec fidélité, mais avec intelligence.

3) *La relation infirmière malade :*

Parmi l'ensemble des travaux et recherches qui caractérisent ce mouvement, il y a deux méthodes qui semblent l'une et l'autre riche d'enseignement pour celle ou celui qui vit une relation concrète avec les malades, il s'agit de la relation de case-work et l'attitude non directive.

3.1) *La relation de case-work :*

L'essentiel du case-work repose dans l'attitude de celui qui prétend apporter à l'autre une aide psychologique. C'est la réunion de deux personnes visant des satisfactions ou des buts communs. Une relation de case-work est une rencontre professionnelle entre deux personnes dans le but d'aider l'une d'entre elles à réaliser une meilleure adaptation. L'échange affectif se place dans ses limites «la nécessité pour l'infirmière de contrôler ses propres

mouvements affectifs non pas dans le sens d'une répression, mais dans le sens d'une connaissance, d'une lucidité » [Bernard. P. 1974. P244].

La relation de case-work insiste sur des traits qui concernent l'infirmière :

- ✓ Relation interpersonnelle : le malade est une personne et non un objet-de-soin.
- ✓ Relation d'aide : le malade hospitalisé est un client attend de son entourage aide et compréhension.
- ✓ Relation qui vise à améliorer l'adaptation : le malade est aux prises avec un triple effort d'adaptation : adaptation au milieu hospitalier, adaptation à son état d'être-malade, adaptation a sa guérison...
- ✓ Relation où s'engagent profondément et affectivement les parties en présence : le malade avec son anxiété, l'infirmière avec son désir de comprendre et d'aider.

Les besoins du malade du moment où il s'engage dans cette relation :

- ✓ Besoin d'être traité comme une personne.
- ✓ Possibilité d'exprimer ses sentiments, négatifs et positifs : se plaindre, être agressif, éprouver des sentiments hostiles ; mais aussi manifester sa sympathie, son impression de bien-être ...
- ✓ Etre certain que l'on est respecté, qu'elle que soit la nature des soins que l'on reçoit, quel que soit l'état et dépendance corporelle dans lequel on est provisoirement plongé « les malades doivent être acceptés tels qu'ils sont...Sinon ils seront rejetés plus au moins par les autres » [Ibid. P238].
- ✓ attente d'une compréhension...
- ✓ Etre persuadé d'une relative autonomie dans des choix et des décisions dont la nature ne contrevient pas à l'intérêt général du service, non plus qu'aux exigences des prescriptions médicales.
- ✓ Besoin de confiance : « le malade donne sa confiance... Mais demande autre chose en échange...Par une demande de temps consacré à

s'occuper de lui » [Ibid. P248]. Ainsi, savoir que ce qui est dit à l'infirmière concernant ses difficultés personnelles et sa vie privée garde un caractère de confiance et de secret confié.

3.2) l'attitude non-directive :

C'est au psychologue américain Carl Rogers que l'on doit les premières expériences et recherches théoriques sur l'attitude non-directive. Son apport nous intéresse puisqu'il s'agit d'approfondir la relation d'aide caractérisant le couple infirmière-malade.

Selon lui être non-directif c'est s'abstenir de juger tout ce qui touche le domaine propre et subjectif du malade : ses attitudes, ses sentiments, ses besoins, son comportement et son expérience personnelle. Ce qui est demandé à celui qui s'engage dans une relation d'aide est-ce que Rogers appelle la « capacité empathique » c'est-à-dire « la capacité de s'immerger dans le monde subjectif d'autrui et de participer à son expérience dans toute la mesure où la communication verbale et non-verbale le permet ». En termes plus simples, « c'est la capacité de vraiment se mettre à la place d'un autre, de voir le monde comme il le voit ». [Cotinaud. O. 1967. P157-169].

4) Le portrait de la formation des infirmières en Algérie :

En Algérie, la formation de base pour devenir infirmière se fait au niveau de l'enseignement technique professionnel dans les écoles de formation des sciences paramédicales. Relevant du ministère de la santé, cette formation est assurée par 8 filières regroupant 32 options.

Les programmes aménagés portent sur les soins intra et extrahospitaliers. Dans le premier cas : différents domaines sont envisagés : accueil du malade et de sa famille, fonctionnement des structures de soins, préparation du malade aux diagnostics cliniques, radiologiques et biologiques, préparation

aux actes chirurgicaux, anesthésie et réanimation, accouchement et premiers soins la nouveau-née rééducation et réhabilitation des différents fonction motrices, sensorielles et psychiques.

Dans le second cas : le programme port sur les actions de soins, de santé primaire et de prévention :vaccinations, prévention des accidents, surveillance des grossesses, espacement des naissances, hygiène du milieu, lutte contre les affections prévalentes, protection maternelle et infantile, protection médicale des jeunes, assistance sociale...[Khiati. M. 1986. P08].

Ces écoles offrent trois filières de formation en soins infirmiers, La gradation en trois niveaux n'est pas rigide, elle est complétée par une formation permanente qui permet l'accès au garde supérieur après un certain temps de pratique. Le premier est de nature interne puisqu'elle concerne les (ATS) qui, après la réussite à un examen professionnel, peuvent poursuivre des études qui mènent au diplôme (IB) après 3 ans de formation. La deuxième possibilité s'applique aux (IB) pour le recrutement interne et aux bacheliers et bachelières de l'enseignement général pour la sélection externe de candidats. Cette voie d'admission requiert entre 12 ans et 17 ans de scolarité préparatoire (selon le type de recrutement) et donne accès au diplôme d'Etat d'infirmière.

La spécialisation se fait au niveau universitaire pour un diplôme de 1^{er} cycle et pour un titre d'infirmière spécialisée en psychiatrie, en soins polyvalents, enradiologie (manipulation), en anesthésie, en soins intensifs et en soins obstétricaux.

Les formations des niveaux de maîtrise et de doctorat en sciences infirmières ne sont pas encore disponibles en Algérie. Les infirmières doivent exclusivement travailler sous l'autorité des médecins. [Seck Awa. 2008. P11].

5) Hygiène hospitalière :

5.1) Hygiène corporelle :

5.1.1) L'infirmière :

- Hygiène des mains :

- Les ongles doivent être coupés courts, brossés et nettoyés soigneusement.
- Les mains seront lavées fréquemment, tout spécialement avant et après chaque soin, en quittant le service des malades, avant de se mettre à table. En cas de maladie contagieuse, les mains seront désinfectées
- La moindre blessure doit être désinfectée pour prévenir les infections.

Les mains de l'infirmière doivent faire l'objet de soins minutieux dans le but :

- D'éviter la propagation de microbes d'un malade à l'autre ;
- De se protéger elle-même contre les infections locales (furoncles, panaris) et générales (typhoïde). [Baillière J.B. et fils. 1952. P30].

- Tenue vestimentaire : La tenue comprend une coiffe, un masque, une blouse ou un pyjama et des chaussures, ces vêtements hospitaliers sont changés régulièrement ou chaque fois qu'ils se salissent (taches...). Pour les services à hauts risques, des vêtements jetables (coiffe, masque, blouse, bottes) sont préférables. [khiati. M. 1986. P87].

5.1.2) Le malade : L'hygiène du malade comporte celle de son lit (matelas, oreillers, draps, couverture de lit...) dans lequel il passe la totalité ou la majeure partie de son temps, et la propreté de la peau, du cuir chevelu, de la bouche surtout chez les fiévreux, les mourants ... [Baillière J.B. et fils. 1952. P31-33].

5.2) *Hygiène alimentaire :*

A pour but de régler l'alimentation pour subvenir à l'entretien, à l'activité et à la croissance de l'organisme. Elle doit tenir compte des besoins énergétiques et plastiques de l'organisme et des vitamines. Certains malades sont privés de l'une ou l'autre des catégories d'aliments alors on distingue divers régimes. [Ibid. P53-56].

5.3) *Hygiène de l'environnement :*

L'emplacement de l'hôpital doit se situer loin des centres urbains (bruit, pollution...) la construction dispersée répond mieux aux impératifs de santé : calme, isolement facile, espaces vert... [khiati. M. 1986. P90]. Les hôpitaux doivent être construits et aménagés en fonction des besoins des malades et aussi prendre en considération la facilité de travail du personnel.

En gros, Le but de l'hygiène hospitalière est de minimiser les risques infectieux ou la transmission de ces germes peut être direct par les mains, le linge, les aliments, le matériel ou indirecte se faisant par l'air. L'hygiène cherche à prévenir les maladies et donner au corps le maximum de développement normal. Dans ce cas, le rôle de l'infirmière consiste à mettre le malade dans les meilleures conditions de défense en lui assurant une hygiène parfaite et à faire l'éducation de son entourage en matière d'hygiène et de prévention. [Baillière J.B. et fils.1952.P27].

Conclusion :

Devenir infirmière, est le fruit d'une formation initiale qui est une formation à la fois théorique et pratique d'une durée de trois ans et qui se déroulent entre l'institut de formation et le milieu hospitalier.

Les infirmières font appel à des compétences variées, alliant un savoir technique et une bonne capacité relationnelle qui sont deux aspects indissociables.

L'objectif des interventions des infirmières est résumé comme étant la prise en charge global de la personne soignée. Donc, elle déploie tous les aspects de la profession : soigner, aider à la guérison, soulager la souffrance, éduquer le patient, agir en vue de la prévention et ainsi être, au total, témoin d'humanité auprès de l'être souffrant.

Différents lieux d'exercice de l'activité sont possibles, que ce soit en secteur hospitalier public ou privé ou en extra hospitalier : écoles, entreprises...

Préambule :

Toute méthodologie de la recherche basée sur l'enquête de terrain. Donc, l'enquête a été faite sur un établissement public hospitalier d'Akbou, ou on a récolté un ensemble d'informations concernant les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

Le contenu de ce chapitre est composé de deux sections, la première, concerne les connaissances élémentaires sur l'E.P.H.A. Donc, on a tracé l'aspect historique de cet organisme, ses missions, on a présenté son organigramme, définir l'ensemble des services et leurs rôles ainsi que les capacités de l'E.P.H.A. La deuxième, concerne les données personnelles de notre population d'enquête qui nous permettra d'arriver à des résultats réels.

Section 1 : Connaissances élémentaires sur l'E.P.H***1.1) Historique de l'E.P.H :***

Hôpital civil d'Akbou est un établissement public de santé datant d'avant l'indépendance. Avant sa construction, le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis a ranci en hôpital situé à la haute ville et construit en 1972. En 1959, à été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville.

La couverture de la population en matière des prestations de soins et d'hospitalisation de toutes les régions environnantes, ce qui est concrétisé avec le décret exécutif n°79-466 du 02 décembre 1977 fixant les régies de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires. Le secteur sanitaire d'Akbou créé en application de ce dispositif est situé au versons sud de le vallée de la Soummam, limité au nord par la daïra du Azazga (Wilaya de Tizi Ouzou), au sud par la wilaya de Bourdj Bou Areridj, à l'est par le दौरa de Sidi Aiche et Ath Ourtilan (wilaya de Setif) et à l'ouest par la दौरa de Ain El Hammam

(wilaya de Tizi Ouzou) et la daïra de M'Chedallah (wilaya de Bouira) de fait , il couvre six daïra.

