

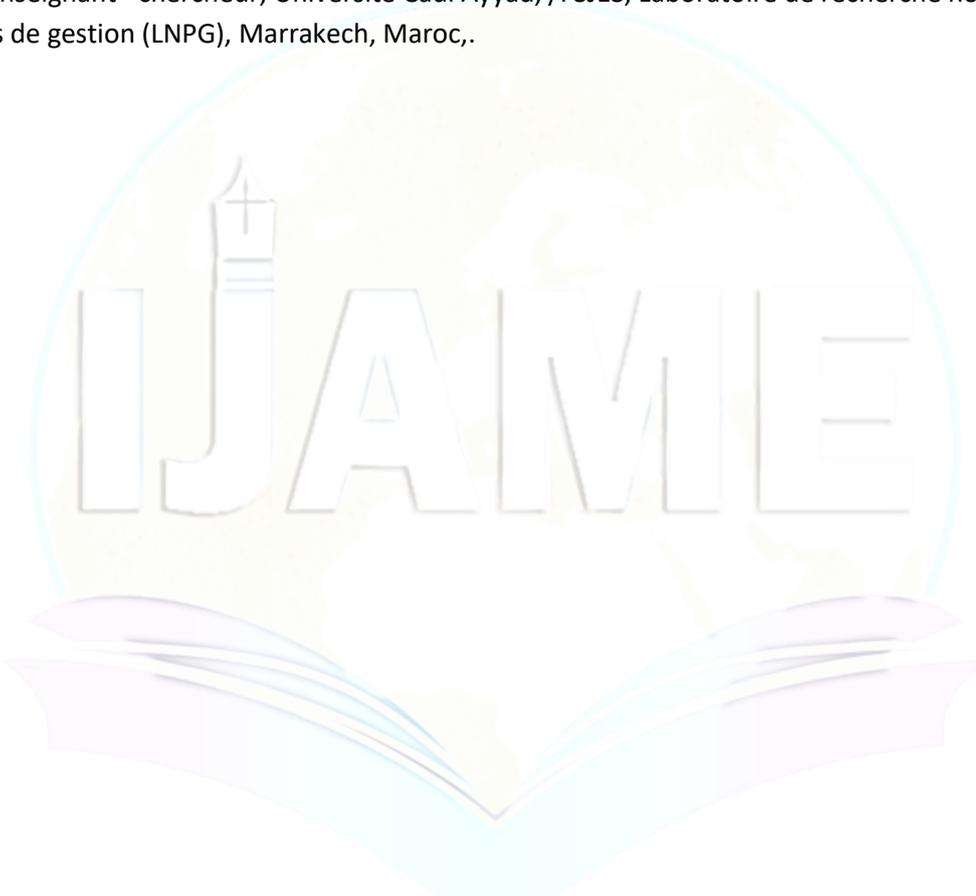
Articulation vie privée/vie professionnelle, Soutien social et Comportements organisationnels chez les infirmières du CHU Mohamed VI de Marrakech : une étude d'observation non participante

Work-Life Balance, Social Support, and Organizational Behaviors among Nurses at Mohamed VI University Hospital in Marrakech: A Non-Participant Observational Study.

- **AUTEUR 1** : CHOUKAIRI-DINI Fatima Ezzahra,
- **AUTEUR 2** : BENRAISS Amina,

(1) Docteure en Sciences de Gestion, Professeure permanente, HEEC, Laboratoire de recherche en stratégies et innovations managériales (LABSIM), Marrakech, Maroc.

(2) Enseignant –chercheur, Université Cadi Ayyad, /FSJES, Laboratoire de recherche nouvelles pratiques de gestion (LNPG), Marrakech, Maroc,.



Conflit d'intérêt : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêt.

Pour citer cet article : CHOUKAIRI-DINI .Fz & BENRAISS .A

(2025) « Articulation vie privée/vie professionnelle, Soutien social et Comportements organisationnels chez les infirmières du CHU Mohamed VI de Marrakech : une étude d'observation non participante»,

IJAME : Volume 02, N° 13 | Pp: 169 – 185.

Date de soumission : Mars 2025

Date de publication : Avril 2025



DOI : 10.5281/zenodo.15120623
Copyright © 2025 – IJAME

Résumé :

Cet article a pour objectif d'étudier et d'identifier les éléments relatifs à l'articulation vie privée/vie professionnelle, au soutien social et aux comportements liées à l'engagement organisationnel affectif et à l'intention de quitter chez les infirmières du CHU Mohamed VI Marrakech. Pour ce faire, une grille d'observation non participante a été élaborée pour pouvoir cerner en temps réel les attitudes et les comportements organisationnels des infirmières. L'étude d'observation non participante, menée en juillet, a révélé des conditions de travail difficiles pour les infirmières, incluant un manque de ressources, de personnel et des consignes imprécises. Elle a également identifié des tensions internes, comme un conflit lié aux congés d'été, une faible collaboration et une supervision irrégulière. Une indisponibilité ponctuelle pour raisons familiales a été également observée. Ces éléments mettent en évidence des défis structurels et relationnels qui influencent directement les dimensions étudiées dans l'article..

