



# **Bien- être au travail et charge émotionnelle chez les soignants en Haïti**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© JOSELENE CHARLOTIN

**Juin 2025**



**Composition du jury :**

**F. DANDURAND ISABELLE, président du jury, Université Du Québec A Rimouski**

**Marie-Noëlle Albert, directrice de recherche, Université Du Québec A Rimouski**

**PETERSON SIMEON, examinateur externe, MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES  
PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION**

Dépôt initial le 07-05-2025

Dépôt final le 10-06- 2025



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI  
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.



Je dédie ce mémoire à ma famille, et plus particulièrement à mes deux filles, qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours par leur amour, leur patience et leur tendresse. Sans vous, je n'aurais pas pu mener ce travail à terme.





## **REMERCIEMENTS**

Je tiens d'abord à exprimer ma profonde gratitude à la vie pour m'avoir donné la force, la santé et la capacité de mener à bien ce long parcours.

Je remercie du fond du cœur ma famille, en particulier mes deux filles, Chloé Beeverlie Laëticia et Joëlie Kleissa Platel, pour leur patience, leur amour inconditionnel et leur soutien silencieux mais constant tout au long de cette aventure. Mes remerciements vont également à mes frères et sœurs, dont les encouragements, les conseils et les prières m'ont accompagnée, même à distance.

Je souhaite adresser une reconnaissance toute particulière à monsieur Philogène Peterson, mon fidèle ami, pour son appui indéfectible, ses encouragements et sa présence bienveillante à chaque étape de ce projet.

Je tiens également à remercier Madame Marie-Noëlle Albert, ma directrice de recherche, pour son accompagnement attentif, sa rigueur, sa patience, sa bienveillance et ses précieux conseils qui ont guidé ma réflexion et enrichi mon travail.

Mes remerciements s'adressent également à mon examinateur externe et aux membres du jury, pour leur regard critique et leur contribution à l'amélioration de ce mémoire.

Enfin, je remercie chaleureusement l'ensemble des enseignants de l'UQAR, dont les enseignements, la disponibilité et les encouragements ont nourri mon cheminement académique et professionnel.



## RÉSUMÉ

Ce mémoire vise à comprendre les effets de la charge émotionnelle sur le bien-être psychologique des soignants en Haïti, en mettant l'accent sur les infirmiers (ère)s. Dans un contexte de crises récurrentes, d'inégalités sociales et de faible accès aux ressources sanitaires, les professionnels de santé sont exposés à des tensions émotionnelles intenses qui influencent leur équilibre personnel et leur pratique.

En mobilisant une méthodologie qualitative, ce travail s'inscrit dans une approche constructiviste et repose sur l'autopraxéographie. Cette méthode, fondée sur l'expérience personnelle de la chercheuse en tant qu'infirmière, permet une analyse réflexive des émotions vécues en milieu de soins. À partir de récits personnels et de l'analyse de situations de travail, l'étude met en lumière les stratégies d'adaptation utilisées par les soignants, telles que la résilience, la spiritualité, et le soutien social.

Les résultats montrent que, malgré un environnement de travail difficile, plusieurs facteurs favorisent un mieux-être psychologique, notamment la reconnaissance, la solidarité communautaire et les croyances culturelles.

Cette recherche souligne l'importance de reconnaître la charge émotionnelle comme une composante centrale du travail des soignants en Haïti. Elle plaide pour une meilleure prise en compte de la santé mentale des soignants dans les politiques de santé publique, ainsi que pour des approches intégrant les savoirs expérientiels et culturels dans les pratiques de gestion des ressources humaines.

**Mots clés :** bien-être au travail, charge émotionnelle, résilience.



## **ABSTRACT**

This dissertation aims to understand the effects of emotional stress on the psychological well-being of caregivers in Haiti, with a focus on nurses. In a context of recurring crises, social inequalities, and poor access to healthcare resources, healthcare professionals are exposed to intense emotional tensions that influence their personal balance and practice. Using a qualitative methodology, this work adopts a constructivist approach and relies on autopraxeography. This method, based on the researcher's personal experience as a nurse, allows for a reflective analysis of the emotions experienced in healthcare settings. Based on personal narratives and an analysis of work situations, the study highlights the coping strategies used by caregivers, such as resilience, spirituality, and social support.

The results show that, despite a challenging work environment, several factors promote psychological well-being, including recognition, community solidarity, and cultural beliefs.

This research highlights the importance of recognizing emotional burden as a central component of healthcare workers' work in Haiti. It advocates for greater consideration of caregivers' mental health in public health policies, as well as for approaches that integrate experiential and cultural knowledge into human resource management practices.

Keywords: workplace well-being, emotional burden, resilience.



## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
RÉSUMÉ .....	xi
ABSTRACT.....	xiii
TABLE DES MATIÈRES.....	xv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xvii
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
CHAPITRE 1 CADRE CONCEPTUEL .....	5
1.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE DU BIEN-ETRE .....	5
1.1.1 Les perspectives philosophiques sur le bien-être .....	5
1.1.2 Le bien-être au travail.....	9
1.2 ÉMOTION .....	12
1.2.1 Les débats historiques sur les émotions.....	12
1.2.2 Émotion dans le contexte du travail .....	14
1.2.3 Définition de charge émotionnelle .....	16
1.3 CONTEXTE DES SOIGNANTS.....	17
1.3.1 Charge émotionnelle chez les soignants.....	19
1.3.2 Bien-être au travail et charge émotionnelle.....	22
1.4 CONTEXTE SOCIO-CULTURELLE ET SANITAIRE HAITIEN .....	24
1.4.1 Religion et culture .....	25
1.4.2 La pratique du vodou en Haïti .....	26
1.4.3 Croyances et pratiques de soins en Haïti .....	29
CHAPITRE 2 CADRE METHODOLOGIQUE .....	32
2.2 PRESENTATION DE L'APPROCHE METHODOLOGIQUE .....	33
2.2.1 Processus de l'autopraxéographie .....	34

2.2.2	Spécificité de l'autopraxéographie .....	36
2.2.3	Limites de l'autopraxéographie .....	37
2.3	ENJEU ETHIQUE ET PISTE D'ACTION .....	38
CHAPITRE 3 TEMOIGNAGES .....		39
3.1	TEMOIGNAGE 1.....	39
3.2	TEMOIGNAGE 2.....	51
CHAPITRE 4 ANALYSES-DISCUSSIONS .....		62
4.1	ANALYSES .....	62
4.1.1	L'impact de la charge émotionnelle sur la santé mentale.....	63
4.1.2	L'influence de la spiritualité sur le bien-être .....	65
4.1.3	Engagement professionnel et vie familiale .....	67
4.1.4	Complémentarité entre tradition et médecine moderne .....	69
4.1.5	Système de sante haïtien .....	70
4.1.6	Souffrance et détresse psychologique face à une situation traumatisante. ....	73
4.1.7	Soutien social et des supérieurs .....	78
4.1.8	Concept émergeant : La résilience.....	81
4.2	DISCUSSIONS .....	85
CONCLUSION GÉNÉRALE .....		90
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....		92



## **LISE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

OMS	Organisation Mondiale de la sante
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
TSPT	Trouble de stress post traumatique
CTF	Conflit travail Famille
EPTC	Énoncé de politique des trois conseils
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ONG	Organisation non gouvernementale



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le bien-être psychologique des professionnels de la santé est de plus en plus reconnu comme un enjeu majeur de santé publique, tant pour les individus que pour la qualité des soins offerts (Bourbonnais et al, 2006). Les infirmiers et infirmières, en particulier, sont exposés à des conditions de travail exigeantes sur le plan physique, mental et émotionnel. Ces conditions sont amplifiées dans des contextes marqués par l'instabilité sociale, les ressources limitées et les crises humanitaires fréquentes, comme c'est le cas en Haïti (Pierre-Louis, 2021 ; Augustin, 1999).

Parmi les multiples contraintes vécues dans l'exercice des soins, la charge émotionnelle occupe une place centrale mais souvent invisibilisée. Cette notion, conceptualisée par Hochschild (1983) dans le cadre du travail émotionnel, renvoie à la nécessité, pour les professionnels (les), de gérer leurs propres émotions tout en régulant celles des autres, dans une logique de performance relationnelle et de conformité institutionnelle. Dans le champ de la santé, ce phénomène s'exprime à travers la confrontation répétée à la souffrance, à la mort, à l'impuissance thérapeutique et à la pression morale de "bien faire", ce qui peut mener à l'épuisement émotionnel, au stress chronique, voire à des troubles de santé mentale (Loriol, 2012 ; Labouesse et Van Laethem, 2016 ; Saint-Arnaud, 2010).

En Haïti, cette charge émotionnelle prend des formes singulières, car elle s'inscrit dans un système de santé profondément affecté par des inégalités sociales, un manque d'infrastructures, des catastrophes naturelles récurrentes et une violence institutionnelle (Hurbon, 2001). Dans ce contexte, les soignants ne sont pas seulement confrontés à la détresse des patients, mais aussi à leur propre impuissance, à l'insécurité professionnelle et à l'absence de reconnaissance. Cette double vulnérabilité personnelle et institutionnelle crée un terreau fertile à la détérioration du bien-être psychologique.

Pourtant, face à ces épreuves, de nombreux professionnels parviennent à “tenir bon”, à continuer à soigner, à s’engager, parfois même à se transformer. Ce paradoxe appelle à investiguer le rôle des ressources individuelles et collectives, dont la résilience est une expression majeure. Ce concept, popularisé par Boris Cyrulnik, renvoie à la capacité d’un individu ou d’un groupe à rebondir après un traumatisme, à se reconstruire en s’appuyant sur ses forces internes et son environnement social (Werner et Smith, 1989 ; Manciaux et al., 2001).

Dans cette perspective, le présent mémoire se donne pour objectif de comprendre comment les professionnels de la santé particulièrement les infirmiers(ère)s vivent, interprètent et régulent les tensions émotionnelles inhérentes à leur pratique, dans le contexte haïtien. Il s’agit de saisir à la fois les effets de la charge émotionnelle sur leur bien-être psychologique et les mécanismes d’adaptation qu’ils mobilisent pour y faire face. L’originalité de ce travail réside donc dans l’articulation entre mon vécu professionnel et les cadres conceptuels liés au bien-être psychologique, à la charge émotionnelle et à la résilience. Il s’inscrit dans une perspective constructiviste, dans laquelle la chercheuse est à la fois sujet et objet de sa recherche, et où la connaissance est co-construite à partir de l’expérience.

Peu d’études ont exploré cette problématique à partir du point de vue des soignants eux-mêmes, en Haïti. De plus, les approches classiques de recherche tendent à marginaliser les savoirs expérientiels et les formes de connaissance situées. C’est pourquoi cette recherche adopte une démarche autopraxeographique, qui permet à la chercheuse de se positionner à la fois comme sujet et objet de l’analyse. En mobilisant son propre parcours d’infirmière en milieu rural, elle a cherché à donner sens à l’expérience, à identifier des patterns émotionnels, et à croiser ces vécus avec les apports théoriques disponibles.

Ce travail s'inscrit dans une épistémologie constructiviste, dans laquelle la connaissance est co-construite à partir de l'interaction entre l'expérience personnelle, les récits de pratiques et les cadres d'analyse scientifiques (Guba et Lincoln, 1994).

Il vise non pas à généraliser, mais à éclairer, à proposer des pistes de compréhension enracinées dans un contexte singulier.

Ce mémoire est structuré en plusieurs chapitres. Le premier propose un cadre conceptuel qui explore les notions de bien-être, de charge émotionnelle et de résilience, en tenant compte des spécificités culturelles et sociales haïtiennes. Le deuxième chapitre présente le cadre méthodologique, incluant le positionnement épistémologique, la méthode autopraxéographique et les enjeux éthiques. Le troisième chapitre est consacré à la présentation des témoignages issus de ma pratique. Le quatrième chapitre en offre une analyse détaillée et propose une discussion critique des résultats à la lumière des théories mobilisées. Enfin, une conclusion générale vient clore le mémoire en exposant les limites de l'étude, ses contributions et les pistes futures de recherche.



# **CHAPITRE 1**

## **CADRE CONCEPTUEL**

### **1.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE DU BIEN-ETRE**

Dans mon cadre conceptuel, j'aborderai le bien-être au travail sous diverses facettes, en mettant l'accent sur les relations interpersonnelles, l'intervention individuelle et collective, ainsi que le développement des compétences et la reconnaissance au sein des organisations. J'aborderai également les défis posés par les environnements de travail émotionnellement exigeants, soulignant l'importance de stratégies adaptées pour réduire la charge émotionnelle. Ce cadre conceptuel vise à fournir une compréhension approfondie des facteurs qui influencent le bien-être au travail et propose des interventions ciblées pour améliorer à la fois l'efficacité organisationnelle et la satisfaction des employés.

#### **1.1.1 Les perspectives philosophiques sur le bien-être**

La recherche sur le bien-être englobe aujourd'hui une grande diversité de sujets. Toutefois, il manque encore de précision conceptuelle dans de nombreuses études (Harris et Cameron, 2005). Waterman (1993) indique que les premiers à discuter du bien-être furent les philosophes de la Grèce antique. Bien que plusieurs modèles conceptuels aient été proposés, ils manquent souvent de fondements théoriques solides (Ryan et Deci, 2001).

Dans la littérature, plusieurs auteurs ont abordé le sujet du bien-être, en général, ainsi que du bien-être au travail. Certains ont exploré les différences entre ces deux formes de bien-être. Certains théoriciens estiment que le bonheur et le plaisir sont des composants essentiels du bien-être, alors que d'autres pensent que le bien-être découle de l'actualisation du potentiel humain (La Guardia et Ryan, 2000). De plus, le bien-être est souvent associé à des valeurs humanistes et au concept de bonheur existentiel (Machado et al., 2016).

Lorsqu'on aborde le bien-être de manière générale, sans considérer les contextes sociaux où il est ressenti, on peut distinguer deux conceptions principales (Keyes et al., 2002). La littérature identifie deux approches philosophiques majeures du bien-être : l'hédonisme, qui met l'accent sur le bonheur et le plaisir, et l'eudémonisme, qui se concentre sur l'actualisation du potentiel humain.

Selon Achille (2003), deux principales doctrines philosophiques ont traité du bien-être. D'une part, l'eudémonisme d'Aristote considère que le bonheur est un but vers lequel chaque être humain tend, orientant ses actions pour l'atteindre. D'autre part, l'hédonisme, développé par des philosophes comme Épicure et Platon, met l'accent sur la recherche du plaisir et la satisfaction immédiate des désirs.

#### 1.1.1.1 L'approche hédonique

Dagenais-Desmarais et al., (2006) indiquent que l'étude du bien-être sous une approche hédonique a pris son essor au milieu du vingtième siècle, se concentrant sur la mesure subjective de la qualité de vie. L'hédonisme, dérivé du grec *hêdonê* qui signifie plaisir, est une philosophie du bonheur qui considère le plaisir comme le but ultime de la vie (Machado et al., 2016). Cette approche hédoniste est liée au concept de bien-être subjectif au travail, qui correspond à l'évaluation globale par un individu de son expérience professionnelle et de ses sentiments sur son lieu de travail (Bakker et Oerlemans, 2011).



Elle considère la maximisation du plaisir comme l'objectif principal de la vie, et propose une structure à deux dimensions : la recherche de récompenses et l'évitement des sanctions négatives (Massé et al., 1998). Des auteurs tels que Diener et al., (1998) considèrent que la perspective dominante sur le bien-être repose sur une évaluation subjective, où l'individu compare les aspects négatifs et positifs de sa vie.

Comme l'indiquent Dagenais-Desmarais et al. (2006), les défenseurs de cette perspective hédonique affirment généralement que les plaisirs intellectuels surpassent ceux physiques. L'hédonisme valorise la quête du plaisir et l'évitement du déplaisir comme principes de vie (Keyes et al., 2002). Du point de vue hédoniste, le bien-être découle de l'évaluation cognitive que l'individu fait de ses expériences, mesurée par la fréquence et l'intensité des émotions agréables et désagréables, ainsi que par l'accumulation de ces expériences dans la mémoire (Diener, 2000).

#### 1.1.1.2 L'approche eudémonique

L'eudémonisme, qui vient du grec eudaimôn signifiant heureux, est une philosophie morale visant le bonheur de l'homme (Machado et al., 2016). Aristote, représentant de cette école de pensée, croyait que le bonheur est un objectif vers lequel chaque individu tend, orientant ses actions pour y parvenir (McMahon, 2006). Selon Ryan et Deci (2001), dans le cadre de la conception eudémoniste, le bien-être repose sur la capacité de s'engager dans des activités qui correspondent à nos intérêts, valeurs, objectifs de vie et besoins psychologiques fondamentaux.

La vision eudémonique met l'accent sur la réalisation personnelle et l'accomplissement, plutôt que sur la maximisation du plaisir. Dans cette perspective, le bien-être dépend de l'exploitation complète de son potentiel (Deci et Ryan, 2008). Cette approche eudémonique inclut également l'harmonie des relations avec les autres, ce qui est résumé par le concept de bien-être social (Keyes, 1998).

### 1.1.1.3 Les Dimensions du Bien-Être : Perspectives Hédoniques et Eudémoniques

Ryff (1995) conclut que le bien-être peut être défini par des concepts tels que l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, le contrôle de son environnement et la croissance personnelle.

Le bien-être se définit par deux dimensions principales : d'une part, une perception subjective de satisfaction, et d'autre part, un état de santé englobant les aspects physiques et psychologiques (Zeidan, 2012). Le bien-être ne se limite pas à la quête du plaisir ou à l'évitement de la souffrance, mais s'appuie également sur le sens attribué à sa propre existence et sur l'accomplissement de soi (Menard et Brunet, 2012).

Dagenais-Desmarais (2010) propose de considérer le bien-être comme un concept multidimensionnel, intégrant des aspects hédoniques et eudémoniques. De même, le bien-être au travail est un phénomène complexe qui peut être défini comme une évaluation positive de divers aspects du travail et de son environnement, y compris les dimensions motivationnelles, affectives, comportementales, cognitives et psychosomatiques (Van Horn et al., 2004).

Le bien-être psychologique est lié à la perspective eudémonique, qui se concentre sur le développement du potentiel humain. En revanche, le bien-être subjectif est associé à la perspective hédonique, qui se concentre sur le bonheur ressenti (Siqueira, Padovam, 2008). L'étude de Keyes, Shmotkin et Ryff (2002) sur les relations entre le bien-être psychologique et le bien-être subjectif montre que, bien que ces deux concepts soient corrélés, ils peuvent être considérés comme distincts. Keyes (2002) soutient que les approches hédoniques et eudémoniques sont complémentaires et qu'il est possible de les ajuster en fonction des circonstances.

### 1.1.2 Le bien-être au travail

Le bien-être est un concept complexe et multidimensionnel difficile à définir et à mesurer (Rahmani et al., 2018). Même si l'on s'intéresse de plus en plus au niveau international et national, ce terme reste vague et nécessite des explications plus approfondies. Cette préoccupation croissante concerne également le bien-être au travail (Kowalski et Loretto, 2017 ; Salas-Vallina et al., 2020).

Le bien-être en milieu professionnel se définit par l'équilibre dynamique entre les compétences, les attentes et les motivations personnelles du travailleur, et les exigences ainsi que les opportunités offertes par son environnement de travail (Pacte Mondial des Nations Unies, 2023). Cette définition suggère que divers éléments influencent le fait de se sentir bien dans son milieu professionnel : la santé et la sécurité, la satisfaction liée aux tâches accomplies, le salaire, la gestion du stress, l'ergonomie, les conditions de travail, ainsi que la qualité des interactions avec les collègues et la direction. Le bien-être au travail est un facteur clé pour atteindre une satisfaction globale dans la vie (Harter et Arora, 2009).

Il correspond aussi à l'ensemble des facteurs plus ou moins identifiables susceptibles d'influer sur la qualité de vie des employés sur le lieu de travail. La sécurité et l'hygiène des locaux, la protection de la santé des salariés, l'impact physique ou psychosocial des tâches effectuées, le salaire, la communication, l'autonomie, l'ergonomie de l'espace de travail, etc.<sup>1</sup> Selon Dagenais-Desmarais et Privé (2010), c'est comme une expérience personnelle positive, où l'individu cherche à maximiser ses capacités, influencé par ses actions, ses relations avec ses collègues, et son lien avec l'organisation. À cet égard, cinq aspects essentiels sont identifiés comme contributeurs au bien-être psychologique : les relations sociales, l'épanouissement personnel, le sentiment d'efficacité, la reconnaissance et l'engagement volontaire.

---

<sup>1</sup> « Bien-être au travail », consulté le 30/05/2024 sur <https://www.chefdentreprise.com/Definitions/Glossaire/Bien-etre-au-travail-245186.htm>

Le bien-être lié au travail est devenu un sujet de préoccupation dans la vie organisationnelle (Grant et al., 2007). Il s'agit d'un terme large qui intègre des éléments cognitifs et affectifs (Vakkayil et al., 2017). Le terme de bien-être des employés ne doit pas être confondu avec le concept de bien-être général, car les conditions de vie diffèrent beaucoup des conditions de travail (Zheng et al., 2015). Le bien-être des employés peut être défini comme l'état de santé physique et mentale de l'employé, y compris ses expériences de vie et de travail (Danna et Griffin, 1999). La distribution des tâches au sein d'une organisation constitue un élément déterminant du bien-être. Elle s'inscrit dans l'organisation du travail en définissant les différentes responsabilités ainsi que la coordination entre les unités de travail (Roy et Audet, 2003).