La promulgation du décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissement public hospitalier et des établissements public de la santé de proximité a eu pour conséquence la création de (12) EPSP, en l'occurrence celui de Tazmalt et celui de Sedouk, ce qui à mis fin à la dépendance des unités de soins de base vis-à-vis de l'hôpital et a rompu l'intégration et la hiérarchisation des prestations de soins.

Cependant, la plupart des prestations de soins son resté concentrées au niveau de l'hôpital qui devient (E.P.H) et l'amélioration des soins de santé de base n'a pu être concrétisée, vu le manque de moyens humains et matériels nécessaires et l'éparpillement peu d'encadrement administratif existant, en plus de découpage non réfléchi et le manque d'assise juridique pour asoir les prérogatives et les compétences de chaque établissement. Ainsi, la prise en charge de la population en tenues d' hospitalisation : des soins spécialisés sont restés, en effet, toujours à la charge de l'EPH.

1.2) Présentation de l'établissement public hospitalier d'Akbou (E.P.H d'Akbou) :

Est un établissement à caractère administratif doté de la personnalité morale et d'autonomie financière, place sous la tutelle du Wali. Il est constitué d'une structure de diagnostic de soin, d'hospitalisation et de réadaptation médical couvrant la population d'un commun ou d'un ensemble de commun.

L'EPH à pour mission la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il est chargé de :

- Assurer l'organisation et la programmation des soins curatifs de diagnostic ;
- La prise en charge totale des malades durant leurs hospitalisations ;
- L'E.P.H peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale ;

- Comme il doit contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels de ses services ;
- Mise en œuvre les délibérations de du conseil d'administration ;
- Passé les contrats, les marchés et les conventions conformément à la réglementation en vigueur ;
- Nomination et installation des personnels à l'exception des personnels nommés directement par la tutelle (Ministre de la Santé de la population et de la réforme Hospitalière.). décisions internes telles que : les affectations, réquisitions, sanction et réunions.

✓ *Secrétariat de direction :*

Le secrétariat du directeur est occupé par une secrétaire qui doit être apte moralement et physiquement pour mener convenablement les taches qui lui sont confiées. Elle est appelée à garder le secret professionnel, être accueillante et équitable envers tous les personnels.

La secrétaire est chargée du fonctionnement et de l'organisation du secrétariat de directeur selon les instructions du directeur.

Elle est chargée de :

- L'accueil et de la transmission des communications téléphoniques ;
- Réceptions du courrier et sa ventilation aux concernés ;
- Enregistrement de courrier -arrivés/départs- ;
- Programmation des rendez-vous avec le directeur ;
- Rédaction administrative et encadrement des travaux de saisie et de présentation des documents administratifs ;
- Organisation et préparation des plannings des réunions selon les instructions du directeur ;
- Elle a sa disposition un outil informatique ainsi que divers registres tels que : registre du courrier -arrivée/départ-; registre de décision interne; registre de délibérations; chronos.

La direction de l'E.P.H est secondée par quatre sous directions qui se résument comme suite :

1.2.1) La sous-direction des ressources humaines :

Dirigée par un directeur adjoint, épaulé par un personnel d'exécution et qui est chargé de la gestion et le suivi du mouvement de personnel de l'établissement dès son installation à la fin de sa carrière passant par plusieurs étapes telles que : nomination; installation; suivi des stages; confirmation; promotion et avancement; discipline; différents congés; formation et recyclage des personnel; réunions de commissions paritaires.

A noter que toutes les taches citées ci-dessus sont sur ordre de directeur.

1.2.2) La sous-direction des finances :

Elle est placée sous la responsabilité d'un directeur adjoint entouré par un personnel d'exécution pour mener à bien les taches suivantes : approvisionnement des services en matériel médical, literie, produit d'hygiène et fourniture de bureau et d'entrées alimentaires; approvisionnement des services en médicament et produits pharmaceutiques; acquisition des pièces de rechange des outils d'électricité, de menuiserie et de construction; établissement de bonne commende; réception de la marchandise acquise et facteurs; établissement de bonne réception; recensement établissement des inventaires (bureau des inventaires); paiement des traitements, des appels des personnels et charge sociale (bureau de solde).

1.2.3) La sous-direction des services de santé :

Dirigée par un directeur adjoint et dotée du personnel d'exécution. Elle est chargée de ce qui suit de :

Veiller sur l'organisation et le bon fonctionnement des activités de santé telles que : hospitalisation, consultation, évacuation...etc.; programmation des gardes médicales; désignation des praticiens pour assurer la couverture médicale

des services de l'E.P.H; proposer et signaler le manque du personnel ainsi que les moyens aux services concernés; lutter contre les maladies contagieuses; veillez sur l'hygiène et la propreté des services.

1.2.4) La sous-direction de la maintenance, des équipements médicaux et équipement connexes :

Elle est administrée par un sous-directeur adjoint et doté d'un personnel nécessaire pour mener a bien les taches suivantes : Assurer la maintenance des équipements ainsi que du mobilier ; Veiller à la bonne marche et l'entretien de parc automobile ; Procéder aux ménagements et la protection des biens de l'établissement ; Recenser les besoins en matériaux et en équipement ; établissement des prévisions en équipements et matériels.

1.3) La gestion administrative de l'E.P.H :

Quant à la gestion de l'établissement, deux organes ; consultatif et délibératif ; à savoir le conseil d'administration et le conseil médical.

1.3.1) Le conseil d'administration :

Présidé par le wali ou par son représentant.

- Un représentant de l'assemblée populaire de la commune ;
- Un représentant de l'assemblée populaire de wilaya ;
- Un représentant de l'administration des finances ;
- Un représentant des assurances économique ;
- Un représentant de l'organisme de sécurité sociale ;
- Un représentant des travailleurs ;
- Un représentant du personnel médical ;
- Du président de conseil médical ;
- Du directeur de l'établissement qui assure le secrétariat du conseil ;
- Un représentant des associations des usages de la santé.

➤ Le rôle de conseil d'administration :

Délibérer notamment sur :

- Le plan de développement à court et à moyen terme de l'établissement ;
- Le projet de budget de l'établissement ;
- Les comptes prévisionnels ;
- Le compte administratif ;
- Les projets d'investissement ;
- Les projets d'organisation interne de l'établissement.

1.3.2) Le conseil médical : Comprend :

- Les responsables des services médicaux ;
- Un pharmacien responsable de la pharmacie ;
- Un chirurgien-dentiste ;
- Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une fois les deux mois.

✓ Le rôle de conseil médical

Chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur :

- L'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux ;
- Les programmes des manifestations scientifiques ;
- Les programmes de santé et de la population.

1.4) Les capacités de l'EPH :

1.4.1) *Les capacités ressources humaines* : Le tableau suivant nous montre les ressources humaines dont il dispose l'EPH d'Akbou avec la diversité des spécialités et le nombre d'effectif de chaque spécialité.

Tableau sur la répartition du personnel de l'EPH selon les spécialités

La spécialité	Le nombre d'effectif
Médecin spécialiste	17
Médecin généraliste	25
Pharmacien	01
Psychologue	01
Auxiliaire médicale en anesthésie réanimation	11
Paramédical	120
Sage-femme	17
Personnel administratif	41
Personnel technique et de service	128
Totale	415

1.4.2) *Les capacités en lits d'hospitalisations* :

Le tableau suivant définit le nombre de lits d'hospitalisation selon les services

Tableau sur la répartition des lits d'hospitalisation selon les services dans l'EPHE

Le service	Nombre de lits
Médecine interne	68
Chirurgie générale	44
Pédiatrie	33
Maternité	18
Gynécologie	16
Total	179

Section 02: Caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières interrogées.

Tableau n°01 : La répartition des enquêtées selon l'âge :

Age	Fréquence	Pourcentage (%)
[20-25]	04	22,22
[26-31]	04	22,22
[32-37]	03	16,66
[38-43]	02	11,11
[44-49]	05	27,77
Total	18	100

On constate d'après le tableau ci-dessus, qu'en première catégorie il y'a la tranche d'âge de [44 à 49 ans] avec une fréquence de (05) car elles se caractérisent par une longue carrière professionnelle qui touche à la fin (retraite), elles ont acquis de l'expérience professionnelle ce qui va permettre la transmission des savoirs techniques et relationnels en soins infirmiers aux autres.

En deuxième lieu on a remarqué une égalité entre deux catégories d'âge, celle de [20 à 25 ans] et celle de [26 à 31 ans] avec une fréquence de (04) pour chaque catégorie. Relativement, les infirmières sont très jeunes puisque l'écrasante majorité a moins de 32 ans, ce qui semble que les infirmières du secteur sanitaire public d'Akbou sont en période de la construction de leur carrière professionnelle et ce qui montre aussi les efforts de l'état pour répondre aux besoins sanitaires de la population à travers la réorientation de la formation paramédicale.

Tableau n°02 : La situation sociale des infirmières interrogées :

Les infirmières	Fréquence	Pourcentage %
Mariée	12	66,66
Célibataire	05	27,77
Divorcée	01	5,55
Total	18	100

Selon le tableau ci-dessus, en première catégorie il y a les mariées avec une fréquence de (12), on peut dire que c'est la catégorie d'infirmières qui a plus de la surcharge affectée par le double rôle entre l'engagement que nécessitent la vie professionnelle (ex : ponctualité) et les obligations familiales (ex : éducation et les soins donner aux enfants).

En deuxième lieu, il y'a la catégorie des célibataires avec une fréquence de (05), on peut déduire que c'est une catégorie d'infirmières qui s'investi le plus dans le travail vu qu'elles sont plus autonomes.

Tandis, qu'en troisième catégorie, il y'a une divorcée, là, on ne peut que s'interroger sur la faiblesse de la proportion des actives pour les femmes divorcées qui sont confrontées aux difficultés économiques et sociales et sont amenées à occuper un emploi que pour faire face aux dépenses familiales.

Tableau n°03 : La distance entre le lieu d'habitation par rapport au lieu de travail :

Situé à une faible distance	fréquence	Pourcentage %
Oui	11	61,11
Non	07	38,88
Total	18	100

D'après le tableau ci-dessus, on constate que plus de la moitié des infirmières trouvent que leur lieu d'habitation est proche du lieu de travail avec une fréquence de (11) ce qui est un atout car ça les aide à éviter les retards.

Tandis que (07) infirmières affirment que leur lieu de travail est loin du lieu de leur habitation, mais cela ne semble pas les déranger ce qui se résulte par l'amélioration des moyens de transport public et aussi certaines d'entre elles possèdent un véhicule ainsi que l'emplacement de l'établissement public de la santé d'Akbou dans une zone stratégique qui se situe au cœur même de quatre Wilayas, sans oublier la solution d'internat à proximité de l'hôpital d'Akbou qui a été adoptée pour éviter les déplacements quotidiens pour les éloigner du lieu de résidence.