Mots clés : Articulation Vie Privée/Vie Professionnelle, Soutien Social, Engagement Affectif, Intention De Quitter, Infirmières.

1. Introduction

La question de la relation entre la vie professionnelle des employés et leurs activités extraprofessionnelles a fait l'objet d'un examen approfondi de la part d'un grand nombre de chercheurs (Burke, 1988 ; Voydanoff, 1988).

Le conflit qu'une personne peut éprouver entre son rôle professionnel et ses autres rôles dans la vie est l'une des facettes de l'interface travail-non-travail (Greenhaus et Beutell, 1985). Kahn et al., (1964) ont qualifié le conflit entre les rôles comme une source significative de tension pour environ un tiers des personnes de leur échantillon national. Néanmoins, l'essentiel de leur recherche novatrice était centré sur les conflits professionnels. Les écrits ultérieurs (Katz et Kahn, 1978) ont maintenu leur intérêt pour la dynamique sous-jacente du conflit inter-rôle. Ils l'ont cependant défini comme l'apparition simultanée de deux (ou plus) séries de pressions émanant du travail et de la famille (Kahn et al., 1964).

Greenhaus et Beutell (1985), inspirés par les écrits de Kahn et al., (1964), seraient à l'origine de la définition fondamentale du conflit entre vie professionnelle et vie privée : « *une forme de conflit inter-rôle dans lequel les pressions exercées sur les rôles par les domaines du travail et de la famille sont à certains égards mutuellement incompatibles* » (p 77).

Les chercheurs ne sont pas d'accord sur ce qui constitue le côté positif de l'articulation vie privée-vie professionnelle (McMillan et al., 2011). Frone (2003) suggère que l'enrichissement, l'intégration, l'amélioration et la facilitation sont simplement des synonymes du côté positif de l'interface travail-vie personnelle. Carlson et al., (2006) affirment cependant que chacun des « synonymes » de Frone est en fait des constructions distinctes décrivant différents aspects de l'interface travail-vie personnelle positive. Comme on le voit dans les conceptualisations suivantes, les « construits » sont plus semblables qu'ils ne sont différents, à la fois dans leur définition et leurs bases théoriques.

En 1992, Kirchmeyer a introduit la notion d'enrichissement entre le travail et la famille. Elle stipule que « *le temps passé dans certains domaines du hors-travail peut augmenter l'offre de ressources disponibles pour le travail. Les répondants perçoivent une telle participation comme les enrichissant sur de nombreux plans et développant des compétences utiles pour le travail* ».

Les études contribuant à la compréhension des effets de l'articulation vie privée/ vie professionnelle sur les attitudes et les comportements organisationnels, notamment parmi le personnel infirmier, ont été toutes menées dans un contexte occidental. Au Maroc, c'est encore un volet de la recherche à explorer, d'où notre objectif pour la présente recherche est « **d'étudier les éléments susceptibles de refléter l'articulation vie privée/ vie**

professionnelle et son incidence sur l'engagement organisationnel affectif et l'intention de quitter chez les infirmières du CHU Mohamed VI de Marrakech ».

Dans un premier temps, cette étude proposera une synthèse concise de la littérature portant sur les concepts fondamentaux liés à notre sujet de recherche. Une attention particulière sera portée à la présentation de la méthodologie adoptée. La seconde partie de l'article sera ensuite consacrée à l'exposé des résultats obtenus, suivi d'une discussion approfondie.

2. Revue de littérature

2.1 Le soutien social et l'articulation vie privée-vie professionnelle

Certaines études montrent des associations positives entre les comportements de soutien et les tensions (Barrera, 1986). D'autre part, des chercheurs ont suggéré que les comportements et les perceptions de soutien influencent les tensions par des mécanismes distincts (Cohen et Wills, 1985 ; Cutrona et Russell, 1990 ; Lakey et Cohen, 2000). Plus précisément, les comportements de soutien fournissent des ressources qui devraient réduire les tensions lorsque ces comportements correspondent aux demandes associées (Lakey et Cohen, 2000). Par exemple, une travailleuse qui doit quitter son quart de travail pour s'occuper d'un enfant malade bénéficierait davantage d'un superviseur qui autorise les ajustements de l'horaire de travail. Faire preuve de sympathie ou de compréhension dans une telle situation peut être une action de soutien relativement moins efficace.

