

Conciliation travail-famille : un défi pour les femmes travaillant dans le secteur public de la santé à Lomé (Togo)

Ayawavi Sitsopé TOUDEKA

Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé (URD/UL)

Bilampo GNOUMOU THIOMBIANO

Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP)

Introduction

Selon le constat empirique, le Rôle culturel dévolu à la femme, dans toutes les sociétés, est essentiellement domestique et parental : on attribue à la femme le rôle de gardienne du foyer. Elle a pour mission d'éduquer ses enfants et de s'occuper des tâches domestiques. L'homme quant à lui, se voit assigner le rôle de principal pourvoyeur de revenus (Vimard, 1997 ; Barrère-maurisson, 2003).

La Crise économique des années quatre-vingts à entrainer une diminution du niveau de vie des ménages, caractérisé par le chômage et le sous-emploi. Ainsi, les hommes n'arrivent plus à répondre seuls aux besoins financiers de leur foyer. Il est alors nécessaire que les femmes redoublent d'effort pour seconder le mari ou même parfois prendre le relai au sein des enjeux économiques du foyer (Adjamagbo et *al.*, 2009).

Dans plusieurs villes africaines, les femmes participent à l'amélioration du niveau de vie de leurs familles grâce à leurs activités économiques (Gnoumou Thiombiano, 2014a). Cette présence accrue des femmes sur le marché de l'emploi, notamment dans le secteur salarié ne favorise pas une modification des rapports de genre au sein des ménages (Badini, 2010) mais elle soulève la question de la conciliation travail – famille.

Si dans les pays développés ce concept est pris en compte par les politiques de développement (St-Amour, 2011; Morgan, 2013.), force est de constater que ce n'est pas le cas pour les pays de l'Afrique subsaharienne dont le Togo. Au Togo, la problématique de la conciliation travail-famille a été officiellement posée très récemment à la suite de la célébration de la journée internationale des droits des femmes en 2017 dont le thème était « Les femmes dans un monde du travail en mutation, Planète 50/50 d'ici 2030 ». Cependant, il n'existe aucune mesure juridique véritablement liée à la conciliation travail-famille pour les femmes salariées du secteur formel comme les femmes soignantes.

Les études montrent que la conciliation travail-famille est vécue de manière différente selon les situations personnelles et familiales, mais aussi en fonction des milieux professionnels (Fusulier et *al.*, 2008; Larivière et Tremblay, 2013). De ce fait, si les contraintes/défis liés à la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale touchent les femmes salariées de manière générale, elles touchent de manière toute particulière, les femmes du secteur hospitalier (Fusulier et Tremblay, 2013). Les métiers hospitaliers tirent, en effet, leur spécificité de leur confrontation quotidienne avec la maladie, la souffrance et la mort. Ceci demande que le soignant soit disposé à écouter le malade et à lui prodiguer les soins appropriés. (Lagarde-Piron, 2016). A cette charge physique s'ajoute le poids de la charge émotionnelle. La fatigue affective conjuguée à celle du travail physique épuise sans doute le soignant. Par ailleurs l'insuffisance du personnel de santé et le caractère obsolète du plateau technique dans certains pays comme au Togo demande à la soignante de fournir énormément d'énergie (St-Amour, 2011; Morgan,

2013, Tantchou, 2017). Or, pour une femme qui travaille dans le secteur formel et particulièrement dans le secteur de la santé, il se pose des exigences du métier : la ponctualité dans le respect des heures de services, les cas urgents de vies humaines à sauver, les gardes de nuits, le travail durant le weekend, etc. Tout ceci exige des temps de repos pour garantir l'efficacité professionnelle que la soignante ne dispose pas toujours.

Cette communication s'intéresse aux femmes soignantes du secteur public médical et paramédical. Elle vise à cerner les facteurs qui expliquent les difficultés que connaissent les femmes soignantes du secteur public médical et paramédical dans la conciliation de leurs vies familiale et professionnelle à Lomé.

Cette communication aborde tour à tour points suivants : (i) la femme togolaise, emploi et profession médicale, : (ii) l'Orientation théorique, (iii) les données et méthodes, (iv) Femme soignante devenue épouse et mère : quelles implications sur le foyer et la profession (v) Les facteurs institutionnels : causes des difficultés de conciliation travail- famille (vi) Catégorie de soignants et conciliation travail-famille (vii) Conciliation travail-famille : quels défis pour les femmes soignantes du secteur public de la santé au Togo ?

1. - Femme togolaise, emploi et profession médicale

La femme togolaise, à l'instar de l'homme, a toujours travaillé pour assurer sa survie et celle de ses enfants. A ce propos, l'ancien premier ministre togolais Gilbert HOUNGBO a déclaré au cours du premier Forum de la femme togolaise tenu en 2009 (Journal officiel, 2009) :

« L'histoire a démontré que la femme togolaise a des qualités incontestables qui constituent autant d'atouts fondamentaux dans le contexte actuel (...) Elle est vaillante, travailleuse, créative et entreprenante. (...) C'est pourquoi nous devons accélérer les changements en cours et ouvrir de nouveaux chantiers pour la réhabilitation de la femme togolaise ».

Ces propos de l'ex-premier ministre sont révélateurs du rôle important que la gent féminine a joué et continue de jouer dans l'histoire du pays. Une étude comparative des femmes loméennes et dakaroises dans la vie de leur ménage réalisée par Adjamagbo et collègues (2006) montre le dynamisme des femmes de la capitale togolaise et la valeur sociale reconnue de leur travail par rapport à leurs consœurs de la capitale sénégalaise :

« Avoir des enfants est un objectif incontestable et la maternité implique des devoirs : ceux d'assurer le bien-être des enfants. Mais sur ce point, les discours dominants divergent entre Dakaroises et Loméennes. À Lomé, cette obligation contribue fortement à justifier l'exercice d'une activité économique : une bonne mère est celle qui est capable de subvenir aux besoins de ses enfants au côté de son mari. Dans cette perspective, travailler n'est pas seulement un devoir moral vis-à-vis des enfants, c'est aussi un élément de cohésion important dans le couple. ». (Adjamagbo et al., 2006 : 7)

Le secteur informel demeure la principale source d'emploi en Afrique (Adjamagbo et al, 2016 ; Badini-Kinda, 2010). Ainsi au Togo, contrairement à leur forte présence dans le secteur informel (68%), les femmes sont très peu représentées dans les emplois modernes (12%), notamment dans l'administration (Akinocho, 2019). Parmi elles, on note des cadres tels que des sages-femmes, des infirmières, des médecins, des ingénieurs, des comptables, des gestionnaires, des informaticiennes, bref une ressource féminine assez utile pour un véritable leadership féminin (Rapport de la Délégation à l'Organisation du Secteur Informel, Togo,

2009). Mais la grande majorité reste confinée dans des emplois subalternes (secrétaires, réceptionnistes, standardistes, agents de renseignement, techniciennes de surface, etc.).

Dans le secteur public du travail salarial, les femmes représentaient en 2011, 15,4% du personnel cadre (Catégorie A) de la fonction publique (Commission Economique pour l'Afrique, 2017). Selon les données de l'enquête QUIBB, 2011, la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole est de 25,35%. Ces femmes salariées ont dans la plupart des cas un contrat de travail permanent. Les entreprises privées restent leur principal employeur d'emplois salariés devant l'Etat. En effet, les principaux employeurs des femmes dans l'administration (publique et privée) sont la fonction publique (23,21%), les sociétés d'Etat (3,41%) et les entreprises privées (73,38%). Nombre d'entre elles y ont un statut d'agents permanents (78,84%) alors que le reste est sous contrat à durée déterminée (21,16%) (QUIBB, 2011).

Dans le secteur public de la santé, elles sont relativement nombreuses, mais leur effectif reste inférieur à celui des hommes. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du Togo, on note qu'en 2016, le secteur public de la santé comptait en son sein 4223 femmes soit 42% vs 5965 hommes soit 59%. Cette présence des femmes dans le secteur médical se justifie par le fait qu'au Togo ce sont les femmes en général (mères ; grands-mères ; épouses ; filles et voisines) qui dispensent souvent des soins médicaux dans la famille et dans la communauté (Assima-Kpatcha, 2009). Aussi faut-il ajouter que la présence des femmes dans le secteur médical se justifie par le fait que ; dans certaines cultures togolaises, les femmes ne peuvent pas recevoir des soins prodigués par un prestataire de soin de sexe masculin, surtout lorsqu'il s'agit des soins gynécologiques ou obstétricaux, de peur d'être traité d'infidèles et de subir la punition des dieux.

Par ailleurs, les programmes de développement (Programme National de Développement, ODD 3) de la dernière décennie, mettent l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant. Aussi, il faudrait des dispositions au niveau du secteur médical pouvant permettre à tous et particulièrement à toutes les femmes d'avoir accès aux soins médicaux dans les centres hospitaliers, d'où la nécessité de la présence des femmes au sein du personnel soignant.

2. - Orientation théorique

La question de la conciliation entre les rôles domestiques et économique des femmes soignantes du secteur public de la santé a été appréhendée à travers plusieurs approches théoriques notamment, la théorie du conflit des rôles (Grenhaus et Beutell, 1985; Greenhaus et Powell, 2003; Eby et al, 2004), la théorie de l'interactionnisme (Goffman,1973), le constructivisme (Piaget,1964), l'actionnalisme sociologique (Alain Touraine 2007), l'individualisme méthodologique (Boudon, 1977) et l'approche stratégique (Crozier,1977).

Les cinq dernières théories présentent la femme soignante comme une actrice sociale qui met en œuvre des stratégies pour concilier sa vie familiale et professionnelle. En revanche, la théorie des conflits de rôles, à laquelle se réfère cette recherche, aborde la problématique de la conciliation « travail et famille» sur l'aspect selon lequel, les exigences familiales sont jusqu'à un certain point incompatible avec ceux de la sphère de travail, faisant en sorte que l'implication dans un rôle rend difficile l'implication dans l'autre. Les femmes soignantes du secteur public médical et paramédical de Lomé sont confrontées à ce conflit de rôle.