Tableau n°04 : Les postes occupés :

Poste occupée	fréquence	Pourcentage %
Soins intensifs	14	77,77
Puériculture	04	22,22
Total	18	100

À partir du tableau ci-dessus, on remarque que la répartition des infirmières interrogées est entre deux postes : les soins intensifs et la puériculture

En première catégorie, on remarque que la plupart des infirmières diplômées d'états (IDE) occupent une spécialité des soins intensifs avec une fréquence de (14), qui consiste à la prise en charge des malades avec tous types de soins.

Tandis que la catégorie secondaire à été marquée par une fréquence de (04) en tant que puéricultrice qui consiste à la prise en charge des enfants de l'âge (0 à 15 ans).

On constate aussi que toutes les enquêtées travaillent dans différents services tels que (médecine interne, pédiatrie, maternité, gynécologie) sauf les anesthésistes qui travaillent dans d'autres services tels que le bloc opératoire et chirurgie générale dont on n'a pas pu les interviewées car l'accès est interdit.

Tableau n°05 : Selon les heures hebdomadaires de travail :

Temps de travail	Fréquence	Pourcentage %
30 heures	11	61,11
40 heures	07	38,88
Total	18	100

Le tableau ci-dessus montre que plus de la moitié des infirmières (11) avaient un temps de travail hebdomadaire de 30 heures, car elles travaillent (2/2) qui est une procédure à respecter et qui consiste à travailler deux jours après elles se reposent deux jours et ainsi de suite, mais il n'est pas possible que le repos hebdomadaire se situe pour chacune en fin de semaine ce qui crie des servitudes.

Tandis que (07) infirmières travaillent 40 heures (surface) dans la semaine, elles travaillent régulièrement et en horaires décalés mais le repos hebdomadaire se situe en fin de la semaine.

D'après cette analyse on peut constater que les horaires du travail sont souvent peu compatibles avec une vie personnelle (famille, loisir...) pour les infirmières.

Tableau n°06 : Montre la profession des pères des enquêtées:

Profession du père	Fréquence	Pourcentage%
Ouvrier polyvalent	06	33,33
Retraité	05	27,77
Décédé	02	11,11
Cadre	02	11,11
Immigré	01	5,55
Petit agriculteur	01	5,55
Non réponse	01	5,55
Total	18	100

D'après le tableau ci-dessus, on constate que la profession et le capital du père révèlent l'origine moyenne à supérieur des infirmières.

En première catégorie, il y a les infirmières qui sont des filles d'ouvriers polyvalents avec une fréquence de (06) dont leur profession tourne autour de : maçon, conducteur d'engins, plombier...

En deuxième lieu, viendra la catégorie des pères qui sont à la retraite (05) qui ont été aussi des ouvriers polyvalents : électricien, imprimeur, mécanicien, agent de sécurité.

Tableau n°07 : Montre la profession des mères des enquêtées:

Profession de la mère	fréquence	Pourcentage %
Sans profession	15	83,33
Retraitée	01	5,55
Ouvrier polyvalent	01	5,55
Décédée	01	5,55
Total	18	100

D'après le tableau ci-dessus, on remarque que la majorité des mères des infirmières sont sans profession avec une fréquence de (15), ce qui n'est guère étonnant vu la logique de la société traditionnelle et la discrimination qui frappait les filles en ce qui concerne la scolarisation et l'activité professionnelle et qui favorise le placement de la femme sur le marché matrimoniale car à l'époque il y avait tendance à accorder la priorité au rôle domestique et maternel des femmes et ce qu'on a remarqué le plus c'est une autre catégorie qui ne représente que (01) mère, qui est une simple ouvrière qui travaille comme femme de ménage ce qui montre que l'accès des femmes au travail rémunéré ne se fait que sous la pression de la nécessité et de la pauvreté.

En analysant ces deux tableaux, on constate que la quasi-totalité des infirmières sont issues d'un milieu défavorisé, d'un capital moyen et ce qui les a motivées le plus et les a influencées à détruire l'ordre ancien et à réussir à rentrer dans le monde de travail. Dans la majorité des cas la profession d'un membre de la famille n'ont pas intervenu pour orienter le choix professionnel de nos enquêtées avec une fréquence de (15) comme l'a bien précisé une de

nos enquêtées : « c'est par hasard que j'ai choisi ce métier, car j'ai passé le concours et comme je l'ai réussi, voilà maintenant je suis infirmière avec sept ans d'expérience, comme on dit le hasard fait bien les choses (rire) » (service des urgences, 7 ans d'expérience), tandis que (03) infirmières sont influencées par la profession de leur famille, par un simple souhait ou conseil de l'un des parents ainsi qu'en témoignent ce type de réponse « mon père m'a beaucoup encouragé à rentrer dans le monde médicale comme il a déjà travaillé dans la médecine et mon oncle qui travaille comme médecin dans cet hôpital même, ça m'a beaucoup basculé et ça a changé mon objectif professionnel, car j'ai eu mon bac scientifique, mais j'ai choisi d'intégrer l'école de formation paramédical » (service médecine interne « femme », 25 ans d'expérience).

Dans l'ensemble, l'intervention des familles dans l'orientation du choix professionnel des infirmières est plutôt faible, mais elles ont bénéficié d'une grande confiance de la part des parents et des conjoints ainsi que le sacrifice des parents et leur soutien moral et dans un autre cas toutes les infirmières ont un point en commun, c'est le facteur de motivation.

Tableau n°08 : Selon la profession de leur conjoint :

Profession du conjoint	Fréquence	Pourcentage %
Profession libérale	05	41,66
Cadre supérieur	02	16,66
Enseignant du secondaire	02	16,66
Employé	02	16,66
Ingénieur	01	8,33
Total	12	100

N.B : (05) infirmières de l'échantillon sont célibataires et une divorcée.

D'après le tableau ci-dessus, on constate que dans la première catégorie, les conjoints pratiquent la profession libérale avec une fréquence de (05) et qui regroupe toutes les professions qui sont comme suites : infirmier (T.S.S), médecin.

En deuxième lieu, il y a une égalité entre les cadre supérieurs (adjoint du directeur de l'hôpital d'Akbou), enseignant du secondaire (prof d'Anglais, prof d'Arabe) et les simples employés tel qu'un ambulancier avec une fréquence de (02) partout.

En analysant ce tableau, on peut déduire que la plupart des infirmières ont rencontré leurs conjoints dans le milieu professionnel (hôpital), on peut dire ici que les futurs conjoints pour se choisir, ils doivent pouvoir se rencontrer, pour cela il faut un lieu où les offres et les demandes doivent s'exprimer et aussi où ils ont des points en commun ex : les infirmières qui rencontrent les infirmiers et les médecins leur point en commun c'est qu'ils travaillent dans le domaine de la santé, ont les mêmes intérêts et les mêmes contraintes...comme l'a bien précisé une de nos enquêtées :« Généralement il faut que le conjoint de l'infirmière travaille dans le milieu de l'hôpital, sinon il y'aura pas de compréhension vis-à-vis le travail de nuit, travail en week-end, les évacuations, le retard de rentrer à la maison... » (Service de la maternité, 19 ans d'expérience).

Conclusion :

Nous avons identifié les caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières enquêtées qui sont analysées à travers l'âge, le sexe, la situation sociale, le lieu d'habitation, le poste occupée, les heures hebdomadaires de travail, la profession des parents, enfin, la profession du conjoint. Au total 18 infirmières ont été enquêtés dont 04 enquêtées sont des « puéricultrices » et 14 « soins intensifs ». Les résultats sont contenus dans les tableaux 01, 02...07.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

Préambule :

Ce chapitre vise à démontrer la réalité de la construction de l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire public d'Akbou, d'une manière plus globale on a révélé les éléments qui interviennent dans sa construction. Donc, on a parlé d'abord sur la trajectoire professionnelle des enquêtées. Ensuite, sur la socialisation professionnelle de ses dernières. Enfin, on a associé la gestion du double rôle des enquêtées entre travail/hors travail dans la construction de l'identité de ses infirmières qui est une analyse qui permettra de comprendre et de localiser les facteurs qui aident plus les femmes infirmières à avancer dans leur carrière professionnelle en fonctions de quelques variables (le nombre d'enfants à leurs charges, l'investissement professionnel...).

1) Trajectoire professionnelle des enquêtées :

Tableau n°09 : La répartition selon le niveau de qualification

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage %
Terminal	10	55,55
universitaire	06	33,33
(B.E.F) ou (B.E.M)	02	11,11
Total	18	100

En raison de l'importance de la dotation scolaire, nous avons jugé nécessaire d'étudier les conditions de sa constitution pour la carrière de l'ensemble des enquêtées.

D'après le tableau ci-dessus, on constate dans la première catégorie que presque la moitié des infirmières enquêtées ont un niveau d'instruction terminal avec une fréquence de (10), tandis que (06) infirmières ont poussé leur étude jusqu'à l'université dans différents domaines tels que : la biologie, la chimie... Il y'en a même des diplômées. Tandis qu'en troisième catégorie (02) infirmières ont atteint que le niveau (B.E.F) ou (B.E.M).

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

On peut déduire qu'il n'y a pas le respect de l'une des conditions pour pouvoir intégrer une école en soins infirmiers, car il faut être titulaire d'un bac scientifique alors que ce n'est pas le cas pour la majorité des infirmières du secteur sanitaire public d'Akbou qui n'ont même pas eu leur bac, aussi, il y a deux infirmières qui n'ont même pas atteint le niveau terminal et une qui a un bac domaine littéraire.

D'après cette analyse, on remarque la baisse de niveau de recrutement dans la profession infirmier ou paramédicale en Algérie par ce que la profession fait l'objet de pénurie par un manque criant de personnel paramédical en Algérie et surtout à l'hôpital d'Akbou qui se résulte de la baisse d'inscription des nouveaux bacheliers aux concours infirmiers.

Tableau n°10 : Le suivi de formation par nos enquêtées :

Suivi de formation	fréquence	Pourcentage %
Paramédicale	18	64,28
Formations professionnelles	05	17,85
Formations auxiliaires	04	14,28
NSFPA	01	3,57
Total	28	100

❖ Le total est plus de 18, vu la pluralité des formations suivies par les enquêtées.

On remarque dans le tableau ci-dessus, que la totalité des enquêtées ont suivi la formation de base pour devenir infirmières qui se fait dans un institut national pédagogique de la formation paramédicale car pour exercer la profession infirmière, il faut être titulaire du **diplôme d'État d'infirmier (I.D.E)**, L'accès se fait sur concours après le bac, à savoir une partie écrite sur des épreuves de culture générale, des tests psychotechniques et un entretien de motivation, après la réussite à ces épreuves le candidat est convoqué pour un oral, la formation se déroule en trois ans.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

En deuxième lieu, vient la catégorie des infirmières qui ont suivi des formations professionnelles avant/pendant/après l'obtention du diplôme (IDE) avec une fréquence de (05) ça concerne l'informatique, après il y'a la catégorie des infirmières qui ont effectué des formations auxiliaires qui concerne : la pâtisserie, la couture, broderie... Ces infirmières ont suivi d'autres formations à part le paramédical, qui n'ont pas vraiment de relation avec le domaine de la santé, mais ça leur a permis de gagner en compétences acquises exploitables et une valeur de plus.