Étant donné que les superviseurs agissent en tant qu'agents de l'organisation, ayant la responsabilité de diriger et d'évaluer la performance des subordonnés, les employés considèrent l'orientation favorable ou défavorable de leur supérieur à leur égard comme un signe du soutien de l'organisation (Eisenberger et al., 1986; Levinson, 1965).

Le soutien organisationnel perçu SOP fait référence à « *la perception des employés concernant la mesure dans laquelle l'organisation apprécie leur contribution et se soucie de leur bien-être* » (Rhoades et Eisenberg, 2002). Cette perception peut être utilisé par les employés comme un indicateur de la bienveillance ou de la malveillance de l'organisation.

2.2 L'engagement organisationnel affectif

La dimension de l'engagement organisationnel affectif est définie selon Meyer and Allen (1991) dans leur modèle tridimensionnel comme étant l'attachement émotionnel, l'identification et l'engagement des employés dans l'organisation.

Comme l'a constaté Bartlett (2001), les perceptions individuelles des pratiques organisationnelles semblent avoir un effet sur les niveaux d'engagement organisationnel affectif. De nombreuses études corroborent le constat selon lequel les perceptions, l'accès et

l'implication des employés dans les pratiques organisationnelles semblent affecter le niveau d'engagement organisationnel affectif d'un individu (par exemple, Allen et Shanock, 2013; Eisenberger et al., 1990; Kinnie et al., 2005; Rhoades et al., 2001; Whitener, 2001).

En outre, l'engagement des salariés ne se produit pas dans le vide, mais un environnement favorable doit être mis en place par les supérieurs hiérarchiques pour que les salariés restent engagés dans leur travail. Un niveau élevé d'engagement des salariés renforcera le sentiment d'engagement affectif de ces derniers, ce qui réduira leurs intentions de départ (Sandheya et Sulphey, 2019).

Que ce soit explicitement ou implicitement, l'approche d'échange social a été le cadre dominant sous-jacent à une grande partie de la recherche traitant non seulement du lien spécifique entre le soutien organisationnel perçu et l'EOA, mais aussi avec les antécédents de l'engagement organisationnel plus généralement (Rhoades et Eisenberger, 2002; Meyer et Allen , 1991; Mottaz, 1988).

2.3 L'intention de quitter chez les infirmières

L'intention de quitter est simplement désignée comme l'intention d'un travailleur de quitter son organisation actuelle. Ce concept est considéré comme interchangeable avec le terme « intention de roulement » et « intention de rotation » ; cependant, l'intention de quitter est distincte de la définition du roulement (Yoshimura, 2003).

L'intention de quitter est considérée comme le facteur médiateur entre les attitudes qui influencent l'intention de quitter et le fait de quitter effectivement une organisation (Ghislieri et al, 2008). Dans notre étude, les intentions des infirmières sont utilisées pour refléter la décision réelle des infirmières de quitter leur organisation, car des études antérieures ont montré que l'intention de quitter est un puissant prédicteur de l'événement réel (Adams et Beehr, 1998 ; Beehr, 1986 ; Flinkman et al., 2008).

2.4 Contexte de la profession d'infirmier au Maroc

L'étude de l'articulation travail-famille chez les soignants fait souvent appel à une approche de genre, car la profession infirmière est fortement féminisée et le mot " infirmière " est couramment utilisé au féminin. Dodeler et Tremblay (2016) ont mis en évidence dans leur étude auprès d'infirmières en France et au Québec que les infirmières font face à plus de défis dans la conciliation travail-famille que leurs collègues, et qu'elles sont plus intéressées par les mesures visant à atteindre cette conciliation. De plus, divers déterminants de la perspective conflictuelle de l'articulation travail-famille (ATF) chez les infirmières ont été identifiés dans la littérature, tels que la surcharge des rôles professionnels, les horaires de travail imprévisibles, les horaires

atypiques, l'état matrimonial et les responsabilités relatives à la garde des enfants.

Les infirmières sont considérées comme la principale force de travail pour la protection et la promotion de la santé et l'amélioration de la santé d'un individu en cas de maladie ; cependant, ces dernières années, la pénurie d'infirmières est devenue préoccupante. La littérature indique que les infirmières qui ont des difficultés à concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales et qui sont insatisfaites de leur travail quittent l'institution où elles travaillent (Coomber et Barriball, 2007).