3. - Données et méthodes

Nous exploitons les données de 61 entretiens semi-directifs menés auprès de 49 femmes soignantes et 10 de leurs collègues hommes fonctionnaires dans deux formations sanitaires publiques de référence à Lomé et auprès de 02 conjoints. L'échantillon constitué par les personnes interviewées répond à des critères de diversité, en termes sociodémographiques, de difficultés de conciliation travail-famille et de stratégies de résilience.

L'analyse des données s'est faite de façon manuelle comme le recommande Paillé (2015). Ainsi, après une retranscription in extenso des entretiens, l'étape suivante a consisté à relire attentivement chaque document dans son intégralité pour mieux prendre conscience de l'ensemble du corpus comme le recommande Bardin (1998). La lecture verticale, entretien par entretien, a permis de repérer les thèmes et les idées clés. Elle a aussi permis de voir le caractère unique de chaque entretien et les logiques individuelles. Les ressemblances et les régularités d'un entretien à l'autre ont été mises à jour par l'analyse horizontale. Par exemple, la répartition sexospécifique des tâches au sein des ménages, le manque de personnel au niveau professionnel et la surcharge de travail qui lui est souvent associé, sont apparus comme des thèmes récurrents, transversales dans la quasi-totalité des entretiens. Les relectures ont permis de dénicher les significations secondes masquées par les significations de premières lectures. Les verbatim sélectionnés, issus du corpus, illustrent et rendent l'analyse plus concrète.

4. - Femme soignante devenue épouse et mère : quelles implications sur le foyer et la profession ?

Les femmes soignantes qui ont participé à cette étude ont des difficultés pour concilier leurs devoirs d'épouse, de mère et leurs responsabilités professionnelles. A travers leurs discours, cette difficile conciliation est liée aux contextes socioculturels dans lesquels elles vivent, aux réalités du secteur public de la santé au Togo (insuffisance de personnel, mauvaise organisation du travail, faiblesse du plateau technique, etc.), aux exigences de la fonction médicale et à l'importance qu'elles accordent à leurs rôles d'épouse et de mère.

Dans les pays africains tout comme le Togo, les représentations socio-culturelles valorisent le statut de la femme par le mariage et la maternité. Le système socioculturel qui prévaut, détermine les perceptions et les pratiques sexuelles et procréatrices des individus. Ainsi, la sexualité et la fécondité ne sont pas des phénomènes isolables, mais s'inscrivent dans les normes et les valeurs en matière de sexualité, de nuptialité, de famille et de fécondité. Au Togo, le contexte est tel que le mariage et la maternité sont fortement valorisés et restent deux éléments structurants de l'identité féminine. Ainsi, se marier est un objectif poursuivi par la plupart des jeunes

« (...) au Togo, la plupart des gens aspirent à une vie de couple où règnent le bonheur et la stabilité, la tranquillité, une bonne entente, une harmonie conjugale. Les représentations sociales que l'on a de la femme consistent en une évolution normale qui doit la conduire au mariage. Une femme mariée attire du respect, pense-t-on. La plupart des jeunes filles ne rêvent que d'un « bon » mariage. Trouver un « bon » mari pour certains parents, vient avant réussir ses études dans l'ordre des priorités. Il faut fonder une famille heureuse en ayant des enfants » (Kpakpo-Lodonou (2017 :12)

Ces représentations sociales du mariage et de la maternité semble affecter plus les femmes que les hommes (Kpakpo-Lodonou, 2017 ; Bonnet, 2018). La femme ayant un niveau intellectuel élevé mais ayant un statut de célibataire est moins valorisée que celle qui a un mari et des enfants et un niveau intellectuel moins élevé. Ainsi, pour les femmes du secteur médical et paramédical interviewées, « se marier et faire des enfants » est tout aussi important qu'avoir

son diplôme de fin d'étude. Comme pour preuve, la quasi-totalité des femmes soignantes interviewées (45/49) ont eu leur première grossesse en fin de formation ou en début de leur fonction et n'ont pas manqué de le souligner lors des entretiens :

« Se marier et faire des enfants est un complément, un aboutissement pour la femme. .. Mon mari est un camarade d'amphi. Nous étions ensemble à la faculté de médecine Nous étions en 5ème année quand mon mari et moi avons commencé par sortir ensemble. Lorsque j'en ai parlé à mon père, il m'a dit que ce n'est pas trop tôt et que c'est maintenant qu'il sait qu'il n'a pas fait un travail à moitié puisque je m'étais trop concentré sur les études. Donc je me dis que même si tu as une profession, il faut une vie familiale. » (Fidèle, Médecin Dermatologue, 35 ans, 2 enfants)

« La femme doit se marier et faire des enfants. Néanmoins elle doit avoir son boulot aussi. Ce qu'il lui faut, c'est : mari, enfants et boulot. C'est ce qui est bien. Car quel que soit son niveau, si elle n'a pas de maris et des enfants, c'est grave! Enfin, c'est l'idée qu'on nous a inculquées depuis l'enfance. Une femme à un âge donné doit se marier. Chez moi en pays Tem, on dit souvent que si tu meurs et tu n'as pas d'enfants, on va vite oublier ton passage sur terre parce que tu n'as pas de descendant. Donc, je pense que si une femme se marie et fait des enfants, cela valorise sa vie. » (Reina, Assistante Médicale Instrumentiste, 35 ans, 2 enfants)

Dans la majorité des pays africains, tout mariage doit être suivi, sur le plan des normes traditionnelles et sociales de la naissance d'un enfant (Bonnet, 2018). Dans ce cadre normatif, les femmes une fois en couple attendent impatiemment de donner naissance dans le souci de légitimer leur union et de se conformer aux règles de la société. En témoignent les extraits des entretiens suivants:

« J'étais en 7ème année de médecine quand j'étais tombé enceinte donc j'ai concilié la 7ème année et la grossesse. C'est vrai, cela n'était pas facile puisque je préparais en même temps mon doctorat. J'ai accouché quatre mois après ma soutenance. J'ai soutenu en Aout et j'ai accouché en décembre. C'était vraiment stressant mais il fallait que je le fasse pour satisfaire le souhait de mes parents pour qui les études seules ne font pas l'homme. » (Doumai, Médecin Pédiatre, 38 ans, 4 enfant)

« J'ai connu mon mari quand j'étais en 2ème année de ma formation d'assistante sur le Campus, lui il faisait l'agronomie donc on était ensemble. Quand j'ai fini l'Ecole des Assistants Médicaux, je n'avais pas encore soutenu mon mémoire de fin d'études quand je suis tombée enceinte, lui, il avait à peine fini. Il n'avait pas encore trouvé de boulot. Donc quand je suis tombée enceinte ce n'était pas facile. C'est ma maman qui m'a soutenue.» (Julienne, Assistante Médicale, 34 ans, 3 enfants)

Le respect de ce cadre normatif, lorsqu'il coïncide avec la fin des études ou le début de la fonction entraîne des difficultés de conciliation travail-famille. En effet, la survenue de la grossesse peut faire naître chez certaines femmes des malaises comme la nausée au cours des trois premiers mois, la fatigue intense, les douleurs au sein, le vertige, les vomissements, etc. Lorsque ces malaises doivent être gérées de même que le rôle d'épouse (entretien du foyer, savoir bien cuisiner, faire la lessive, etc.) et les exigences de la fonction médicale surtout lorsque l'on est en début de carrière (bien se comporter, être à l'heure, être assidue et laborieuse, etc.), la soignante éprouve des difficultés pour concilier son travail et sa famille :

« Pour la première fois, je peux dire que ce qui m'a vraiment marqué c'est le poids de travail. Comme je venais de finir ma formation et que je n'avais pas encore d'expérience, et avec mon état de grossesse (...) je sentais vraiment la fatigue, après le travail, je revenais à la maison très abattue. Dès fois, tu as beaucoup de femmes à consulter et tu dois le faire, malgré ton état. De plus, avec les gardes de nuit, difficilement tu réponds aux besoins des patientes. (...) Toi-même tu sais que la femme enceinte surtout au début, a des somnolences. Toutefois, dès qu'une femme est en travail, tu es obligée de faire un effort, te réveiller pour faire l'accouchement et après te recoucher. Ce n'est

pas facile de gérer grossesse et boulot surtout dans le service de la maternité ...». (Rachelle, Sage-Femme, 38 ans, 3 enfants)

Ces difficultés sont si pesantes qu'elles peuvent affecter la santé de la femme comme le témoignent les propos suivants:

«J'étais enceinte de mon premier enfant quand j'ai réussi au concours, donc j'ai fait la première année de boulot avec la grossesse. C'est le début de la grossesse qui m'a dérangé un peu. Je venais souvent en retard au service. Mais dès que j'arrive, je donne le meilleur. Si la salle d'attente n'est pas vide, je ne me repose pas. (...) Je travaillais plus qu'il n'en faut au point que j'ai eu la menace d'avortement. A quatre mois, j'ai failli faire un avortement dû aux tracas du service. Suite à cette menace, le médecin chef du service de la maternité m'a donné un repos médical de 6 semaines. Après le repos, j'ai repris le service et j'ai pris mes congés de maternité à la veille de mon accouchement, qui s'est fait par césarienne.» (Isabelle, Assistante Médicale, 38 ans, 2 enfants)

On note que pour se conformer aux normes de la société togolaise selon lesquelles, le mariage et la maternité sont très valorisés, la majorité des femmes soignantes en fin de formation font leur entrée dans la vie conjugale par la survenue d'une grossesse. Cependant, du fait qu'elles sont tout au début de leur carrière professionnelle, elles doivent se battre entre exigences professionnelles et rôles de la bonne épouse jusqu'à la naissance de l'enfant qui leur confère le statut de mère, statut qui génère de nouvelles formes de responsabilités.

Toutefois, il faut noter que pour de nombreuses femmes, ces rôles constituent des éléments importants de leur statut et de leur reconnaissance sociale puisque l'image de la bonne épouse passe en effet par l'entretien du foyer, le fait de savoir bien cuisiner et s'occuper des enfants (Adjamagbo et al., 2009). Or, faire des enfants implique beaucoup de responsabilités. Le rôle de la mère est central dans l'éducation d'un nouveau-né que ce soit au Togo ou ailleurs. S'occuper d'un enfant, demande en effet du temps et des soins qui consistent globalement à leur assurer une bonne ration alimentaire, à veiller à leur propreté et hygiène corporelle et vestimentaire, à s'investir pour aboutir à leur scolarisation réussie, bref à s'assurer de leur bien-être corporel, cognitif et spirituel, etc.