Tableau n°11 : La répartition selon l'expérience acquise :

L'expérience par année	fréquence	Pourcentage %
[01- 05 ans]	10	55,55
[11- 20 ans]	03	16,66
[21- 30 ans]	03	16,66
[06- 10 ans]	02	11,11
Total	18	100

D'après le tableau ci-dessus, l'expérience professionnelle des infirmières se varie entre [01 et 30 ans],

En premier lieu, la catégorie des infirmières qui ont moins de 6 ans d'expérience est la plus dominante avec une fréquence de (10), c'est une catégorie d'infirmières qui sont au début de leur carrière professionnelle ;

En deuxième lieu, il y'a une égalité entre deux catégories celle de [11-20 ans] et celle de [21-30 ans] qui fait (03) infirmières dans chaque catégorie.

On constate que les infirmières qui ont plus de 5 ans d'expérience ont sans cesse l'occasion de transformer leurs expériences vécues en savoir, riches de

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

leurs propres expériences et de leurs connaissances théoriques aux autres personnelles de santé tels que les infirmières nouvellement recrutées ou les stagiaires, comme elles ont un rôle de mettre en valeur les motivations des jeunes infirmières et d'optimiser leurs acquis professionnels, comme l'a confirmé une de nos enquêtées : « quand j'ai fait mon stage à l'hôpital, je n'avais pas d'encadreur, mais j'ai été prise en charge par les infirmières plus expérimentées, et quand j'ai été recrutée, je les ai trouvés encore une autre fois à mes côtés... » (Service indifférent, 3 ans d'expérience). Ce qui explique aussi que les anciennes sont aussi enthousiastes dans leur travail.

Tableau n°12 : Selon l'acquisition d'un savoir professionnel :

Le savoir professionnel	fréquence	Pourcentage %
Théorique et pratique	12	66,66
Pratique	06	33,33
Total	18	100

D'après le tableau ci-dessus, on constate que la majorité des infirmières affirme que le savoir professionnel est un acquis théorique et pratique (complémentaire), c'est en réapparition tour-à-tour de l'apprentissage à l'école de formation et de l'apprentissage en pratique à l'hôpital avec une fréquence de (12) infirmières comme l'a précisé une de nos enquêtées : « Il faut comprendre ce qu'on fait pour le bien faire... » (Service médecine interne « homme », 03 ans d'expérience) et d'une autre : « On ne peut pas pratiquer sans les deux en même temps, comment peut-on pratiquer sans connaître les différentes origines des pathologies, pour ensuite faire face !!! » (Service indifférent, 03 ans d'expérience).

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

En deuxième lieu, vient la catégorie d'infirmières qui affirment que le savoir professionnel est plus un acquis pratique que théorique avec une fréquence de (06). Comme l'avait confirmé une de nos enquêtées : « lors de notre formation initiale, on a fait des exercices préparatoires sur un mannequin, mais le savoir professionnel ne peut être acquis que lorsque on se retrouve face aux situations d'imprévu, le sens de la responsabilité, aux réactions des malades dans un service d'hôpital ... »(Service des urgences, 05 ans d'expérience). « Ce que je fais à l'hôpital en ce moment n'a rien avoir avec la théorie, c'est deux choses différentes » (Service indifférent, 03 ans d'expérience).

Tandis qu'aucune infirmière n'avait parlé d'un savoir professionnel à base théorique que s'il est bien sur associé à la pratique.

Tableau n°13 : Les taches principales dumétier d'infirmière :

Taches principales	fréquence	Pourcentage %
Actes techniques	18	52,94
L'aspect psychologique	06	17,64
Actes prescrites par le médecin	04	11,76
Hygiène du malade	02	5,88
L'alimentation	02	5,88
Surveillance du malade	01	2,94
césarienne	01	2,94
Total	34	100

N.B : Le total est plus de 18, vu la pluralité des taches effectuées par les infirmières.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

D'après le tableau ci-dessus, on constate que l'ensemble des infirmières affirment que les tâches qu'elles réalisent durant leur travail concernent des actes techniques qui englobent toutes sortes de soins comme : perfusion, injections, pansements, aide à la prise des médicaments, lever du malade, prise des températures... En gros, elles assurent la prise en charge totale du malade.

En deuxième catégorie, vient l'aspect psychologique avec une fréquence de (06) car certaines d'entre elles déclarent que le soutien moral des malades qui est souvent soucieux de son état de santé et de leurs proches aussi est très important pour la fonction d'une infirmière car selon une de nos enquêtées : « Il faut toujours parler avec les patients, les écouter, assurer les proches sur la situation du malade... » (Service pédiatrie, 11 ans d'expérience) Et c'est aussi un type de réponse qui est revenu fréquemment avec ces 06 infirmières.

En troisième catégorie, elles assurent des actes qu'elles ne peuvent accomplir que sous la prescription d'un médecin comme (prescrire des médicaments) avec une fréquence de (04).

On constate aussi qu'il y'a des infirmières qui n'exercent pas leur spécialité dans le service qu'il faut comme l'a précisé l'une des enquêtées : « En tant que puéricultrice, je suis sensée prendre soin des enfants, mais là, je me retrouve entraîné de donner des soins aux femmes qui accouchent, je me sens pas dans mon élément, je me sens perdu... » (Service gynécologie, 03 ans d'expérience).

À la fin, on mentionne aussi, qu'une infirmière interrogée affirme avoir fait le travail même du médecin, car elle a déjà fait des césariennes pour les femmes enceintes ce qui nous étonne le plus, car ça peut mettre le malade en danger

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

de mort, aussi une autre qui affirme qu'elle fait le travail des aides-soignantes.

Tableau n°14 :Selon l'ambition du choix du métier :

L'ambition du choix du métier	fréquence	Pourcentage %
Oui	09	50
Non	09	50
Total	18	100

On constate d'après le tableau ci-dessus qu'il y'a une égalité entre les deux catégories, la moitié des infirmières affirme avoir visé ce métier qu'elles occupent actuellement bien avant, car certaines l'ont choisi suivant leur vocation d'après le discours de l'une de nos enquêtées : « Devenir infirmière était mon objectif depuis longtemps, car j'ai un peu travaillé à Constantine loin de chez moi, mais après certaines difficultés, j'ai arrêté mais j'ai pas baissé les bras et maintenant, j'ai réussi à travailler juste à coté de chez moi »(Service indifférent, 03 ans d'expérience). D'autres une envie d'enfance et d'autre aussi par une reconversion comme l'a bien précisé l'une des enquêtées : «Oui, car j'ai déjà travaillé comme enseignante à la crèche (préscolaire), mais j'ai voulu devenir puéricultrice (réanimation des bébés, faire leur alimentation...), c'est pour ça que j'ai fait le paramédical » (Service pédiatrie, 07 ans d'expérience).

L'autre moitié des infirmières confirment qu'elles n'ont pas choisi ce métier bien avant, mais d'une manière fortuite, sans rien qui puisse motiver leur choix professionnel comme la bien préciser une de nos enquêtées « non, c'est par hasard, car à la base j'avais un bac littéraire, ce n'est même pas

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

scientifique, ce n'était même pas mon domaine »(Service gynécologie, 3 ans d'expérience) et une autre« non, c'est par hasard, car avant je me suis jamais imaginer travailler dans ce domaine car tous simplement j'aimais pas ce métier »(Service indifférent, 03 ans d'expérience).

Tableau n°15 : La répartition selon les difficultés rencontrées :

Les difficultés rencontrées	Fréquence	Pourcentage %
Problème de gestion	27	42,85
Manque de matériels	17	26,98
Le poids psychologique	08	12,69
L'image négative	06	9,52
Maltraitance des malades	04	6,34
La discrimination	01	1,58
Total	63	100

N.B : le total est plus de 18 en raison de la multiplication des réponses données par les enquêtées.

D'après le tableau ci-dessus, on a déduit que la totalité des infirmières ont reconnu que les conditions de travail sont difficiles donc plusieurs soucis sont évoqués :

En première catégorie, on motionne le problème de gestion relatif au manque de personnels subalternes et qualifiés: « On souffre du manque de personnels remplaçants dans la journée ainsi que la nuit, ce qui nous empêche de bien pouvoir s'occuper de tous les malades, car deux infirmières font face à 34 malades, mais heureusement il y'a des gardes-malade ce qui nous aides vraiment... » (Service des urgences, 07 ans d'expérience). Des personnels qualifiés comme l'a souligné une enquêtée : « On souffre de la pénurie de personnels qualifiés tels que les médecins spécialistes comme les

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

psychologues, gynécologues... »(Service des urgences, 02 ans d'expérience) À cause de cela, il y'a une accumulation de travail, le rythme de travail est rapide de ce fait, il y'a un manque de sensibilisation des malades; le moment de détente que représente pour chacune l'heure de déjeuner risque d'être sacrifié ; en deuxième lieu, il y'a le problème du manque d'hygiène; et enfin, le manque d'organisation comme par exemple : le ménage qui doit être fait avant 08 heures du matin, mais au contraire, les femmes de ménage entravent le travail des infirmières dans les couloirs surtout quand il y'a panique.

En deuxième catégorie, il y'a les insuffisances et le manque de moyens qui est indiqué avec (17) fréquences tels que : les médicaments, les pansements, les gants, il y'a pas le confort comme les matelas, lits..., manque d'espace pour accueillir les malades, manque d'appareil (monographie...) comme l'a souligné une de nos enquêtées: « On travaille avec le peu qu'on a, on fait tous de notre possible pour aider le malade... » (Service médecine interne « femme », 25 ans d'expérience). Ainsi que cette réponse : « On ne trouve pas de quoi travailler »(Service des urgences, 03 ans d'expérience).

En troisième catégorie, on trouve le poids psychologique avec une fréquence de (08). En effet, vu la nature de leur travail qui est une source de tensions psychologique et morale telles que : le stress, la fatigue morale, la vigilance ainsi que la rencontre plus au moins fréquente de la mort... Et un type de réponse qui est revenu fréquemment.

En quatrième catégorie on mentionne le problème de la mauvaise image que l'entourage, les malades et leur famille se font de l'infirmière avec une fréquence de (06), comme l'a confirmé une de nos enquêtées : « Les gens dises des choses sur moi, on m'a fait une mauvaise réputation, j'ai pensé

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

plusieurs fois à arrêter mais comme c'est mon rêve alors ils n'ont pas réussi à m'influencer... »(Service médecine interne « femme », 03 ans d'expérience), ainsi que le problème de travail de nuit et les évacuations comme en l'a bien précisé : « Le travail de nuit et les évacuations sont mes problèmes majeurs, comme je suis mariée ça ne m'a pas beaucoup aidé, mon mari m'a interdit de partir dans l'ambulance à côté du chauffeur de peur d'avoir une mauvaise réputation... » (Service pédiatrie, 11 ans d'expérience).