Selon Benett et al., (2017) Les facteurs de bien-être comprennent la mise à disposition d'un environnement adéquat, incluant l'accès à la nourriture, à un logement, aux vêtements et à une stabilité financière, ainsi que des niveaux raisonnables de sécurité face aux risques. Cela inclut une bonne santé physique, qui ne se réduit pas à l'absence de maladies, mais englobe également une énergie et une force suffisantes pour faire face aux exigences de l'environnement.

Selon Benett et al., (2017) le bien-être implique également un état psychologique sain, qui se manifeste par la capacité à s'adapter de manière flexible à l'environnement extérieur, à agir avec une certaine autonomie et autodirection, ainsi qu'à exprimer ses talents. Une personne qui éprouve du bien-être est capable de nouer des relations de soutien mutuel, où la possibilité de donner aux autres est aussi essentielle que celle de recevoir de l'aide. Au sein du milieu professionnel, il est largement admis que le bien-être apporte des avantages significatifs tant pour les employés que pour les organisations. Dans leur revue intégrative, Jolly, Kong et Kim (2021) soulignent que le soutien social au travail améliore la qualité des relations, renforce les réactions positives et la performance individuelle. Il agit aussi comme un bouclier face au stress, confirmant son rôle clé dans la prévention de la détresse psychologique en milieu professionnel.

L'étude du bien-être au travail concerne divers domaines de recherche scientifique (Kowalski et Loretto, 2017). Les chercheurs ont tenté de mettre en évidence les facettes du bien-être lié au travail de plusieurs manières (Vakkayil et al., 2017).

Daniels (2000, p. 1) propose un modèle bidimensionnel, qui comprend cinq facteurs du bien-être affectif. Ces facteurs, élaborés comme tels, sont « l'anxiété-confort, la dépression-plaisir, l'ennui-enthousiasme, la fatigue-vigueur et la colère-placide ». (Fisher, 2010) suggère qu'être heureux au travail ne devrait pas seulement être lié à la satisfaction au travail, mais aussi à l'implication au travail, à l'engagement organisationnel, à l'épanouissement, à la vigueur, au flux et à la motivation intrinsèque et aux sentiments ressentis au travail. (Grant et al., 2007) introduisent une approche plus holistique, dans laquelle ils affirment que le bien-être des employés a trois dimensions clés : la dimension psychologique, la dimension physique et la dimension sociale. Le bien-être psychologique peut être distingué comme hédonique et eudémonique (Guest, 2017). La partie hédonique du bien-être psychologique au travail a retenu l'attention de la recherche en entreprise (Edgar et al., 2017). Elle est axée sur le bonheur et fait référence aux expériences subjectives que les employés vivent au travail. Elle est liée à la satisfaction au travail, à la présence de sentiments positifs au travail et à l'équilibre entre les pensées positives et négatives (Grant et al., 2007).

## **1.2 ÉMOTION**

Dans cette section, il s'agit d'explorer les grandes lignes des réflexions qui ont marqué l'histoire de la pensée sur les émotions, afin de mieux saisir les fondements de leur conceptualisation actuelle, notamment en milieu organisationnel. Du regard philosophique antique aux approches contemporaines en neurosciences et en psychologie du travail, les émotions s'inscrivent dans une dynamique de redéfinition constante, témoignant de leur complexité et de leur rôle central dans nos vies personnelles comme professionnelles.

### **1.2.1 Les débats historiques sur les émotions.**

Depuis toujours, les émotions ont suscité des discussions, que ce soit dans les écrits de philosophes tels que Platon, Descartes, Spinoza ou Nietzsche, mais aussi dans des domaines comme la psychanalyse, la psychologie et la sociologie. De nos jours, leur étude s'étend à des disciplines comme la psychiatrie et la neurobiologie. De plus, dans un contexte où l'accent est de plus en plus mis sur le développement personnel et avec la montée des approches alternatives en santé, les émotions occupent une place de plus en plus centrale (Tiphaine, 2018).

Bien que les premiers spécialistes en psychologie du travail et en comportement organisationnel aient semblé comprendre l'importance de l'exploration des aspects émotionnels, les recherches menées après la Seconde Guerre mondiale se sont principalement focalisées sur les dimensions comportementales et cognitives du milieu professionnel. Dans ce cadre, les émotions et l'affect étaient généralement inclus dans une catégorie plus large, celle de la satisfaction au travail (Barsade et al., 2003).

Les chercheurs qui s'intéressent à l'étude des émotions en milieu organisationnel doivent prêter attention aux incohérences liées à la façon dont les émotions sont mesurées, ainsi qu'aux distinctions importantes entre les concepts d'émotion, d'affect, d'humeur et de sentiments (Dasborough et al., 2008).

Dans le passé, l'étude des différentes phases de l'expression émotionnelle s'est souvent faite de manière isolée. Cependant, Scherer (2001), adoptent une approche différente en examinant comment les émotions sont traitées de façon ordonnée et progressive. Ils s'intéressent à la manière dont le processus émotionnel débute lorsqu'un individu est confronté à un stimulus, ce qui lui permet d'attribuer une signification à ce dernier. Cette interprétation entraîne des modifications physiologiques ainsi qu'une expérience émotionnelle, qui influencent ensuite les attitudes, les comportements et les pensées de l'individu.

Frijda (1986) explique que les émotions entraînent une réponse secondaire visant à contrôler ou gérer les émotions vécues. En d'autres termes, il existe à la fois des manifestations externes et des réponses internes. Certaines de ces réactions se produisent de manière automatique, comme la peur, tandis que d'autres sont délibérées, comme la gestion des émotions.

Goleman (2014), décrit une émotion comme un ensemble qui comprend un sentiment, les pensées qui l'accompagnent, des états spécifiques sur les plans psychologiques et biologiques, ainsi que les diverses tendances à agir qu'elle déclenche. Il estime qu'il existe des centaines d'émotions, chacune ayant des combinaisons, des variantes et des transformations. Selon lui, la diversité des émotions est telle qu'il nous manque souvent les mots pour les désigner.

Les émotions sont des états transitoires déclenchés par un stimulus ou une situation spécifique (Luminet, 2013). Elles émanent d'une prise de conscience subjective, d'un ressenti face à un événement ou une situation. Ces émotions sont organisées en cinq catégories principales de réactions (Scherer, 2001).

### **1.2.2 Émotion dans le contexte du travail**

Le concept de travail émotionnel a fait son apparition dans la littérature au cours des années 1980. Hochschild (1983) a été la première chercheuse à explorer ce phénomène et à le désigner sous le terme de travail émotionnel. Elle définit le travail émotionnel comme les efforts fournis au travail pour gérer ses émotions et adopter une apparence ou un comportement acceptable aux yeux des autres. Hochschild (1983) indique que le travail émotionnel peut avoir des effets néfastes sur la santé des individus, notamment en accroissant le stress lié au travail.

Au fil des années 2000, le travail a connu des changements majeurs, aussi bien dans sa nature que dans son organisation. Un emploi qui impose des exigences psychologiques élevées, tout en offrant peu de marge de manœuvre décisionnelle et un soutien social limité, est désormais identifié comme une combinaison pouvant accroître le risque de troubles de santé mentale (Vézina et Saint-Arnaud, 2011). Le travail émotionnel est intégré aux tâches des employés et contribue à l'accomplissement des objectifs de l'organisation (Ashforth et Humphrey, 1993). Pour cela, les agents de service utilisent diverses stratégies de régulation des émotions lors de leurs interactions avec les clients, que ce soit en face à face ou par téléphone (Grandey, 2000). Le travail émotionnel se caractérise par le besoin d'un contact direct, en personne ou verbal, avec le public, où l'attitude et l'expression de l'employé(e) suscitent des états émotionnels chez le client, tels que la confiance, la sécurité ou la peur (Soares, 2003).

Le milieu de travail, à l'image de tout autre domaine d'activité, est un espace où se produisent diverses émotions : l'appréhension d'un accident, la peur de tomber malade à cause des conditions de travail ou de perdre son emploi ; le plaisir et l'orgueil d'avoir bien accompli ses tâches ; la frustration face à une situation perçue comme injuste ; ou encore l'enthousiasme et l'étonnement en recevant une promotion, entre autres exemples (Soares, 2003).



Lorsqu'un professionnel est confronté à une tâche complexe, il se voit souvent dans l'obligation de réguler non seulement ses propres émotions, mais également celles des personnes avec qui il interagit. Cette régulation constante, appelée travail émotionnel, fait référence aux efforts déployés pour afficher, moduler ou dissimuler certaines émotions afin de répondre aux attentes organisationnelles ou sociales (Hochschild, 1983). Dans les contextes exigeants, cette gestion émotionnelle devient d'autant plus pesante lorsqu'elle s'effectue sous une autonomie limitée, augmentant ainsi les risques de mal-être psychologique (Grandey, 2000). En l'absence de ressources suffisantes pour faire face à cette double exigence cognitive et affective, les soignants peuvent éprouver un épuisement émotionnel profond, compromettant à la fois leur santé mentale et la qualité de leur engagement professionnel.

De façon générale, le travail émotionnel consiste en la régulation des émotions pour se conformer aux normes d'expression émotionnelle établies par l'organisation (Grandey, 2000). En outre, le travail émotionnel rend les interactions entre clients et employés plus prévisibles, aidant à prévenir les problèmes interpersonnels susceptibles de nuire à leur relation (Ashforth et Humphrey, 1993).

Les émotions au travail sont influencées non seulement par les expériences vécues dans le milieu professionnel, mais également par les émotions personnelles de chaque individu. (Dujardin et Lépine, 2018). Cette notion renvoie à l'influence ou au poids des émotions intenses qu'une personne éprouve en lien avec ses responsabilités, ses objectifs et ses obligations professionnelles. Ce phénomène, étroitement lié au contexte du travail, peut être amplifié par des facteurs externes spécifiques au milieu professionnel (Hellemans, 2014).

Ce type de travail se caractérise par l'influence des ressentis émotionnels intenses vécus par l'individu en raison de ses fonctions, de ses missions et de ses responsabilités professionnelles (Hellemans, 2014).

Les travaux de Vézina et Saint-Arnaud (2011) portant sur « l'organisation du travail et la santé mentale des individus engagés dans des tâches émotionnellement éprouvantes » indiquent que les niveaux élevés de détresse psychologique et de symptômes dépressifs sont réduits de moitié lorsque l'exercice de ces tâches émotionnelles s'accompagne d'une autonomie décisionnelle accrue et d'un bon soutien social au sein du travail.

Le travail émotionnel est souvent sous-estimé, car il est perçu comme une composante intrinsèque des métiers de soins, et même comme une « compétence féminine innée » (Marc Lorient, 2013). Thévenet (1999) souligne que les émotions font partie intégrante de l'expérience professionnelle et qu'elles influencent directement la performance au travail.

### **1.2.3 Définition de charge émotionnelle**

La charge émotionnelle correspond à l'influence profonde que certaines émotions exercent sur nos comportements, attitudes et pensées. Lorsque cette charge devient trop intense, elle peut perturber notre objectivité, nous amenant à réagir de manière excessive. Ce débordement émotionnel n'est ni intrinsèquement bon ni mauvais, mais il peut nuire à notre capacité de raisonnement et affecter nos actions (Labouesse et Van Laethem, 2016).

Pour certains, la charge émotionnelle découle également du sentiment d'incompétence qui peut émerger face à des situations de travail complexes, souvent marquées par l'absence de formation adéquate, le manque de ressources ou de temps suffisant pour accomplir les tâches attendues. Beaucoup ressentent aussi une forte responsabilité envers les patients, pouvant mener à un sentiment de culpabilité, soit en raison de leur incapacité à fournir les soins qu'ils estiment appropriés, soit en raison des lacunes de leur organisation à offrir des services satisfaisants à la clientèle (Hellemans, 2014).

La charge émotionnelle au travail se réfère au fardeau lié aux expériences subjectives intenses qu'une personne traverse en raison de ses rôles, de ses missions, et des responsabilités qu'elle assume, qu'il s'agisse de tâches spécifiques ou de la gestion de personnes sous sa supervision (Hellemans, 2014).

On distingue deux types de charge émotionnelle : celle liée à la nature même du travail et celle qui découle de la prescription (Ribert-Van De Weerd et Baratta, 2016). Les travailleurs ont souvent l'impression que, lorsque la charge émotionnelle est surtout liée à la nature du travail, elle fait naturellement partie du métier, et qu'il est de leur devoir de la gérer, généralement sans appui extérieur (Loriol, 2012). Certaines études révèlent que la charge émotionnelle est en lien avec des conditions de travail considérées comme défavorables (Cahour, 2010 ; Cahour et Lancry, 2011).

### **1.3 CONTEXTE DES SOIGNANTS**

La nature fondamentale des soins infirmiers demeure parfois ambiguë, et les infirmières continuent de faire face à des stéréotypes liés au genre (Jansen et Roodbol, 2014). Ohlen et Segesten (1998) ont observé que l'image stéréotypée associée à la profession infirmière reflète une tradition où les soins infirmiers sont perçus comme une extension de la sphère féminine au sein de la famille.

On peut légitimement considérer que l'engagement dans une telle profession repose sur une vocation. Cependant, dans les sociétés primitives, le choix de devenir infirmière était souvent imposé bien avant que l'individu ne puisse exercer sa propre volonté. Par exemple, chez les Indiens Zunis, la naissance d'un enfant avec une partie du placenta recouvrant son visage était interprétée comme un signe de prédestination pour le rôle de soignant (Henly et Moss, 2007).

La profession infirmière se caractérise d'une part par une combinaison de valeurs, de savoirs, et de compétences scientifiques et techniques, tout en étant avant tout centrée sur des principes profondément humains (Rassin, 2008). Et d'autre part par la forte prédominance des exigences émotionnelles qui y sont associées (Bakker et Demerouti, 2007).

Les réformes hospitalières ont transformé la nature même des établissements de santé, qui tendent à fonctionner comme des entreprises. Leur évaluation repose désormais sur la quantité de soins prodigués et sur leur performance économique, ce qui modifie profondément leur mission initiale. Cette transformation peut entraîner une déqualification des professions de soin, en mettant l'accent sur l'exigence pour les soignants de se conformer à des rôles de techniciens, axés sur l'efficacité et la performance (Safy-Godineau, 2013).

Malgré les transformations rapides dans le domaine des soins de santé, une constante persiste: la profession infirmière joue un rôle central dans la garantie d'un système de santé sûr, performant et avant tout humain (Bourgueil et al., 2008). Les infirmières assurent la gestion et la coordination des soins des patients, veillant ainsi à leur transition sécurisée à travers le système de soins (Jacquemin, 2009). L'infirmier(e) doit concilier une pratique d'écoute attentive et bienveillante, inhérente à la complexité du « prendre soin », avec les exigences techniques et protocolaires associées au « faire un soin » (Degoit-Cloiseau, 2012). L'intensification des exigences professionnelles, souvent liée à la surcharge de travail, aux effectifs réduits et à la pression institutionnelle, a un impact négatif direct sur le bien-être psychologique des soignants. Comme le souligne Djediat (2018), les transformations structurelles du secteur de la santé exposent les professionnels infirmiers à un niveau élevé de stress, compromettant à la fois leur équilibre mental et la qualité des soins qu'ils prodiguent. Ces mutations génèrent un sentiment d'épuisement, d'impuissance et de désengagement, qui fragilise durablement le personnel soignant.

La majorité des soignants ont une personnalité généreuse et bienveillante, se consacrant entièrement au bien-être et à la survie de leurs patients. Ils se montrent souvent excessivement investis dans leur rôle. Ils ont tendance à s'effacer eux-mêmes au profit de leurs patients, et cela se fait souvent au détriment de leur propre équilibre, ainsi que de celui de leur famille et de leurs amis. En raison de sa position dans la société et du caractère unique de l'échange avec son patient, le soignant se trouve dans une situation spécifique, privilégiée, mais également soumise aux exigences du secret médical. Dans certaines situations, la charge des secrets qu'il doit porter jour après jour, ainsi que leurs répercussions émotionnelles, épuisent peu à peu le soignant, malgré la présence de lieux de supervision dédiés (Delbrouck, 2010).

Le conflit entre les exigences du travail et celles de la famille représente une source de stress particulièrement marquée dans la profession infirmière (Cascino et al., 2016). Une intensification de ce conflit est associée à un épuisement émotionnel accru chez cette population (Boamah et Laschinger, 2016).

De nombreux chercheurs soutiennent que l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle est un facteur clé dans le bien-être au travail des infirmiers et infirmières (Almaiki, 2012)

### **1.3.1 Charge émotionnelle chez les soignants**

Cette charge émotionnelle affecte particulièrement les domaines où l'activité professionnelle repose sur des interactions humaines. Parmi les métiers concernés, on retrouve notamment ceux du secteur de la santé, des services sociaux et de l'éducation, comme l'indiquent Madsen et al., (2014). Cela inclut également les professionnels travaillant dans les centres pour la jeunesse, qui illustrent bien cette réalité. L'impact de ce type de travail, fortement chargé émotionnellement, se fait de plus en plus sentir chez ces travailleurs, entraînant des effets comme l'épuisement professionnel, l'absentéisme, et un taux élevé de roulement du personnel, comme l'ont rapporté Barford et Whelton (2010).

Nous portons une attention particulière à une forme spécifique de charge émotionnelle, que Hellemans (2014) désigne comme « charge émotionnelle spécifique ». Elle résulte du fait que la nature même du travail des soignants exige une implication émotionnelle intense. Ces professionnels sont régulièrement exposés aux émotions des personnes qu'ils accompagnent, ce qui les oblige à mobiliser leur propre sensibilité émotionnelle pour mener à bien leurs tâches. Ainsi, une partie de cette charge émotionnelle provient intrinsèquement de la nature même de leur travail (Gernet, 2022).

Des chercheurs ont mis en évidence plusieurs facteurs qui compliquent considérablement le travail infirmier. Parmi ceux-ci figurent le manque d'équipements, les interruptions fréquentes, l'insuffisance des ressources essentielles, les incohérences dans la communication et le manque de temps (Ebright et al., 2003).

Dans la relation entre patient et soignant, certaines émotions émergent en réponse à l'empathie, tandis que d'autres sont associées à des processus d'identification, de contre-transfert ou de collusion (Stiefel, 2008). Tandis qu'un investissement émotionnel excessif peut mener à l'épuisement professionnel (burnout), poussant le soignant à se désengager progressivement, jusqu'à déshumaniser leurs patients. Ce désengagement entraîne une perte de satisfaction professionnelle. Pour préserver leur bien-être et maintenir la qualité de leur travail, les soignants doivent trouver un équilibre dans leur implication émotionnelle (Loriol, 2013).

Selon Hellemans 2014, un autre facteur à l'origine de la charge émotionnelle réside dans les dilemmes éthiques ou professionnels rencontrés dans l'exercice de la profession. Ces situations peuvent générer une dissonance émotionnelle, car les soignants se retrouvent parfois dans l'obligation d'agir, ou de s'abstenir d'agir, d'une manière contraire aux principes qu'ils estiment conformes aux bonnes pratiques. Ces contraintes, imposées par les réalités du milieu de travail, alourdissent alors le poids émotionnel au-delà de ce qui est normalement associé à leur fonction.

Comprendre les effets de la charge émotionnelle est important, car ce phénomène est profondément ancré dans la nature du travail et peut être exacerbé par le contexte professionnel (Hellemans, 2014). Les professionnels peuvent être amenés à soutenir des individus vulnérables souffrant de troubles mentaux ou physiques, ce qui peut réduire l'autonomie de ces personnes. Ces travailleurs ressentent souvent une grande empathie envers ces clients, se sentant responsables de leur bien-être, même lorsqu'ils sont confrontés à des comportements problématiques (Jauvin et al., 2019).

De plus, ils peuvent être exposés à des agressions verbales, des menaces de violence, des violations de la vie privée, ainsi qu'à des bruits perturbateurs, surtout quand les défis posés par leurs clients s'intensifient, demandant ainsi une implication plus soutenue (Harris et Leather, 2012). Enfin, certains professionnels peuvent vivre des expériences particulièrement éprouvantes, étant témoins de la détresse de leurs clients ou de leurs familles et confrontés directement à des situations traumatisantes, en raison des exigences spécifiques de leur rôle (Jauvin et al., 2019).

Les professionnels peuvent également se trouver sous pression constante en raison d'un manque de temps, confrontés à l'urgence, à l'incertitude, et à des agendas surchargés, ce qui limite sérieusement le temps disponible pour s'occuper efficacement des clients (Clot, 2010).

En outre, ils peuvent faire face à un manque de ressources, subir des contraintes budgétaires sévères, se sentir isolés de leurs superviseurs, et éprouver un déficit en ressources spécialisées nécessaires pour le soutien et l'accompagnement. Ce contexte est exacerbé par le manque de formations adaptées pour répondre aux besoins d'une clientèle de plus en plus complexe (Clot, 2010).

### **1.3.2 Bien-être au travail et charge émotionnelle**

Le bien-être psychologique au travail se base sur l'adaptation au domaine spécifique du travail (Gilbert, Lebrock et Savoie, 2006). Il réfère à l'expérience vécue par l'individu au travail, au mécanisme par lequel le travailleur élabore son expérience positive, au sentiment d'efficacité personnelle et à la satisfaction des différentes tâches effectuées.