L'analyse des données recueillies montre que la naissance des enfants entraîne un changement dans les habitudes de vie des femmes au niveau professionnel, familial et personnel. Au plan professionnel, l'arrivée des enfants influence le rendement de la femme soignante. Elle est souvent fatiguée par les allaitements nocturnes et les soins prodigués au bébé avant de se rendre au service, elle est stressée et inquiète. En l'absence d'aide pour la garde de l'enfant, elle est parfois obligé de l'emmener au service malgré les risques de contamination pour le bébé. En témoignent les propos ci-après :

« Sur le plan du travail, l'arrivée de l'enfant a fait qu'on est beaucoup plus occupé. Cela fait que, la façon dont je dois me concentrer pour le travail n'est pas la même. Actuellement, bien que je sois au boulot, je pense aussi à la maison. Et, il m'arrive souvent d'appeler pour demander comment se porte les enfants, surtout pour un enfant de bas âge ; Hmm, c'est délicat. Pour dire vrai, le fait d'être au service et de penser à la maison agit parfois sur la rentabilité. » (Claudia, 41 ans, Infirmière, 3 enfants)

Au niveau personnel et familial, l'arrivée des enfants entraîne chez la femme un déséquilibre au plan organisationnel. En effet, l'arrivée d'un enfant s'accompagne non seulement d'un surcroît de tâches, mais aussi d'une rigidité accrue de l'emploi du temps. A cause de son état de santé fragile le bébé a besoin de beaucoup d'attention (sa toilette, son alimentation, sa garde, etc.) de plus lorsqu'il aura un âge préscolaire, il faut le préparer et l'accompagner à la garderie ou à l'école. Or, les garderies et les écoles maternelles ont des heures précises d'ouverture et de

fermeture d'où la contrainte de temps au quelle font face les soignantes qui ont des enfants à bas âge. Cet accroissement des tâches est principalement assumé par les mères. Les données du terrain confortent cette idée :

«L'arrivée des enfants à changer beaucoup de choses dans ma vie : Sur le plan professionnel, la disponibilité que j'avais pour le boulot, je dois le réduire maintenant, avant je pouvais rester au boulot jusqu'à 22 heures, 23 heures sans m'inquiéter parce que je n'ai rien à faire, si je rentre c'est pour dormir, peut être mon mari va s'énerver, mais ce n'est plus un enfant. Maintenant, avec les enfants déjà quand il est 20 heures, je commence par m'inquiéter, je dis, bon écoute, est-ce qu'ils se sont lavés ? Est-ce qu'ils ont mangé ? Parfois j'appelle à la maison, je demande à la domestique est-ce que les enfants ont déjà mangé ? Qu'est-ce qu'ils font ? Je cherche à savoir, alors que ce n'était pas le cas, parfois je fais vite, je me presse, je dois rentrer voir mes enfants, voilà un peu c'est ça.» (Brigitte, Médecin Gynécologue, 43 ans, 3 enfants)

«L'arrivée des enfants a changé beaucoup de choses dans ma vie. Avant d'aller au service, il faut se réveiller tôt à 4h pour préparer la maison, préparer les enfants, leur petit déjeuner, celui de leur papa. Surtout, quand il s'agit d'une garde de 24h, il faut préparer la maison pour 24h avant de partir. Les enfants ont changé beaucoup de choses. Je vie un double stress. Celui de la maison et celui du travail. Chaque fois que tu es au travail, il faut toujours appeler à la maison pour voir comment ça se passe avec les enfants. Parce qu'il faut les surveiller de loin. Et, s'il n'y a pas une forte concentration, tu ne peux pas t'en sortir» (Reina, Assistante Médicale Instrumentiste, 35 ans, 2 enfants)

L'arrivée d'un enfant marque un changement dans les modes de vie des ménages. Cet événement introduit la notion du « temps parental »¹ dans la vie quotidienne du couple et surtout dans celle de la femme. En effet, les femmes subissent toujours l'effet de la division sexuelle du travail qui confère à la femme ou au sexe féminin la majorité des tâches domestiques et parentales. Ainsi, quel que soit son niveau intellectuel ou l'activité qu'elle exerce, la femme a pour devoir primordial de garantir l'équilibre et la stabilité de son foyer. Les tâches domestiques et parentales, bref tout ce que l'on nomme aujourd'hui le «*care*» restent souvent entièrement à sa charge (Hounhanou, 2007 ; Maruani, 2013). Ainsi, les femmes soignantes doivent cumuler au quotidien, les activités relevant de leur profession (sauver les vies humaines, prendre en compte les cas urgents, etc.) tout en respectant les exigences liées à leur rôle d'épouse et de mère (propreté de la maison, préparation des repas, soins aux enfants, intimité avec son mari, etc.). De ce fait, l'organisation au niveau de l'emploi et de la vie hors emploi constitue pour ces femmes une véritable équation qu'elles s'efforcent à résoudre au quotidien (Kouamé, 1999; Collier et al, 1994).

Par ailleurs, l'on note que l'accès des femmes à des postes à fortes responsabilités ne modifie pas véritablement les rôles de genre, si l'on se penche spécifiquement sur la division sexuelle du travail. La reconfiguration des rapports de genre est partiellement dépendante de l'empowerment économique des femmes. Cette situation s'explique par le maintien dans les mentalités, du statut de la femme telle que forgée par les sociétés traditionnelles, de sorte qu'on a l'impression que les femmes ont un sens socialement conditionné de leur devoir de mère et d'épouse. Lorsqu'elles utilisent le verbe "aider" en parlant des travaux domestiques que font ou ne font pas leurs conjoints, cela sous-entend que faire les travaux domestiques ou s'occuper des enfants sont des tâches féminines dans lesquelles les hommes s'aventurent. L'acceptation par les femmes de leurs responsabilités traditionnelles d'épouse et de mère reste omniprésente dans leur propos si bien qu'on note rarement la remise en cause par ces dernières de la division des

¹ le temps parental regroupe toutes les activités que les parents effectuent avec et pour leurs enfants. Il s'agit notamment du temps passé pour donner le bain aux enfants, les habiller, leur donner le repas, les bercer, jouer avec eux, causer avec eux, les conduire à la crèche ou à l'école, les conduire et les assister dans leurs activités de loisirs, etc.

tâches au sein du ménage. Les propos recueillis auprès des soignantes interviewées confortent cette idée :

«(...)Tout ce qui concerne les soins de mon mari, c'est moi-même qui le fais. Je suis là pour ça. Avant de partir pour le service, même si je ne fais pas tous les travaux concernant les soins à donner aux enfants, je m'efforce pour assurer les tâches qui relèvent des soins à donner à mon mari. Moi-même je balaie sa chambre, je lave ses sanitaires, je lui fais le lit et avant de partir, je ferme la porte de sa chambre pour éviter que les enfants y aillent jouer et la salir. Je fais le maximum pour être une bonne épouse» (Reina, Assistante Médicale, 41 ans, 3 enfants)

«Vous savez ce n'est pas évident d'être épouse et fonctionnaire. Il y a des jours tu craques. Vous voyez, quand je rentre à la maison, je ne m'assoie pas. Je veux voir si tout est prêt, tout est propre, tout est là, c'est à moi, c'est mon rôle. Donc, si j'arrive, je vais dans la cuisine, je ne laisse pas totalement le soin de ma maison à la domestique, je m'implique. Je vais voir si la cuisine est sale. Pourquoi ça n'a pas été nettoyé, les chambres par ci, les douches par là. Souvent, lorsque je reviens du service, je suis tellement épuisée, mais ce n'est pas une raison pour ne pas m'occuper des tâches domestiques. » (Honorine, Médecin Gynécologue, 42 ans, 3 enfants)

Nous convenons alors avec Badini-Kinda (2010) qu'il y a une certaine "intérieurisation des normes sociales" par les individus homme comme femme qui prendrait naissance dans la socialisation depuis l'enfance et qui conduit les femmes elles-mêmes à légitimer le rôle traditionnel qui leur a été attribué.

Toutefois, l'on note qu'à Lomé, dans les couples qui vivent seules dans le ménage sans la présence d'un adulte de plus de 18 ans, les hommes ont une probabilité trois fois plus grande de contribuer à la préparation des repas (Kpadonou et al., 2017). Ce constat montre que dès qu'il y a la présence d'une personne susceptible de critiquer la participation de l'homme aux tâches domestiques, ce dernier se résigne de le faire ou le fait en secret. Ainsi, la peur d'être la risée des voisins pousse certains hommes à refuser de participer aux travaux domestiques. En effet, dès qu'une tierce personne observe l'homme en train de préparer les repas ou de balayer la cour, l'information va se diffuser encore plus loin dans le tissu social, portée par la force du commérage. Les ragots remplissent une fonction sociale importante dans les réseaux de relations (Rossier, 2006). Les ragots incitent les membres de la société à se conformer aux règles et normes de la vie sociale. Les commérages sont une forme de contrôle social. Ainsi, les membres d'un groupe évitent d'adopter des comportements qui pourraient donner lieu à des ragots. Inversement, en commentant négativement les transgressions des autres, ils envoient des messages efficaces sur ce qui se fait ou ne se fait pas dans le groupe. Les commérages sont plus fréquents dans les groupes à forte densité relationnelle, c'est à dire dans des communautés où les occasions de rencontre et de partage sont nombreuses, et où les membres se connaissent depuis longtemps. Donc, dès qu'il y a un parent de l'homme dans le ménage, comme par exemple une belle mère ou une belle sœur, les femmes soignantes réduisent elle-même la participation de leurs conjoints aux tâches domestiques. En témoignent les propos ci- après:

«(...)Mon mari m'aide dans les travaux domestiques, mais tout ce qu'il fait, c'est dans la chambre qu'il le fait puisque nous vivons dans la maison familiale. Par exemple le matin, il balaie les chambres et nettoie les meubles. Et ça, personne ne le voit. Toutes les tâches qui se font au dehors, comme balayer la cour, laver les assiettes, écraser les condiments, etc. je le fais avant d'aller au service. Je ne peux pas laisser mon mari balayer la maison comme ça devant sa maman. Je risque de m'attirer des ennuis (...)» (Jacqueline, Sage-Femme, 39 ans, 2 enfants)

«Pour les travaux de maison, je remercie mon mari, parce que c'est quelqu'un de bon, là où nous avons logé avant de déménager, les gens parlaient de nous. Souvent les voisins disent que j'ai envouté mon mari. Par exemple, si je suis de garde, il lave tous nos habits (pour lui-même, pour moi

et pour notre fille). Dès mon retour de service, il récupère mes blouses et les lave. Mais, depuis que ma belle-mère est venue passer quelques temps avec nous, moi-même je lui ai demandé d'arrêter de le faire pour éviter tout problème. Lorsqu'on cause entre collègue au bureau, certains collègues se plaignent de leur belle-mère parce qu'elle est très regardant par rapport à la relation entre elle et leur fils. Donc, lorsqu'elle est arrivée chez nous, j'ai discuté avec mon mari pour qu'il arrête de laver mes habits. Il n'était pas d'accord avec moi au début mais par la suite, à force d'insister il m'a dit qu'il a compris et a dit que tel qu'il connaît sa mère, elle va aller raconter au village que son fils a été envouté. Toutefois, il continue de laver lui-même son linge sale et celui de notre fille.» (Aurélié, Sage-Femme, 32 ans, 1 enfant)

Si certains maris contribuent aux tâches domestiques de façon permanente, d'autres par contre le font de façon ponctuelle, surtout en cas de maladie ou de grossesse de leur femme. Dès que la santé de cette dernière s'améliore, il se soustrait des travaux domestiques. Les normes culturelles ont confiné les hommes et femmes dans leur rôle respectif. Les femmes et les hommes sont d'accords que les tâches domestiques sont des tâches féminines et l'exercer par un homme est considéré comme une transgression dans certaines sociétés. La participation des hommes aux tâches domestiques se révèle faible à Lomé et donc les femmes soignantes sont obligées de faire des journées marathons pour pouvoir gérer leur vie familiale et professionnelle. Pour y parvenir, elles utilisent des appareils robots ménagers mais font plus recours aux domestiques même si cette main d'œuvre devient de plus en plus rare à Lomé.

5. - Les facteurs institutionnels : causes des difficultés de conciliation travail- famille?

L'organisation du travail au sein des institutions hospitalières met en œuvre une panoplie de spécialistes et de personnel de soins, lesquels travaillent selon des horaires bien déterminées afin que des soins adéquats puissent être prodigués aux malades. Pour assurer que ces soins soient donnés adéquatement, le secteur de la santé dispose en son sein d'un certain nombre de règles de fonctionnement. Il s'agit notamment de la ponctualité au service, la passation de service entre équipe de relais et celle en partance, la présence obligatoire et à l'heure au "Staff", l'élaboration des dossiers d'entrée et de sortie de chaque patient, le remplissage des registres d'administration de soins, l'établissement des carnets de santé des patients, la disponibilité pour les gardes et les urgences, les affectations géographiques, etc.

Le respect de l'heure de la prise de service pour la passation de service et la présence au staff sont des exigences spécifiques liées à la fonction médicale. Les soignants interviewés n'ont pas manqué de le souligner :

« (...) le relais c'est au plus tard 7 h 30 au plus tard 08h, après ça nous allons au staff, qui finit à 09h, 09h 30. Il faut finaliser certaines déclarations. Il faut remplir les registres en y insérant les informations manquantes. Après, il faut faire la passation de service en respectant les règles, c'est-à-dire prendre au cas par cas ou lit par lit en expliquant à l'équipe de relais le traitement offert et ce qui reste à faire pour traiter chaque malade.» (Sonia, Sage-Femme, 35 ans, 4 enfants)

« La passation de service est obligatoire. Moi je suis instrumentiste et aide chirurgien. On travaille avec des matériels. Je ne peux pas partir sans passer le service. Parce que l'équipe de relais doit savoir si tout le matériel de travail fonctionne bien ou non. Si je manque à ce devoir, je peux contribuer au décès d'un malade parce que si c'est en pleine intervention chirurgicale que l'on constate que tel matériel ne fonctionne pas, imaginer la suite. C'est pour cela que c'est important de faire le passage de service. » (Jean, 45 ans, Assistant Médical Instrumentiste, 3 enfants)

Bien que ces exigences soient capitales pour le bon fonctionnement des services médicaux, on constate quelques fois des absences et des retards de la part du personnel soignant. Ces rigidités organisationnelles, obligent les femmes travaillant dans le secteur public médical et paramédical à être constamment à la recherche de l'équilibre entre la vie professionnelle et leur

vie familiale puisque le temps consacré au travail professionnel peut déborder sur le reste du temps prévu pour faire d'autres activités. Les horaires de travail présentent des enjeux importants pour les femmes exerçant dans le domaine médical et paramédical au Togo. Les exigences liées au corps médical obligent les prestataires de soins à être sur place pour répondre à la demande (fournir des prestations pour divers services) de jour comme de nuits. Les extraits des entretiens réalisés avec quelques soignants en disent davantage:

« Dans notre contexte ici, honnêtement, il arrive que si tu es de journée et que tu dois partir à 17 heures, il se pourrait que malheureusement tu fasses 2 heures ou 3 heures de plus. Je m'explique ! A 16 heures, on peut amener une femme qui a fait une rupture. Est-ce que tu peux délaissier cette femme pour partir? Voilà, on revient au stress, ou bien à l'usure psychologique. Tu avais prévu partir à 17 heures 30 mn et arriver vite à la maison à 18 heures. Ton mari ou ta femme sait que ce jour tu vas revenir à la maison au plus tard à 18 heures. Mais à cause de cette urgence, tu es obligé de te plier aux règles du service. Maintenant, lorsque vous allez commencer l'intervention, sachant à peu près combien de temps cela peut vous prendre, tu te dis qu'au plus tard à 19 heures vous pourrez finir et tu vas rentrer. Mais, au cours de l'intervention prévue pour 30 min, vous pouvez faire 2 heures, 3 heures. Est-ce que vous voyez ? [...] Ton collègue qui devrait te relayer est arrivé, peut-être à 17 heures 30, tu ne peux pas te recharger et lui dire de venir te remplacer dans la salle d'opération. Dès que l'intervention a commencé, il faut la terminer. » (Jean, Assistant Médical Instrumentiste, 45 ans, 3 enfants)

Outre ces exigences, il ressort de l'analyse du corpus de données que, les jours de fêtes et les jours fériés sont également des jours de travail dans le secteur public médical. L'absence d'une mère de famille pendant les jours de fêtes de la maison et les jours fériés constitue un réel problème dans les familles. Pour la soignante, elle doit pouvoir s'organiser pour préparer des mets qui seront réchauffés lors du déjeuner ce qui entraînera pour une fatigue physique avant même qu'elle n'assume ses tâches dans la sphère professionnelle, pour le mari, il lui faut faire des sacrifices pour jouer à la fois le rôle du père et celui de la mère. Ceci parce que ce n'est pas de son habitude de le faire. Pour les enfants, le sentiment de ne pas avoir sa maman pendant les jours de fêtes ou des jours fériés avec les conséquences que cela peut entraîner dans leur vie future. Les agents de santé interviewés n'ont pas manqué de le souligner:

« Quand on est agent de santé, il faut se mettre à l'idée qu'on doit faire des gardes et ses gardes peuvent tomber sur les jours fériés et les jours de fête. Lorsque les gens fêtent, toi tu es au boulot. Donc si tu es agent de santé et que tes gardes tombent sur des jours de fête, tu dois laisser ton mari et tes enfants pour aller t'occuper des malades à la formation sanitaire, je vous dit que c'est la plus pénible des exigences du secteur médical. Bon ! La vie est un choix. Pour exercer un métier, il faut bien se renseigner avant de s'engager » (Rolland, Médecin Interniste, 38 ans, 2 enfants)

« Dans le secteur médical, le 25 décembre et 1^{er} janvier sont des jours de travail comme tous les autres jours et, tu peux être de service. Depuis 2003 jusqu'à 2015, je n'ai plus fêté en famille, parce que j'étais toujours de service. Si c'est ton tour, tu ne peux rien faire. Tu es obligé de répondre à ton devoir de soignant. Des fois, le mari aussi n'est pas content mais il gère. Les enfants aussi te demandent "oh" maman tu vas encore au service aujourd'hui ? » (Naomi, Sage-Femme, 39 ans, 2 enfants)

Le domaine hospitalier est un monde fait d'imprévus, de sorte qu'il faut souvent dépasser les heures normales de travail pour répondre aux cas d'urgences où la vie d'une personne est déterminée par un choix tranché et une célérité dans les protocoles à respecter. Ce qui nécessite une main d'œuvre abondante et qualifiée. Ainsi, la présence en nombre suffisant du personnel soignant dans les formations sanitaires est une condition sine qua non pour une meilleure prise en charge des patients. Au Togo, selon les statistiques sanitaires l'offre en personnel soignant

en nettement inférieur aux normes de l'OMS. En 2006 on comptait : 1 médecin pour 20 438 habitants (normes OMS 1/10 000 habitants), 1 Infirmier Diplômé d'Etat pour 7 708 habitants (normes OMS 1/4 000 habitants) et 1 Sage-Femme pour 15451 habitants (normes OMS 1/4 000 habitants).