D'autres problèmes sont également évoqués, tels que le problème de la maltraitance des malades avec une fréquence de (04) et enfin, le problème avec les visiteurs qui s'explique par une discrimination des hommes contre les femmes infirmières surtout.

Ce bilan nous persuade aisément de l'insuffisance d'une organisation rationnelle à résoudre toutes les difficultés. L'infirmière a besoin de pouvoir mettre en œuvre les moyens nécessaires dans ce monde hospitalier qui est organisé, orienté vers le soin aux malades alors les principales solutions qui ont été proposées par nos enquêtées pour améliorer la qualité des soins sont : recruter un nombre suffisant d'infirmières pour faire face aux grands nombres de malades, organiser des conférences et faire des formations pour améliorer la qualification des infirmières car il y'a des progrès technologiques alors il faut être à jour et approfondir les connaissances de ces dernières, de pouvoir mettre en œuvre les moyens nécessaires, de couvrir le manque matériel (aiguilles, les gants...), améliorer l'hygiène de vie de secteur hospitalier ainsi que le renouvellement de l'état de l'hôpital, créer plus d'espace et bien répartir les services, donner un minimum du temps pour une pause déjeuner et de récupération pour les infirmières et enfin, que chacune sera ponctuelle et fera son travail.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

2) La socialisation professionnelle des infirmières enquêtées :

Tableau n°16 : la nature des relations des infirmières avec les collègues dans le milieu hospitalier:

Avec les collègues	fréquence	Pourcentage (%)
Bonne	14	77,77
limitée	04	22,22
Total	18	100

D'après le tableau ci-dessus, on a constaté que la plupart des infirmières jugent que leurs relations vis-à-vis des collègues (infirmières, infirmiers, médecins) sont bonnes avec une fréquence de (14), on peut conclure que les infirmières enquêtées entretiennent des relations amicales et professionnelles en même temps, une équipe de travail parfaitement homogène avec quelques diversités bien sûr par rapport à la position hiérarchique, la compétence, l'ancienneté mais qui est source d'enrichissement mutuel. Entre autres, une bonne communication, efficace ça évite les tensions, les malentendus et les conflits, c'est la clé de toutes les bonnes relations au travail, quelques réponses ont justifié tous cela : « Je m'entends très bien avec mes collègues, on entretient relation impeccable, harmonieuse, on fait le travail d'équipe, on s'entraide... »(Service médecine interne « femme », 25 ans d'expérience).

Tandis que (04) infirmières qui nous ont répondu qu'elle est limitée, ce qui signifie que c'est juste une relation professionnelle pas plus, on peut conclure que c'est à cause de la vie des services qui sont marqués par des urgences, les soins, les imprévus, le manque de temps alors tous ses détails du travail quotidien s'interposent entre les membres de l'équipe pour les empêcher de faire des relations affectives. Ainsi, la relation infirmière-médecins et/ou infirmières-infirmiers est marquée par une ambiguïté affective, les médecins

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

et les infirmiers sont vue comme des hommes de la rue, la connivence si elle existe est respectueuse. Comme l'a confirmé l'une de nos enquêtées : « En gros chacun fait son travail, relation professionnelle pas plus, car il faut toujours garder ces distances avec les autres surtout entre les hommes et les femmes c'est beaucoup compliqué surtout dans ce milieu où on souffre souvent d'une mauvaise image »(Service maternité, 03 ans d'expérience). Même si que ces 04 infirmières ne sont pas pour la relation en dehors du titre professionnel mais cela ne les empêchent pas de demander l'aide de leurs collègues (infirmiers, infirmières, médecins, chef du service) au même titre des autres enquêtées, car en cas de la rencontre d'un problème dans l'exécution d'une tâche ils s'entraident, ce qui explique l'homogénéité de l'équipe de travail et des différents services du secteur sanitaire d'Akbou.

Entre autres, d'après le tableau n°08 qui se trouve en annexes n° 03 qui montre la nature des relations des infirmières avec les patients , (11) infirmières jugent que leurs relations sont bonnes avec leurs patients, car les fonctions d'infirmières demandent de l'intelligence, des connaissances spéciales mais le rôle moral de l'infirmière ne peut être bien rempli qu'avec une véritable relation humaine où se mêlent émotion, sensibilité, attachement affectif, voire amical ... « Il faut être compréhensif avec les malades, être ouverte, car ça dépend s'il a une maladie mentale et surtout le changement d'espace et de l'entourage ça influence sur eux »(Service gynécologie, 20 ans d'expérience), le rôle de service qui se réduit qu'à des prescriptions médicales ne peut satisfaire que si tout le personnel par leurs présences ainsi que leurs attitudes contribuèrent à la guérison du malade. Tandis que (04) infirmières jugent que leurs relations avec les patients ne s'agissent que d'une simple liaison limitée à des rapports de soin « Il y'a des limites, il ne faut pas trop s'attacher aux malades c'est vraiment stressant, on souffre beaucoup

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

surtout à cause de la mort de certains »(Service pédiatrie, 07 ans d'expérience).

On analyse la nature des relations des enquêtées avec leurs supérieurs hiérarchiques d'après les tableaux : n° 09 qui montre la nature des relations des enquêtées avec les supérieurs hiérarchiques (directe) et le tableau n° 10 qui montre la nature des relations des enquêtées avec les supérieurs hiérarchiques (indirecte) qui se trouvent en annexe n° 03. Premièrement avec le chef du service, le patron ou le surveillant, (08) infirmières déclarent avoir de bonnes relations avec ces derniers, car comme responsables du fonctionnement, ils veillent à la bonne marche du service et les relations ne sont pas aussi hiérarchisées «Je m'entends très bien avec eux, ils sont à l'écoute, ils savent qu'on travaille dur »(Service de médecine interne « femme», 25 ans d'expérience), tandis que (04) infirmières jugent que leurs relations est plutôt mauvaise, on peut dire que c'est lié aux problèmes de coopération et de communication ainsi que la différence de statut professionnel car ça suscite entre les infirmières ainsi que leurs chefs de l'incompréhension et des tensions. Deuxièmement, avec l'administration qui est représentée par la direction de l'hôpital, on a (08) infirmières qui n'ont pas répondu à cette question. Entre autres, (06) enquêtées déclarent qu'elles n'ont pas de relation donc on peut expliquer ce résultat par la méfiance de certaines infirmières de répondre honnêtement à cette question car on a constaté ça par les gestes non verbaux comme les grimaces, elles mangent leurs angles...Tandis que (04) infirmières confirme que leurs relations sont mauvaises, on peut dire que toutes les questions relatives aux conditions de travail, au salaire sont liées au pouvoir administratif ce qui explique ce type de relations qui nous étonne pas, car il n'est pas souhaitable

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

que les infirmières puissent exercer leurs fonctions dans des conditions qui font obstacle à leurs épanouissements.

3) *La gestion de la double carrière professionnelle et familiale par les infirmières enquêtées :*

Tableau n°17 : Le nombre d'enfants à charge des enquêtées :

Nombres d'Enfants à charge	fréquence	Pourcentage %
[1-2]	07	58,33
[3-4]	05	41,66
Total	12	100

➤ (05) infirmières de l'échantillon sont célibataires et une divorcée.

On constate d'après le tableau ci-dessus que la plupart des infirmières qui sont concernées par l'alliance matrimoniale ont toutes des enfants à leur charge.

En premier lieu il y'a la catégorie d'infirmières qui ont entre (1 et 2) enfants pour chacune avec une fréquence de (07), on peut dire à propos de celles qui ont juste un enfant jusqu'à en avoir deux enfants que la fécondité est maîtrisée par les moyens contraceptifs, en liaison avec l'instruction élevée.

En deuxième lieu, il y'a la catégorie d'infirmières qui ont de (3 à 4) enfants avec une fréquence de (03).

On peut déduire que les infirmières mariées ont beaucoup à faire pour s'organiser et atténuer les tensions entre les sphères du travail professionnel et de la famille. En gros, l'investissement parental dans l'éducation et les soins apportés aux enfants est très important et concerne les femmes que les hommes.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

Entre autres, d'après les entretiens effectués, nos enquêtées adoptent diverses solutions pour la garde de leurs enfants durant les heures de leur travail, de ce fait, elles ont recours à l'entraide familiale (les grands-parents, la belle-mère, les sœurs...), le conjoint, car il y'en a des couples qui ont des horaires de travail décalés de manière à se relayer à la maison auprès de l'enfant, ou bien elles font appel à des nourrices ou bien les crèches qui se font rares bien sûr, car le coût de la garde est jugé trop cher par la plupart des parents.

Tableau n° 18 :L'importance du travail dans la vie quotidienne :

Importance du travail	Fréquence	Pourcentage (%)
Nécessité économique	16	43,24
Sauver des vies	07	18,91
Autonomie	05	13,51
Approfondir les connaissances	04	10,81
Les relations	04	10,81
reconnaisances	01	2,70
Total	37	100

N.B : Le nombre est plus de 18 vu la multiplication des réponses données par les infirmières interrogées.

Dans le tableau ci-dessus, on peut constater selon l'importance accordée au travail dans la vie quotidienne que les infirmières considèrent le travail comme moyen d'avoir de l'argent avec une fréquence de (16) que ce soit pour ses dépenses personnelles, familiales et garantir leurs vies. Tandis qu'en deuxième catégorie, certaines interrogées déclarent que le travail en tant qu'infirmière est si important dans la société et pour elle-même aussi, l'ont pour finalité de soulager la douleur des malades ainsi que de sauver des vies avec une fréquence de (07). Alors qu'en troisième catégorie, il y'a des infirmières qui considèrent le travail comme moyen pour avoir une

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

autonomie, de sortir que de rester à la maison a prendre en charge que la gestion domestique sans exercer une activité professionnelle, tandis qu'en quatrième lieu, on a remarqué une égalité entre deux catégories celles qui considèrent le travail comme moyen pour approfondir leurs connaissances et avoir plus d'expérience et celles qui considèrent le travail comme moyen d'avoir des relations et connaître des gens avec une fréquence de (04) pour chaque catégorie, enfin en dernier lieu, il y'a une infirmière qui prend le travail comme intérêt pour être reconnu et suscite l'estime vis-à-vis des membres de sa famille (le père, la mère, le conjoint, les enfants)

En gros, le travail permet aux infirmières d'avoir une valeur par rapport à son courage ainsi que ses qualités intellectuelles et morales au sein de la société.

Tableau n° 19 : l'interruption de l'activité professionnelle en fonction de la vie personnelle :

L'interruption de l'activité professionnelle	fréquence	Pourcentage %
Non	15	83,33
Oui	03	16,66
Total	18	100

D'après les résultats cités dans le tableau ci-dessus, on a constaté que la vie personnelle (mariage, enfants...) ne handicape pas l'investissement professionnel des infirmières enquêtées avec une fréquence de (15), ainsi d'après les entretiens qu'on a effectués parmi ces (15) infirmières, on tire 05 infirmières célibataires qui investissent intensément dans leurs professions

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

par rapport aux mariées, tandis que (10) infirmières arrivent à faire un équilibre, surtout avec l'aide de leurs conjoints et de leurs proches : sœurs, mères et surtout avec les belles-mères (toutes les infirmières affirment qu'elles entretiennent de bonnes relations avec ces dernières) qui les aident d'une façon ponctuelle à partager les tâches domestiques telles que : cuisine, ménage, soins aux enfants, entretien de la maison, les achats quotidiens ainsi, elles arrivent à bien gérer leurs temps et à dégager les contraintes familiales pour mieux se consacrer à son activité professionnelle. On peut conclure que ce type de travail (infirmière) procure une meilleure disponibilité pour la vie familiale.