Cependant, la manifestation des émotions au travail est considérée comme néfaste au professionnalisme, et les politiques de nombreuses entreprises stigmatisent leur expression. Pourtant, le travailleur est continuellement confronté à des situations qui vont déclencher des émotions pouvant agir sur sa personne, sa performance et sa santé. Face à ces émotions, il met en place des stratégies d'adaptation (Bouterfas et Desrumaux, 2014). Ces stratégies sont fréquemment utiles au travail, mais la non-expression des émotions affecte la santé physique et peut devenir, à long terme, néfaste pour le bien-être du travailleur et sa santé psychologique. La charge émotionnelle est une dimension à prendre en compte au travail. Selon Bouterfas et Desrumaux (2014), une forte charge émotionnelle négative au travail sera corrélée positivement à la détresse et négativement au bien-être.

Le bien-être psychologique en milieu professionnel, selon Masse et al. (1998), repose sur cinq aspects essentiels : l'épanouissement au travail (éprouver du plaisir dans ses tâches professionnelles), l'harmonie entre vie professionnelle et personnelle (considérer ces deux sphères comme tout aussi importantes), des interactions positives avec les autres (ressentir de la reconnaissance de la part des collègues), la motivation à progresser (faire preuve d'ambition et vouloir concrétiser ses projets) et le bien-être personnel (se sentir en accord avec soi-même et bien dans son corps).

La Clinique E-Santé (2023) met en évidence l'impact négatif de la charge émotionnelle sur le bien-être. Cette accumulation excessive d'émotions entraîne une fatigue émotionnelle qui peut affaiblir l'estime de soi et nuire au bien-être psychologique. Lorsqu'une personne prend



sur elle trop d'émotions, elle risque de se négliger au profit des autres, ce qui accentue son stress et son épuisement. Cette surcharge émotionnelle est particulièrement observée dans le cadre du travail et des relations de couple, où les attentes sociétales jouent un rôle important. Toujours selon La clinique E-santé lorsque la charge émotionnelle devient trop lourde, elle déséquilibre la balance entre ce que l'on donne et ce que l'on reçoit, menant à une perte de ressources psychologiques. Sur le long terme, cette surcharge peut provoquer des troubles anxieux, une diminution du bien-être général et même une dépression.

Lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie par un soignant, ils peuvent développer des liens, un investissement psychologique s'est installé. Le résident peut aussi développer un attachement affectif vis-à-vis du soignant. Lors du décès, une souffrance peut exister (Hecquet et Nuytens, 2011). En dépit du bien-être que cela peut te procurer par ce que tout au long de votre travail, vous avez bien pris soin de lui. Par contre les affects, bien qu'indispensables à une prise en charge bienveillante, peuvent aussi entraîner une souffrance malgré tout. Le patient ne va pas se confier de la même manière aux médecins qu'aux soignants. Une bonne communication entre les différents protagonistes du soin offre un suivi des soins et une meilleure qualité de vie (Coitout et Lavault, 2021).

La théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2000) soutenant que l'individu s'accomplit au travail si l'environnement de celui-ci favorise la satisfaction de ses besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. La satisfaction de ces trois besoins psychologiques est la résultante d'inducteurs variés pouvant être situationnels tels que la justice organisationnelle, le soutien social, la charge de travail et la charge émotionnelle et d'inducteurs personnels tels que la résilience.

#### **1.4 CONTEXTE SOCIO-CULTURELLE ET SANITAIRE HAITIEN**

La santé, qui est une composante fondamentale du bien-être des citoyens, ne figure pas parmi les priorités de développement des autorités publiques en Haïti. Le secteur public ne dispose que de 30 % des infrastructures de santé (PNUD, 2002). Environ la moitié de la population haïtienne n'a pas accès aux services de santé officiels, ce qui reflète de profondes inégalités dans le système sanitaire du pays (Caribbean Country Management Unit, 2006). Par ailleurs, le secteur public ne représente qu'environ 30 % des structures de soins, et celles-ci sont principalement implantées en milieu urbain, rendant l'accès encore plus difficile pour les habitants des zones rurales. Dans les zones rurales, 70 % des services de santé sont fournis par des organisations non gouvernementales, principalement axées sur les soins de santé primaires. En outre, certains hôpitaux sont gérés par des fondations privées (Caribbean National Administration, 2006). En Haïti, bien que les services biomédicaux spécialisés soient largement valorisés, ils sont inaccessibles à la majorité de la population en raison d'obstacles structurels tels que le coût élevé, l'éloignement géographique et l'emplacement des établissements de santé.

Haïti présente une couverture sanitaire limitée, ce qui entraîne un accès réduit et une qualité insuffisante des services et des soins de santé. La répartition géographique des établissements de santé, ainsi que des ressources humaines et matérielles qui leur sont associées, constitue une problématique majeure, avec une nette préférence pour les zones urbaines au détriment des régions rurales (MSPP, 2020)

Une situation de tension, marquée par des violences et des manifestations, met en péril la population et paralyse le pays. L'insécurité limite l'accès aux infrastructures de santé pour les soignants comme pour les patients. Par conséquent, les besoins de la population haïtienne s'intensifient, et les conditions de vie des personnes les plus vulnérables se détériorent davantage (Médecins du Monde, 2024)

La pénurie de carburant et les difficultés pour le personnel médical d'atteindre leur lieu de travail, en raison des barricades, compliquent l'acheminement et l'approvisionnement en matériel et en médicaments, entraînant de graves conséquences pour environ trois quarts des hôpitaux du pays. Par exemple, la conservation des vaccins devient problématique, tout comme le maintien de conditions stériles pour les interventions chirurgicales. Accéder aux rares centres de santé et hôpitaux encore en fonctionnement est devenu difficile, voire impossible (Médecins du Monde, 2024).

L'accès aux soins de santé en Haïti reste inabordable pour une grande partie de la population, en raison des fortes inégalités de revenus et du taux de chômage élevé. Souvent, après une consultation médicale, nombre de nos compatriotes se trouvent dans l'incapacité de passer les examens requis ou de suivre les traitements prescrits (Henrys, 2022).

#### **1.4.1 Religion et culture**

La spiritualité occupe une place centrale dans tous les aspects de la vie en Haïti, influençant autant la gouvernance que les valeurs éthiques et les pratiques de soin (Corten, 2000; Hurbon, 2004). Haïti se distingue par une riche pluralité religieuse, comprenant le catholicisme, le vaudou (mêlant les pratiques d'Afrique de l'Ouest et le catholicisme) et diverses branches protestantes. Ces croyances ont évolué conjointement, s'influencent mutuellement et partageant des symboles fondamentaux communs (Brodwin, 1996). Il est impossible de saisir pleinement une religion sans considérer son interaction avec les autres (Hurbon, 2001)

Puisque les traditions catholique et protestante sont plus familières aux non-Haïtiens, cette section mettra l'accent sur le vaudou. Très ancré dans la société haïtienne, le vaudou est pratiqué par une grande partie de la population, y compris parmi ceux qui se déclarent catholiques, et dans une moindre mesure, parmi les protestants (Pierre et al., 2010).

D'après Brown (1989, 1991), le vaudou repose sur une conception de l'existence qui offre aux individus une identité, une énergie et un sentiment de protection dans un environnement hostile, en les connectant à leurs semblables, aux esprits et aux ancêtres. Pour dissimuler leurs pratiques spirituelles interdites, les esclaves ont associé leurs divinités africaines aux figures saintes de l'Église catholique. Les esclaves pouvaient ainsi donner l'illusion d'une stricte conformité au catholicisme tout en préservant des éléments de leur spiritualité ouest-africaine, aboutissant à la formation du vaudou (Hurbon, 2008). Ce dernier n'est pas un système religieux uniforme, mais se caractérise par une grande diversité régionale en matière de croyances et de pratiques (Najman, 2008).

#### **1.4.2 La pratique du vodou en Haïti**

Selon Baptiste, 2023, face à des défis socio-économiques, politiques et environnementaux, Haïti puise dans le vaudou une source de solidarité, de résilience et de quête spirituelle. En temps de crise, le vaudou agit comme une force rassembleuse, reliant les Haïtiens à leurs origines et renforçant leur capacité à affronter les épreuves. À travers les rituels, les pratiquants invoquent la protection des loas, les esprits, pour trouver un soutien spirituel dans les moments de détresse.

Plongez dans l'univers spirituel du vodou haïtien, où des divinités puissantes occupent une place centrale. De l'intrépide guerrier Ogoun à la bienveillante Erzulie, ces figures sacrées sont célébrées et respectées depuis des générations. Cependant, derrière les clichés véhiculés par Hollywood sur les zombies et les transes, se dévoile une culture riche, profondément enracinée dans les traditions, les rituels, et un fort sens de la communauté (Baptiste, 2023).

Le vaudou, fréquemment mal interprété en raison de stéréotypes, est en réalité un système de croyances riche et varié, mêlant des influences africaines, amérindiennes et européennes. Pour ses adeptes vivant dans les montagnes d'Haïti, il ne s'agit pas uniquement d'une religion, mais d'un véritable mode de vie, une façon d'interagir harmonieusement avec les dimensions spirituelles et matérielles de leur existence. Les cérémonies se distinguent par des danses cadencées, des chants envoûtants et l'utilisation d'objets sacrés. Ces rituels ont pour objectif de rendre hommage aux loas, des esprits incarnant divers aspects de l'existence, comme l'amour, la guérison et la sagesse (Moulite, 2024).

Toujours selon Moulite 2024, les adeptes croient que l'énergie des loas réside dans les éléments naturels, tels que les cascades et les forêts luxuriantes, ce qui confère aux montagnes une atmosphère particulièrement favorable à ces célébrations. Les hougans (prêtres) et les mambos (prêtresses) occupent une place essentielle dans la sauvegarde et la transmission des traditions du vaudou. Leur expertise des rituels, des plantes médicinales et des incantations sacrées se transmet de génération en génération. Les montagnes, souvent considérées comme des sanctuaires, offrent un cadre idéal où ces guides spirituels dirigent des cérémonies qui consolident à la fois les liens sociaux et spirituels au sein de la communauté. Dans les montagnes d'Haïti, le vaudou s'inscrit naturellement dans le quotidien. Les adeptes perçoivent la nature comme un allié précieux dans leur cheminement spirituel, et les montagnes deviennent des refuges propices à la méditation, à la connexion avec les ancêtres et au renouvellement de leur énergie spirituelle. Pourtant, le vaudou reste souvent incompris et victime de stigmatisation. Malgré les préjugés persistants, ses pratiquants restent profondément attachés à leurs traditions et à l'héritage spirituel riche qu'ils perpétuent avec fierté (Pierre et al., 2010).

Le vaudou ne se limite pas à une pratique religieuse ; il constitue également un système de soins de santé intégrant des méthodes de guérison, des actions de prévention des maladies, la promotion de la santé et le bien-être individuel (Augustin, 1999). Lors de grandes crises, qu'elles soient personnelles ou collectives, les membres des classes moyennes et supérieures se tournent parfois vers le vaudou pour trouver du soutien, en particulier lorsque les origines de leurs souffrances restent floues. Par ailleurs, il arrive que certaines personnes dansent ou entonnent des chants vaudous, non par adhésion religieuse, mais pour puiser de la force et du réconfort dans l'énergie de la musique (Najman, 2008).

Le vaudou offre des enseignements sur la promotion, la prévention et le traitement des problèmes de santé, en s'appuyant sur des théories de la maladie, des approches thérapeutiques et des recommandations comportementales qui s'alignent sur d'autres modèles explicatifs largement reconnus (Vornarx, 2008,). En Haïti, les divinités africaines, connues sous le nom de lwa (ou loas), incarnent l'esprit des ancêtres africains, des membres défunts de la famille, ainsi que des figures bibliques. Considérés comme des anges gardiens, les lwa peuvent offrir une protection contre les malédictions ennemies et être invoqués en période de détresse pour apporter guidance ou transformer une situation (Fleurose et Desrosiers, 2002).

Dans son étude sur le vaudou haïtien, Deren (1983) met en lumière le rôle central des hougans dans les soins médicaux. Selon la tradition vaudoue, la guérison repose sur une expertise approfondie en phytothérapie, combinée à l'utilisation de rituels de diagnostic. Les hougans s'efforcent de découvrir les causes des maladies, qui pourraient être interprétées comme une punition pour avoir négligé le service dû à un lwa. Deren précise toutefois que les hougans ne rejettent pas les traitements biomédicaux et peuvent même recommander à leurs patients de se tourner vers ces soins lorsque les cas dépassent leur domaine de compétence.

En Haïti, l'Église protestante et catholique, ainsi que les pratiques religieuses, jouent un rôle clé dans l'accompagnement des individus face aux défis psychologiques et émotionnels, offrant un système alternatif de guérison. La religion apporte un sens à la vie, un sentiment de valeur personnelle, de réconfort, d'appartenance, ainsi qu'un cadre structuré et discipliné. La religion peut renforcer l'estime de soi, atténuer le désespoir et insuffler de l'espoir même dans les situations les plus difficiles et éprouvantes. En Haïti, les professionnels de la santé peuvent considérer les leaders spirituels comme des partenaires précieux, capables d'encourager les usagers à chercher de l'aide et à suivre les traitements prescrits. Ces chefs religieux et spirituels peuvent agir en tant que « consultants » ou « co-thérapeutes », établissant plus aisément un lien de confiance avec les usagers que les professionnels de santé mentale ou les institutions médicales (Pierre et al., 2010).

#### **1.4.3 Croyances et pratiques de soins en Haïti**

Dans la culture haïtienne, la perception de la maladie repose principalement sur des croyances religieuses, culturelles et sociales. Elle offre une vision multidimensionnelle de l'être humain et accorde une place centrale au vaudou, perçu comme une religion par certains, un élément culturel et folklorique par d'autres, et un cadre de référence culturel et ethnographique pour les chercheurs (Pierre et al., 2010). Quelle que soit la manière dont on perçoit le vaudou, il reste indissociable de la culture haïtienne. Il joue un rôle central dans la médecine traditionnelle, constituant un système complexe de soins intégrant à la fois des pratiques curatives et préventives. Toutefois, la prévention et la guérison ne se limitent pas à des approches biomédicales : elles dépendent également d'un ensemble de facteurs socioculturels qui influencent la manière dont une personne comprend sa maladie, ses relations avec les autres et son environnement. À ce titre, le vaudou contribue activement au processus de guérison (Louis, 2015)

La culture haïtienne offre une diversité d'interprétations de la maladie, reposant sur des croyances culturelles, religieuses et sociales. Ces modèles explicatifs influencent les attitudes face à la recherche d'aide et l'utilisation des services de santé. En Haïti, les perceptions de la maladie et les démarches pour rechercher de l'aide diffèrent largement selon des facteurs comme la localisation géographique, les croyances religieuses et le statut social. Les individus adoptent une approche pragmatique, combinant fréquemment plusieurs modèles ou approches hybrides pour interpréter la santé et la maladie. Ainsi, une même personne peut solliciter diverses sources d'aide en fonction de leur accessibilité (Pierre et al., 2010).

Les Haïtiens classifient les maladies en plusieurs catégories distinctes, notamment : *maladi Bondyé* (maladies attribuées à Dieu, considérées comme d'origine naturelle), *maladi peyi* (maladies du pays, généralement des affections bénignes ou de courte durée), *maladi moun fè mal* (maladies causées par des sorts magiques liés à la cupidité humaine), et des maladies d'origine surnaturelle telles que *maladi Bon lwa* (maladies liées aux esprits) et *maladi Satan* (maladies attribuées à Satan) (Sterlin, 2006).

Les maladies modérées ou chroniques sont souvent gérées au sein de la famille ou par le biais de réseaux sociaux de soutien. d'autre part, les Haïtiens croient généralement que les maladies infectieuses telles que le SIDA et la tuberculose, ainsi que les blessures ou traumatismes graves, relèvent du champ de traitement de la médecine occidentale (Pierre et al., 2010).

*Sezisman*, qui veut dire « saisi » ou « surpris » dans son sens littéral, est une condition de paralysie qui survient généralement après un choc soudain, impliquant une forte colère, une indignation intense, une grande tristesse ou, plus rarement, une joie très vive (Nicolas et al., 2006). L'état de *sezisman* présente une spécificité particulière chez les femmes : il est reconnu que l'annonce de nouvelles bouleversantes ou négatives à une femme enceinte peut entraîner des conséquences graves, telles qu'une fausse couche, un accouchement prématuré, une malformation du fœtus, le décès de la femme ou une altération du lait maternel.



Face au manque persistant de ressources officielles dédiées aux soins de santé, les Haïtiens ont développé des stratégies alternatives pour gérer leurs problèmes de santé mentale, adaptées aux contextes où les ressources sont limitées. Comme mentionné précédemment, de nombreux Haïtiens se tournent vers des praticiens traditionnels ou des guérisseurs religieux pour traiter les problèmes de santé mentale. En Haïti, ces guérisseurs traditionnels se déclinent en plusieurs catégories, certains étant spécialisés dans le traitement de maladies spécifiques, tandis que d'autres se concentrent sur le bien-être global (Miller, 2000).

Un peuple ne peut se développer sans s'appuyer sur ses ressources identitaires. De même, tant qu'un individu reste ancré dans ses croyances, il peut, sur le plan psychologique, parvenir à rétablir un équilibre qui contribue à sa guérison. Celle-ci n'est pas une condition figée, mais un processus qui débute avant tout en lui-même. Le vaudou, bien qu'incapable de traiter toutes les pathologies, a le pouvoir de permettre à l'Haïtien de se reconnecter à lui-même dans un contexte marqué par la fragilité, la discrimination et une anxiété constante. En Haïti, une collaboration entre la médecine traditionnelle, les pratiques thérapeutiques du vaudou et la médecine occidentale serait souhaitable. Une telle approche, tirant parti des forces de chacune, pourrait favoriser un accès équitable aux soins, libéré de tout préjugé ou exclusion (Louis, 2015).

## **CHAPITRE 2**

### **CADRE METHODOLOGIQUE**

Dans ce deuxième chapitre, je présente la méthode choisie et appliquée pour répondre à ma question de recherche. Tout d'abord, je vais établir le contexte épistémologique. Ensuite, j'exposerai la méthode sélectionnée pour notre étude.

#### **2.1 POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE**

L'épistémologie, qui constitue un aspect essentiel de la philosophie des sciences, s'intéresse à l'élaboration, à la provenance et à l'évolution des savoirs.

Cette recherche se fonde sur l'idée que la science repose sur des présupposés, des connaissances standardisées et une communauté scientifique reconnue (Maingain et al., 2002). Elle étudie la manière dont les sciences sont construites, en explorant leur origine, leur contenu, ainsi que l'organisation, la structuration et l'évolution des connaissances (Formarier, 2012).

Le paradigme épistémologique adopté ici est constructiviste, mettant en avant le lien étroit entre le chercheur et la question de recherche. Les connaissances émergent de la réalité du chercheur et de sa compréhension du sujet (Albert et Cadieux, 2017).

Cet outil a été conçu pour générer des connaissances basées sur des expériences vécues (Albert et Michaud, 2016). Il s'inscrit dans une approche générique centrée sur les savoirs, offrant à toute personne intéressée par la recherche universitaire la possibilité de produire un « savoir universitaire » en lien avec son expérience, qu'elle soit professionnelle ou pratique (Albert, 2017).

D'après le courant constructiviste, le monde est une construction sociale, reposant sur les émotions, les expériences directes et instantanées, ainsi que sur la perception des individus et leur manière d'appréhender les autres. Ce mouvement souligne l'importance de la collaboration et des échanges entre les personnes, qui structurent leurs modes de pensée. Toute approche en accord avec le dogme constructiviste met l'accent sur ces dynamiques. Les expériences personnelles des individus ont une grande influence sur la création et la production de connaissances (Le Moigne, 2002).

Selon l'épistémologie constructiviste pragmatique, l'objectif de la vérité n'est pas nécessairement de représenter fidèlement la réalité, mais plutôt d'élaborer un savoir global pour faciliter la compréhension du phénomène en question (Albert et Cadieux, 2017).

Nous abordons le concept de paradigme épistémologique comme l'ensemble de valeurs et d'idées partagées par la communauté scientifique. Ce cadre donne du sens aux situations auxquelles nous sommes confrontés, guidant notre démarche de recherche (Avenier, 2011).

## **2.2 PRÉSENTATION DE L'APPROCHE METHODOLOGIQUE**

On distingue principalement deux types d'approches de recherche : les approches quantitatives et les approches qualitatives. La recherche quantitative se différencie de la recherche qualitative par sa méthodologie, la première produisant des informations numériques ou mesurables, contrairement à la seconde qui génère des données descriptives (Fortin et Gagnon, 2016).

L'approche quantitative adopte une méthode structurée, méthodique et neutre, dans le but de confirmer ou d'exposer un lien de causalité entre diverses variables. Toutefois, l'approche qualitative, généralement considérée comme subjective, se concentre sur les points de vue et les expériences des participants (Fortin et Gagnon, 2016).

La recherche qualitative est centrée sur une compréhension approfondie des motivations et processus derrière les actions et interactions humaines. Elle se focalise sur les intentions réelles des individus, illustrées par des descriptions où les acteurs sont directement identifiés (Dumez, 2011). L'approche qualitative est valorisée pour son exploration détaillée et contextuelle, sa flexibilité, et la personnalisation des techniques d'analyse selon les besoins spécifiques de chaque étude, selon Giordano et Jolibert (2016).

Donc, j'ai choisi une méthode qualitative en raison de sa capacité reconnue à offrir une exploration approfondie et contextuelle des phénomènes étudiés, comme le soulignent Dumez (2011) ; Giordano et Jolibert (2016). Cette approche se caractérise par sa souplesse et son aptitude à répondre aux diverses dynamiques et réactions émotionnelles qui se manifestent tout au long de l'étude, des éléments essentiels lorsqu'on aborde des thèmes aussi fluctuants et sensibles que la santé émotionnelle et le bien-être professionnel.