L'analyse des données recueillies auprès des prestataires de soins interviewés indique clairement une insuffisance du personnel de soins des formations sanitaires ciblées dans le cadre de cette recherche. Cette insuffisance de personnel entraîne une surcharge de travail pour le personnel présent. Cela se remarque notamment à travers les témoignages ci-dessous :

« Il y a un manque crucial de personnel dans notre formation sanitaire. Par exemple je gère seul 4 pavillons. Or, de part le passé, il y avait cinq médecins pour ces 4 pavillons. Donc, la charge de travail telle qu'elle se présente aujourd'hui au personnel soignant est vraiment lourde. » (Rolland, Médecin Interniste, 38 ans, 2 enfants)

« Actuellement, nous faisons dix heures de temps de travail par jour. On fait les gardes, on est là les weekends. Et les heures supplémentaires ne sont pas payées. Le travail de weekend n'est pas payé. Nous faisons 262 heures de travail par mois alors normalement dans la fonction publique c'est 160 heures. » (Madeleine, Assistante Médicale Instrumentiste, 43 ans, 2 enfants)

Le témoignage suivant d'une aide chirurgienne mère de trois enfants, qui décrit sa charge de travail, exprime aussi les conditions de travail très difficiles de beaucoup de personnels soignants.

« Dans notre service, la charge du travail est lourde à cause du manque de personnel. Je suis instrumentiste, c'est-à-dire j'aide le chirurgien dans la réalisation des opérations. (...) Je déplace la somme vésicale, je fais la table opératoire, je m'habille et puis après l'anesthésie, on appelle le chirurgien qui vient faire l'opération. Une fois l'opération terminée, je fais l'entretien du matériel. Je lave et je stérilise tout le matériel pour une prochaine opération. Il arrive que nous fassions 10 à 15 opérations par jour et dans le seul bloc opératoire. (...) Par ailleurs, il y a également les comptes rendus à faire. Et, c'est moi toujours qui doit le faire (...). Malgré tout ce travail que nous faisons, on nous demande de faire le compte rendu de l'opération dans le carnet de santé des patients opérés. Bien que nous ayons lutté pour nous libérer de cette tâche, c'est encore nous qui le faisons actuellement. C'est compliqué! » (Gloria, Sage-Femme Instrumentiste, 39 ans, 3 enfants)

Cette insuffisance de personnel fait que lors du départ en congé de maternité de certaines femmes, le travail pèse sur le reste des membres de l'équipe. Comme l'attestent les propos ci-après cette situation a des implications sur la santé du personnel soignant :

« Vous avez un nombre de personnel donné et, parmi eux, voilà, un ou deux qui à cause de leur projet de maternité ou bien de paternité devront s'absenter. (...) Dans notre formation sanitaire, on vous demande de répartir les charges entre vous. Bien que vous soyez en nombre réduit, on vous demande de fournir le même rendement. Cette manière de procéder alourdit les tâches pour le personnel actif. Or en fournissant plus d'efforts certains vont finir par tomber malade et les frais de traitement ne sont même pas pris en compte par la formation sanitaire. C'est très embêtant ! » (Bernardin, Assistant Médical, 42 ans, 1 enfant)

« Nos collègues femmes, quand elles accouchent, elles restent longtemps à la maison et font au moins 2 mois et demie avant de reprendre et même si elles reprennent, elles ont une heure d'allaitement par jour jusqu'à 6 mois. Ceci perturbe le service. Nous sommes déjà en personnel réduits et si de tels cas surviennent, la charge du travail augmente plus, et ce calvaire est vécu pendant au moins 3 à 6 mois ». (Koffi, Médecin Interniste, 42 ans, 4 enfants)

Parfois, l'insuffisance de personnel soignant, entraîne une reprise rapide du service par les femmes, les empêchant de bénéficier pleinement de leurs jours de repos ou de leurs congés de

maternité. Certaines soignantes, bien qu'elles aient accouché dans des conditions difficiles de santé ne sont pas épargnées. C'est ce qu'indiquent les propos suivants :

« Parfois, tu es sollicité pendant ton jour de repos. Par exemple, s'il y a une urgence et que le personnel présent au service le jour est insuffisant, on t'appelle même si tu n'es pas de garde. Lorsqu'on t'appelle brusquement comme ça, et on te demande de venir aider à sauver une vie, tu ne peux pas refuser d'y aller. Si tu étais en train de faire quelque chose, quel que soit son importance, tu t'en débarrasses rapidement pour rejoindre le service. Nous sommes tous conscients que le nombre de médecin est insuffisant. Ce qui fait que le travail de 10 personnes, c'est une personne qui le fait. Donc, en tant qu'« aides chirurgiens », il nous a été demandé d'assister les chirurgiens de tous les services qui font des opérations notamment la traumatologie, la gynécologie, la neurochirurgie, etc. Or, il devrait y avoir un instrumentiste spécialisé pour chaque service qui recourt aux opérations chirurgicales dans le traitement des patients. Mais comme il y a une insuffisance de personnel, c'est nous qui assistons tous les chirurgiens quel que soit leurs domaines(...). Donc ce n'est pas du tout facile pour nous. Quand tu reviens du boulot, comment encore s'occuper de tes enfants et dans tout cela on te prive de ton repos pour des urgences, vraiment ...[hochement de tête] ce n'est pas facile. On bosse trop! » (Reina, Assistante Médicale Instrumentiste, 35 ans, 2 enfants)

« En fait, c'était mon droit de rester auprès de mon enfant jusqu'à six mois. Mais, à cause de l'insuffisance du personnel, ils m'avaient supplié, du fait qu'il y a manque de personnel, de revenir. Mon enfant avait moins de 2 mois lorsque j'ai repris le boulot. Mon mari était affecté sur Sotouboua, donc j'étais restée seule avec une cousine de 15 ans qui me gardait le bébé. Les matins si je suis de journée on allait ensemble à l'hôpital. Il y avait une salle prévue pour la Planification Familiale que j'utilisais comme salle de garde. Ma cousine et le bébé restaient dans la salle et lorsque l'enfant pleurait, elle me faisait signe pour que je vienne l'allaiter. La nuit si je suis de garde, on prépare dans la journée et on se rend au centre ensemble. » (Mazalo, Sage-Femme Instrumentiste, 40 ans, 4 enfants)

Face aux exigences de la fonction médicale et à l'insuffisance de personnel, les femmes soignantes vivent une surcharge de travail. Elles sont fortement impliquées dans leur rôle professionnel, mais elles ne sont pas absentes de leur rôle d'épouse et de mère. Cette situation de travail leur absorbe du temps et de l'énergie et, par effet de vase communicant, leur rôle d'épouse et de mère est affecté. Elles vivent alors, un conflit en termes de temps et d'effort. Car face à l'insuffisance de personnel, la femme soignante est obligée de passer plus de temps au travail et de fournir assez d'effort dans l'exercice de son travail. Du coup, elles éprouvent plus de difficultés dans leurs efforts de concilier leur vie professionnelle et familiale. A ce problème d'insuffisance de personnel, s'ajoutent celle des infrastructures, des équipements et du matériel de soins.

Pour offrir un service de qualité à leurs usagers, les formations sanitaires doivent disposer d'infrastructures, d'équipements et de matériels de soins adéquats. L'insuffisance de ces éléments rend difficile l'offre de service. Les soignants sont obligés de fournir plus d'efforts physiques dans l'exercice de leur fonction. Les informations recueillies lors des interviews confortent cette idée :

« (...) Le seul bloc que dispose cet hôpital date de 1988. Cela fait plus de 20 ans mais c'est toujours le seul bloc opératoire. Ce n'est pas possible ! Je pense que s'il y avait plusieurs blocs, on pouvait nous envoyer un nombre suffisant de personnel et de matériels, vu le travail que nous abattons ici. Chez nous ici, on opère plus de 10 personnes par jour, ce qui n'est pas en réalité normal. » (Jean, Assistant Médical Instrumentiste, 45 ans, 3 enfants)

En effet, la disponibilité des infrastructures et leur nombre suffisant dans une formation sanitaire constituent un des éléments qui permettent d'assurer la qualité des services offerts. Or, il a été noté que les services manquent d'équipements et de matériels comme l'attestent les propos suivants :

« Cela fait déjà deux mois que je demande le savon. Tu es obligé de sortir pour aller dire au parent du patient de te donner du savon. Donc, c'est avec le détergent « Omo » qu'il faut laver les mains pour opérer le patient. Il n'y a pas d'antiseptique. On n'a ni savon, ni eau de javel pour laver et nettoyer le matériel. C'est les opérations que nous réalisons au bloc et on ne peut pas éviter le sang. C'est pourquoi, il faut nettoyer le bloc opératoire avec des antiseptiques pouvant enlever les odeurs et permettant d'éviter les contaminations, mais cela fait deux jours que nous manquons de ces matériaux. S'il faut travailler dans ces conditions, et s'énerver à cause du manque de matériel, nous risquons de mourir par AVC un jour » (Madeleine, Assistante Médicale Instrumentiste, 43 ans, 2 enfants)

« Des fois, on ne trouve même pas de matériel pour travailler. Les femmes meurent à cause du matériel. Je vous dis que, parfois, nous rentrons sans manger. Et, le matin quand tu te réveilles, tu te demandes ce que tu vas vivre aujourd'hui au travail. Parce que les conditions ne sont pas réunies. Or, nous sommes des femmes, nous avons nos problèmes à la maison et lorsque nous venons au travail c'est pour rencontrer d'autres problèmes. Pendant les gardes, il y a des gens qui viennent parce qu'ils ont été référés. Si, au moins ils viennent dans la journée, ils pourront bénéficier de l'expertise de plusieurs médecins. Mais, la nuit l'équipe est restreinte avec un plateau technique faible et donc tu fais de ton mieux mais certaines meurent, tous ceci accroît nos difficultés de gérer le travail et la famille. Parce qu'avec les décès, toi-même tu es affecté au point que tu peux être dégoûté de la vie et ne plus vaquer à tes occupations familiales » (Naomi, Sage-Femme, 39 ans, 2 enfants)

Ces insuffisances institutionnelles relevées par les soignants interviewés contribuent aux difficultés que rencontrent le personnel soignant dans son effort d'offrir des services de qualité aux patients. En effet, qu'il soit médical ou paramédical, le soin est assuré grâce à des matériels, des dispositifs technologiques et une organisation pragmatique de l'espace, censés faciliter la réalisation de l'acte médical. L'absence ou l'inadéquation du matériel influent négativement sur le moral et le physique des soignants. Ils sont obligés de faire des efforts intellectuels et physiques pour répondre à leurs obligations professionnelles. Cette situation semble beaucoup plus complexe pour les femmes soignantes qui se voient confiés la majorité des tâches dans la sphère familiale. En effet, l'exécution des tâches médicales nécessite de l'énergie physique et mentale et du temps, donc par effet de vase communicant, le rôle d'épouse et de mère sont affectés.