2.4.1 Contexte sociojuridique de la profession d'infirmiers au Maroc

Le contexte sociojuridique des soins infirmiers au Maroc fait référence aux cadres sociaux et juridiques plus larges qui cadrent la pratique et la réglementation des soins infirmiers dans le pays. Ce contexte est façonné par divers facteurs, notamment les normes culturelles, les croyances religieuses, les héritages historiques et les cadres juridiques.

L'Ordre National des Infirmiers est chargé de veiller à ce que les infirmiers répondent aux normes nécessaires en matière de formation et de pratique, et d'appliquer des mesures disciplinaires à l'encontre des infirmiers qui ne respectent pas les normes professionnelles.

Dispositions générales

Article premier

Est considérée comme exerçant une profession infirmière, toute personne qui délivre en fonction du diplôme qui l'y habilite des soins infirmiers à titre préventif, curatif ou palliatif sur prescription ou conseil d'un médecin.

Les personnes exerçant une profession infirmière dispensent également dans le cadre de leur propre rôle des soins visant à assurer l'hygiène et le confort du malade.

Outre le cadre juridique, le contexte socioculturel joue également un rôle important dans l'évolution de la profession d'infirmier au Maroc. Le Maroc est un pays majoritairement musulman, et les croyances religieuses et les normes culturelles peuvent influencer les pratiques de soins de santé et les attitudes vis-à-vis de la santé et de la maladie.

Un autre aspect important du contexte des soins infirmiers au Maroc est le système de santé au sens large. Le pays est confronté à un certain nombre de défis dans la fourniture de services de santé, en particulier dans les zones rurales. Les infirmières peuvent être confrontées à des problèmes liés à une dotation en personnel inadéquate, à des ressources limitées et à de mauvaises conditions de travail. Il peut également y avoir des problèmes d'accès aux services

de la santé, ce qui peut avoir un impact sur la capacité des infirmières à fournir des soins et sur l'état de santé général des patients.

Enfin, le contexte sociojuridique des soins infirmiers au Maroc est également caractérisé par des facteurs politiques et économiques plus larges. Le pays a connu d'importants changements politiques et économiques ces dernières années, qui ont eu un impact sur le système de santé et la profession infirmière, en l'occurrence, la disponibilité des ressources pour les services de santé et l'évolution de l'environnement réglementaire de la profession infirmière.

Dans l'ensemble, le cadre de la profession d'infirmière au Maroc est complexe et multiforme, marqué par une variété de facteurs sociaux, culturels, juridiques et économiques. Il est important de comprendre ce contexte pour élaborer des politiques et des pratiques qui soutiennent la profession d'infirmière et garantissent des services de santé de haute qualité aux patients.

2.5 Un bref aperçu sur le système des CHU au Maroc

Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont des institutions hospitalières publiques au Maroc qui sont affiliées à des universités et qui ont pour mission de fournir des soins de santé de haute qualité, de mener des activités de recherche et de formation, et de participer à la gestion du système de santé.

Il y a actuellement sept CHU au Maroc, situés à Casablanca, Rabat, Marrakech, Fès, Tanger, Oujda et Agadir. Chacun de ces CHU est affilié à une université publique, et ensemble, ils constituent le pilier de la formation médicale et de la recherche en santé au Maroc.

Les CHU sont des centres hospitaliers complets qui offrent une gamme complète de services de santé, allant des soins primaires aux soins spécialisés et de haute technologie. Ils disposent également de services d'urgence et de soins intensifs, de services de diagnostic et d'imagerie, de services de réadaptation, et de services de soutien tels que la pharmacie et la nutrition.

Les CHU jouent un rôle clé dans la formation des professionnels de santé au Maroc. Ils accueillent des étudiants en médecine, en dentisterie, en pharmacie, en soins infirmiers, et dans d'autres disciplines de la santé, pour des stages cliniques et des résidences. Les CHU sont également impliqués dans la recherche en santé, en menant des projets de recherche fondamentale et appliquée, ainsi que des essais cliniques.

Le financement des CHU provient principalement du gouvernement marocain, qui fournit des budgets de fonctionnement et d'investissement pour les hôpitaux universitaires. Les CHU sont également en mesure de générer des revenus en facturant les services de santé aux patients, et en participant à des projets de recherche et de formation financés par des partenaires nationaux

et internationaux.

Malgré leur importance dans le système de santé marocain, les CHU font face à plusieurs défis, particulièrement, la surcharge des patients, la pénurie de personnel médical qualifié, le manque de financement et les lacunes dans les infrastructures et les équipements médicaux. Les autorités marocaines ont mis en place plusieurs initiatives pour améliorer les CHU, notamment en renforçant la formation des professionnels de santé, en améliorant les infrastructures et en augmentant les financements.