La recherche qualitative me permet de valoriser les perceptions personnelles et les réponses émotionnelles, considérées comme des données essentielles pour comprendre l'impact de la charge émotionnelle. Elle encourage également une présentation originale et personnalisée des résultats, facilitant ainsi la narration de récits personnels et la description détaillée de cas spécifiques de manière captivante et significative.

### **2.2.1 Processus de l'autopraxéographie**

Pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi l'autopraxéographie. Cette approche qualitative, qui privilégie l'expérience personnelle du chercheur (Albert et al., 2023), positionne les individus au cœur des méthodes en sciences humaines (Yanow 2006 cité dans Albert et al., 2023) permet une exploration détaillée de comment les situations de stress émotionnel influencent la santé psychologique et la satisfaction professionnelle. En utilisant des récits personnels sincères et honnêtes, cette approche facilite l'identification d'interventions potentielles visant à améliorer le bien-être des professionnels de santé.

L'expression « autopraxéographie » fusionne les concepts de « autoethnographie » et de « praxéographie ». Contrairement à l'autoethnographie, qui met l'accent sur l'expérience personnelle de l'auteur dans le but d'éclairer un savoir spécifique et local, l'autopraxéographie repose sur une réflexion critique qui articule l'expérience personnelle du chercheur avec une perspective théorique multidisciplinaire. Cette combinaison vise à élaborer des savoirs génériques (Albert et Michaud, 2016, cités dans Albert et Perouma, 2017).

"La méthode autopraxéographique permet de partir du savoir du praticien-chercheur pour construire du savoir générique. Cette construction est permise par le processus réflexif réalisé. Ce savoir générique permet d'explorer des questionnements qui ont du sens pour les praticiens et qui n'avaient pas été abordés dans la littérature jusque-là" (Albert et al., (2023), pp 9).

Cette approche est couramment adoptée par ceux qui possèdent une grande expérience, ces individus retournant à l'université afin d'élever leur niveau académique. Toutefois, la génération de connaissances générales à travers l'expérience du chercheur est perçue comme une information de première main. Par conséquent, le savoir du praticien est converti en connaissance générique grâce à un processus d'analyse réflexive, durant lequel il prend du recul pour décoder les expériences de manière dépourvue d'émotions (Albert et al., 2022).

De plus, Albert et al. (2022) attestent que l'expertise tirée de l'expérience du professionnel réduit l'écart entre la théorie et la pratique, souvent négligé ou sous-évalué dans la gestion de projet. Ainsi, cette connaissance générale souvent sous-estimée est appliquée en pratique. Afin de générer ce savoir général, le chercheur a suivi la démarche suivante : Il partage des expériences basées sur les témoignages qu'il a collectés tout au long de sa carrière professionnelle, en particulier celles qui se rapportent à son domaine d'étude. Après avoir fini avec les témoignages, il a utilisé sa réflexivité pour les examiner selon une méthode scientifique basée sur une approche paradigme épistémologique constructive pragmatique (PECP), qui consiste à définir le sujet et à prendre du recul pour être en mesure de l'interpréter. Par la suite, le chercheur a mis en évidence des connaissances afin de poursuivre ces démarches. En d'autres termes, de nouvelles connaissances générales émergent suite aux actions entreprises par le chercheur-praticien.

### **2.2.2 Spécificité de l'autopraxéographie**

En raison de ma préoccupation pour l'originalité et la situation entourant le phénomène examiné, j'ai choisi une approche abductive. Cette méthode implique un va-et-vient constant entre l'expérience pratique et la théorie pluridisciplinaire. Pour réaliser cela, le chercheur engage un processus réflexif en deux étapes. La phase initiale lui permet d'examiner sa méthode de recherche, tandis que la phase ultérieure lui ouvre la porte vers un éventail de théories pour envisager ses expériences sous différents aspects. De ce fait, le chercheur pourra adopter une vue détachée sur ces aspects (Albert et Cadieux, 2017).

Selon Albert et Cadieux (2017), l'autopraxéographie se distingue des autres méthodes de première personne par trois spécificités précises :

Perspective non-idiographique : Les approches centrées sur l'individu favorisent une perspective idéographique, ce qui signifie que la recherche se concentre sur un cas spécifique afin d'extraire des connaissances spécifiques à celui-ci (Tsoukas, 2005 ; cité dans Albert et Cadieux 2017). Notre méthode se distingue par le fait qu'elle ne s'aligne ni sur l'approche idéographique propre à toutes les techniques subjectives, ni sur la démarche nomothétique.

Effectivement, l'autopraxéographie vise principalement à élaborer des connaissances générales (Albert et Cadieux, 2017).

Processus abductif : L'autopraxéographie requiert une interaction continue entre l'expérience personnelle et la théorie pluridisciplinaire. Pour accomplir cela, le chercheur met en œuvre un processus réflexif en deux phases. La première étape lui offre l'opportunité d'évaluer sa stratégie de recherche, alors que la phase suivante lui ouvre la porte vers un éventail de théories pour envisager ses expériences sous différents aspects. De ce fait, le chercheur pourra adopter une vue détachée sur ces aspects (Albert et Cadieux, 2017).

Écriture au passé ; Ainsi, même si le chercheur et l'acteur ne formaient qu'une seule personne, l'entité « soi » qui a élaboré l'expérience n'était pas identique à celle qui a vécu cette expérience. Ainsi, les récits étaient écrits à l'époque du passé. Cette approche d'écriture offrait au chercheur la possibilité de se distancier de ses propres expériences (Albert et Cadieux, 2017).

### **2.2.3 Limites de l'autopraxéographie**

L'autopraxéographie présente certaines limites liées à l'impartialité de l'auteur. En effet, malgré ses efforts pour faire preuve d'honnêteté, il lui est impossible de rapporter l'ensemble des situations vécues avec une objectivité complète. Par ailleurs, une autre contrainte réside dans le fait que cette méthode repose sur une étude à la première personne, ce qui signifie que les données proviennent d'une seule source. Par conséquent, l'analyse se base sur une perspective unique, ce qui peut être insuffisant pour comprendre pleinement un contexte donné (Albert, 2017).

## **2.3 ENJEU ETHIQUE ET PISTE D'ACTION**

Dans le cadre de ma recherche autopraxéographique, qui se penche sur mes expériences professionnelles et interactions avec divers collègues et clients, la question du respect de la vie privée des personnes impliquées se présente comme un enjeu majeur.

« Les individus ont le droit à la protection de leur vie privée concernant leur corps, leurs informations personnelles, les idées et opinions qu'ils partagent, leurs correspondances privées ainsi que les espaces qu'ils occupent. » Cependant, la recherche peut affecter ces divers aspects de la vie privée de diverses manières, en fonction de ses buts et des méthodes employées (ETPC2, 2022 chap. 5).

Comme piste de solution, Je pense rendre confidentiel les informations concernant les personnes en modifiant leurs noms de manière à les rendre anonymes dans le but d'éliminer les identificateurs directs et de ne conserver aucun code permettant la réidentification, réduisant considérablement le risque que les participants soient identifiés à partir des données collectées (ETPC2, 2022).

Je pourrais également modifier certains détails spécifiques sur les lieux ou les situations décrites dans le but d'éviter l'identification indirecte.



## **CHAPITRE 3**

### **TEMOIGNAGES**

Dans ce chapitre, je vais partager deux témoignages issus de ma propre expérience en tant que praticienne-chercheuse. Ces récits illustrent les défis émotionnels que j'ai rencontrés dans mon travail et mettent en lumière comment mes croyances et ma spiritualité m'ont aidée à apaiser cette charge émotionnelle. À travers ces témoignages, je m'appuierai sur des allers-retours entre mes expériences personnelles et des concepts théoriques issus de différentes disciplines, comme la psychologie, la sociologie et les études culturelles. Mon objectif est de démontrer comment les ressources culturelles et spirituelles peuvent renforcer la résilience face à des environnements de travail émotionnellement exigeant et d'en tirer des connaissances applicables à des contextes similaires.

#### **3.1 TEMOIGNAGE 1**

Depuis mon plus jeune âge, la compassion et le dévouement ont été des valeurs centrales dans ma famille, enracinées profondément dans notre culture haïtienne. Née cadette d'une grande fratrie de neuf enfants, j'ai rapidement appris l'importance de prendre soin des autres. Ma mère, une femme de forte résilience et de grand cœur, a toujours été un modèle de générosité et de service. Ensemble, nous partageons les tâches du quotidien, une routine qui allait bientôt se transformer en une leçon de vie bien plus profonde.

L'événement qui a marqué un tournant dans ma jeune vie fut l'AVC dévastateur qui a rendu ma grand-mère hémiparétique. Dans notre culture, il est courant que les anciens vivent chez leurs enfants plutôt que dans des institutions. Par conséquent, lorsqu'elle est devenue incapable de s'occuper d'elle-même, ma mère n'a pas hésité à prendre en charge ses soins. Cette responsabilité s'est naturellement étendue à moi. J'avais à peine douze ans lorsque j'ai commencé à aider à nourrir, laver et réconforter ma grand-mère. Ce sont ces moments, passés à ses côtés, qui ont semé les premières graines de ma vocation.

La proximité avec la fragilité humaine m'a enseigné des leçons précieuses sur la vulnérabilité et la force. À chaque fois que ma mère devait s'absenter, elle me confiait la garde de ma grand-mère. Ces responsabilités, bien que lourdes pour une enfant, m'ont appris la patience, l'empathie et, surtout, l'importance d'agir avec amour et dévouement. Je me souviens des longues après-midis à écouter les histoires de ma grand-mère, son passé, ses rêves et ses regrets. Ces moments de partage étaient empreints d'une profonde humanité qui transcendait la simple assistance physique.

Ces expériences ont renforcé en moi la conviction que prendre soin des autres est une vocation noble. Inspirée par l'exemple maternel et les valeurs culturelles haïtiennes de solidarité et de soutien familial, j'ai décidé de poursuivre une carrière où ces principes pourraient être appliqués au quotidien. Ainsi, lorsque vint le moment de choisir une orientation professionnelle, les sciences infirmières m'ont semblé être le chemin naturel à suivre.

Toutefois, malgré mon enthousiasme et ma détermination, rien ne pouvait vraiment me préparer à la réalité émotionnelle de ce métier. Dès les premiers jours de ma formation, j'ai été confrontée à des réalités bouleversantes. Haïti, mon pays bien-aimé, faisait face à de nombreux défis sanitaires, exacerbés par des infrastructures inadéquates et des ressources limitées. À cette époque, une épidémie de choléra frappait de nombreuses communautés vulnérables. Dans le cadre de nos études, nous visitions régulièrement des centres de traitement où la mort et la maladie étaient des visiteurs quotidiens.

Ces premières incursions dans le monde médical ont été un choc. Confrontée à la souffrance et à la détresse humaine à une telle échelle, j'ai rapidement pris conscience de la lourde charge émotionnelle que les soignants doivent porter. Chaque journée passée au centre de traitement ajoutait un poids à mon cœur. La nuit, je revoyais les visages des patients, j'entendais les pleurs des familles en deuil, et je me sentais démunie face à l'ampleur de la tâche.

C'est dans ce contexte que j'ai commencé à comprendre véritablement ce que signifiait être infirmière en Haïti. Ce n'était pas seulement une question de compétences techniques, mais aussi et surtout d'une capacité à gérer les impacts émotionnels profonds que notre travail implique. Cette prise de conscience a été le début d'un long voyage, non seulement vers la maîtrise de mon métier, mais aussi vers une compréhension plus profonde de moi-même et des besoins humains fondamentaux.

Ma première véritable confrontation avec la réalité du terrain en tant qu'étudiante en soins infirmiers est survenue lors de ma deuxième année, alors que je réalisais un stage dans les centres de traitement du choléra pendant une flambée qui sévissait en Haïti. Les images diffusées aux nouvelles et les avertissements des professeurs n'avaient pas suffi à me préparer à ce que j'allais voir. C'était un matin d'octobre, l'air était lourd et imprégné de la désolation qui s'était abattue sur notre pays. Nous, les étudiants, avons été mobilisés pour assister dans les centres de traitement du choléra, établis à la hâte pour répondre à la crise.

À mon arrivée, l'ampleur de la tragédie m'a frappée de plein fouet. Des rangées de lits de camp s'étendaient sous de vastes tentes blanches, chacun occupé par un patient luttant pour sa vie. Les visages marqués par la maladie, les corps émaciés et les yeux remplis de douleur racontaient des histoires de désespoir silencieux. Les enfants, particulièrement vulnérables, étaient les plus touchés, et c'était déchirant de voir leur petite taille si fragile dans un tel environnement.

Durant ces premières semaines, mon rôle était d'assister les infirmiers et médecins, de distribuer les traitements réhydratants, et surtout, d'offrir un peu de réconfort aux patients.

Chaque jour offrait un mélange brutal de chaos et de routine : préparer les sérums, nettoyer les zones de soin, et parfois, tenir la main d'une personne en fin de vie. La mort était une présence constante, et chaque décès laissait une marque indélébile sur mon âme. Après chaque journée au centre de traitement du choléra, je n'arrivais même pas à me nourrir ni à dormir.

Face à cette détresse, j'ai ressenti une impulsion profonde de faire plus. Poussée par le désir d'aider au-delà de l'enceinte des centres, j'ai proposé à ma mère de financer l'achat de sérums oraux pour que je puisse les distribuer dans les communautés plus isolées. Ma mère, craignant pour ma santé et ma sécurité, hésita, mais accepta finalement de me soutenir à condition que je sois accompagnée. Elle me mit en contact avec une organisation locale qui organisait des sorties de prévention.

Ces excursions étaient éclairantes. Elles m'ont exposée à une réalité encore plus précaire que celle des centres de traitement. Les villages que nous visitons manquaient souvent des infrastructures les plus élémentaires, comme l'eau potable ou des installations sanitaires adéquates. J'ai vu des familles entières vivant dans des conditions insalubres, où la maladie se transmettait facilement. Cela m'a bouleversée, mais également motivée à persévérer.

Malgré l'aide que nous apportions, la culpabilité et l'impuissance me pesaient lourdement. Chaque retour de mission était suivi par des heures de réflexion et de tristesse, me demandant si ce que nous faisions était suffisant. Ma mère observait mon combat intérieur et, bien qu'elle fût fière, elle était également inquiète pour mon bien-être émotionnel.

C'est durant cette période que j'ai commencé à comprendre pleinement l'ampleur de la charge émotionnelle liée à ma future profession. J'ai réalisé que les soins infirmiers ne se limitaient pas à des compétences techniques, mais qu'ils demandaient aussi une forte capacité à gérer ses propres émotions face aux souffrances humaines. Cette prise de conscience m'a poussée à chercher des moyens de renforcer ma résilience émotionnelle, une quête qui allait s'avérer cruciale pour la suite de ma carrière.

Ce chapitre de ma vie a été un tournant, marquant le début de mon engagement non seulement en tant que future infirmière mais aussi en tant que citoyenne active dans la lutte contre les inégalités de santé. J'ai appris que chaque petit geste compte et que, malgré les obstacles, notre contribution peut apporter une lueur d'espoir. Les défis étaient immenses, mais les leçons apprises au cœur de cette crise ont façonné la professionnelle que je suis devenue.

Après avoir terminé mes études, j'ai obtenu mon premier emploi dans un hôpital privé situé le long d'une route nationale très fréquentée, reliant plusieurs grandes villes. J'étais pleine d'enthousiasme à l'idée de mettre en pratique mes connaissances et d'apporter une aide concrète aux patients. Toutefois, je n'avais pas prévu que cet emploi allait me confronter à des dilemmes éthiques et à une charge émotionnelle que je n'étais pas préparée à porter.

L'hôpital dans lequel je travaillais avait une politique stricte : aucun soin ne devait être prodigué à un patient tant que lui ou ses proches n'avaient pas effectué un dépôt à la caisse. Cette règle m'a parue difficile à accepter, mais je me suis dit que c'était peut-être une norme dans le secteur privé. Je pensais pouvoir faire abstraction de cette règle, mais je n'avais pas réalisé à quel point elle allait bouleverser ma pratique professionnelle et mon éthique personnelle.

Après quelques semaines à ce poste, la situation a pris une tournure décisive. Un jour, alors que nous étions deux infirmières en poste aux urgences, un jeune homme d'environ vingt ans est arrivé après un grave accident de moto. Ses jambes étaient gravement déformées, il saignait abondamment et montrait des signes de choc. Face à l'urgence de la situation, mon réflexe d'infirmière a pris le dessus : je me suis précipitée pour prendre ses signes vitaux, appliquer des pansements compressifs et faire tout ce qui était nécessaire pour stabiliser le patient.

Cependant, ma collègue m'a arrêtée net. Elle m'a rappelé que, conformément à la politique de l'hôpital, nous ne pouvions continuer les soins tant que l'accompagnateur du patient n'était pas passé à la caisse pour effectuer le dépôt requis. J'étais sous le choc. Le jeune homme était en train de perdre beaucoup de sang, et chaque minute comptait. J'ai répondu à ma collègue : « Oui, je comprends, mais nous devons faire quelque chose en attendant ! »

J'ai continué à prodiguer les soins de base. Mais très vite, j'ai remarqué des murmures dans le couloir. Intriguée, j'ai demandé à une autre collègue ce qu'il se passait. C'est alors que j'ai appris que l'homme qui avait accompagné le patient ne le connaissait pas. Il avait simplement eu la bonté de l'aider en le transportant à l'hôpital. Cette découverte m'a encore plus bouleversée. Le patient était conscient, alors je me suis approchée de lui pour lui poser des questions sur ses proches. Il m'a expliqué qu'il venait de très loin, d'une zone rurale reculée. Sa mère était en fauteuil roulant, et il n'avait personne dans la ville pour l'aider.

Quelques minutes plus tard, le médecin, qui était aussi le PDG de l'hôpital, est arrivé. Il n'a même pas pris la peine d'évaluer le patient. Il nous a convoquées, ma collègue et moi, dans son bureau. Ma collègue a expliqué que je n'avais pas respecté la politique de l'établissement. Le médecin s'est alors adressé à moi avec une sévérité que je n'oublierai jamais. Il m'a réprimandée comme si j'étais sa propre fille et m'a prévenu que les frais des matériaux utilisés pour les premiers soins seraient prélevés directement de ma paie.

Je suis sortie de son bureau bouleversée. J'avais le sentiment d'avoir été punie pour avoir fait ce que ma conscience et mon dévouement professionnel me dictaient. La colère montait en moi. Sur le chemin du retour, j'avais la gorge serrée et les larmes aux yeux. Une fois chez moi, je me suis enfermée dans ma chambre et j'ai éclaté en sanglots. J'étais furieuse contre le système de santé, contre l'hôpital, contre les dirigeants, et surtout contre cette logique qui place l'argent au-dessus de la vie humaine.

Ce jour-là, j'ai compris à quel point mon rôle d'infirmière pouvait être en contradiction avec les règles imposées par l'institution. D'un côté, mon devoir moral et éthique m'ordonnait de sauver une vie sans condition; de l'autre, la politique de l'hôpital m'imposait de prioriser les considérations financières. Comment pouvait-on exiger d'un soignant qu'il détourne le regard face à une urgence vitale? Ce dilemme m'a hantée pendant des jours, me laissant avec un profond sentiment d'impuissance et d'injustice. Je me suis alors demandé : dans un tel système, où se situe réellement l'humanité?

Le lendemain, j'ai pris une décision radicale. J'ai rédigé ma lettre de démission. Je savais que je ne pouvais pas continuer à travailler dans un environnement où les principes éthiques fondamentaux de ma profession étaient bafoués.

Les semaines qui ont suivi ont été très difficiles. J'étais en pleine remise en question. Pendant près d'un mois, je n'ai pas postulé à un seul emploi. Je restais chez moi, perdue dans mes pensées, publiant des messages sur les réseaux sociaux pour dénoncer les injustices du système de santé. J'étais envahie par un sentiment d'impuissance et de frustration. J'ai même envisagé de changer complètement de carrière tant j'étais dévastée.

Puis, au bout de deux mois, mon ancienne école m'a contactée pour me proposer une mission de service communautaire dans une région rurale isolée. Au début, j'étais hésitante. J'avais peur de revivre les mêmes expériences traumatisantes. Mais après de longues réflexions, j'ai finalement accepté l'offre.

Cette mission a été une véritable révélation. J'étais plongée dans une réalité bien différente, loin des infrastructures médicales modernes. Nous étions souvent les seules ressources disponibles pour des communautés entières. Chaque jour présentait un nouvel ensemble de défis et d'apprentissages.

C'est au cours de cette mission que j'ai rencontré Jean, un patient dont l'histoire allait changer ma vision de la profession et me rappeler pourquoi j'avais choisi ce métier. Ce fut une expérience marquante, qui m'a aidée à retrouver mon humanité et à redonner un sens à mon parcours professionnel.

Jean était un agriculteur d'une cinquantaine d'années, souffrant d'une plaie infectée à la jambe. Il avait parcouru plusieurs kilomètres pour nous voir, s'appuyant sur un bâton comme seule aide. Sa situation était critique, mais son incapacité à payer le transport vers un hôpital mieux équipé mettait sa vie en danger. La première fois que je l'ai soigné, j'ai réalisé à quel point nos actions pouvaient être limitées par des facteurs bien au-delà de notre contrôle. Nous avons fait de notre mieux avec les ressources disponibles, nettoyant sa plaie et lui fournissant les médicaments nécessaires, mais je savais que ce n'était pas suffisant.