La tendance s'inverse pour la deuxième vague avec une fréquence de (03), qui jugent que la vie personnelle handicape leurs investissements professionnels, on peut dire qu'un certain nombre de facteurs permettent de comprendre cela à cause des conflits à savoir : l'éducation des enfants, l'insuffisance de communication ou d'affectivité entre le couple enfin ce qu'on a remarqué le plus c'est lors de l'entretien de l'une des infirmières qui déclare avoir passé la vie professionnelle en priorité ce qui a causé son divorce : « C'est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase, le travail a beaucoup influencé sur mon divorce... » (Service des urgences, 07 ans d'expérience).

Donc là, on peut conclure qu'il y'a une grande motivation de la part de toutes les infirmières d'investir dans leur profession, c'est ainsi que les infirmières sont toujours en négociation avec leurs conjoints pour concilier entre la vie familiale et la vie professionnelle, elles se font dans un climat conflictuel et elles arrivent à en trouver des solutions pour préserver leur carrière professionnelle.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

Tableau n°20 : Selon les gardes de nuit effectué par nos enquêtées:

Concernée par les gardes de nuits	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	09	50
Non	09	50
Total	18	100

D'après le tableau ci-dessus, on a constaté qu'il y'a une égalité entre les deux catégories avec une fréquence de (09) par tous. En effet, il y'a des infirmières qui sont concernées par les gardes de nuit tandis que d'autre moitié non. D'après cette situation On peut expliquer que le travail de nuit est un choix, même si que les rotations se font de plus en plus fréquentes et l'alternance jour/nuit est devenue courante mais ces dernières préfèrent ne pas faire des gardes de nuit.

En effet, les infirmières qui font des gardes de nuit souffrent d'une [pénibilité](#) particulière qui varie selon les infirmières, car il peut y avoir des conséquences :

Sur leurs santés : à cause du manque de sommeil ou ses perturbations entraînent toujours à plus ou moins long terme de la fatigue chronique et ce qui se résulte aussi par le manque criant en personnel de nuit pour une charge de travail très lourde, la fatigue est un facteur déclenchant pour toute une série de troubles comme l'irritabilité, l'anxiété, le stress, voire la dépression. Donc, les infirmières luttent contre le sommeil pour vérifier et subvenir aux besoins des malades et les aider à en trouver le chemin de sommeil et cette continuité des soins est un gage de sécurité pour le patient.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

Sur la [vie sociale](#) des infirmiers : car l'infirmière hospitalière et surtout celles qui travaillent dans la nuit ont toujours peur du regard extérieur, car on l'associe toujours à une image négative comme l'a bien précisé une de nos enquêtées : « On nous a donné une croix rouge, il nous laisse pas vivre tranquille, d'ailleurs c'est pour ça que je suis toujours célibataire car j'ai une mauvaise réputation » (Service interne « homme », 03 ans d'expérience).

Sur la vie familiale, car Le travail de nuit, entrave quelques relations sociales et familiales. En effet, Il est difficile pour les infirmiers travaillant la nuit de suivre l'éducation de ces enfants et de diner en famille, mais durant mes entretiens j'ai constaté que les infirmières n'ont pas vraiment des difficultés car elles sont toujours soutenues par les membres de leurs familles (maris, enfants...) ainsi que par leurs entourages et les voisins qui admirent leurs courages comme l'a bien précisé une de nos enquêtées : « Il ya ma famille qui me soutien beaucoup et aussi les voisins m'encouragent, alors j'ai pas de difficultés au contraire on m'appelle une femme de courage »(Service des urgences, 3 ans d'expérience).

Pour conclure, l'infirmière itinérante dans l'institution, doit être capable de prendre en charge un soin technique ou relationnel quelque soit le lieu et le moment, car sa nuit peut être sacrifiée et occupée par diverses actions autant médicales qu'administratives, de soins, d'écoute, de soutien des malades.

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

Tableau n°21 : Le temps libre pour les infirmières enquêtées :

Temps libre	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	14	
Non	04	
Total	18	

D'après le tableau ci-dessus, plus de la moitié des infirmières interrogées déclarent avoir du temps libre avec une fréquence de (14) et elles ont comme préoccupation en dehors du travail : ménage, entretien du linge, couture, jardinage, bricolage, soins aux animaux domestiques. Ainsi, toutes les infirmières mariées affirment qu'elles consacrent surtout la plupart de leur temps libre tels que les week-ends, les congés et le soir pour l'éducation de leurs enfants (temps consacré aux devoirs d'école et de maison qui leurs reviennent) et surtout elles tiennent à ce qu'ils ne développent pas des vices tels que les mensonges, le vol... Tandis que les célibataires consacrent leur temps libre à faire du sport, couture, gâteau, l'entretien de la maison, le surf sur internet...

À l'inverse, (04) infirmières disent qu'elles n'ont pas du temps libre vu la nature de leur travail, on peut dire que l'infirmière doit être disponible et en réponse à la demande globale du malade, elle doit être proche du malade en assurant une présence permanente, elle est comme une colonne vertébrale en faisant union entre le malade, sa famille, le médecin, les autres professionnels de santé et l'institution, c'est un élément indispensable pour la bonne marche d'un hôpital pour lutter contre la souffrance, la maladie et la mort, c'est pour ça qu'elle n'a pas le temps libre à consacrer pour d'autres activités et elles trouvent difficilement le temps pour s'occuper de leurs maris, ou bien de leurs enfants comme l'a précisé une de nos enquêtées « si je vivais

Chapitre VI les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières.

dans une bonne situation économique je travaillerais même pas , mais je suis obligée j'ai pas le choix vue la cherté de la vie, même si que je trouve juste le week-end pour m'occuper de mes enfants et dans ce genre de profession on travaille dans le stress permanent car à tout moment ils peuvent vous appelez en cas d'urgence ou bien pour faire des gardes de nuit »(Service maternité, 19 ans d'expérience).

Conclusion :

L'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire public d'Akbou se forge en partie dans : l'apprentissage du métier à travers la formation théorique et pratique et elle ne devient professionnel que lors de la prise des décisions et des responsabilités. Ensuite, elle se construit en entrant en relation avec les autres professionnels de la santé car être infirmière allie à la fois des compétences techniques et relationnelles, donc, l'hôpital est aussi un lieu d'élaboration des relations professionnelles et sociales. Ajoutons à ce que nous avons évoqué auparavant il faut que la gestion des conflits et des difficultés entre les responsabilités du travail et celles de la vie personnelle.

En gros, Les infirmières du secteur sanitaire public arrivent à s'affirmer même si que certaines conditions entravent leur identité professionnelle par leur courage, l'estime du soi, les liens forts et la solidarité dans le milieu du travail, la reconnaissance réciproque dans la vie conjugale...

Après avoir traité et interprété les informations rassemblées lors de cette enquête (à travers les discours des infirmières) on a pu montrer comment l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire d'Akbou est construite.

En gros, on a déduit que l'identité professionnelle des infirmières enquêtées à une caractéristique personnelle qui repose sur des valeurs et par l'histoire du vie du sujet (pourquoi j'ai voulu être infirmières, qu'est-ce qui fait que dans mon histoire de vie j'ai choisi cette orientation , qu'est-ce que j'ai comme attente personnelle, comme croyance personnelle, les convictions personnelles...) donc, l'identité professionnelle des infirmières est une interaction entre ces deux aspects : professionnel et privé (personnel et social) elles se différencient par rapport à la situation matrimoniale, au parcours scolaire personnelle car chacune à ses échecs et ses réussites, par rapports aux loisirs ainsi que par rapport à l'expérience professionnelle.

L'identité professionnelle des infirmières s'envisage dans le monde du travail à partir du moment où elle s'engage sur sa trajectoire, elles commencent généralement après avoir suivi des études, car il faut être titulaire d'un bac scientifique et aussi, c'est à travers les représentations que chacune a du métier à travers la vocation, envie d'enfance et l'amour du métier que les premières constructions identitaires se réalisent. À cela s'ajoute la formation initiale. Donc l'apprentissage du métier se forge au travers de la formation théorique et pratique, mais pour cela, il faut être admis à un concours et de donner les éléments de l'identité à travers le programme des études et la mise en stage dans une structure sanitaire donc la formation est un élément moteur de la reconnaissance sociale d'un corps professionnel infirmier et la possession du diplôme d'état infirmière suffit à la définir comme professionnelle .

En outre, les infirmières interrogées notamment les plus anciennes qui ont un long parcours professionnel à travers leurs expériences, les compétences, la

capacité à développer et les savoirs acquièrent sont autant d'éléments qui ont marqué l'identité professionnelle de ces dernières et qui ont participé d'une manière ou d'une autre par le partage des savoirs et des connaissances dans la construction de l'identité professionnelle des autres infirmières qui ont une carrière professionnelle plutôt jeune.

Ainsi, lorsque le développement de cette identité est envisagé, le processus de socialisation professionnelle se met en œuvre. En effet, le secteur sanitaire public est un espace de socialisation secondaire, car on a déduit que les relations au travail que les infirmières entretiennent entre elles et les autres professionnels tels que les médecins et avec les patients contribuent à la construction de leur identité professionnelle comme Renaud Sainsaulieu a bien précisé que l'identité au travail « est la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes » [Dubar. C. 2000. P119]. Donc, il s'est penché sur la façon dont la construction de l'identité se constitue au travers des relations dans son milieu professionnel, car l'identité suppose la reconnaissance de soi par autrui, implique que l'individu s'investisse dans des relations durables et on a fait référence au modèle de fusion de Renaud Sainsaulieu qui révèle ainsi une richesse des manières de vivre au travail, une manière d'être avec les chefs et les collègues, la relation avec ses derniers est forte, les services se caractérisent par une grande solidarité transversale, une entraide et travail d'équipe et elles font face aux mêmes difficultés. Donc l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire public est alimentée par l'appartenance à un groupe professionnel.

En dernier lieu, on a déduit que la possession par les femmes d'un capital universitaire, choisir un conjoint qui réponde à leurs aspirations, avoir une vie conjugale et familiale basée sur le partage des tâches et le soutien réciproque ainsi que le soutien familial sont des conditions nécessaires suffisantes pour qu'elles puissent réaliser une identité professionnelle.