3. Méthodologie de recherche

3.1 Observation non participante

La méthode de l'observation non participante est utilisée dans de nombreuses disciplines, notamment l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, la recherche en gestion et d'autres domaines des sciences sociales. Elle permet d'obtenir des informations détaillées et concrètes sur les comportements, les interactions et les contextes sociaux, ce qui peut contribuer à une meilleure compréhension des phénomènes étudiés.

3.1.1 Etude de l'observation non participante

Afin d'identifier et de comprendre le vécu des infirmières et les liens de l'articulation vie privée-vie professionnelle avec leurs attitudes et comportements, des données ont été collectées auprès des infirmières participantes. Par conséquent, l'articulation travail-famille, l'engagement affectif organisationnel et l'intention de quitter ont été les unités d'analyse. Pour compléter l'étude de contextualisation, nous avons eu recours à l'observation non participante, afin de recenser des éléments relatifs aux conditions de travail des infirmières, d'identifier les différents types d'éléments reflétant le conflit ou l'enrichissement travail-famille pendant les heures de travail, et comparer les comportements reflétant le soutien organisationnel, l'engagement affectif ou encore l'intention de quitter (le service ou l'organisation) avec les réponses reçues lors des entretiens.

L'observation non participante a permis d'explorer le contexte des attitudes des infirmières en temps réel et a également complété la partie quantitative de l'étude en illustrant et en élargissant les résultats.

3.1.2 Données d'observation non participante

Pour comprendre les composantes de l'articulation travail-famille en lien avec les comportements de retraits chez les infirmières, des données d'observation non participante ont été collectées sur la base d'une grille d'observation non participante scindée en quatre axes suivant les objectifs de l'étude. Pendant le processus de collecte des données, six infirmières

ont été observées pendant 20 jours au sein du service d'ophtalmologie du CHU Marrakech sans participation active à leurs actions. L'observation non participante est souvent utilisée en parallèle avec d'autres méthodes pour permettre une compréhension plus nuancée de situations complexes (Liu et Maitlis, 2010).

3.1.3 Feuille de route de l'étude de l'observation non participante

Le chercheur peut collecter directement des données comportementales par l'observation non participante sans que les sujets observés soient conscients de cette observation et puissent affecter la donnée par leur réactivité (Jick, 1979). « Dans le domaine de la recherche sur la gestion et les organisations, il est clair que les événements inattendus et dignes d'intérêt sont propres à bouleverser n'importe quel programme, et que la vraie question n'est pas celle du respect du programme, mais celle de la manière de saisir intelligemment les possibilités d'observation qu'offrent les circonstances » (Girin, 1989).

Afin de tracer un bon cheminement à notre étude d'observation, nous nous sommes posés les questions suivantes ; Quelles observations sont effectuées ? Dans quel but ? Est-ce bien pertinent par rapport à la question étudiée ?

L'observation directe permet, en effet, de recueillir des données sur ce que font les individus en milieu naturel (Cohen et al., 2017 ; Gillham, 2008) et elle donne accès à ce qui se passe au-delà du discours, à savoir aux comportements (Cohen et al., 2017).

Il s'agissait donc, à partir d'une observation de l'existant du fonctionnement de l'établissement et du déroulement de l'activité des infirmières en temps réel, de cerner ce qui pourrait être considéré comme des éléments reflétant le conflit travail-famille, l'enrichissement travail-famille ou encore identifier des comportements relationnels et organisationnels en liaison avec le soutien l'engagement et l'intention de quitter.

L'observation non participante est sujette à plusieurs risques qui peuvent entraîner des résultats biaisés (Liu et Maitlis, 2010). Par exemple, l'effet de l'observateur sur les participants, les questions d'objectivité et le problème de la sélectivité peuvent conduire le chercheur dans une fausse direction lors de l'interprétation des résultats (Liu et Maitlis, 2010).

Afin d'assurer un meilleur déroulement de l'observation non participante, il est recommandé de respecter un certain nombre de caractéristiques essentielles de la méthode en question :

- **Observation externe** : L'observateur n'interagit pas directement avec les sujets ou l'environnement étudié ; il observe de manière non intrusive.
- **Objectivité** : L'observateur s'efforce de recueillir des informations de manière impartiale, sans influencer ni interpréter activement les événements qu'il observe.

- **Collecte directe de données** : Par une observation attentive, l'observateur recueille des informations directes sur les activités, les interactions et les événements des personnes.
- **Enregistrement des données** : Les données peuvent être enregistrées sous forme de notes écrites, d'enregistrements audio ou vidéo, de photographies, de dessins ou d'autres représentations visuelles ou graphiques.
- **Contextualisation** : L'observateur prend en compte le contexte dans lequel les observations sont faites, y compris l'environnement physique, les relations sociales, les normes culturelles, etc.