6. - Catégorie de soignants et conciliation travail-famille

Le traitement dont bénéficie un patient dans les formations sanitaires est le fruit des tâches réalisées par une équipe médicale et une équipe soignante. L'équipe soignante exécute les actes médicaux par délégation, sous le contrôle et la responsabilité d'une autorité médicale. En effet, une typologie de l'ensemble des tâches effectuées par le personnel hospitalier montre que l'acte médical est partagé aussi bien par le médecin, les soignants, les gardes-malades, que par les professeurs et les techniciens. Dans le contexte togolais, les médecins généralistes ou spécialistes et les Assistants médicaux font partie de l'équipe médicale tandis que les infirmiers, les sages-femmes et les gardes malades font partie de l'équipe soignante. La fonction de l'équipe soignante relève aussi bien d'une situation de subordination par rapport au médecin, en ce qu'elle exécute les prescriptions de l'équipe soignante, que d'une profession spécifique définie par un corpus de tâches exécutées et transmises à l'intérieur de la profession. Dès lors que les tâches réalisées dans le traitement du malade est fonction de l'appartenance soit à l'équipe de médicale ou à l'équipe soignante, il ressort de l'analyse des données que le niveau de conflit travail-famille est déterminé par l'appartenance professionnelle au sein du secteur public médical et paramédical. Ainsi, les soignants interviewés ont tous reconnus qu'ils vivent plus de difficultés en menant de front vie professionnelle et familiale que l'équipe médicale. Les propos suivants en disent davantage :

« La charge du travail augmente lorsqu'on va de la base de la pyramide au sommet. Par exemple le personnel paramédical qui sont à la base, ont plus de charge de travail que les infirmiers, les infirmiers ont plus de charges que les médecins (la charge horaire), les médecins ont plus de charge que les professeurs. Plus on monte en grade, plus les charges horaires diminuent et par conséquent, les difficultés ne sont pas les mêmes. Par exemple, lors de la garde, le médecin peut venir faire la visite des malades et repartir alors que la garde-malade et l'infirmière est tenues d'être là. Donc, un médecin qui est nourrice, peut venir voir les malades, faire sa visite et peut retourner voir son enfant, ce qui n'est pas le cas pour la garde malade. » (Rolland, Médecin Interniste, 38 ans, 2 enfants)

« Les infirmiers ont plus de charge de travail que les médecins qui sont dans la conception. Les infirmiers et les aides, pour un acte chirurgicale, c'est eux qui préparent la salle, et après ils doivent nettoyer et ranger le matériel. Le médecin est responsable pour tout acte posé et les autres exécutent. C'est normal que ceux qui exécutent se fatiguent plus ». (Frédéric, Médecin Ophtamologue, 37 ans, 3 enfants)

À la lecture de ces extraits d'entretiens, il apparaît clairement que les difficultés de conciliation travail-famille sont plus ressenties par l'équipe soignante que par l'équipe médicale. Toutefois, il faut noter que ces difficultés sont liées à la charge de travail au niveau professionnel. En s'inspirant de la théorie du conflit de rôle, on note que la surcharge de travail telle que vécue par les femmes soignantes leur absorbe du temps et de l'énergie et, par effet de vase communicant, leur rôle d'épouse et de mère est affecté. Elles vivent alors, un conflit en termes de temps et d'effort. Car face à l'insuffisance de personnel, la femme soignante est obligée de passer plus de temps au travail et de fournir assez d'effort dans l'exercice de son travail. Du coup, elles éprouvent plus de difficultés dans leurs efforts de concilier leur vie professionnelle et familiale.

7. - Conciliation travail-famille : quels défis pour les femmes soignantes du secteur public de la santé au Togo ?

La présence accrue des femmes sur le marché de l'emploi, ne s'est pas opérée sans contrainte. En effet, du fait de leur rôle d'épouse et de mère, les femmes salariées du secteur public en l'occurrence celles du secteur médical vivent un conflit emploi-famille. Comment réussir sa carrière professionnelle sans faillir à son rôle de mère et d'épouse ? Telle est l'équation que les femmes soignantes du secteur public médical et paramédical essaient de résoudre au quotidien. Sur le plan professionnel, elles se doivent de relever essentiellement le défi de bien faire leur travail de soignant tandis que sur le plan familial plusieurs défis sont à relever, notamment les défis liés à la garde des enfants, au maintenir son statut d'épouse à la délégation des travaux domestiques, etc.

L'organisation opérationnelle de tout service sanitaire a pour but de mettre les soins de santé de qualité à la disposition de la population en général et des patients en particulier. Les services de santé doivent fonctionner de manière à répondre à la demande et aux besoins en soins de la population. Pour y parvenir, les services de santé ont besoin de personnel soignant capable de prendre convenablement en charge les pathologies des patients à travers un bon diagnostic, un bon traitement et une bonne éducation sanitaire. De ce fait, les femmes soignantes doivent bien exercer leur fonction et permettre aux services de santé d'atteindre leur objectif. Ainsi, elles ont pour défis d'être à l'heure au travail, d'assumer leurs charges professionnelles avec efficacité et de surmonter la mauvaise organisation du travail. Être à l'heure au service est un défi auquel sont confrontés au quotidien la femme du secteur médical et paramédical. En effet, étant donné que la division sexuelle du travail persiste au sein de la plupart des ménages à Lomé, la femme se voit d'exercer la majorité des tâches domestiques. Ainsi, elle est obligée de se lever tôt

pour vaquer à ses occupations en tant que mère de famille et d'épouse avant de se rendre au service. De ce fait, elle arrive des fois en retard et très fatiguée au boulot. Cette situation est déplorée par leurs collègues de sexe masculin qui trouvent que les femmes en font trop.

« Il y a des collègues qui viennent chaque fois en retard. Elles te disent qu'elles sont des nourrices. Et, tu ne peux pas te plaindre parce qu'un jour toi aussi tu auras un bébé. Dès qu'elles viennent en retard, elles te disent que toi-même tu connais la raison de leur retard, c'est le bébé. Et, tous les jours c'est comme cela. C'est elles qui partent tôt et c'est elles qui viennent en retard » (Jean, Assistant Médical Instrumentiste, 45 ans, 3 enfants)

« Les femmes nourrices s'arrangent toujours à être en retard. Bien que ce soit contre les règles de fonctionnement de la formation sanitaire, elles arrivent tard à 9h et elles partent tôt, dès fois, avant 11 heures. » (Koffi, Médecin Interniste, 42 ans, 4 enfants)

Bien que diplômé dans le secteur de la santé, le soignant n'est pas le tout-puissant agent de procédures parfaitement codifiées s'appliquant à une machine soumise et parfaitement malléable. Il peut faire des erreurs ou être limité face à un nouveau cas. En outre, l'attitude de certains patients (par exemple en salle d'accouchement) peut conduire aux erreurs médicales. Dans ce genre de situation, le soignant doit reconnaître ses erreurs et ses limites et accepter de référer le patient à temps :

« Le métier de sage femme , c'est deux vie en main, la vie d'une mère et la vie de son bébé, et le bébé là, c'est l'espoir de toute la famille, celui que tout le monde attend accueillir, donc la sage femme est celle là qui doit donner le sourire dans des heures qui suivent une grossesse de 9 mois à la famille et dire que oui tout s'est bien passé, et gare à toi si tu sors pour donner une mauvaise nouvelle, que non le bébé ne vit pas, même simple référence, tu vas dire que non, ça ne marche pas, tu vas référer là, c'est difficile, c'est très difficile. (...) on se bat avec ce qu'on nous a appris, (...) , mais quand ça ne va pas, on réfère et surtout il faut référer à temps. » (Reine, Sage-Femme, 35 ans, 3 enfants).

« Lorsque la vie est en danger, tu es obligé de faire des sacrifices. Par exemple, lorsqu'une femme vient pour accoucher, ta seule préoccupation c'est de faire pour qu'elle sorte de l'hôpital avec son enfant vivant. Si jamais quelque chose de grave lui arrive tu seras responsable de tes actes et tu dois fournir un rapport. (Yvette, Sage-Femme, 45 ans, 4 enfants)

La plupart des soignantes interviewées dans le cadre de la recherche ont relevé le faible soutien de leur chef hiérarchique ou de leurs collègues comme l'une des difficultés auxquelles elles font face dans l'exercice de leur fonction. En effet lorsque les femmes se retrouvent dans des situations où elles ont un enfant ou leur conjoint est malade, elles vivent difficilement la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Ces situations sont parfois mal perçues par le Responsable du service ou des collègues :

«Un jour, j'avais eu un problème, l'enfant était malade quand même, et je n'avais personne à la maison, j'étais obligée de m'occuper de lui. Je lui ai donné des produits et je dois attendre que ça puisse travailler avant de voir. Bon, j'ai appelé la surveillante, je lui ai dit que mon enfant est malade, que peut-être que je viendrai en retard ou bien je ne viendrai pas. Le lendemain, quand j'étais venue, on m'a demandé une lettre d'explication. Moi, je l'ai écrit. J'ai écrit. Quel qu'en soit le cas, je suis une femme mariée avec des enfants donc j'ai le droit de m'absenter si mes enfants sont malades. Moi, j'ai bien écrit ça dans la lettre d'explication» (Reine, Sage-Femme, 35 ans, 3 enfants).