Pour conclure, on peut dire les trois hypothèses sont confirmées et les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des infirmières sont la trajectoire professionnelle (formation initiale, expérience professionnelle, les stages poursuivis...) ainsi que les relations qu'elles entretiennent à l'occasion du travail et enfin la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Cette étude se propose de présenter quelques aspects d'une monographie réalisée dans une grande structure hospitalière publique en région d'Akbou où on a été exposée sur le terrain à plusieurs réalités où on a pu confirmer nos trois hypothèses formulées antérieurement.

L'étude menée auprès de ces femmes nous a permis de constater qu'une identité professionnelle ne se résume pas à une fiche de poste. Elle est constituée de multiples ingrédients : formation initiale, compétences, expériences, les normes et les valeurs qu'elle partage avec leurs collègues et c'est ce qui permet aux membres de la même profession de se reconnaître eux-mêmes ainsi on a conclu que l'investissement des infirmières dans leurs sphères de vie, soulignent la complexité de la dissociation entre la vie privée et la vie professionnelle, d'un équilibre entre leurs objectifs de travail et les rythmes de leur vie privée.

C'est là que nous joignons l'opinion de Claude Dubar qui a déduit « Qu'au sein du monde du travail, l'entrée massive des femmes sur le marché du travail est un changement majeur. La grande majorité d'entre elles entend concilier son activité professionnelle avec un investissement familial ou personnel. Il en résulte un nouveau rapport social où l'on privilégie la tentative de forger son propre projet de vie, sa propre identité professionnelle par rapport au rôle social définit une fois pour toutes » [Halpern. C. Ruano-Borbalan. J-C. 2004. P142]

Enfin, l'objectif du travail consiste à mener d'autres recherches qui rependent aux interrogations concernant l'identité professionnelle dans cet organisme et le milieu socioprofessionnelle des travailleurs algériens en général...Donc, on a soulevé de nouvelles orientations de recherches comme par exemple :

- Dans quelle mesure peut-on parler de crise d'identité professionnelle chez les infirmières ?
- Quelles sont les éléments qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des sages-femmes ?

La liste bibliographique :

Liste des ouvrages :

- Ait Amara Hamid et Hayef Imène. « Femmes diplômées du Maghreb: Pratiques novatrices ». Edition FNUAP et IREP, Tunis, 1994.
- Baillièrre Jean-Baptiste et fils. « L'infirmière hospitalière : Guide théorique et pratique de l'École Florence Nightingale de Bordeaux ». 8^{ème} édition, Paris, 1952.
- Becker Howard Saul. « Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales ». Edition la découverte, Paris, 2002.
- Bernard Paul. « Manuel de l'infirmier en psychiatrie ». 2^{ème} édition. Edition Masson et Cie, Paris, 1974.
- Cotinaud Olivier. « Éléments de psychologie pour l'infirmière ». Edition du Centurion, Paris, 1967.
- Dubar Claude. « la socialisation ». Edition Armand Colin, Paris, 2000.
- Dubar Claude. « La socialisation: La construction des identités sociales et professionnelles ». Edition Armand Colin, 2^{ème} édition, Paris, 1996.
- Edmond Marc. « Psychologie de l'identité : Soi et le groupe ». 1^{ère} édition. Edition DUNOD, Paris, 1992.
- Khiati Mostefa. « Guide des soins infirmières ». Edition Office Des Publications Universitaire, Alger, 1986.
- Muller François. « Manuel de survie à l'usage de l'enseignant (même débutant) ». 2^{ème} édition. Edition L'Étudiant, Paris, 2005.
- Rebzani Mohammed. « La vie familiale des femmes algériennes salariées ». Edition l'Harmattan, France, 1997.
- Sainsaulieu Renaud. « Sociologie de l'entreprise : Organisation, culture et développement ». Edition Presses de Science Politique et Dalloz, Paris, 1995.

- Sainsaulieu Renaud. « Sociologie de l'organisation et de l'entreprise ». Edition Presses FNSP-Dalloz, Paris, 1987.
- Schwartz Yves. « Reconnaissance du travail : pour une approche érgologique ». 1^{ère} édition. Edition PUF, Paris, 1997.
- Sous la direction de Halpern Catherine et Ruano-Borbalan Jean-Claude. « identités (s) : l'individu, le groupe, la société ». Editions sciences humaines, Paris, 2004.
- Sous la direction de Gassier Jacqueline et Sain-Sauveur Colette. « Le guide de la puéricultrice ». 3^{ème} édition. Edition Elsevier Masson SAS, Paris, 2007.
- Sous la direction de Fournier Geneviève et Bourassa Bruno. « Les 18 a 30 ans et le marché du travail : quand la marge devient la norme... ». Edition Illustrée. Editeur Presses Université Laval, Canada, 2000.

Les ouvrages méthodologiques :

- Albarello Luc et al. « Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales ». Collection Cursus. Edition Armand Colin, Paris, 1995.
- Angers Maurice. « Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines ». Edition Casbah, Alger, 1997.
- Paille Paillé et Muccheilli Alex. « Analyse qualitative en sciences humaines et sociales ». Edition Armand Colin, Paris, 2002.

Articles, revues électroniques :

- ZianiDrid Fatima. « la famille algérienne entre tradition et modernité ». Université de Batna, Algérie, 2005 [En ligne] : iussp2005.princeton.Edu/papers/50843
- LahouariAddi. « Femme, famille et lien social en Algérie ». Arabpsynet E. Journal : n° 21.22 – Winter and Spring 2009 [En ligne] : halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/39/86/41/HTML/

- Benali Radjia. « Rôles et statuts dans la famille algérienne contemporaine. Changements et répercussions ». Université de Batna, 2009 [En ligne] : www.arabpsynet.com/Archives/OP/TopicJ21-22RajiaBenAli.pdf
- Bernard Dione. « Identité et valeurs professionnelles : Aux fondements de l'éthique de la profession de bibliothécaire ». EncontrosBibli, UniversidadeFederal de Santa Catarina, Brazil, 2009. [En ligne] : www.brapci.ufpr.br/download.php?dd0=11475
- Boukha-HassaneRafik et Talahite Fatiha. « Marché du travail, régulation et croissance économique en Algérie ». Document de travail du CEPN-CNRS, n°03, 2007. [En ligne] : www.cairn.info/revue-tiers-monde-2008-2-page-413.htm
- BoutalebKouider et Boualali Aicha. « L'activité féminine en Algérie : Réalités et perspectives ». Rabat, 2003 [En ligne] : www.ulb.ac.be/soco/colloquerabat/papiers/articles.../RS1_Boutaleb.pdf
- ChennoufSoheil et Hafsi Taieb, « Femmes entrepreneurs, Femmes au foyer et Femmes salariées : Le cas de l'Algérie ». Cahier de recherche N° 07-35-09. Copyright. HEC Montréal, 2007. [En ligne] : neumann.hec.ca/chairemsi/pdfcahiersrech/07_35_09.pdf
- Cherif Assia. « L'autonomie des femmes et l'amélioration de leurs conditions sur des plans politiques, sociaux économiques et sanitaires, constitue une fin en soi et que c'est une condition sine qua none du développement durable ». 4^{ème} conférence mondiale sur la femme. Pékin, 1995. [En ligne] : iussp2009.princeton.edu/papers/90855
- Dione Bernard, « Identité et valeurs professionnelles : Aux fondements de l'éthique de la profession de bibliothécaire ». EncontrosBibli. UniversidadeFederal de Santa Catarina, Brazil, 2009. [En ligne] : www.brapci.ufpr.br/download.php?dd0=11475
- Dubar Claude. « Formes identitaires et socialisation professionnelle ». Revue Française de Sociologie, N° 33, 1992. [En ligne] : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1992_num_33_4_5622_7

- Garner Hélène et autres.« La place du travail dans les identités ». Economie et Statistique (revue française) N   393-394, 2006. [En ligne] :www.pse.ens.fr/senik/ecostatident.pdf
- Grangaud Marie-France. « Secteurs porteurs à investir par les femmes en Algérie ». Revue du CIDDEF n  29.Algérie,Decembre, 2011. [En ligne] :www.ciddef-dz.com/pdf/revues/revue-29/revue29dos.pdf
- Kaddouri Mokhtar. « Dynamiques identitaires à l'œuvre dans différents champs de pratiques sociales ». CRF-CNAM, Strasbourg, 2007.[En ligne] :

www.congresintaref.org/.../AREF2007_Mokhtar_KADDOURI_186.pdf

- Kaddouri Mokhtar.« Les dynamiques identitaires ; questions pour la recherche et la formation ».   dition l'INRP. Paris, Lyon, Rouen. 2002. [En ligne] :
ife.ens-lyon.fr/publications/edition.../recherche-et-formation/RR041.pdf
- Lapointe Claire et LangloisLyse.« Identité professionnelle et leadership en   ducation : Analyse de pratiques collectives distinctes ». Education et Francophonie. Volume XXXII : 2-Automne, 2004. [En ligne] :
www.acelf.ca/c/revue/pdf/Lidentiteprofessionnelle.pdf
- Ouadah-BedidiZahia et autres.« La fécondité au Maghreb : nouvelle surprise ». Population et Sociétés. Bulletin mensuel d'INED, numéro 486, février 2012. [En ligne] :www.ined.fr/fichier/t_publication/1581/publi_pdf1_486.pdf
- SadouHouria.« Scolarisation - travail et genre en Algérie ».Conseil pour le Développement de La Secherche en Sciences Sociales en Afrique Vol. XXXII, No. 3, 2007, p129-130 .[En ligne] :www.ajol.info/index.php/ad/article/download/57205/45594
- Sainsaulieu Renaud.« Identité en entreprise »[En ligne] :
www.u-picardie.fr/...sainsaulieu.../renaud_sainsaulieu.
- Souaber Hassen. Directeur des Statistiques de la population et de l'Emploi ONS.« Activité féminine en Algérie : Réalités et perspectives ». CIDDEF, 2004. [En ligne] :
www.ciddef-dz.com/pdf/revues/revue.../activite-feminine-en-algerie.pdf

- Sous la responsabilité de Seck Awa.« Profil de formation en soins infirmiers : dans différents pays francophones ».SIDIIEF. Etude effectuée par la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université Laval, Québec, 2008.[En ligne] :
www.sidiief.org/...0.../09CA9E67470D4217B06D41D7E594F759.ashx

- Talahite. F.« Algérie : l'emploi féminin en transition ». Conférence Internationale : *Inégalités et développement dans les pays méditerranéens*, Université de Galatasaray, 2009. [En ligne] :
gdri.dreem.free.fr/wp-content/g4-3talahite-galatasaray09corr.pdf

- Petitjean Nadia.« Claude DUBAR : La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles, édition Armand Colin, 2^{ème} édition revue, 3^{ème} tirage 1998 ».CNAM. Organisation. UV C0. [En ligne] :
mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID..

Le guide d'entretien :

A- Eléments de présentation personnelle :

1. Age :
2. La situation matrimoniale des enquêtées :
 - Célibataire
 - Veuve
 - Divorcée
 - Mariée
3. Combien d'enfants avez-vous ?
4. Est-ce que votre lieu d'habitation est proche de votre lieu de travail ?
5. Le poste occupé par l'enquêtée
6. Depuis quand, exercez vous ce métier au sein de secteur sanitaire d'Akbou.
7. Combien d'heures hebdomadaires, évaluez-vous le temps de votre présence à l'hôpital d'Akbou.
 - La situation familiale :
8. Qu'elle est la profession de vos parents ?
 - Le père :
 - La mère :
9. Est-ce que La profession d'un membre de votre famille a eu une influence sur votre choix professionnel ?
10. Qu'elle est le niveau d'instruction de votre conjoint ?