4. Résultats et discussion

Les données d'observation non participante se sont concentrées sur les éléments susceptibles d'agir sur l'articulation travail-famille chez les infirmières et ayant un impact potentiel sur leurs attitudes au cours de leur travail.

Les données d'observation ont été regroupées suivant une grille que nous avons conçue sur la base des objectifs préalablement établis, pour identifier les éléments reflétant les débordements de l'interaction vie privée-vie professionnelle ainsi que les comportements de retrait, les attitudes traduisant l'engagement organisationnel affectif des infirmières et les éléments relatifs aux soutien organisationnel.

4.1 Analyse des données d'observation non-participante

Les données d'observation non participante se sont concentrées sur les comportements des infirmières et sur la façon dont ils ont décrit oralement leurs perceptions quant à l'empiètement du travail sur leurs vies personnelles d'une part et par rapport au soutien organisationnel d'autre part. Plus important encore, nous nous sommes attachés à la manière dont les attitudes des infirmières ont changé au cours des jours de leur travail, afin d'obtenir une compréhension plus nuancée des articulations vie privée-vie professionnelles conduisant à ces comportements. Les données d'observation transcrites comprenaient 10 pages de texte, qui ont été soigneusement analysées. A cet effet, l'analyse s'est concentrée sur les discussions des infirmières observées, sur les attitudes et les comportements de retrait. Des sous-dimensions ont été élaborées sur la base de chaque objectif initialement établi. Les données d'observation ont été analysées par l'observateur, nous reconnaissons l'existence inévitable de limites concernant la subjectivité, la sélectivité de l'étude et le risque de fausses interprétations.

Lors de l'approfondissement de la compréhension des attitudes liées aux différentes articulations travail-famille par l'intégration des résultats de l'enquête et des données d'observation, Certaines idées inattendues et intéressantes, telles que des perceptions

contradictoires d’infirmières, ont été découvertes.

A cet effet, nous présentons dans la grille suivante les principaux résultats qui ont émergé de l’étude de l’observation non participante :

Tableau 1 : Résultats de l’observation non participante

Grille d’observation non participante			
Objectifs	Dimensions		Observations d’attitudes et de comportements des infirmières
Identifier les éléments relatifs à l’articulation travail-famille.	<ul style="list-style-type: none"> • Horaires de travail ; • Charge de travail ; • Permanences nocturnes ; • Difficultés au travail ; • Sous effectifs . 		<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement interne de l’hôpital ; - Consignes imprécises ; - Insuffisance de ressources.
Identifier les éléments relatifs à l’engagement organisationnel chez les infirmières.	<ul style="list-style-type: none"> • Comportements relationnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Avec les malades ; - Avec la hiérarchie ; - Avec soi-même ; - Avec les autres membres du personnel ; - Avec ses subalternes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au cours de la période d’étude, des attitudes et comportements inadéquats ont apparu de manière variable et irrégulière auprès de certaines infirmières. <p>Ex : Absence de communication avec le patient.</p>
Identifier les éléments relatifs au soutien organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien du supérieur hiérarchique ; • Soutien des collègues ; • Ambiance au travail ; • Esprit d’équipe. 		<ul style="list-style-type: none"> - Supervision irrégulière ; - Inexistence de la formation continue ; - Faible collaboration du

chez les infirmières.		personnel ; - Conflit inter-corps pour le congé d'été.
Identifier les éléments relatifs à l'intention de quitter chez les infirmières	<ul style="list-style-type: none"> • Absentéismes ; • Retard au travail ; • Intention de reconversion professionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilité de l'infirmière pour des raisons familiales ; - Des tâches sont retardées avec risque de ne pas accomplir parfois celles essentielles ; - Bavardage aux heures de service.

Elaboration propre

Les résultats de la grille d'observation non participante, présentés dans le Tableau 1, mettent en lumière plusieurs éléments clés concernant les conditions de travail, les comportements organisationnels et les dynamiques relationnelles des infirmières au sein du CHU Mohamed VI de Marrakech. Ces observations permettent de mieux comprendre les défis auxquels ces professionnelles sont confrontées et leurs implications sur leur engagement organisationnel et leur intention de quitter.

Les observations révèlent des dysfonctionnements internes, tels que des consignes imprécises et une insuffisance de ressources, qui compliquent la gestion des horaires de travail et des permanences nocturnes. Ces difficultés, associées à un sous-effectif, peuvent nuire à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, augmentant ainsi le stress et la fatigue des infirmières.