Cette rencontre a été un tournant pour moi. Elle a mis en lumière les graves lacunes de notre système de santé et la manière dont elles affectaient les patients comme Jean. Je me sentais déchirée entre mon désir d'aider et la réalité de nos limitations. Cette période de ma vie a été marquée par une lutte intérieure intense, où la charge émotionnelle de mon travail semblait parfois insurmontable. Chaque cas comme celui de Jean ajoutait à mon sentiment d'impuissance et alimentait ma frustration envers un système qui laissait tant de gens derrière.

Au fil du temps, mon travail dans la région a commencé à montrer des résultats. Lors des visites domiciliaires, j'ai fait la rencontre de Marie, une jeune mère dont l'enfant souffrait de malnutrition sévère. Les ressources médicales étant limitées, je me suis investie personnellement dans son suivi, m'assurant qu'elle recevait les soins nécessaires et lui prodiguant des conseils nutritionnels adaptés à sa situation.



À travers cet engagement, j'ai développé un lien fort avec Marie et d'autres membres de la communauté, renforçant ainsi mon réseau de soutien et mes relations sociales. Chaque amélioration dans l'état de santé de son enfant m'a procuré un profond sentiment d'épanouissement personnel et une satisfaction grandissante dans mon travail. Voir ses progrès grâce à mes actions a consolidé mon sentiment d'efficacité et renforcé ma confiance en mes compétences.

L'impact de mon implication ne tarda pas à être reconnu par mes collègues et les habitants du village, ce qui m'a encouragée à poursuivre mes efforts avec encore plus de dévouement. Cette reconnaissance, tant formelle qu'informelle, a nourri ma motivation et m'a aidée à maintenir un niveau élevé d'engagement volontaire malgré les défis quotidiens. Cet épisode a profondément marqué mon parcours, en m'enseignant que la résilience et le bien-être professionnel ne se construisent pas uniquement sur la réussite individuelle, mais aussi sur la qualité des liens que nous tissons avec les autres et sur le sens que nous donnons à notre travail.

De plus, avec l'aide de l'organisation pour laquelle je travaillais et le soutien de la communauté, nous avons réussi à améliorer les conditions de soin et à éduquer les gens sur les pratiques sanitaires de base. Malgré les difficultés, voir le changement positif que nous pouvions apporter a été incroyablement gratifiant. Ces succès, bien que modestes, m'ont enseigné une leçon précieuse sur l'impact que nous pouvons avoir, même avec des ressources limitées.

Mais malgré tous nos efforts dans la communauté, lorsqu'un cas dépassait nos compétences et que nous n'arrivions pas à assurer la prise en charge nécessaire, les proches des malades nous tenaient toujours responsables, comme si nous étions la cause du manque de ressources. Ces reproches étaient difficiles à vivre et m'accablaient énormément.

Ces situations ont eu un impact profond sur ma vie, mon bien-être et ma santé. Je n'arrivais plus à me nourrir, et j'avais tellement maigri que cela inquiétait mon entourage. Mon fiancé de l'époque et moi avons failli rompre. Chaque fois que nous parlions au téléphone, je finissais toujours par m'énerver contre lui. J'avais l'impression qu'il ne me comprenait pas, et tout ce qu'il me disait me semblait négatif.

Un événement particulièrement traumatisant a marqué cette période. Une petite fille est arrivée au dispensaire après un accident de la route, avec une fracture ouverte à la cuisse et une hémorragie sévère. Avec mes collègues, nous avons tout tenté pour la sauver. Nous avons appliqué un pansement compressif, administré une solution intraveineuse de grosses molécules, et entrepris des démarches pour appeler une ambulance afin de la transférer à l'hôpital départemental. Mais plus d'une heure s'était écoulée, et l'ambulance n'était toujours pas arrivée. La fillette a fini par rendre son dernier souffle sous nos yeux.

L'impuissance que j'ai ressentie à cet instant a été écrasante. Je suis restée figée, le regard vide, incapable de détourner mes yeux de ce petit corps inerte. Une vague de culpabilité m'a envahie, me murmurant que j'aurais peut-être pu faire plus, aller plus vite, trouver une autre solution. Mon cœur battait violemment, et un profond sentiment d'injustice me nouait la gorge. Cette scène s'est rejouée dans mon esprit des jours durant, chaque détail revenant avec une précision troublante : le regard suppliant de la fillette, les mains tremblantes de mes collègues, l'écho de l'ambulance qui n'arrivait jamais.

Les nuits suivantes ont été hantées par ce souvenir. Je me réveillais en sursaut, le souffle court, revivant encore et encore cette impuissance absolue. Même en journée, il m'arrivait de m'égarer dans mes pensées, rattrapées par cette douleur sourde qui me rappelait la fragilité de la vie et les limites de notre capacité à sauver. Cet événement a laissé une empreinte profonde, un poids invisible qui s'accrochait à moi, affectant ma motivation et mon bien-être psychologique. Je continuais à remplir mes tâches, à sourire aux patients, mais au fond de moi, une part de moi s'était brisée ce jour-là.

Toute la communauté a été dévastée en apprenant la nouvelle. Nous, soignants, étions anéantis par cet échec. Environ deux heures après la mort de la fillette, un homme est entré dans la cour du dispensaire. Le gardien nous a rapidement avertis de nous cacher. À peine avions-nous quitté notre poste qu'une série de détonations a retenti. Le père de la fillette, fou de douleur, avait voulu nous tuer. Il nous accusait d'être complices de la mort de sa fille et affirmait que nous n'avions pas fait notre travail correctement.

Suite à cet incident tragique, l'organisation a décidé de fermer ses portes pendant plus d'un mois afin de protéger le personnel et d'évaluer la situation. Pendant cette période, je suis retournée chez moi en ville, mais le traumatisme était omniprésent. Les nuits étaient particulièrement difficiles : je faisais des cauchemars récurrents et des crises nocturnes qui m'empêchaient de trouver le moindre repos. Ce climat d'angoisse et de peur m'a poussée à envisager sérieusement de ne pas retourner au dispensaire. L'idée même de reprendre mon poste me semblait insurmontable, et j'ai même pensé à démissionner pour de bon.

Cependant, après de longues réflexions et des discussions avec mes proches, j'ai finalement décidé de retourner travailler. À ma grande surprise, l'organisation avait mis en place un dispositif de soutien pour accompagner les employés dans cette épreuve. Un psychologue avait été engagé pour nous aider à surmonter le traumatisme que nous avions vécu. Ces séances m'ont permis de parler librement de mes peurs, de mon sentiment d'impuissance et de la culpabilité que je portais. Peu à peu, grâce à ce soutien professionnel, j'ai commencé à comprendre que mes émotions étaient normales face à une situation aussi extrême. Cela m'a aidée à reprendre confiance en moi et à envisager mon travail sous un nouvel angle.

Ces années de service m'ont transformée. Elles m'ont appris que la résilience n'est pas seulement une capacité à surmonter les défis personnels, mais aussi une compétence essentielle pour naviguer dans les complexités du soin de santé dans un contexte de pauvreté. J'ai compris, avec le temps, qu'il ne m'était pas possible de sauver chaque vie, mais que chacun de mes gestes, aussi petit soit-il, pouvait représenter une bouée d'espoir, un tournant décisif, voire tout un monde pour la personne qui le recevait.

Alors que je réfléchissais à mes années de pratique, il devenait évident que le parcours d'une infirmière va bien au-delà de la guérison physique des patients. Il s'agit aussi de toucher des vies, de bâtir des ponts entre les besoins humains et les ressources médicales, et de naviguer à travers les épreuves avec compassion et dignité. Cette prise de conscience a été essentielle pour moi, non seulement dans ma pratique professionnelle mais aussi dans mon développement personnel.

Avec le temps, ma capacité à gérer la charge émotionnelle a évolué. Chaque expérience, chaque sourire de patient reconnaissant, chaque larme versée en silence a renforcé ma résilience et m'a appris que la force véritable ne réside pas dans l'absence de vulnérabilité, mais dans la capacité à continuer malgré elle. J'ai appris que notre rôle en tant que soignants ne se limite pas à traiter des maladies, mais également à écouter, à soutenir et parfois simplement à être présents.

Mon engagement dans les communautés rurales, les défis rencontrés et les petites victoires accumulées m'ont poussée à prendre des initiatives qui vont au-delà des soins directs. Cela m'a motivée à devenir une militante pour l'amélioration des systèmes de santé, en plaidant pour un accès équitable aux soins pour tous, en particulier dans les zones les plus reculées. En participant à des conférences et en collaborant avec des organisations non gouvernementales, j'ai cherché à sensibiliser à la nécessité de réformes et d'améliorations structurelles dans les services de santé haïtiens.

Au fil des ans, j'ai également découvert l'importance de l'éducation et de la prévention dans la santé publique. En organisant des ateliers et des sessions de formation pour les communautés, en abordant des sujets allant de l'hygiène de base à la gestion des maladies chroniques, j'ai contribué à équiper les gens avec les connaissances et les outils nécessaires pour prendre en main leur propre santé. Ces efforts de prévention sont souvent aussi nécessaires que les soins médicaux directs, car ils permettent de réduire la fréquence et la gravité des maladies au sein des communautés.

Mon voyage dans le monde des soins infirmiers est loin d'être juste une série de soins et de technique. C'est un voyage de cœur, de résilience et d'engagement envers le bien-être des autres. Chaque patient, chaque communauté que j'ai servie m'a enseigné quelque chose de précieux sur la vie, sur la souffrance, mais aussi sur l'espoir et la guérison. C'est cette richesse d'expériences qui forge le cœur d'une infirmière et qui nous inspire à continuer, malgré les défis, à chercher toujours à améliorer la vie des personnes qui nous sont confiées.

### **3.2 TMOIGNAGE 2**

Après cinq ans d'expériences, j'ai trouvé un nouveau chemin professionnel qui semblait en parfaite adéquation avec mes aspirations les plus profondes. L'organisation pour laquelle j'avais commencé à travailler se spécialisait dans la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition ou à risque. Initialement, ce rôle avait semblé être une extension naturelle de mon expérience hospitalière, une chance de faire une différence dans un domaine où l'urgence était palpable, mais d'une nature différente.

Au début, mon emploi était essentiellement administratif. Je passais mes journées dans le confort relatif de mon bureau, un espace que j'avais décoré avec des photos de paysages apaisants et des dessins colorés offerts par des enfants lors de mes rares sorties sur le terrain. Je coordonnais les interventions, participais à des réunions interminables, et dirigeais des sessions de formation pour les agents de santé. C'était un travail essentiel, mais quelque part au fond de moi, un vide grandissait.

Chaque document que j'envoyais, chaque plan que je validais, semblait me déconnecter un peu plus de ce qui m'avait attirée dans cette carrière : le contact humain, l'impact direct sur la vie des gens.

Un après-midi pluvieux, alors que j'observais les gouttes de pluie dévaler la fenêtre de mon bureau, je me suis sentie particulièrement déconnectée et isolée. Je repensais aux visages des enfants que j'avais rencontrés lors de mes rares sorties sur le terrain. Leur vulnérabilité, leur force malgré les adversités, tout cela me manquait terriblement. C'est alors qu'une idée commença à germer dans mon esprit.

Déterminée, je rédigeai un nouveau plan d'intervention, un document qui remettait en question la routine sécurisante mais insatisfaisante du bureau. Je proposai d'aller sur le terrain au moins une fois par semaine. Cela me permettrait de reconnecter avec les réalités quotidiennes des bénéficiaires, de mieux comprendre leurs besoins et d'ajuster les programmes en conséquence.

Quand je présentai mon plan à mon gestionnaire, j'étais nerveuse mais résolue. La réponse de ce dernier fut une bouffée d'air frais : il accepta. C'était une approbation non seulement de mon plan mais aussi de ma vision, un signe que même dans une organisation de cette taille, un individu pouvait encore faire la différence.

Les semaines qui suivirent marquèrent un tournant dans ma carrière. Je me rendais sur le terrain, rencontrais des familles, des enfants, des communautés. J'écoutais, apprenais et riais avec eux. Chaque visite enrichissait mon expérience et approfondissait ma compréhension des défis auxquels ces enfants étaient confrontés.

Ce contact renouvelé avec la réalité du terrain renforça ma résilience émotionnelle mais me révéla aussi l'immense fardeau émotionnel que portent ceux qui travaillent si près de la souffrance humaine. Je commençai à ressentir les premiers signes de fatigue émotionnelle, un poids que je n'avais pas anticipé mais que j'étais désormais déterminée à comprendre et à gérer.

Pour moi, la famille n'était pas seulement une partie de ma vie ; elle en était le cœur. Malgré les défis constants que posait mon travail sur le terrain, rentrer chez moi était un baume pour l'âme. Mon mari, Jacques, et nos deux petites filles, Amélie et Sophie, formaient un univers où les soucis semblaient s'estomper au seuil de notre maison.

Chaque matin, je me levais avant l'aube, profitant du calme de la maison encore endormie pour préparer le petit-déjeuner. C'était un rituel que je chérissais, un moment de tranquillité avant que la journée ne commence officiellement avec le réveil énergique des filles. Le rire de mes enfants, leur enthousiasme pour la journée à venir, tout cela me donnait la force de sourire, malgré la fatigue et les souvenirs parfois lourds des situations que j'avais vues au travail.

Jacques, mon mari, était mon roc. Nous avions l'habitude de nous retrouver autour d'un café matinal, un petit interlude rien qu'à nous avant que le chaos joyeux des préparations pour l'école ne débute. C'était lors de ces moments que nous partagions nos rêves et projets futurs, évoquant des vacances possibles ou de petits projets de rénovation pour la maison. Ces discussions, souvent ponctuées de rires et de plans parfois plus rêveurs que réalistes, étaient essentielles pour moi. Elles me rappelaient que, malgré la gravité de mon travail, la vie offrait également légèreté et espoir.

Les fins de semaine étaient sacrées. Que ce soit une sortie au parc local, une visite chez des proches, ou simplement un après-midi passé à jouer dans le jardin, chaque moment passé en famille était précieux. J'observais mes filles jouer, leur innocence et leur curiosité me remplissant le cœur d'une joie profonde. Ces moments d'insouciance me permettaient de me ressourcer, de me rappeler pourquoi je faisais tous ces efforts.

Toutefois, cet équilibre entre ma vie professionnelle intense et ma vie familiale heureuse commençait à peser lourd sur mes épaules. Chaque sourire forcé, chaque moment où mon esprit retournait malgré moi aux enfants que j'avais laissés sur le terrain, ajoutait à mon fardeau émotionnel. Je sentais que maintenir cette façade de normalité devenait de plus en plus difficile. Mon travail, aussi gratifiant soit-il, empiétait sur ma capacité à être pleinement présente, même dans les bras rassurants de ma famille.

Un soir, après avoir couché les enfants, Jacques et moi nous assîmes sur le canapé, épuisés mais satisfaits de notre journée. C'était un de ces rares moments de calme, un silence confortable, seulement interrompu par le souffle régulier des filles endormies. C'est là que je partageai mes doutes : l'usure émotionnelle, la difficulté de déconnecter, la peur de ne pas être à la hauteur. Jacques m'écouta, soutenant ma main dans la sienne, me rappelant que je n'étais pas seule dans cette lutte.

À mesure que le temps passait, mes horaires devenaient de plus en plus imprévisibles. Ce que j'avais initialement perçu comme une phase temporaire de surcharge de travail s'était insidieusement transformée en un mode de vie permanent. Les missions sur le terrain, bien qu'essentielles, s'allongeaient et s'intensifiaient, me demandant une présence constante et épuisante. Chaque jour qui passait, j'espérais un retour à la normale, une pause qui ne venait jamais.

Les conséquences de ces longues heures de travail ne tardèrent pas à se manifester dans ma vie personnelle. Je rentrais souvent chez moi tard le soir, bien après que le rituel du coucher des enfants avait été accompli par les membres de la famille élargie. En Haïti, il est courant que plusieurs générations vivent ensemble dans un même *lakou*, un espace de vie partagé où cohabitent tantes, oncles, cousins et cousines. Cette richesse de notre culture a été un véritable pilier dans la gestion du quotidien de mes filles.



Grâce à cet esprit de solidarité familiale, les tâches essentielles, comme la préparation des repas, l'accompagnement des devoirs scolaires et les soins apportés aux enfants, étaient assurées en mon absence. Cette entraide a été d'une aide inestimable dans une période où les responsabilités me semblaient parfois insurmontables. Cependant, malgré ce soutien, la pression pesait lourdement sur mon mari, Jacques, qui commençait à montrer des signes évidents de fatigue et de découragement. Ses frustrations grandissaient au fur et à mesure que la charge mentale augmentait, et il semblait de plus en plus résigné face à la situation.

Les moments les plus durs étaient les matins où, au petit déjeuner, mes filles, les yeux encore mi-clos par le sommeil, me demandaient d'une voix tremblante : « Maman, pourquoi tu n'es jamais là ? » Mes réponses, bien que sincères — « Maman travaille pour aider d'autres enfants qui sont moins chanceux » — sonnaient creux à mes propres oreilles. Je savais, au fond de moi, que mes absences répétées faisaient du mal à ceux que j'aimais le plus.

Le soir, alors que nous essayions de retrouver une normalité dans les rares moments que nous partagions, Jacques me confrontait avec une question qui me hantait : « Pourquoi te sacrifies-tu autant pour des personnes que tu ne connais pas, alors que ta propre famille a besoin de toi ? » Ces mots, bien que prononcés sans colère, me transperçaient de culpabilité et de douleur. Je me trouvais déchirée entre mon engagement envers ma mission humanitaire et mon rôle au sein de ma famille.

La nuit, dans l'obscurité de notre chambre, alors que Jacques dormait, je restais éveillée, hantée par les visages des familles que j'avais rencontrées. Leurs histoires de survie, de perte, et de désespoir se mêlaient à mes propres luttes internes. Je me demandais souvent si le coût émotionnel et familial de mon engagement valait les vies que j'espérais toucher. Chaque rire manqué de mes filles, chaque discussion que je n'avais pas partagée avec Jacques, pesait lourd sur ma conscience.

Pour moi, la frontière entre mon engagement professionnel et ma vie privée s'était progressivement effacée, jusqu'à disparaître complètement. Les soirées, autrefois consacrées à des moments en famille, étaient désormais envahies par le travail. Assise à mon bureau improvisé dans un coin du salon, je rédigeais des rapports, répondais à une avalanche de courriels et cherchais inlassablement des solutions pour améliorer les conditions de vie des bénéficiaires que j'avais rencontrés.

Consciente de l'impact croissant de mon travail sur ma vie familiale, j'ai proposé à mon gestionnaire d'ajouter une ou deux personnes à l'équipe pour alléger la charge. Il m'a assuré avoir bien compris et s'est engagé à faire le suivi auprès de ses supérieurs. Pourtant, le temps passait, et rien ne changeait. Pendant ce temps, les rires de mes filles et les conversations avec mon mari s'effaçaient peu à peu, devenant de simples échos lointains, presque irréels.

Jacques, se sentant de plus en plus délaissé, ne cachait plus son ressentiment. Les disputes, autrefois rares et rapidement apaisées, devenaient de plus en plus fréquentes et douloureuses. Chaque conversation revenait inévitablement sur mon absence et mon manque d'attention envers notre vie commune.

« Tu n'es plus jamais là pour nous, ni émotionnellement, ni autrement », me lança-t-il un soir, alors qu'un appel urgent interrompait une fois de plus notre dîner.

Cette tension constante pesait lourdement sur moi. Mon esprit, sans cesse accaparé par ces conflits, m'empêchait de me concentrer pleinement au travail. Mon rendement en souffrait, et mon gestionnaire ne tarda pas à le remarquer et à me le reprocher. Un jour, il m'appela pour exprimer son inquiétude : « J'ai constaté une baisse de performance dans tes derniers rapports par rapport aux précédents. Que se passe-t-il ? » Il semblait avoir oublié que je lui avais déjà suggéré d'ajouter d'autres membres à l'équipe pour alléger la charge de travail, une proposition restée sans réponse.

Les tensions accumulées atteignirent leur point culminant un soir qui avait commencé comme tant d'autres. Après une journée épuisante sur le terrain, alourdie par l'appel de mon gestionnaire et la pression croissante, je rentrai chez moi, vidée, à bout de nerfs. À peine avais-je franchi le seuil que Jacques m'accueillit, non pas avec un sourire ou un geste tendre, mais avec un reproche cinglant : « Tu ne nous accordes jamais assez de temps. » Fatiguée, dépassée, et à court de patience, je répliquai sèchement : « Tu es égoïste de ne pas voir tout ce que je fais pour aider les autres. »

Cette accusation, prononcée dans un moment de fatigue extrême, résonna entre les murs de notre foyer comme un coup de tonnerre. Jacques, blessé au plus profond de lui-même, vit ces mots comme une trahison ultime. Ce fut le point de non-retour. Il commença à s'éloigner, non seulement physiquement en passant plus de temps hors de la maison, mais aussi émotionnellement, en partageant ses griefs avec des amis et de la famille, affirmant que mon travail passait avant notre mariage.

Les jours qui suivirent furent marqués par un silence lourd et chargé de non-dits. Mes tentatives pour réparer les brèches semblaient vaines, chaque geste de réconciliation étant accueilli par une froideur glaciale. La maison, jadis remplie de chaleur et de vie, se transformait peu à peu en un espace où les souvenirs heureux étaient recouverts par les cendres des disputes récentes.

La période de crise que je traversais m'avait laissée émotionnellement épuisée, tiraillée entre mon rôle de mère, d'épouse, et mon engagement professionnel envers les communautés que je servais. Chaque jour était un combat pour maintenir un équilibre fragile, souvent au bord du précipice. La culpabilité de ne pas être suffisamment présente pour ma famille pesait lourdement sur moi, une charge qui semblait parfois insurmontable.