B- Eléments de présentation professionnelle :

11. Pouvez vous nous parler des éléments les plus marquants de votre carrière professionnelle (diplômes ; formations ; stages poursuivis et l'expérience professionnelle..) ?

12. A votre avis, le savoir professionnel est-il un acquis théorique (à l'université ou à l'école de formation) ou bien pratique (à l'hôpital seulement)?
13. En quoi consiste votre travail ?
14. Avez-vous visé ce métier que vous occupez actuellement bien avant ?
15. Selon vous ; qu'elles sont les facteurs qui vous ont aidé à avancer dans votre carrière ?
16. Qu'elles sont les éléments de votre profession que vous voulez changer ou garder ? et qu'elles sont les conséquences (négatives et/ou positives) sur votre performance ?
17. Que suggérez-vous pour améliorer la qualité des soins ?
18. Que représente pour vous votre métier ?
19. Quelles sont vos ambitions professionnelles
20. Quelle est l'importance du travail dans la vie quotidienne ?

C- Travail et vie sociale :

21. Comment jugez-vous vos relations (coté professionnel et personnel) au travail ?
 - 1- Infirmières et médecins
 - 2- Patients
 - 3- Supérieurs hiérarchiques
 - Directe
 - Indirecte
22. Comment réagissez-vous lorsque vous rencontrez un problème dans l'exécution d'une tâche ?
23. En tant que femme ; est-ce que la vie personnelle (mariage, enfants....) handicape-t-il votre investissement professionnel ?
Comment gérez-vous votre temps ?

24. Qu'elle est la nature des relations avec les membres de la famille (le mari, les enfants) ?
25. Consacrez vous une partie de votre temps pour l'éducation de vos enfants ?
26. Exercez-vous des gardes de nuits ? si oui, que pense votre entourage (la société, le mari..) à propos de ça ?
27. Qui s'occupe de vos enfants en cas de votre absence ?
28. Avez-vous du temps libre ? Quelles sont vos préoccupations en dehors du travail ?

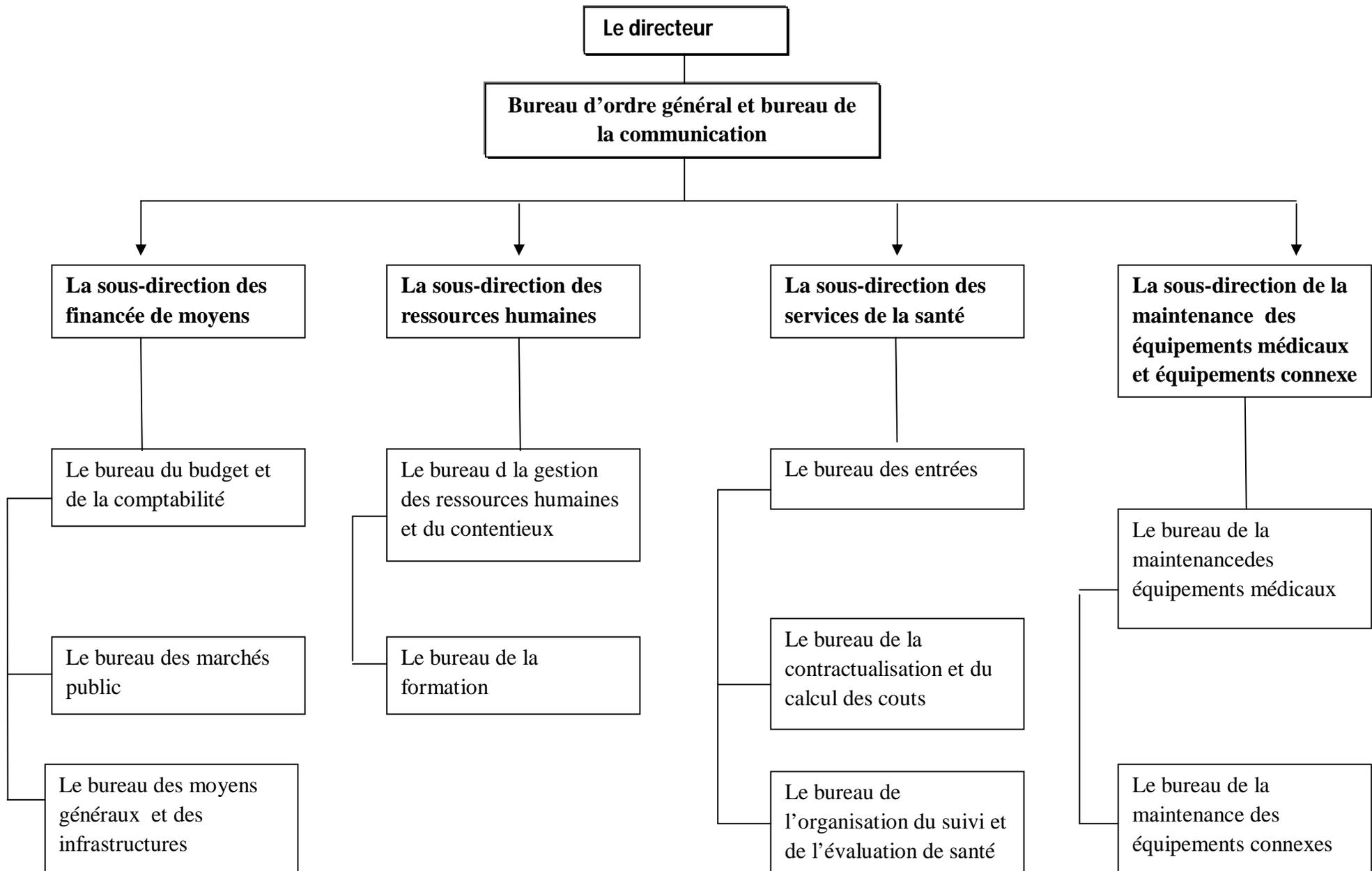
L'organigramme de l'établissement public hospitalier d'Akbou (E.P.H.A)

Tableau n° 01 : Evolution du taux de scolarisation réel de 1970 à 2000 en %

de 1970 à 2003 en % Années	Garçons	Filles	Ensemble
1970/71	70,4	43,9	57,3
1975/76	89,1	61,4	75,5
1980/81	88,4	67,3	78,0
1985/86	92,33	72,25	82,2
1990/91 (2)	93,65	77,87	85,98
1995/96 (2)	92,80	82,73	87,87
2000/01(2)	93,04	88,16	90,65
2001/02(2)	93,97	89,72	91,88
2002/03(2)	94,95	91,03	93,03

(Source = Ministère de l'Education Nationale) de 6 à 15 ans dans les enseignements du 1er, 2ème ,3ème cycles et le secondaire rapporté à la population scolarisable.

Tableau n°02 : Evolution du taux brut d'activité de la population selon le sexe :

Le sexe	1987	1998	2008	2011
masculin	76.5 %	71.5 %	73.5 %	65.3 %
féminin	7.8 %	15.1 %	15.0 %	14.2 %
total	44.2 %	43.6 %	44.5 %	40.0 %

Source : (ONS).

Tableau n° 03 : Répartition de la population occupée par strate :

	Urbain	Rural	Ensemble
Féminin	1 044342	302534	1346876
%	77.5	20.5	100

Source : d'après office national des statistiques emplois et chômage (au quatrième trimestre 2007).

Tableau N° 04 : Population féminine occupée selon la situation matrimoniale :

La situation matrimoniale	Pop féminine occupée En milliers	%
Mariée	587	41.1
Célibataire	698	48.9
Divorcée / Séparée	79	5.5
Veuve	65	4.6
Total	1428	100

Source : Données statistiques, ONS 2008.

Tableau n° 05 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité (1970-2000)

Année	1970	1980	1990	1995	1998	2000
ISF	7,80	6,90	4,50	3,51	2,82	2,40

Source : [LouadiTayeb. 2008. P51]

Tableau n°06 : Niveau d'instruction des hommes et des femmes en chômage :

Niveau d'instruction	Masculin	%	Féminin	%	Total	%
Sans instruction	23 000	2.61	1000	0.3	24 000	2.1
Primaire	151 000	17.4	12 000	4.0	163 000	14
Moyen	439 000	50.6	64 000	21.3	503 000	43
Secondaire	164 000	18.9	83 000	27.6	247 000	21.1
Supérieur	91 000	10.5	141 000	46.8	232 000	19.8
	868 000		301 000		1 169 000	

Source : enquête emploi et chômage, ONS, 2008.

Tableau n° 07: Les quatre processus identitaires typiques selon Dubar

Logique salariale	Rapport au travail « monde vécu du travail » + « Espace d'identification »	Rapport a l'emploi « Trajectoire subjectif »	Rapport a la formation « conception pratique de la formation »
1- Stabilité / exclusion	- Conception instrumentale travail salaire - dépendance hiérarchique -hors travail	Stabilité : pas d'évolution professionnelle Risque d'exclusion	Apprentissage sur le tas, par le travail Savoirs pratiques
2- Mobilisation/ promotion interne	-Conception « mobilisatrice » Travail-responsabilité -Implication-collaboration -entreprise	Progression continu Espoir de promotion interne	Formation intégrée à la fois générale, technique et pratique Savoirs d'organisation
3- Spécialisation /blocage	-Conception « catégorielle » Travail-spécialité -Conflit-frustration -Catégorie professionnelle.	Evolution catégorielle Sentiment de blocage	Formations technique spécialisée Savoirs techniques (professionnels, « de métier »)
4- Individualisme/mobilité externe	-Conception individualiste Travail-autonomie -Critique-contournement -Réseau affinitaire	Contre-mobilité sociale ou professionnelle Désir de mobilité externe	Formation générale diplômante Savoirs théoriques

Source : [Dubar Claude. 1992. p516].

Tableau n° 08 : La nature des relations des infirmières avec les patients :

Nature des relations	Fréquence	Pourcentage (%)
Bonne	11	61.11
Mauvaises	01	5.55
Limitées	04	22.22
Sans réponses	02	11.11
Total	18	100

Source : enquête.

Tableau n° 09 : La nature des relations des infirmières avec les supérieurs hiérarchiques (directe) :

Nature des relations	Fréquence	Pourcentage (%)
Bonne	08	44.44
Mauvaise	04	22.22
Limitée	03	16.66
Sans réponse	03	16.66
Total	18	100

Source : enquête.

Tableau n° 10: La nature des relations des infirmières avec les supérieurs hiérarchiques (indirecte) :

Nature des relations	Fréquence	Pourcentage (%)
Sans réponse	08	44.44
Pas de relation	06	33.33
Mauvaise	04	22.22
Total	18	100

Source : enquête.