Les comportements relationnels observés montrent des attitudes et des comportements inadéquats, comme l'absence de communication avec les patients, qui varient de manière irrégulière. Ces comportements peuvent indiquer un manque d'engagement affectif envers l'organisation, affectant la qualité des soins et la cohésion d'équipe.

Le soutien hiérarchique est jugé insuffisant, avec une supervision irrégulière et une absence de formation continue. La faible collaboration entre collègues et les conflits, comme celui lié aux congés d'été, reflètent un manque d'esprit d'équipe et de soutien mutuel, ce qui peut diminuer la motivation et l'engagement des infirmières.

Les observations indiquent des signes d'intention de quitter, tels que l'absentéisme pour raisons familiales, des retards dans l'accomplissement des tâches essentielles et des bavardages pendant les heures de service. Ces comportements suggèrent une insatisfaction au travail et un potentiel désir de reconversion professionnelle.

5. Recommandations

D'abord, pour améliorer l'articulation travail/ famille chez les infirmières, il est essentiel de repenser l'organisation des horaires. Des rotations plus équilibrées, prenant en compte les contraintes personnelles et la charge de travail, permettraient de limiter la fatigue et de réduire l'impact des permanences nocturnes. De plus, face aux sous-effectifs constatés, un renforcement du personnel s'impose afin d'éviter la surcharge et d'assurer une continuité des soins de qualité. La standardisation des consignes et procédures est également indispensable pour corriger les dysfonctionnements internes et garantir une meilleure fluidité dans l'exécution des tâches.

Concernant l'engagement organisationnel, il apparaît nécessaire de renforcer les compétences relationnelles des infirmières à travers des formations axées sur la communication interpersonnelle, tant avec les patients qu'avec les collègues et la hiérarchie. Des échanges réguliers contribueraient également à encourager une remise en question positive, favorisant ainsi une amélioration continue des attitudes et des comportements professionnels.

Par ailleurs, il est nécessaire de renforcer le soutien organisationnel pour offrir un encadrement plus efficace. Le rôle des supérieurs hiérarchiques est clé : une supervision plus régulière et bienveillante permettrait de réduire le sentiment d'abandon ressenti par certaines infirmières. Il serait également bénéfique de favoriser une ambiance de travail plus collaborative en organisant des activités visant à accentuer la cohésion d'équipe. La mise en place d'une formation continue régulière assurerait, quant à elle, une montée en compétences constante, diminuant ainsi les frustrations liées à une absence de développement professionnel.

Enfin, pour limiter l'intention de départ et améliorer la rétention des infirmières, il est primordial d'offrir davantage de flexibilité dans l'organisation du travail, notamment en prenant en compte les besoins familiaux. La reconnaissance du travail accompli, par le biais de primes ou de valorisations publiques, contribuerait à renforcer leur sentiment d'appartenance et leur motivation. De plus, il est crucial de sensibiliser le personnel à l'importance d'une productivité équilibrée, afin de limiter les distractions comme le bavardage excessif sans nuire à la bonne ambiance.

6. Limites et perspectives de l'étude

L'étude repose sur une observation non participante, ce qui peut introduire un biais d'interprétation, car l'observateur n'est pas immergé dans le contexte quotidien des infirmières. L'étude a été menée dans un seul établissement (CHU Mohamed VI de Marrakech), ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres contextes hospitaliers, notamment ceux ayant des ressources ou des cultures organisationnelles différentes. Ensuite, les observations ont été réalisées en juillet, une période marquée par des congés d'été et des tensions liées à la gestion des absences, ce qui peut ne pas refléter la réalité quotidienne du reste de l'année

Nous recommandons aux futures recherches de mener une étude longitudinale sur une période plus longue permettrait de mieux comprendre les dynamiques organisationnelles et leur impact sur l'engagement et l'intention de quitter.^[1] Ainsi, l'utilisation de méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives) pourrait renforcer la validité des résultats, en combinant des données objectives (taux d'absentéisme, turnover) avec des analyses qualitatives. Il serait également judicieux d'étendre la recherche à plusieurs établissements hospitaliers (publics et privés) permettrait de comparer les conditions de travail et les dynamiques organisationnelles dans différents contextes.