Dans mes moments les plus sombres, j'avais envisagé à plusieurs reprises d'abandonner tout ce pour quoi j'avais tant travaillé. Cependant, les visages des enfants que j'avais aidés, les sourires reconnaissants de leurs mères, et les histoires de réussite personnelle me redonnaient de l'espoir. Ces images devenaient le phare qui guidait ma persévérance, me rappelant la raison pour laquelle j'avais choisi ce chemin.

Au fil des mois, tandis que je m'efforçais de maintenir un équilibre entre mon travail et ma vie de famille, des signes subtils de mon épuisement émotionnel commencèrent à se manifester de manière plus tangible. J'avais toujours été une personne résiliente, capable de gérer le stress et la pression avec une efficacité remarquable. Cependant, la nature constante et écrasante de la détresse que je rencontrais au quotidien commençait à éroder cette résilience.

J'ai pris la décision de consulter un psychologue. Les sessions révélèrent l'ampleur de la charge émotionnelle que je portais. Le psychologue m'aida à identifier et à verbaliser mes sentiments d'impuissance, de culpabilité, et de deuil pour les enfants et les familles que je ne pouvais pas toujours aider.

Reconnaissant que je ne pouvais continuer à ce rythme sans compromettre ma santé et ma vie de famille, j'ai pris la décision de déléguer davantage. Les mois de lutte incessante avaient laissé des traces profondes sur moi. Chaque jour était devenu un combat pour garder la tête hors de l'eau, un défi pour maintenir l'équilibre entre mon engagement professionnel et mes obligations familiales. Jacques, mon mari, voyait clairement la détresse dans mes yeux et la fatigue qui pesait sur mes épaules. Un soir, après une longue journée, il s'assit à côté de moi et, avec une douceur teintée d'inquiétude, il proposa une nouvelle voie pour retrouver la paix : la méditation et les pratiques spirituelles locales, notamment les rituels vodous.

La méditation n'était pas une nouveauté pour moi, mais jusqu'alors, je l'avais pratiquée sporadiquement, sans réelle régularité ni profondeur. Jacques organisa un espace dans notre petit jardin, où les bruits de la ville semblaient s'effacer, remplacés par le murmure des feuilles et le chant des oiseaux. Chaque matin, avant que le soleil ne peigne le ciel de couleurs vives, nous nous asseyions ensemble, les jambes croisées, les yeux fermés. Jacques me guidait à travers des exercices de respiration profonde, m'apprenant à vider mon esprit des tumultes de la journée à venir.

Ces moments devinrent pour moi des îlots de tranquillité dans l'océan agité de ma vie. Peu à peu, j'appris à canaliser mes pensées, à les observer sans jugement et à les laisser s'évaporer. La méditation matinale m'offrait une clarté d'esprit et un calme intérieur qui m'aidaient à affronter les défis de la journée avec une nouvelle sérénité.

Inspiré par mes progrès, Jacques m'encouragea à explorer davantage les pratiques spirituelles de notre culture haïtienne. Il contacta un houngan, un prêtre vodou, qui accepta de nous rencontrer et de nous guider dans la compréhension des rituels ancestraux. Bien que sceptique au début, je fus bientôt captivée par la profondeur et la richesse de ces traditions.

Le houngan nous initia aux rituels de purification, utilisant de l'eau bénite pour nettoyer notre maison et notre esprit des énergies négatives. Il nous enseigna également à prier les loas, les esprits du vodou, demandant protection, santé et paix pour notre famille. Ces rituels, ancrés dans les traditions de nos ancêtres, m'offraient une connexion renouvelée avec mes racines, un sentiment d'appartenance qui m'avait longtemps manqué.

Les effets de ces pratiques spirituelles sur moi furent profonds et immédiats. Non seulement elles m'apportaient un soulagement tangible de mes tensions, mais elles renforçaient aussi ma résilience face aux défis quotidiens. Je sentais que chaque rituel me rechargeait d'énergie positive, me donnant la force de continuer mon travail tout en préservant mon bien-être mental.

Les loas, je le ressentais, m'offraient leur protection et leur soutien, veillant sur moi comme sur les générations avant moi. Cette nouvelle connexion spirituelle me permit de voir mon travail sous un jour différent : non plus comme une source de stress et de culpabilité, mais comme une mission de vie, enrichie et soutenue par la force de mes croyances.

Un événement en particulier m'a profondément marquée et m'a rendue extrêmement fière. Lors d'une visite à domicile, nous avons rencontré une jeune mère qui venait tout juste d'accoucher. Ayant récemment perdu son mari, elle se trouvait dans un état de détresse profonde. Elle tenait des propos incohérents et refusait de s'occuper de son bébé.

Ses proches nous ont expliqué qu'elle était victime de sezişman, une condition bien connue dans notre culture qui survient après un choc émotionnel intense. Pour l'aider à retrouver son état normal, ils faisaient appel à un guérisseur traditionnel qui pratiquait le "coulage de tête" et lui administraient des traitements à base de plantes. Conscient des limites des soins traditionnels, le guérisseur leur avait également recommandé de consulter un professionnel de santé afin d'optimiser le rétablissement de la jeune mère. Toutefois, la famille hésitait encore, persuadée que les traitements traditionnels suffiraient.

Dans notre approche, nous avons choisi de travailler en collaboration avec les guérisseurs traditionnels de la zone, reconnaissant leur influence et leur rôle auprès des communautés. Nous avons échangé avec eux pour mieux comprendre leur démarche et, en retour, nous leur avons expliqué les bienfaits d'un accompagnement médical complémentaire. Grâce à cette collaboration, nous avons encouragé la famille à envisager une prise en charge conjointe, combinant les soins traditionnels et le suivi médical.

Soucieux de respecter leurs croyances tout en leur offrant un soutien adapté, nous avons pris le temps d'expliquer les causes possibles du sezişman, tant sur le plan psychologique que physiologique. Nous les avons également sensibilisés à l'importance d'un suivi médical et les avons orientés vers des professionnels compétents.

Quelques mois plus tard, la mère de cette femme nous a retrouvés au dispensaire, où elle était venue faire vacciner l'enfant. Elle nous a confié que la combinaison des traitements traditionnels et du suivi avec un professionnel de santé mentale avait donné des résultats remarquables : sa fille allait beaucoup mieux et retrouvait progressivement goût à la vie. Elle nous a exprimé une profonde reconnaissance, soulignant que sans notre intervention et cette collaboration entre soignants et guérisseurs, ils n'auraient probablement jamais envisagé de consulter un spécialiste

Cette expérience a été une source de satisfaction immense et a renforcé ma conviction que mon travail ne se limitait pas à une simple intervention, mais s'inscrivait dans une dynamique plus vaste de soutien et d'autonomisation des communautés.

De plus, l'approfondissement de mon interlude spirituel et culturel montre comment j'ai trouvé, dans les pratiques ancestrales et la méditation, un moyen de guérir de l'intérieur, affirmant ainsi que le bien-être mental et émotionnel est aussi crucial que le bien-être physique, tant pour moi que pour ceux que j'aide. Avec le temps, j'ai appris à mieux gérer la charge émotionnelle qui accompagnait mon travail. J'ai compris l'importance du vodou dans la gestion de mes émotions et dans le maintien de mon équilibre mental et émotionnel.

## **CHAPITRE 4**

### **ANALYSES-DISCUSSIONS**

#### **4.1 ANALYSES**

Dans le cadre de ce mémoire, je vais analyser attentivement les témoignages recueillis. Cette analyse se fera en deux temps : d'une part, en examinant en détail les parties les plus importantes des récits, et d'autre part, en les reliant à des théories provenant de plusieurs disciplines.

Nous avons choisi une méthode qualitative, qui accorde une grande importance à l'expérience des personnes concernées (Fortin et Gagnon, 2016). Dans cette méthode, la chercheuse assume un rôle dynamique. Elle fait appel non seulement à son savoir et son discernement, mais également à son expérience personnelle et parfois à ses sentiments pour interpréter et déchiffrer les informations. Ce procédé est plus subjectif, toutefois il autorise une interprétation des témoignages d'une manière plus humaine et en accord avec la réalité expérimentée sur le terrain. Ceci enrichit l'analyse tout en la rapprochant de la réalité (Vandendorpe, 1992).



#### **4.1.1 L'impact de la charge émotionnelle sur la santé mentale**

Selon Labouesse et Van Laethem (2016), la charge émotionnelle au travail fait référence à l'impact des émotions fortes sur les comportements et les attitudes. Selon Vézina et Saint-Arnaud, 2011, un poste doté d'exigences psychologiques élevées, d'un faible pouvoir décisionnel et d'un soutien social limité est identifié comme un élément qui augmente le risque de problèmes de santé mentale. Selon Ashforth et Humphrey (1993), le travail émotionnel constitue un aspect crucial des responsabilités des employés, contribuant de manière significative à la réalisation des objectifs de l'organisation. Grandey (2000) précise que, pour atteindre cet objectif, les agents de service mettent en œuvre différentes tactiques de régulation émotionnelle lors de leurs échanges avec les clients, qu'ils se déroulent en personne ou par téléphone.

Selon Dujardin et Lépine (2018), les émotions éprouvées sur le lieu de travail ne découlent pas seulement des expériences professionnelles, mais aussi des sentiments personnels spécifiques à chaque individu. Cette situation souligne l'effet des émotions fortes associées aux responsabilités, aux buts et aux devoirs professionnels. Tout comme tout autre domaine, le lieu de travail est un environnement où varient les émotions. Parmi celles-ci, on peut citer la préoccupation concernant le danger d'accident, l'angoisse de tomber malade du fait des conditions de travail ou de perdre son poste, ainsi que la gratification et l'orgueil d'avoir mené à bien ses missions. De même, l'exaspération face à une injustice ressentie ou encore l'euphorie et l'étonnement suite à une promotion mettent en exergue la variété des sentiments éprouvés dans le milieu professionnel. (Soares, 2003).

L'autrice met en évidence que le poids émotionnel ressenti par les soignants ne se limite pas à des situations éprouvantes sur le terrain, mais qu'il a des conséquences persistantes sur leur bien-être psychologique et physique. Les récits individuels appuient cette notion en rendant l'étude théorique plus humaine et en soulignant la douleur véritable endurée par ces professionnels. Cette détresse émotionnelle répétée peut engendrer des effets physiques et psychologiques graves (Cliniques E-Santé, 2023).

Confrontée à la souffrance et à la détresse humaine à une telle échelle, j'ai rapidement pris conscience de la lourde charge émotionnelle que les soignants doivent porter. Chaque journée passée au centre de traitement ajoutait un poids à mon cœur. La nuit, je revoyais les visages des patients, j'entendais les pleurs des familles en deuil, et je me sentais démunie face à l'ampleur de la tâche. (Extrait 1, Témoignage 1)

Ces situations ont eu un impact profond sur ma vie, mon bien-être et ma santé. Je n'arrivais plus à me nourrir, et j'avais tellement maigri que cela inquiétait mon entourage. (Extrait 2, Témoignage 1)

Ces deux passages de son récit démontrent que la tension émotionnelle au travail peut avoir un impact sur le comportement et le bien-être. Cette dynamique met en lumière l'impact des émotions fortes liées aux responsabilités, aux buts et aux engagements professionnels. Selon Hellemans (2014), ce phénomène, intrinsèquement associé à l'environnement de travail, peut être amplifié par des éléments externes particuliers au contexte professionnel, comme l'avait perçu l'auteure. Cette exposition répétée à une telle charge émotionnelle peut provoquer des conséquences néfastes importantes, aussi bien sur le plan physique que psychologique du professionnel de la santé. Selon la théorie de Hellemans (2014), la charge émotionnelle au travail correspond à l'ensemble des émotions intenses vécues par une personne, liées à ses fonctions, ses missions et les responsabilités qu'elle assume. Cela peut impliquer à la fois l'accomplissement de missions spécifiques et la supervision des individus placés sous sa responsabilité.

#### **4.1.2 L'influence de la spiritualité sur le bien-être**

Il est important de souligner que l'idée de bien-être, faisant partie intégrante de la qualité de vie, est également liée à la dimension spirituelle, particulièrement lorsque celle-ci s'exprime à travers diverses approches telles que la méditation, le yoga, la relaxation, la pleine conscience, le coaching spirituel, entre autres, qui font l'objet de nombreuses recherches dans les domaines du management et du leadership (Izoard-Allaux et al., 2018). La spiritualité se rapporte en effet à l'épanouissement de l'esprit à travers une perception approfondie de l'individu dans sa globalité.

Elle est ainsi associée aux croyances et aux valeurs qui définissent l'identité spirituelle (Fry, 2003). Cependant, toute forme de transcendance, comprise dans un sens large (Dieu, l'univers, autrui), qui permet de percevoir la connexion à soi-même ou à cet Autre et de donner une signification à son existence, fait aussi partie de la spiritualité ((Koenig et al., 2012).

De même, la spiritualité est reconnue comme une source majeure de bien-être, car elle offre une protection psychologique et procure un sentiment de sérénité (Mc Clain-Jacobson et al., 2004). La spiritualité repose sur une recherche de sens à l'existence, de transcendance et du sacré (Corral-Verdugo et al., 2014).

Les effets de ces pratiques spirituelles sur moi furent profonds et immédiats. Non seulement elles m'apportaient un soulagement tangible de mes tensions, mais elles renforçaient aussi ma résilience face aux défis quotidiens. Je sentais que chaque rituel me rechargeait d'énergie positive, me donnant la force de continuer mon travail tout en préservant mon bien-être mental. (Extrait 1, Témoignage 2)

Il est également important de souligner que la spiritualité est de plus en plus étudiée comme une ressource personnelle aidant à s'adapter aux épreuves de la vie en renforçant la résilience (Sartori, 2012) et en améliorant la qualité de vie, ce qui met en évidence le concept de bien-être spirituel (Branchi, 2014).

En Haïti, la spiritualité joue un rôle déterminant dans l'ensemble des aspects de la vie, agissant tant sur la gouvernance que sur les principes moraux et les comportements d'assistance (Corten, 2000 ; Hurbon, 2004). En Haïti, le paysage religieux se distingue par sa diversité, incluant le catholicisme, le vaudou qui résulte d'un syncrétisme entre les traditions africaines de l'Ouest et le catholicisme, sans oublier les multiples variantes du protestantisme. Ces croyances ont évolué de manière interdépendante, s'influençant mutuellement tout en ayant des symboles phares partagés (Brodwin, 1992, 1996). Il est donc impossible de comprendre pleinement une religion sans prendre en compte ses interactions avec d'autres (Hurbon, 2001).

Le houngan nous initia aux rituels de purification, utilisant de l'eau bénite pour nettoyer notre maison et notre esprit des énergies négatives. Il nous enseigna également à prier les loas, les esprits du vodou, demandant protection, santé et paix pour notre famille. Ces rituels, ancrés dans les traditions de nos ancêtres, m'offraient une connexion renouvelée avec mes racines, un sentiment d'appartenance qui m'avait longtemps manqué. (Extrait 2, Témoignage 2)

Le vaudou ne se limite pas à une simple pratique religieuse ; il représente aussi un système de santé englobant des méthodes de guérison, des actions préventives contre les affections, et l'encouragement de la santé et du bien-être personnel (Augustin, 1999).

Lors de grandes crises, qu'elles soient personnelles ou collectives, les membres des classes moyennes et supérieures se tournent parfois vers le vaudou pour trouver du soutien, en particulier lorsque les origines de leurs souffrances restent floues. Par ailleurs, il arrive que certaines personnes dansent ou entonnent des chants vaudous, non par adhésion religieuse, mais pour puiser de la force et du réconfort dans l'énergie de la musique (Najman, 2008). Perçus comme des gardiens célestes, les lwa ont la capacité de protéger contre les sorts adverses et peuvent être appelés lors de moments difficiles pour offrir guidance ou changer une situation (Fleurose et Desrosiers, 2002).

L'auteure s'efforce de démontrer que les normes culturelles et la spiritualité influencent la façon dont le bien-être des soignants est perçu en Haïti. La spiritualité est une ressource culturelle qui affecte la façon dont les professionnels de santé gèrent la détresse et le stress inhérent à leur profession. Par conséquent, pour appréhender le bien-être des soignants en Haïti, il est essentiel de considérer ces dynamiques culturelles et sociales particulières.

#### **4.1.3 Engagement professionnel et vie familiale**

Le métier d'infirmière est particulièrement stressant en raison du conflit entre les obligations professionnelles et familiales (Cascino et al., 2016). Une aggravation de ce conflit est liée à une montée de l'épuisement émotionnel au sein de cette population (Boamah et Laschinger, 2016).

Au fil du temps, mes horaires devenaient de plus en plus aléatoires. Ce que je croyais être une période transitoire de surcharge de travail s'est progressivement changée en un mode de vie durable. Bien que cruciales, les tâches sur le terrain devenaient de plus en plus longues et exigeantes, nécessitant une présence continue et exténuante de ma part. Chaque jour, j'attendais un retour à la normalité, une accalmie qui ne se présentait jamais. (Extrait 3, Témoignage 2)

Pour moi, la frontière entre mon engagement professionnel et ma vie privée s'était estompée jusqu'à disparaître. Les soirées, autrefois réservées aux moments en famille, étaient désormais envahies par mon travail. Installée à mon bureau improvisé dans le coin du salon, je rédigeais des rapports, répondais à des courriels incessants, et recherchais sans relâche des solutions pour améliorer les conditions de vie des bénéficiaires que j'avais rencontrés. Pendant ce temps, les rires de mes filles et les conversations avec mon mari devenaient des échos lointains, des souvenirs presque irréels. (Extrait 4, Témoignage 2)

L'auteure souligne les conflits entre la vie professionnelle et la vie de famille chez les professionnels de la santé. Les relations familiales et la santé mentale peuvent être impactées par les heures de travail prolongées et l'implication émotionnelle. Sur le long terme, une suractivité professionnelle peut conduire à un isolement social et à une dégradation des relations interpersonnelles. C'est pourquoi il est crucial d'améliorer l'équilibre travail-vie familiale pour maintenir la santé mentale des professionnels de la santé et leur bien-être général. Cette idée est soutenue par Lorient (2013), qui met en évidence que, afin de conserver leur bien-être et préserver l'excellence de leur travail, les professionnels de la santé sont tenus de gérer judicieusement leur engagement émotionnel (Lorient, 2013).

La recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle des femmes inclut les parents actifs avec des enfants à charge, ainsi que ceux qui s'occupent de parents âgés dépendants ou toute personne engagée dans une activité professionnelle désirant également consacrer du temps à sa sphère personnelle (Lazzari et Tremblay, 2014). Selon Duxbury et Higgins (2003), l'impact du travail sur la famille survient lorsque les exigences et responsabilités professionnelles font obstacle à l'exécution des devoirs familiaux. L'affrontement entre les responsabilités professionnelles et familiales influence défavorablement la satisfaction au travail et l'implication des employés dans leur entreprise (Allen et al., 2000). Selon Lourel et Mabire (2008), le conflit entre vie professionnelle et familiale (CTF) est souvent identifié comme l'une des principales sources de stress organisationnel.

En effet, lorsqu'une personne fait face à un conflit entre son travail et sa famille, ses occasions de se détendre après sa journée professionnelle se réduisent, ce qui amplifie son ressenti de stress. Cette situation s'explique par l'importance de la vie familiale dans le processus de récupération (Lingard et Francis, 2005). L'impossibilité de s'occuper de leur famille, de leurs enfants ou d'un proche dont ils ont la responsabilité comme ils le désireraient semble intensifier leur poids émotionnel (Jauvin et Feillou, 2021).

#### 4.1.4 Complémentarité entre tradition et médecine moderne

Les maladies modérées ou chroniques sont souvent soignées au sein de la famille ou grâce à un réseau social de soutien. *Sezisman*, qui veut dire « saisi » ou « surpris » dans son sens littéral, est une condition de paralysie qui survient généralement après un choc soudain, impliquant une forte colère, une indignation intense, une grande tristesse ou, plus rarement, une joie très vive (Nicolas et *al.*, 2006). L'état de *sezisman* présente une spécificité particulière chez les femmes : il est reconnu que l'annonce de nouvelles bouleversantes ou négatives à une femme enceinte peut entraîner des conséquences graves, telles qu'une fausse couche, un accouchement prématuré, une malformation du fœtus, le décès de la femme ou une altération du lait maternel.

Face au manque persistant de ressources officielles dédiées aux soins de santé, les Haïtiens ont développé des stratégies alternatives pour gérer leurs problèmes de santé mentale, adaptées aux contextes où les ressources sont limitées. Comme mentionné précédemment, de nombreux Haïtiens se tournent vers des praticiens traditionnels ou des guérisseurs religieux pour traiter les problèmes de santé mentale. En Haïti, ces guérisseurs traditionnels se déclinent en plusieurs catégories, certains étant spécialisés dans le traitement de maladies spécifiques, tandis que d'autres se concentrent sur le bien-être global (Miller, 2000).

Elle tenait des propos incohérents et refusait de s'occuper de son bébé. Ses proches nous ont expliqué qu'elle était victime de *sezisman*, une condition bien connue dans notre culture qui survient après un choc émotionnel intense. . Selon eux, ils tentaient de l'aider en lui administrant des traitements à base de plantes et en consultant un guérisseur traditionnel qui lui "coulait la tête" afin de l'aider à retrouver son état normal (Extrait 5, Témoignage 2).