« Hum, parce que le travail aussi, dès fois tu es au service on t'appelle que ton enfant a de la fièvre quand tu demandes la permission à ton supérieur ou dès fois quand tu pars, on parle de toi. Tout ça, ce n'est pas facile c'est souvent des moments de pleure pour moi » (Claudia, Infirmière, 41 ans, 3 enfants)

Par ailleurs, la garde des enfants, surtout ceux en âge préscolaire et scolaire et leur éducation, constitue un élément important qui influence de manière significative la participation effective des femmes sur le marché du travail. L'activité professionnelle des femmes impacte l'éducation des enfants préscolaire et scolaire. Ceci, du fait des exigences de l'emploi salarié et de la quasi absence des structures d'appui et d'assistance publique à la petite enfance. En effet, dans le contexte togolais, en dehors des écoles maternelles, les autres structures sont rares ou insuffisantes et à un coût très élevé, obligeant ainsi la femme à jouer ce rôle malgré ses obligations professionnelles. Les contraintes rencontrées par les femmes soignantes du secteur public médical et paramédical dans cette tâche ont été recensées lors de la collecte de données :

« Nous les femmes fonctionnaires, nous souffrons du problème de garde de nos enfants. Qui va s'occuper de nos enfants ? Qui sera là pour les surveiller ? C'est vraiment très difficile ». (Honorine, Médecin Gynécologue, 42 ans, 3 enfants)

« Lorsque je suis de garde pour 24h, j'éprouve assez de difficultés. Déjà à 6 heures, je dois partir de la maison pour ne revenir que le lendemain vers 11 h ou midi. C'est pénible de laisser la petite à la maison sans savoir ce qui se passe derrière moi. Pour avoir ma tête sur les épaules pendant les 24h de garde j'appelle souvent pour voir comment cela se passe à la maison. Je peux appeler trois (3) ou quatre (4) fois dans la journée et dans la nuit aussi pour savoir comment cela se passe, est-ce qu'ils ont un besoin particulier, est-ce que la petite a bien mangé ? Est-ce qu'elle dort bien ? » (Kafui, Médecin Gynécologue, 35 ans, 1 enfant)

Hormis la garde des enfants, les soignantes sont confronté au défi du maintien du statut de la bonne épouse. Etant donné que les normes sociales valorisent ce statut au Togo, les femmes en se conformant à ces règles sociales s'organisent pour assurer leur rôle d'épouse en cuisinant des mets pour leur mari car «bien nourrir son mari» fait partie des prérogatives d'une bonne épouse. Toutefois la majorité des soignantes, bien qu'elles se battent pour relever se défis, elles se voient confronté au phénomène de maitresse ou à la polygamie:

« Lorsque j'étais à Tchamba, je prenais trop du temps pour mon travail par rapport à ma famille. En effet, j'étais trop sollicitée. Dès fois, la nuit même les gens viennent te réveiller et tu repars encore. Dès fois, tu es en train de préparer le repas et ton téléphone sonne. Il arrive que je ne prépare pas certains soirs à cause des sollicitations pour les urgences. Tu es obligée de faire rapidement et de partir. Après quelques temps, mon mari m'a appelé pour me dire de revoir mon comportement sinon il mourra sans que je ne sache vraiment. Suite à notre discussion, il a appelé mon papa pour lui relater les faits. Sur les conseils de mon papa, je m'organise pour lui préparer à manger avant de me rendre au centre de santé » (Odette, Assistante Médicale, 33 ans, 3 enfants)

« Beaucoup de nos collègues ont perdu leur mari comme cela. En fait, l'homme en se mariant s'attend à trouver son repas tout prêt et un couvert bien dressé. Dès lors que sa femme est du corps médical, il vit une autre réalité. Peut-être qu'il revient avant sa femme. Et, c'est après un bon bout de temps que la femme revient, se met à courir pour pouvoir préparer le dîner. Si le mari n'est pas patient, il insulte la femme alors qu'elle est stressée et fatiguée. Il faut que la femme soit forte pour accepter de vivre une situation pareille. Car, ce qui se passe souvent dans ces cas, c'est que le mari découche ou prend une seconde épouse à l'insu de la première. Si elle découvre la vérité, et n'es pas d'accord, elle pourra quitter le foyer conjugal. Certains hommes se plaignent jusqu'à amener le problème dans la famille de la femme pour dire qu'il ne mange pas ou soit qu'il mange tard. Mon mari, au début de ma carrière avait commencé par adopter ce comportement. J'ai fait appel à mon frère qui a discuté avec lui sur ce sujet. Suite à leur discussion, il a cessé de me gronder si je reviens tard à la maison. Après, il a compris que cela ne sert à rien plutôt cela stresse plus la femme. » (Mazalo, Sage-Femme Instrumentiste, 40 ans, 4 enfants)

En outre, les rapports intimes sont d'une importance capitale dans les couples au Togo. Ainsi, le refus d'une femme de remplir son devoir conjugal peut être considéré comme un souhait de divorce ou une violence à l'égard de ce dernier. Les rapports intimes sont alors considérés

comme le socle de la relation entre conjoints. Il ressort des entretiens réalisés que certaines femmes soignantes, parce qu'elles sont épuisées par les tâches médicales, refusent de satisfaire leurs conjoints :

« Lorsque je reviens du service, je suis souvent fatiguée. Or, il faut t'occuper du mari, il faut t'occuper de l'enfant. Dès fois, tu es fatiguée au point que si mon mari exprime le désir d'avoir des relations intimes avec moi, je refuse et, c'était des points de discorde entre nous. Cette situation était pour moi, une difficulté majeure. Bien que tu sois fatiguée, il insiste toujours pour coucher avec toi. » (Yvette, Sage-Femme, 45 ans, 4 enfants)

Ainsi, malgré les difficultés liées à l'exercice du métier médical et aux contraintes maritales, les femmes soignantes interviewées optent pour le maintien de leur statut d'épouse. Elles se doivent de relever le défi de la bonne épouse.

L'instabilité des «aides familiales» a été également relevée comme défis par les soignantes interviewées. En effet, les femmes soignantes pour mieux gérer leur vie professionnelle et familiale font souvent recours à des filles déshéritées âgées de 15 à 25 ans communément appelées «bonnes» et qui viennent des milieux ruraux pour exercer des tâches ménagères dans des familles autres que celles de leurs parents biologiques à la recherche du mieux-être. Selon les données recueillies, ces filles arrivent dans ces ménages par le biais des relations parentales, amicales et par des « démarcheurs ». Venant souvent de familles polygames avec plusieurs enfants, ces filles ne sont pas souvent scolarisées ou ont un niveau scolaire très bas et une insuffisance de connaissances relatives au savoir vivre. Ainsi, arrivées dans leurs ménages d'accueil, elles reçoivent alors une éducation leur permettant d'exercer les tâches domestiques qui leur seront confiées comme l'attestent les propos suivants:

«Les domestiques sont des filles qui ne comprennent pas grand-chose, quand tu ne les éduquent pas elles ne te seront pas utiles. Elles ne pourront pas de substituer dans l'exercice de certains travaux domestiques. C'est pourquoi, dès que je prends une domestique, je prends tout mon temps pour la former de manière qu'on puisse se comprendre. Je lui fais savoir mes principes. Actuellement celle qui est là, travaille bien. Mais, elle n'est pas trop ordonnée. C'est le seul problème, donc à chaque fois que je suis un peu disponible, je dois remettre de l'ordre dans les choses et en le faisant, je lui fais souvent des remarques, des remontrances, je lui dis ceci :mais écoute, une femme travaille bien en étant rangé, le plat est à la place du plat, le torchon à la place du torchon, la serpillère à la place de la serpillère donc on ne mélange pas les choses. Quand elle me voit le faire, elle commence par faire aussi, elle sait que je n'aime pas la saleté, j'aime beaucoup l'ordre et donc c'est sur cet ordre-là que les choses doivent être rangées.» (Brigitte, Médecin Gynécologue, 43 ans, 3 enfants)

Aujourd'hui, les domestiques sont difficiles à trouver à Lomé. Lorsqu'un ménage en trouve, il faut la former pendant des mois pour bien prendre en charge les tâches domestiques. Toutefois, bien que ces domestiques soient formées aux travaux auxquels elles sont recrutées, force est de constater qu'elles peuvent quitter leur maison d'accueil soit par leur propre décision ou de celle de leurs parents biologiques ou encore de celle de leur employeur suite à un refus de changement de comportement. Il n'est pas fréquent de trouver aujourd'hui des domestiques pour une longue période.

«J'ai engagé des domestiques, j'ai essayé cette stratégie pour voir si cela peut me soulager, mais j'avoue que ça n'a pas été facile. Pas du tout facile, les domestiques je vous dis que c'est trop difficile de les gérer. Si ce n'est pas le vol, c'est les violences vis-à-vis de tes enfants, ou bien c'est la palabre avec les voisins. Tu lui confies la nourriture pour le bébé, elle la mange sans se poser des questions. Tu laisses de l'argent sur la table au salon, elle le prend et dit qu'elle n'a touché à rien. Tout ceci crée un sentiment d'inquiétude. A la place de la quiétude, c'est plutôt l'inquiétude qui s'installe dans les esprits. Tu es obligée d'appeler la maison pour t'assurer que tout va bien. Au regard de tout ceci, j'ai décidé de continuer à souffrir que de me surcharger avec d'autres problèmes

liés à la présence de la domestique dans mon ménage» (Odette, 33 ans, Assistante Médicale, 3 enfants)

« Deux semaines avant l'accouchement je n'avais pas de bonne. Celle qui était là était partie. C'était une période très difficile pour moi. C'est pour cela même que je ne veux plus faire d'enfants. J'étais toute seule à gérer les trois enfants. Il fallait laver les aînés pour les envoyer à l'école, s'occuper de la benjamine, laver la maison, faire la cuisine, laver les carreaux. Ça a été vraiment très difficile. Nous les fonctionnaires on a le problème concernant la garde de nos enfants. Qui sera là pour les surveiller ? C'est vraiment très difficile. Avec l'instabilité des domestiques, tu ne sais pas à quoi t'en tenir. Aujourd'hui, tu t'appuis sur elle, demain, elle te laisse tomber comme ça, sans préavis. ». (Honorine, Médecin Gynécologue, 42 ans, 3 enfants)

Les femmes soignantes sont alors confrontées à ce phénomène d'instabilité de domestique. Cette situation perturbe leur organisation personnelle. Ainsi, malgré la surcharge de tâches et les difficultés que vivent certaines femmes soignantes pour mener de front vie professionnelle et familiale, elles préfèrent se passer des domestiques et se contenter de l'aide des parents.