7. Conclusion

A travers cet article, nous avons présenté les résultats de l'étude d'observation non participante autour de la problématique concernant l'articulation vie privée-vie professionnelle chez les infirmières au Maroc, en abordant les particularités spécifiques au travail féminin et le cadre réglementaire des professions de soins infirmier, et en rapportant brièvement les apports des études menées à ce niveau ayant soulevé chacune une partie de notre problématique. Les résultats de cette étude nous a permis d'avoir une meilleure idée sur le développement de la question de l'articulation vie privée-vie professionnelle au Maroc étant donné que presque l'ensemble des études nationales se sont focalisées jusqu'à présent sur l'exploration de cette relation travail/hors travail dans différents secteurs et parmi diverses populations. A notre connaissance, cette recherche serait donc l'une des premières à avoir aborder cette problématique d'un angle différent en étudiant les effets de cette interaction entre la sphère privée et la sphère professionnelle sur les attitudes des employés du secteur sanitaire au Maroc.

8. Bibliographie

- Adams, G. A., & Beehr, T. A. (1998). Turnover and retirement: A comparison of their similarities and differences. *Personnel psychology*, 51(3), 643-665.
- Allen, D. G., & Shanock, L. R. (2013). Perceived organizational support and embeddedness as key mechanisms connecting socialization tactics to commitment and turnover among new employees. *Journal of Organizational Behavior*, 34(3), 350-369.
- Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Bartlett, K. R. (2001). The relationship between training and organizational commitment: A study in the health care field. *Human resource development quarterly*, 12(4), 335-352.
- Beehr, T. A., Glazer, S., Nielson, N. L., & Farmer, S. J. (2000). Work and nonwork predictors of employees' retirement ages. *Journal of Vocational Behavior*, 57(2), 206-225.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*, 16(5), 583-594.
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., Wayne, J. H., & Grzywacz, J. G. (2006). Measuring the positive side of the work–family interface: Development and validation of a work–family enrichment scale. *Journal of vocational behavior*, 68(1), 131-164.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2017). Action research. In *Research methods in education* (pp. 440-456). Routledge.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Coomber, B., & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of nursing studies*, 44(2), 297-314.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching.
- Dodeler, N. L., & Tremblay, D. G. (2016). La conciliation emploi-famille/vie personnelle chez les infirmières en France et au Québec: une entrée par le groupe professionnel. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (54).
- Eisenberger, R., Fasolo, P., & Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of applied psychology*, 75(1), 51.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational

support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500.

Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727—739.

Frone, M. R. (2003). Work-family balance. *Handbook of occupational health psychology*, 7, 143-162.

Ghislieri, C., Gatti, P., Molino, M., & Cortese, C. G. (2017). Work–family conflict and enrichment in nurses: between job demands, perceived organisational support and work–family backlash. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 65-75.

Girin, J. (1989). L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations. Communication à la journée d'étude la recherche action en action et en question, AFCET, collège de systémique, Ecole centrale de Paris.

Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management review*, 10(1), 76-88.

Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative science quarterly*, 24(4), 602-611.

Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*.

Kinnie, N., Hutchinson, S., Purcell, J., Rayton, B., & Swart, J. (2005). Satisfaction with HR practices and commitment to the organisation: why one size does not fit all. *Human Resource Management Journal*, 15(4), 9-29.

Kirchmeyer, C. (1992). Nonwork participation and work attitudes: A test of scarcity vs. expansion models of personal resources. *Human relations*, 45(8), 775-795.

Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support and theory. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 29, 29-49.

Levinson, B. W. (1965). States of awareness during general anaesthesia: Preliminary communication. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 37(7), 544-546.

Liu, F., & Maitlis, S. (2010). Non-participant observation.

McMillan, H. S., Morris, M. L., & Atchley, E. K. (2011). Constructs of the work/life interface: A synthesis of the literature and introduction of the concept of work/life harmony. *Human Resource Development Review*, 10(1), 6-25.

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human resource management review*, 1(1), 61-89.

Mottaz, C. J. (1988). Determinants of organizational commitment. *Human relations*, 41(6), 467-482.

Rhoades L and Eisenberger R (2002), “Perceived Organizational Support: A Review of the Literature”, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, No. 4, pp. 698-714.

Rhoades, L., Eisenberger, R., & Armeli, S. (2001). Affective commitment to the organization: the contribution of perceived organizational support. *Journal of applied psychology*, 86(5), 825.

Sandhya, S., & Sulphey, M. M. (2019). An assessment of contribution of employee engagement, psychological contract and psychological empowerment towards turnover intentions of IT employees. *International Journal of Environment, Workplace and Employment*, 5(1), 22-31.

Voydanoff, P. (1988). Work and family: A review and expanded conceptualization. *Journal of social behavior and personality*, 3(4), 1.

Whitener, E. M. (2001). Do “high commitment” human resource practices affect employee commitment?: A cross-level analysis using hierarchical linear modeling. *Journal of management*, 27(5), 515-535.

Yoshimura, K. E. (2003). Employee traits, perceived organizational support, supervisory communication, affective commitment, and intent to leave: group differences.