Elle nous a confié que la combinaison des traitements traditionnels et du suivi avec le professionnel de santé mentale avait donné des résultats remarquables : sa fille allait beaucoup mieux et reprenait goût à la vie. Elle nous a exprimé une profonde reconnaissance, soulignant que sans notre intervention, ils n'auraient jamais envisagé de consulter un spécialiste (Extrait 6, Témoignage 2).

Un peuple ne peut se développer sans s'appuyer sur ses ressources identitaires. De même, tant qu'un individu reste ancré dans ses croyances, il peut, sur le plan psychologique, parvenir à rétablir un équilibre qui contribue à sa guérison. Celle-ci n'est pas une condition figée, mais un processus qui débute avant tout en lui-même. Le vaudou, bien qu'incapable de traiter toutes les pathologies, a le pouvoir de permettre à l'haïtien de se reconnecter à lui-même dans un contexte marqué par la fragilité, la discrimination et une anxiété constante. En Haïti, une collaboration entre la médecine traditionnelle, les pratiques thérapeutiques du vaudou et la médecine occidentale serait souhaitable. Une telle approche, tirant parti des forces de chacune, pourrait favoriser un accès équitable aux soins, libéré de tout préjugé ou exclusion (Louis, 2015).

Dans son étude sur le vaudou haïtien, Deren (1983) met en lumière le rôle central des oungans dans les soins médicaux. Selon la tradition vaudoue, la guérison repose sur une expertise approfondie en phytothérapie, combinée à l'utilisation de rituels de diagnostic. Les oungans s'efforcent de découvrir les causes des maladies, qui pourraient être interprétées comme une punition pour avoir négligé le service dû à un lwa. Deren précise toutefois que les oungans ne rejettent pas les traitements biomédicaux et peuvent même recommander à leurs patients de se tourner vers ces soins lorsque les cas dépassent leur domaine de compétence.

Ce témoignage a renforcé ma certitude que l'approche intégrative, qui respecte les croyances culturelles tout en introduisant des soins adaptés, peut véritablement transformer des vies.

#### **4.1.5      Système de sante haïtien**

La Politique Nationale de Santé d'Haïti établit les choix stratégiques de l'État haïtien, exercés en toute souveraineté, pour améliorer la santé de la population et répondre aux exigences du développement national (MSPP, 2022).



Une partie significative de la population n'a pas accès aux services de santé formels. Selon des données de 2013, le pays comptait environ 800 établissements de soins primaires, mais seulement 43 % d'entre eux étaient considérés comme offrant des soins accessibles. De plus, seuls 8 % des habitants des zones rurales avaient accès à ces structures. Les infrastructures de santé sont majoritairement concentrées en milieu urbain, laissant les zones rurales dépendantes des organisations non gouvernementales (ONG) pour les soins de santé primaires. En 2023, grâce à un financement de la Banque mondiale, plus de 180 établissements de santé ont été rénovés et améliorés, incluant l'accès à l'eau, l'assainissement et l'énergie propre, (Caribbean Country Management Unit, 2006).

En Haïti, bien que les services biomédicaux professionnels soient largement appréciés, la majorité de la population n'y a pas accès en raison de barrières structurelles telles que les coûts élevés, l'éloignement géographique et l'emplacement des établissements de santé. Toutefois, le progrès vers une meilleure santé de la population est extrêmement graduel. Les taux de mortalité et les statistiques de morbidité concernant les maladies infectieuses transmissibles et nutritionnelles sont élevés. Les conditions concernant le comportement sexuel présentent une situation similaire (MSPP, 2022).

De plus, la violence des gangs a exacerbé la situation, entraînant la fermeture de plus de 31 hôpitaux et une pénurie de personnel médical, ce qui compromet davantage l'accès aux soins pour des millions de Haïtiens. Haïti présente une couverture sanitaire limitée, ce qui entraîne un accès réduit et une qualité insuffisante des services et des soins de santé. La répartition géographique des établissements de santé, ainsi que des ressources humaines et matérielles qui leur sont associées, constitue une problématique majeure, avec une nette préférence pour les zones urbaines au détriment des régions rurales (MSPP 2020).

Une situation de tension, marquée par des violences et des manifestations, met en péril la population et paralyse le pays. L'insécurité limite l'accès aux infrastructures de santé pour les soignants comme pour les patients. Par conséquent, les besoins de la population haïtienne s'intensifient, et les conditions de vie des personnes les plus vulnérables se détériorent davantage (Médecins du Monde, 2024)

La pénurie de carburant et les difficultés pour le personnel médical d'atteindre leur lieu de travail, en raison des barricades, compliquent l'acheminement et l'approvisionnement en matériel et en médicaments, entraînant de graves conséquences pour environ trois quarts des hôpitaux du pays. Par exemple, la conservation des vaccins devient problématique, tout comme le maintien de conditions stériles pour les interventions chirurgicales. Accéder aux rares centres de santé et hôpitaux encore en fonctionnement est devenu difficile, voire impossible (Médecins du Monde, 2024).

Les villages que nous visitons manquaient souvent des infrastructures les plus élémentaires, comme l'eau potable ou des installations sanitaires adéquates. J'ai vu des familles entières vivant dans des conditions insalubres, où la maladie se transmettait facilement. (Extrait 3, Témoignage 1).

Nous étions souvent les seules ressources disponibles pour des communautés entières. Chaque jour présentait un nouvel ensemble de défis et d'apprentissages. (Extrait 4, Témoignage 1).

L'extrait de ce témoignage, met à nue la situation actuelle du système de santé haïtien. L'accès aux soins de santé en Haïti reste inabordable pour une grande partie de la population, en raison des fortes inégalités de revenus et du taux de chômage élevé. Souvent, après une consultation médicale, nombre de nos compatriotes se trouvent dans l'incapacité de passer les examens requis ou de suivre les traitements prescrits (Henrys, 2022).

Donc, l'analyse du système de santé haïtien révèle des défis persistants entravant l'accès équitable aux soins, notamment en raison de l'insuffisance des infrastructures, de la concentration urbaine des services et de l'insécurité croissante. Malgré des initiatives telles que la rénovation de plusieurs établissements de santé en 2023 grâce à un financement de la Banque mondiale, la situation demeure préoccupante, exacerbée par la violence des gangs qui a conduit à la fermeture de nombreux hôpitaux et à une pénurie de personnel médical. Face à ces obstacles, une approche intégrée et collaborative, impliquant les autorités locales, les organisations internationales et les communautés, est essentielle pour renforcer le système de santé et assurer des services de qualité accessibles à toute la population haïtienne.

#### **4.1.6 Souffrance et détresse psychologique face à une situation traumatisante.**

Selon Masse et al. (1998), la détresse psychologique se caractérise par un état subjectif comportant des symptômes associés à l'anxiété, l'agressivité, la dépression, l'irritabilité, l'épuisement, le désengagement social ainsi que des troubles cognitifs. La détresse psychologique indique le degré de dégradation de la santé mentale. On peut observer divers symptômes tels que l'anxiété et la dépression liées au travail et à la vie, le déclin des facultés intellectuelles (mémoire et concentration), l'agressivité, l'irritabilité, la fatigue, l'insomnie, l'absentéisme, le repli sur soi-même, les troubles cognitifs ou encore une consommation excessive d'alcool, de drogue ou de médicaments (Marchand, 2004 ; Marchand et al., 2005).

La souffrance est une expérience complexe où les dimensions corporelles et psychiques sont intimement liées. Il est donc réducteur de les considérer séparément, indépendamment de la nature de la plainte exprimée par l'individu. Cette perspective est soutenue par des recherches récentes, notamment celles de Vajou et al. (2018).

De plus, des études cliniques ont mis en évidence que des atteintes corporelles, telles que les troubles musculo-squelettiques (TMS), sont souvent accompagnées de souffrances psychiques significatives. Ces recherches soulignent l'importance d'une approche holistique dans la prise en charge des patients, reconnaissant l'interconnexion entre le corps et l'esprit (Sznalwar et Massetti (2002)

Selon Holstein, 2024, la souffrance psychologique se caractérise par un état de mal-être profond qui perturbe notre équilibre émotionnel et mental. Contrairement à une tristesse passagère, cette détresse s'installe durablement et envahit notre quotidien. Elle peut être déclenchée par des événements douloureux tels qu'un deuil, une séparation, une maladie, ou encore par des relations toxiques et des traumatismes vécus, comme le harcèlement ou les abus. Il est important de comprendre que la souffrance fait partie intégrante de la vie, mais qu'elle ne doit pas pour autant être subie passivement. Chaque individu réagit différemment face aux épreuves, selon sa personnalité et son vécu. Cependant, lorsque cette souffrance s'installe et altère notre capacité à fonctionner au quotidien, il devient nécessaire de la prendre en charge pour retrouver un mieux-être.

Les manifestations de la détresse psychologique peuvent être diverses, mais elles comprennent fréquemment des sentiments négatifs accablants, un épuisement important, des problèmes de sommeil ou d'appétit, une tendance à l'isolement, des habitudes dépendantes ou autodestructrices, et une diminution de la motivation et du plaisir dans les activités de tous les jours.

Reconnaître ces signes est essentiel pour intervenir de manière appropriée et prévenir l'aggravation de la souffrance psychologique. Il est également important de noter que la souffrance psychologique peut avoir des répercussions sur la santé physique, notamment en affaiblissant le système immunitaire et en augmentant le risque de maladies cardiovasculaires. Ainsi, une prise en charge globale, incluant des approches psychologiques et médicales, est souvent nécessaire pour aider l'individu à retrouver un équilibre et un bien-être général (Holstein, 2024).

Un événement particulièrement traumatisant a marqué cette période. Une petite fille est arrivée au dispensaire après un accident de la route, avec une fracture ouverte à la cuisse et une hémorragie sévère. Avec mes collègues, nous avons tout tenté pour la sauver. Nous avons appliqué un pansement compressif, administré une solution intraveineuse de grosses molécules, et entrepris des démarches pour appeler une ambulance afin de la transférer à l'hôpital départemental. Mais plus d'une heure s'était écoulée, et l'ambulance n'était toujours pas arrivée. (Extrait 5, Témoignage 1)

Selon l'Université du New Hampshire, des circonstances stressantes surviennent inévitablement au cours de la vie, menant à la « souffrance ». Cette dernière se manifeste lorsque des émotions douloureuses sont déclenchées en réponse à des situations difficiles, qu'elles soient inattendues ou prévisibles. Ces expériences émotionnellement éprouvantes peuvent avoir des répercussions sur notre bien-être physique, émotionnel et social, notamment une détérioration de la santé, un affaiblissement du système immunitaire et des perturbations du sommeil.

En somme, la souffrance psychologique est une réalité complexe qui nécessite une attention particulière. Une reconnaissance précoce des symptômes et une intervention adaptée peuvent grandement améliorer la qualité de vie des personnes affectées.

Les facteurs de stress au travail incluent des charges de travail excessives, des conflits relationnels, une faible reconnaissance ou un manque de soutien. Ces situations peuvent conduire à une anxiété intense, un épuisement professionnel (burnout), de la tristesse, une démotivation ou même un sentiment de désespoir. À long terme, cet état peut mener à des troubles dépressifs, de l'anxiété généralisée et à des problèmes de santé physique tels que des troubles du sommeil ou des maladies cardiovasculaires (Camirand et Nanhou, 2008).

Confrontés au tableau dépeint par la narratrice dans le passage de son récit, certains professionnels peuvent traverser des expériences particulièrement difficiles, observant la souffrance de leurs clients ou de leurs proches et se retrouvant directement face à des situations traumatiques, en raison des demandes spécifiques inhérentes à leur fonction (Jauvin et al., 2019).

La souffrance est perçue comme une différence ou un conflit entre les aspirations ou les idéaux d'une personne et ce que le monde dans lequel elle évolue lui impose. Selon Biron (2005), « les douleurs, les séparations et les conflits expérimentés sont la manifestation individualisée de contradictions sociales et de processus collectifs. » (de Gaulejac, référencé dans Biron, 2005, p. 164). D'après Dejours (1988), la souffrance en milieu professionnel se définit comme une condition de combat que mènent les employés pour rester dans la norme et éviter de tomber malade. Ce malaise se manifeste par un état d'inconfort associé, entre autres, à l'ennui, la routine, la terreur, l'anxiété, l'angoisse, le désenchantement, le mécontentement, la fureur, etc. En outre, la souffrance révèle les manques de satisfaction, de collaboration, d'entraide et de convivialité dans le milieu professionnel (Dejours, 1988).

L'impuissance que j'ai ressentie à cet instant a été écrasante. Je suis restée figée, le regard vide, incapable de détourner mes yeux de ce petit corps inerte. Une vague de culpabilité m'a envahie, me murmurant que j'aurais peut-être pu faire plus, aller plus vite, trouver une autre solution. Mon cœur battait violemment, et un profond sentiment d'injustice me nouait la gorge. Cette scène s'est rejouée dans mon esprit des jours durant, chaque détail revenant avec une précision troublante : le regard suppliant de la fillette, les mains tremblantes de mes collègues, l'écho de l'ambulance qui n'arrivait jamais. (Extrait 6, Témoignage 1)

Les nuits suivantes ont été hantées par ce souvenir. Je me réveillais en sursaut, le souffle court, revivant encore et encore cette impuissance absolue. Même en journée, il m'arrivait de m'égarer dans mes pensées, rattrapées par cette douleur sourde qui me rappelait la fragilité de la vie et les limites de notre capacité à sauver. Cet événement a laissé une empreinte profonde, un poids invisible qui s'accrochait à moi, affectant ma motivation et mon bien-être psychologique. Je continuais à remplir mes tâches, à sourire aux patients, mais au fond de moi, une part de moi s'était brisée ce jour-là. (Extrait 7, Témoignage 1)

La souffrance psychologique au travail est une problématique de santé mentale de plus en plus répandue, ayant des conséquences significatives sur la vie personnelle et professionnelle des individus. Elle survient lorsque les exigences professionnelles dépassent les capacités d'adaptation de la personne, entraînant un malaise, un surmenage et même des symptômes physiques (Camirand et Nanhon, 2008).

Le récit poignant de cet extrait met en lumière l'impact profond que peuvent avoir les événements traumatiques sur le bien-être psychologique. Selon Kessler et al. (2017), un événement traumatique est une situation qui bouleverse profondément une personne, déclenchant des réactions émotionnelles intenses susceptibles de perturber son fonctionnement habituel, que ce soit au travail ou à la maison. Que l'on soit directement concerné ou témoin d'un tel événement, les actions entreprises par l'individu et son entourage immédiat jouent un rôle crucial pour atténuer les effets du traumatisme. Les 24 à 48 heures suivant l'incident sont déterminantes pour la gestion du stress post-traumatique et peuvent influencer significativement le temps nécessaire au rétablissement. Si l'événement traumatique affecte l'ensemble du milieu professionnel, il peut être réconfortant de savoir que l'on n'est pas seul à traverser ces difficultés. Le soutien et l'attitude des collègues et supérieurs hiérarchiques sont essentiels au processus de guérison. Cette perspective théorique permet de mieux comprendre les mécanismes en jeu et l'importance d'une intervention précoce et d'un soutien adéquat pour favoriser la résilience face à de tels événements.

#### **4.1.7 Soutien social et des supérieurs**

Des études montrent que l'appui social et institutionnel est déterminant dans la gestion du bien-être des employés, et que ce dernier est non seulement conditionné par les attributs ou les capacités psychiques de la personne, mais également par le cadre de vie qu'elle occupe. Comme le soulignent Samra et al. (2012), l'assistance psychologique est manifeste dans un environnement de travail où les enjeux liés à la sécurité psychologique et au bien-être mental des employés sont considérés sérieusement par leurs pairs ou superviseurs, et font l'objet d'une réaction adéquate.

On a toujours reconnu l'importance du soutien social comme un élément de protection contre le stress au travail. Comme le soulignent Fullerton et al. (1992), dans le cadre des employés confrontés à des circonstances traumatisantes, tels que les secouristes et les intervenants d'urgence, un soutien social approprié peut atténuer la gravité du stress ressenti. L'appui, qu'il soit offert par des collègues, des superviseurs ou un réseau personnel, est primordial pour prévenir des affections comme le stress intense, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou la dépression. De nombreux chercheurs ont examiné les liens entre l'aide sociale, la santé et le bien-être chez des travailleurs exposés à de fortes intensités de stress (Alexander et Klein, 2001 ; Meyer et al., 2012 ; Regehr, 2009).



D'après Dodeler et al. (2011), le soutien social est une notion à multiples dimensions, englobant divers aspects. Le soutien positif, fréquemment désigné sous le terme de soutien social dans les écrits, évoque les interactions ou actions positives comme l'écoute active, la formulation de questions et la fourniture de retours d'information. Par contre, le soutien négatif inclut des attitudes comme la frustration, la critique, l'évitement de la conversation, le fait d'attirer l'attention sur soi-même, de critiquer et de se moquer des réactions de l'autre. Il est également crucial de faire la distinction entre le soutien perçu et le soutien reçu : le premier fait référence à la perception du soutien accessible en cas de nécessité, alors que le second fait allusion au soutien réellement obtenu.

De plus, Wills et Fegan (2001) font la distinction entre le soutien fonctionnel et le soutien structurel. L'assistance structurelle se rapporte au nombre d'individus-ressources et à la régularité des échanges avec eux, alors que l'aide fonctionnelle est liée à la qualité et à la nature du soutien offert, tel que l'appui émotionnel, informatif ou matériel.

Ces distinctions permettent de mieux comprendre comment le soutien social, sous ses diverses formes, peut influencer le bien-être psychologique et l'engagement professionnel. Ainsi, un environnement de travail offrant un soutien positif, tant perçu que reçu, et une structure de soutien solide peut favoriser la résilience et la motivation des individus face aux défis quotidiens.

Voici deux extraits de témoignages qui illustrent l'importance du soutien social dans le maintien du bien-être psychologique, notamment en contexte professionnel. Le travail en équipe et la reconnaissance, qu'elle soit formelle ou informelle, jouent un rôle crucial dans la gestion des moments difficiles et le maintien de la motivation.

Le travail en équipe a joué un rôle crucial dans mon équilibre mental. Savoir que je pouvais compter sur mes collègues, partager mes angoisses et mes questionnements avec eux, m'a permis de mieux gérer les moments difficiles.  
(Extrait 8, Témoignage 1)

L'impact de mon implication ne tarda pas à être reconnu par mes collègues et les habitants du village, ce qui m'a encouragée à poursuivre mes efforts avec encore plus de dévouement. Cette reconnaissance, tant formelle qu'informelle, a nourri ma motivation et m'a aidée à maintenir un niveau élevé d'engagement volontaire malgré les défis quotidiens. (Extrait 9, Témoignage 1)

Selon Dagenais-Desmarais et Privé (2010), c'est comme une expérience personnelle positive, où l'individu cherche à maximiser ses capacités, influencé par ses actions, ses relations avec ses collègues, et son lien avec l'organisation. À cet égard, cinq aspects essentiels sont identifiés comme contributeurs au bien-être psychologique : les relations sociales, l'épanouissement personnel, le sentiment d'efficacité, la reconnaissance et l'engagement volontaire.

Un psychologue avait été engagé pour nous aider à surmonter le traumatisme que nous avons vécu. Ces séances m'ont permis de parler librement de mes peurs, de mon sentiment d'impuissance et de la culpabilité que je portais. (Extrait 10, Témoignage 1)

A travers ces témoignages l'autrice montre que le soutien social et institutionnel est essentiel pour aider les soignants à faire face à la charge émotionnelle. Le travail en équipe permet d'alléger le poids des émotions négatives à travers la solidarité et l'échange avec les collègues. Le soutien psychologique offert par les institutions permet aux soignants d'exprimer et de traiter leurs émotions, réduisant ainsi les risques de détresse psychologique à long terme. Les organisations ont aussi le devoir de prendre en compte le contexte et les ressources à disposition (comme la direction qui accorde du temps sur site aux gestionnaires, ou l'organisation qui instaure un environnement de travail propice à l'assistance mutuelle entre employés) afin que les gestionnaires et les employés puissent mettre en œuvre des pratiques bénéfiques St-Hilaire (2012).

Mon rendement en souffrait, et mon gestionnaire ne tarda pas à le remarquer et à me le reprocher. Un jour, il m'appela pour exprimer son inquiétude : « J'ai constaté une baisse de performance dans tes derniers rapports par rapport aux précédents. Que se passe-t-il ? » Il semblait avoir oublié que je lui avais déjà suggéré d'ajouter d'autres membres à l'équipe pour alléger la charge de travail, une proposition restée sans réponse. (Extrait 7, Témoignage 2).

La santé psychologique au travail est influencée par diverses conditions multidisciplinaires, notamment les modes de gestion, les modèles d'organisation et la nature émotionnelle du travail. Le soutien social et l'aide mutuelle jouent un rôle essentiel dans l'amélioration ou le maintien du bien-être au travail. L'absence de ce soutien peut contribuer au mal-être professionnel. Compte tenu du rôle essentiel du soutien social dans la préservation de la santé mentale des travailleurs, il est primordial de créer un cadre qui favorise l'entraide et la collaboration au sein des équipes, tout en encourageant l'expression des émotions dans le milieu professionnel (Bonnet, 2020).

En effet, le soutien social et institutionnel est essentiel pour le bien-être psychologique des travailleurs. Des relations positives avec les collègues et une reconnaissance adéquate renforcent la résilience face aux défis professionnels. Les organisations ont la responsabilité de promouvoir un environnement de travail favorable, en facilitant l'entraide et en permettant l'expression des émotions. En intégrant ces éléments, les entreprises favorisent la santé mentale de leurs employés et améliorent leur engagement professionnel.