Conclusion

La problématique de la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale est au cœur de ce travail de recherche, qui, tout aussi singulier qu'il puisse paraître, est focalisé sur la vie d'une catégorie particulière des femmes : les femmes soignantes du secteur public médical et paramédical au Togo. Les résultats rendent compte des facteurs qui justifient les difficultés que connaissent les femmes soignantes dans la gestion de leur vie familiale et professionnelle. Selon les données recueillies, on note que les difficultés que connaissent les femmes soignantes dans la gestion de leur vie familiale et professionnelle sont liées aux facteurs socio-culturels, institutionnels et personnels.

En ce qui concerne les facteurs socio-culturels, on note que dans le contexte togolais, les statuts d'épouse et de mère sont valorisés au point que toute femme aspire au mariage et au statut de mère. Pour preuve, 45 soignantes sur les 49 interviewées sont entrées dans leur vie féconde avant la fin de leur étude ou en début de carrière.

En outre, on note que les femmes ont en charge la majorité des tâches domestiques. La progression de la scolarisation des filles, la participation croissante des femmes au marché du travail ne semblent pas se traduire par un partage plus égalitaire des tâches domestiques entre les sexes. Les femmes soignantes interviewées confirment cette inégale répartition de tâches au sein de leur ménage. Le partage des tâches domestiques suscite la question du mode de vie domestique ainsi que celle des rôles et responsabilités au sein du ménage. A la lecture du corpus de données, on constate que, les femmes soignantes ont un sens socialement conditionné de leurs devoirs de mère et d'épouse. Il y a une certaine « intériorisation des normes sociales et culturelles » autant, par les hommes que par les femmes. Ceci conduit la majorité des femmes, à légitimer le rôle traditionnel qui leur a été attribué. Cependant, jouer son rôle de mère et d'épouse et respecter les exigences du travail salarié en l'occurrence celles du secteur médical n'est pas aisé, d'où les conflits de temps, de tension et de comportement que vivent au quotidien les femmes soignantes.

Les facteurs institutionnels expliquent également les difficultés de conciliation travail-famille que connaissent les femmes soignantes. En effet, le milieu hospitalier comporte des exigences de fonctionnement. Ces exigences de la fonction médicale, obligent les femmes travaillant dans le secteur public médical et paramédical à être constamment à la recherche de l'équilibre entre la vie professionnelle et leur vie familiale puisque le temps consacré au travail professionnel

peut déborder sur le reste du temps prévu pour faire d'autres activités. Ces difficultés se compliquent par le fait qu'au Togo, on remarque une insuffisance du personnel soignant par rapport au nombre de patients fréquentant les formations sanitaires au quotidien. Les données soulignent que leurs jours de congé, sont souvent écourtés, suite à des sollicitations professionnelles.

Aussi relève-t-on des insuffisances d'infrastructures, de matériels et d'équipements. Or, le soin est assuré grâce à des matériels, des dispositifs technologiques et une organisation pragmatique de l'espace de soin, censés faciliter la réalisation de l'acte médical. L'absence ou l'inadéquation du matériel influent négativement sur le moral et le physique des soignants. Ils sont obligés de faire des efforts intellectuels et manuels pour répondre à leurs obligations professionnelles. Tout ceci entraîne une surcharge de travail pour la femme soignante et accroît dès lors ses difficultés à gérer sa vie familiale et professionnelle.

Par ailleurs, on remarque que toutes les soignantes ne vivent pas les mêmes difficultés de conciliation travail-famille. Toutefois, les difficultés peuvent être identiques pour celles qui appartiennent à la même catégorie. En effet, le traitement dont bénéficie un patient dans les formations sanitaires est le fruit des tâches réalisées par une équipe médicale et une équipe soignante. La fonction de l'équipe soignante relève aussi bien d'une situation de subordination par rapport au médecin, en ce qu'elle exécute les prescriptions de l'équipe soignante. Dès lors que les tâches réalisées dans le traitement du malade est fonction de l'appartenance soit à l'équipe de médicale ou à l'équipe soignante, il ressort de l'analyse des données que les difficultés de conciliation travail-famille sont fonction de la catégorie de soignant.

Tous ces facteurs posent des défis majeurs aux femmes soignantes en termes de conciliation travail-famille. Il s'agit notamment du défi d'offrir des soins de qualité aux patients face aux charges qui relèvent de leur statut d'épouse et de mère, du défi relatif à la garde des enfants et à leur éducation, du défi du maintien du statut d'épouse et du défi de la délégation des tâches domestiques et parentales.

La présente étude apporte un éclairage sur la question des inégalités de genre au sein des ménages. Les résultats de cette recherche fournissent des données probantes pour comprendre les conditions de travail dans le secteur public de la santé et les difficultés auxquelles font face quotidiennement les femmes salariées en général et en occurrence celles du secteur public médical et paramédical. Il en ressort que le changement de mentalité des femmes et des hommes sur le partage des tâches domestiques à encore du chemin à faire.

Cette étude a le mérite d'avoir levé le voile sur la question de la conciliation vie professionnelle et vie familiale vécue par les femmes du secteur public médical et paramédical en milieu urbain africain et les stratégies de résilience mise en œuvre par ces dernières pour mener de front vie professionnelle et familiale Elle mériterait d'être étendue au secteur privé de la santé puis à l'ensemble du pays (milieux urbain et rural).

Bibliographie

Adjamagbo A., Antoine Ph., Toudeka A. S. et Kpadonou N., 2016, *Union et devenir des unions à Cotonou et Lomé*. Communication présentée au XVI^e Colloque international de l'AIDELFF – Trajectoires et âges de la vie, Strasbourg, juin 2016

Badini Kinda, Fatoumata, 2010 « Femmes, foyer, activités professionnelles : les termes du débat au Burkina Faso ». In : Marguerite Rollinde (dir.), *Genre et changement social en Afrique*. Paris, Éditions des Archives contemporaines/Agence universitaire francophone : p.25-40.

Barrère-Maurisson M-A, Tremblay D-G, 2008, « La gouvernance de la conciliation travail-famille : comparaison entre la France et le Québec ». In: *Santé, Société et Solidarité*, n°1,. De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité. p 85-94, DOI : 10.3406/oss.2008.1256, Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2008_num_7_1_1256 (consulté le 13 juin 2016)

Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). Les politiques de conciliation travail-famille : la nécessité d'une analyse intersectorielle ? *Politique et Sociétés*, 35 (2-3), 15–38. <https://doi.org/10.7202/1037008ar>

Fusulier B. et Tremblay D., 2013, « Appartenances professionnelles et vie familiale : une entrée analytique particulière ». In : *Enfances, Familles, Générations[en ligne]*. n°18, p. 1–16, Disponible sur : [<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>](Consulté le 10/03/2018)

Gnoumou Thiombiano B. (2018), « Le travail et la famille en milieu urbain : un défi pour les femmes à Ouagadougou ». In : Calvès A.E, Dial F.B. et Marcoux R. (éd.), *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, p. 155-181.

Kpadonou, Norbert, et al., 2016 « Cycle de vie des couples et partage des tâches domestiques au sein des couples à Cotonou et à Lomé », In : Pennec S. et Sanderson J-P. (dir.), *Trajectoires et âges de la vie*. Paris, Association internationale des démographes de langue française.

Kpakpo-Lodonou A.P., 2017, *Vivre séparément ensemble, paradoxe de la vie de couple au Togo*, Paris, L'Harmattan, 273 p

Lagarde-Piron L., 2016, *La première rencontre du corps malade en contexte de soins infirmiers, la relation de soin : une expérience ultime, du sensible au social*, Th. doc. Sciences de l'Information et de la Communication, Bourgogne : Université de Bourgogne Franche-Comté, 330 p.

Morgan Kimberly J, « Quelles politiques publiques pour concilier vie familiale et vie professionnelle ? », *Informations sociales*, 2013/3 (n° 177), p. 140-149. URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-3-page-140.htm>

Sylla O.et Platteau G., 2008, L'évolution du couple en milieu africain et en milieu européen permet-elle les processus de différenciation ? *Médecine & Hygiène* / « *Thérapie Familiale* » [en ligne]. Vol 29, n°1, p. 43-59. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2008-1- page-43htm> (Consulté le 29/01/2019)

Tantchou J., « En Afrique, la matérialité du soin au coeur des tensions soignants-soignés ? » In : Libbey J. « *Sciences sociales et santé* » [en ligne] 2017, Vol.35, n°4, p.69-95. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-santé-2017- page-69.htm> (Consulté le 25/11/2018)

Tardieu-Bazin D., Magloire D. et Merlet M., 1991. *Femmes, populations, développement : organisations féminines privées*, Port-au-Prince, FNUAP.

Théorêt M., Hrimech M., Garon R. et Carpentier A., 2003, *Analyse de la résilience chez les personnels scolaires œuvrant en milieux défavorisés : vers des pistes pour une intervention de soutien*. Montréal, Comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal, 104 p.

Thiriat M-P., 2000, « Les pratiques matrimoniales, au principe des systèmes de genre ». In : Bozon M. et Locoh T., *Rapports de genre et questions de population*, Paris, INED.

Tilly, L.A. et Scott J.W.. 2002, *Les femmes, le travail et la famille*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Tremblay D-G., Doucet A. et McKay L., 2015, *Le congé parental et la politique familiale au Québec : une innovation sociale du monde francophone dans la mer anglophone de l'Amérique du Nord*, Les Cahiers du CRISES Collection Études théoriques . ET1501 [en ligne] (2015) no ET1501,46 P.Disponible sur : www.crise.uqam.ca (Consulté le 20 février 2015)

Tremblay, D-G. 2009. « La gouvernance de la conciliation emploi-famille au Québec. Le rôle des acteurs ». In : Barrère-Maurisson M-A. et Tremblay D-G., *Concilier travail et famille. Le rôle des acteurs* ; Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 61-81.

Tremblay, D.-G. et M. Larivière. 2009. «La conciliation emploi-famille dans le secteur de la santé au Québec : le soutien organisationnel fait-il défaut aux infirmières ?», In : *Genre et diversité en gestion*, Paris, AGRH, p. 101-118.