#### **4.1.8 Concept émergent : La résilience**

Dans un contexte professionnel aussi exigeant que celui des soins infirmiers en Haïti, la charge émotionnelle devient un facteur omniprésent, parfois invisible mais profondément ressenti. Les contraintes systémiques, les pressions culturelles, les situations de détresse humaine rencontrées au quotidien, ainsi que le manque de ressources humaines et matérielles, exposent les soignant(e)s à des tensions constantes qui affectent leur bien-être psychologique. Pourtant, malgré ces épreuves, nombre d'entre eux et elles poursuivent leur engagement avec courage, empathie et détermination. C'est à travers cette persévérance, cette capacité à "tenir bon" dans l'adversité, que se dessine une dimension essentielle et transversale à comprendre : la résilience.

La résilience n'est pas seulement un mécanisme de survie ; elle représente une dynamique d'adaptation, de transformation et parfois même de croissance personnelle et professionnelle. Elle permet aux infirmiers(ère)s de continuer à soigner, à accompagner, à donner du sens à leur pratique, malgré la dureté du terrain. Dans cette section, nous explorerons comment la résilience émerge des récits recueillis, non seulement comme une réponse individuelle à la souffrance émotionnelle, mais aussi comme un processus collectif, ancré dans des pratiques, des valeurs et des ressources culturelles propres au contexte haïtien. Appuyée par de nombreuses contributions théoriques et illustrée par des expériences vécues, la résilience apparaît ainsi comme une clé de lecture incontournable pour analyser les effets de la charge émotionnelle sur le bien-être psychologique des soignants.

J'ai compris, avec le temps, qu'il ne m'était pas possible de sauver chaque vie, mais que chacun de mes gestes, aussi petit soit-il, pouvait représenter une bouée d'espoir, un tournant décisif, voire tout un monde pour la personne qui le recevait. (Extrait 10, Témoignage 1).

En ce sens, la chercheuse a trouvé un écho profond dans la vision de la résilience défendue par Boris Cyrulnik, psychiatre, neurologue et éthologue français, né à Bordeaux en 1937 : un « antidestin ». Il est convaincu que les pires épreuves sont surmontables, que la guérison est toujours possible et que personne n'est condamné au malheur. Un processus par lequel les blessés de la vie peuvent déjouer tous les pronostics (Wener et Smith, 1989). Chaque geste accompli, aussi modeste soit-il, représentait pour la chercheuse une victoire sur l'impuissance, une affirmation de vie face aux réalités hostiles.

Ces années de service m'ont transformée. Elles m'ont appris que la résilience n'est pas seulement une capacité à surmonter les défis personnels, mais aussi une compétence essentielle pour naviguer dans les complexités du soin de santé dans un contexte de pauvreté. (Extrait 11, Témoignage 1).

La chercheuse a été confrontée à des situations de vulnérabilité extrême, mais elle a persévéré dans sa mission de soignante, démontrant ainsi, selon Estrada et al. (2016), que deux critères doivent être remplis pour qu'une personne résiliente soit considérée comme telle. Premièrement, elle doit faire face à une adversité d'une certaine ampleur (fréquence, intensité et durée) et qui la rend vulnérable. Deuxièmement, malgré cette vulnérabilité, elle doit réussir à atteindre les mêmes objectifs que les autres en situation normale ou régulière, c'est-à-dire non exposée à un danger majeur ou à une source de vulnérabilité. La résilience réfère ainsi à la capacité et à l'habileté de résister devant l'adversité et à « s'en sortir » malgré les obstacles importants (Luthans et al., 2006).

Avec le temps, ma capacité à gérer la charge émotionnelle a évolué. Chaque expérience, chaque sourire de patient reconnaissant, chaque larme versée en silence a renforcé ma résilience et m'a appris que la force véritable ne réside pas dans l'absence de vulnérabilité, mais dans la capacité à continuer malgré elle. (Extrait 12, Témoignage 1).

Cette perception rejoint Fredrickson (2004), pour qui la résilience repose sur la capacité à surmonter les émotions négatives et à s'adapter de manière souple aux situations stressantes. À travers ces expériences, la chercheuse a développé ce qu'Anaut (2006) et Manciaux (2001) désignent comme des facteurs de protection : des ressources personnelles ayant permis d'atténuer les impacts de la détresse émotionnelle, comme le souligne également Gallopin (2006). Elle s'est ainsi adaptée en mobilisant ses compétences, ses apprentissages et ses habiletés relationnelles, en cohérence avec la définition élargie de la résilience comme processus dynamique (Bhamra et al., 2011).

J'ai appris que notre rôle en tant que soignants ne se limite pas à traiter des maladies, mais également à écouter, à soutenir et parfois simplement à être présents. (Extrait 13, Témoignage 1).

Cette idée est aussi soutenue par Manciaux (2001), qui insiste sur l'importance d'intégrer le contexte social, matériel et émotionnel de la personne dans l'acte de soin. Être résilient, c'est aussi ajuster notre posture professionnelle en fonction de l'autre, avec respect et empathie.

Mon engagement dans les communautés rurales, les défis rencontrés et les petites victoires accumulées m'ont poussée à prendre des initiatives qui vont au-delà des soins directs. Cela m'a motivée à devenir une militante pour l'amélioration des systèmes de santé, en plaidant pour un accès équitable aux soins pour tous, en particulier dans les zones les plus reculées. (Extrait 14, Témoignage 1).

La chercheuse se reconnaît ici dans ce qu'Evrard-Samuel (2001) décrit comme la nécessité de reconstruire une identité et des objectifs après des expériences de rupture. Son parcours l'a conduite à redéfinir son rôle, à élargir sa mission et à s'engager dans une démarche visant à transformer le système de santé, au-delà de l'acte de soin individuel.

En participant à des conférences et en collaborant avec des organisations non gouvernementales, j'ai cherché à sensibiliser à la nécessité de réformes et d'améliorations structurelles dans les services de santé haïtiens (Extrait 15, Témoignage 1).

Cette volonté d'agir s'inscrit aussi dans la vision de Masten (2001), qui considère la résilience comme un processus adaptatif ordinaire accessible à tous, et non comme une qualité réservée à une élite. C'est en développant ce type de résilience du quotidien que la chercheuse a pu se projeter dans des projets à long terme, intégrant des stratégies de changement à différentes échelles.

Mon voyage dans le monde des soins infirmiers est loin d'être juste une série de soins et de technique. C'est un voyage de cœur, de résilience et d'engagement envers le bien-être des autres. Chaque patient, chaque communauté que j'ai servie m'a enseigné quelque chose de précieux sur la vie, sur la souffrance, mais aussi sur l'espoir et la guérison. (Extrait 16, Témoignage 1).

Comme le suggèrent Brough et al. (2003), ces apprentissages ont aidé la chercheuse à renforcer sa confiance en sa capacité à traverser les difficultés de la vie. Cette force intérieure, cette puissance mentale mentionnée par ces écrivains, ne provient pas d'un talent inné, mais résulte d'un effort continu de réflexion et de progrès personnel. C'est cette abondance d'expériences qui sculpte l'âme d'une infirmière et qui nous motive à persévérer, face aux obstacles, pour toujours aspirer à enrichir l'existence des individus qui sont sous notre garde.

Comme l'expliquent Maddi et Khoshaba (2005), la résilience permet non seulement de récupérer après l'adversité, mais aussi de grandir à travers elle, en devenant plus habile et plus lucide face aux défis. Elle devient alors une ressource quotidienne, accessible à chacun, pour s'adapter durablement aux changements, en mobilisant des forces internes et externes. Elle s'inscrit dans un processus d'adaptation continue, différenciant celles et ceux qui parviennent à surmonter les épreuves, des individus submergés par elles.

## **4.2 DISCUSSIONS**

Cette discussion vise à interpréter les résultats de l'analyse à la lumière de la littérature existante et du cadre théorique mobilisé. En m'appuyant sur mes témoignages, j'ai pu identifier différents effets de la charge émotionnelle sur le bien-être psychologique des soignants en Haïti. Cette charge, omniprésente dans la pratique infirmière, agit à la fois comme une contrainte professionnelle, une souffrance silencieuse, mais aussi comme un déclencheur de transformation personnelle et collective, à travers le développement d'une résilience ancrée culturellement. La discussion suivante propose de relier ces résultats à des concepts clés de la littérature, tout en soulignant les particularités du contexte haïtien.

L'analyse montre que la charge émotionnelle est un phénomène à la fois intensément vécu et durablement enraciné dans le quotidien professionnel des soignants. Comme le soulignent Labouesse et Van Laethem (2016), cette charge ne se limite pas à des moments isolés de stress, mais s'inscrit dans une temporalité longue qui use, épuise et déséquilibre progressivement les professionnels. En Haïti, cette charge est amplifiée par des conditions de travail précaires, un manque chronique de ressources, et des situations de détresse humaine constantes. L'étude confirme ainsi les observations de Hellemans (2014), qui décrit la charge émotionnelle comme une construction sociale et subjective, influencée par le contexte organisationnel et culturel. Les témoignages révèlent que cette charge peut générer de l'épuisement, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires et un sentiment d'impuissance autant de symptômes reliés au burnout émotionnel (Vézina et Saint-Arnaud, 2011).

La souffrance vécue par les soignants n'est pas seulement individuelle. Elle est le reflet d'une organisation défaillante, comme le montre le cas du décès d'une enfant par manque d'ambulance et de coordination. Cette expérience rejoint la réflexion de Dejours (1988) sur la souffrance au travail comme lutte pour rester humain dans un système qui broie. La charge émotionnelle devient alors une expression individualisée de contradictions sociales (de Gaulejac, cité dans Biron, 2005). Le contexte haïtien, marqué par l'instabilité politique, la violence, et la pauvreté, renforce cette détresse, transformant l'acte de soigner en une épreuve de résistance. Comme l'indiquent Kessler et al. (2017), l'exposition répétée à des traumatismes, sans espace de traitement adéquat, peut entraîner des séquelles durables sur le bien-être psychologique.



Une autre dimension essentielle qui ressort de l'analyse est le déséquilibre entre vie professionnelle et vie familiale, causé par un surinvestissement émotionnel. Le sentiment d'être "aspiré" par le travail jusqu'à négliger ses proches est récurrent dans les témoignages. Ce constat renforce les données de la littérature sur le conflit travail-famille (Boamah et Laschinger, 2016 ; Duxbury et Higgins, 2003), particulièrement fréquent chez les femmes en soins infirmiers. La difficulté à se « déconnecter » du travail accentue l'anxiété, le stress et la culpabilité, rendant encore plus nécessaire une reconnaissance institutionnelle de cette réalité.

Les effets de la charge émotionnelle sont atténués lorsque les soignants bénéficient d'un soutien social solide (équipe, pairs, encadrement). À l'inverse, l'absence de réponse ou l'indifférence des gestionnaires accentue la détresse. Ces résultats confirment les travaux de Samra et al. (2012) et Dodeler et al. (2011) sur l'importance du soutien perçu et reçu pour maintenir le bien-être psychologique au travail. Le travail en équipe, la reconnaissance, et l'écoute empathique apparaissent comme des éléments clés pour réduire les effets délétères de la charge émotionnelle.

Enfin, la résilience émerge comme une réponse centrale face à la charge émotionnelle. Loin d'être une qualité héroïque réservée à quelques-uns, la résilience est ici un processus ordinaire (Masten, 2001), fait d'adaptation progressive, de sens reconstruit, et d'engagement renouvelé. Les témoignages montrent comment les soignants continuent d'agir, de soigner, de militer, malgré les blessures intérieures.

La résilience est nourrie par des facteurs personnels (foi, valeurs, expérience), mais aussi relationnels et culturels (solidarité, spiritualité, mission collective). Elle permet non seulement de survivre, mais aussi de transformer la douleur en force, en militantisme, en action. Elle devient ainsi une clé de lecture transversale, qui permet de comprendre pourquoi certains soignants tiennent bon, alors que d'autres s'effondrent.

La discussion met en lumière que la charge émotionnelle, bien que déstabilisante, peut être apprivoisée et transformée à travers des leviers internes (résilience personnelle, foi) et externes (soutien, spiritualité, traditions culturelles). Elle appelle à repenser l'accompagnement des soignants haïtiens en intégrant leurs référents culturels, leurs ressources symboliques, et la nécessité d'un soutien structurel. Au-delà de la souffrance, c'est la force d'un engagement ancré dans l'histoire, la communauté et l'espoir qui émerge.



## CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire avait pour objectif principal de comprendre les effets de la charge émotionnelle sur le bien-être psychologique des soignants en Haïti, en prenant appui sur un récit de pratique infirmière et une perspective réflexive. À travers une analyse qualitative et introspective de mon propre parcours, il a été possible de mettre en lumière la complexité des tensions émotionnelles vécues par les professionnels de la santé dans un contexte de précarité systémique, de vulnérabilité sociale et de limitations structurelles.

Les résultats ont révélé que la charge émotionnelle ne se manifeste pas uniquement sous forme de stress ponctuel, mais comme une expérience constante, enracinée dans le quotidien du soin. Elle affecte profondément la santé mentale, provoquant de l'usure psychologique, un sentiment d'impuissance, et parfois des symptômes de traumatisme secondaire. Toutefois, cette réalité est contrebalancée par l'existence de ressources de protection, parmi lesquelles la spiritualité, le soutien social, l'ancrage culturel et surtout, la résilience occupent une place déterminante.

La résilience, telle qu'elle a émergé de cette étude, apparaît comme un processus adaptatif ordinaire mais puissant, qui permet non seulement de survivre à l'adversité, mais aussi de transformer l'épreuve en apprentissage et en engagement renouvelé. Elle constitue un prisme pertinent pour comprendre les mécanismes internes et contextuels activés par les soignants pour préserver leur équilibre psychologique dans un environnement hautement exigeant émotionnellement.

Toutefois, cette recherche présente certaines limites. Le choix méthodologique, fondé exclusivement sur une autopraxeographie, bien qu'il ait permis une immersion profonde dans l'expérience vécue, ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des soignants haïtiens. Par ailleurs, l'absence de croisements de points de vue avec d'autres professionnels (le)s pourrait avoir restreint la portée des analyses. La subjectivité, bien qu'assumée dans une posture réflexive, constitue également une limite méthodologique qu'il convient de reconnaître.

Pour approfondir cette problématique, il serait pertinent, dans le cadre de recherches futures, d'élargir l'échantillon à d'autres soignants issus de milieux divers (urbains, ruraux, hospitaliers, communautaires) et d'explorer les effets de la charge émotionnelle selon le genre, l'ancienneté ou le niveau de responsabilité. Il serait également judicieux de développer des dispositifs de soutien institutionnel centrés sur la reconnaissance du travail émotionnel, la formation à la gestion des émotions et l'intégration de pratiques culturelles dans l'accompagnement psychologique.

Ce mémoire contribue à une meilleure compréhension des réalités affectives vécues par les soignants en Haïti et souligne la nécessité d'humaniser les environnements de soins en reconnaissant la dimension émotionnelle du travail comme un levier de transformation, de santé et de dignité.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Achille, M. A. (2003). Définir la santé au travail. I. La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail. Dans R. Foucher, A. Savoie et L. Brunet (Éds.), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail* (pp. 65–90). Montréal, QC : Éditions Nouvelles.

Albert, M. (2017). L'autopraxéographie, une méthode pour participer à la compréhension de la complexité de l'entrepreneuriat. *Projectics / Proyética / Projectique*, 16, 69–86.

Albert, M. N., et Cadieux, P. (2017). L'autopraxéographie. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Supplément, 163–175.

Albert, M. N., et Michaud, N. (2016). From disillusion to the development of professional judgment: Experience of the implementation process of a human complexity course. *SAGE Open*, 6(4), 2158244016684372

Albert, M. N., Dodeler, N. L., Couture, M. M., et Michaud, N. (2023). L'autopraxéographie, une méthode pour construire des savoirs à partir de son expérience dans une perspective complexe et interdisciplinaire. *Journal of Interdisciplinary Methodologies and Issues in Sciences*, 11.

Albert, M.-N., et Perouma, J.-P. (2017). The dialogue: An essential component to consider “organization as a community of persons”. *Humanist Management Journal*, 2, 37–55.  
<https://doi.org/10.1007/s41463-017-0024-8>

Alexander, D. A., et Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76–81.

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

Almalki, M. J. (2012). *Quality of work life and turnover intention in primary healthcare organisations: A cross-sectional study of registered nurses in Saudi Arabia* [Doctoral dissertation, Queensland University of Technology].

Ashforth, B. E., et Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18(1), 88–115.

Augustin, J. (1999). *Le Vodou libérateur. Et si le Vodou était une valeur !* Montréal : Tanboula.

Avenier, M. J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : Postmodernisme ou pragmatisme ? *Management Avenir*, (3), 372–391.

Bakker, A. B., et Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.

Bakker, A. B., et Oerlemans, W. G. M. (2011). Subjective well-being in organizations. Dans K. S. Cameron & G. M. Spreitzer (Éds.), *The Oxford handbook of positive organizational scholarship* (pp. 178–189). Oxford University Press.

Baptiste, C. (2023, février). *De Legba à Erzulie : Guide des dieux et déesses du vodou haïtien*. Visit Haiti.

Barford, S. W., et Whelton, W. J. (2010). Understanding burnout in child and youth care workers. *Child & Youth Care Forum*, 39(4), 271–287.

Barsade, S., Brief, A. P., Spataro, S. E., et Greenberg, J. (2003). The affective revolution in organizational behavior: The emergence of a paradigm. *Organizational Behavior: A Management Challenge*, 1, 3–50.

Bennett, N. J., Roth, R., Klain, S. C., Chan, K., Christie, P., Clark, D. A., Cullman, G., Curran, D., Durbin, T. J., Epstein, G., Greenberg, A., Nelson, M. P., Sandlos, J., Stedman, R., Teel, T. L., Thomas, R., Veríssimo, D., et Wyborn, C. (2017). Conservation social science: Understanding and integrating human dimensions to improve conservation. *Biological Conservation*, 205, 93–108.

Biron, C. (2005). *L'aide mutuelle comme source de soutien social au travail* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal].



Boamah, S. A., et Laschinger, H. K. S. (2016). The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E164–E174.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., & Gaudet, M. (2006). *Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting*. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 335–342.

Bourgueil, Y., Marek, A., et Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94–105.

Bouterfas, N., et Desrumaux, P. (2014). L’impact de la charge mentale et de la charge émotionnelle sur le bien-être des travailleurs sociaux : Vérification de l’effet de médiation de la satisfaction des besoins fondamentaux. *Santé psychologique au travail*, 16(1), 45–58.

Branchi, S. (2014). *Spiritualité, troubles anxieux-dépressifs et qualité de vie dans le champ de la santé et de la maladie* [Thèse de doctorat, Université de Lorraine].

Brodwin, P. E. (1996). *Medicine and morality in Haiti: The contest for healing power*. Cambridge University Press.

Brown, K. M. (1989). Afro-Caribbean spirituality: A Haitian case study. In L. E. Sullivan (Éd.), *Healing and restoring: Health and medicine in the world's religious traditions* (pp. xx–xx). MacMillan Publishing Company.

Brown, K. M. (1991). *Mama Lola: A Vodou priestess in Brooklyn*. University of California Press.

Cahour, B. (2010). Émotions et activités professionnelles et quotidiennes. Dans B. Cahour & C. Licoppe (Éds.), *Émotions au travail et ergonomie* (pp. 13–32). Toulouse : Octarès.

Cahour, B., et Lancry, A. (2011). Confort et inconfort dans les situations d'usage : Une approche ergonomique centrée sur l'expérience de l'utilisateur. *Le Travail Humain*, 74(1), 1–24.

Camirand, H., et Nanhou, V. (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut de la statistique du Québec.

CARIBBEAN COUNTRY MANAGEMENT UNIT, 2006, Social Resilience and State Fragility in Haiti: A Country Social Analysis, World Bank

Cascino, N., Mélan, C., & Galy, É. (2016). Étude des perceptions de l'environnement de travail au cours du poste chez des travailleurs postés : Intérêt d'une évaluation subjective et temporellement située de la charge de travail. *Le Travail Humain*, 79(2), 97–124.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

Coitout, C., & Lavault, I. (2021). Projet de (fin de) vie : Un accompagnement par le soignant. *Médecine Palliative*, 20(6), 342–345.

Corral-Verdugo, V., Tapia-Fonllem, C., & Ortiz-Valdez, A. (2014). On the relationship between character strengths and sustainable behavior. *Environment and Behavior*, 47(8), 1–25.

Corten, A. (2000). *Diabolisation et mal politique. Haïti : misère, religion et politique*. Montréal : Éditions CIDIHCA.

Dagenais Desmarais, V. (2010). *Du bien-être psychologique au travail : Fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit*.

Dagenais-Desmarais, V., & Privé, C. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique au travail ? *Gestion*, 35(3), 69–77.

Dagenais-Desmarais, V., Gilbert, M.-H., Lebrock, P., Brunet, L., & Savoie, A. (2006). Bien-être psychologique au travail : Vers une conceptualisation unifiée du construit.

Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations*, 53(2), 275–294.

Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357–384.

Dasborough, M. T., Sinclair, M., Russell-Bennett, R., & Tombs, A. (2008). Measuring emotion: Methodological issues and alternatives.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 24–34.

Degoit-Cloiseau, M.-A. (2012). *Être infirmier(ère) en 2012 : Des mutations et des paradoxes. Une réflexion éthique entre désordre(s) et ordre(s)* [Mémoire de master, Université de Marne-la-Vallée].

Dejours, C. (1988). *Plaisir et souffrance dans le travail – Tome 1*. Paris : AOCIP.

Delbrouck, M. (2010). *Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants : Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant*.

Deren, M. (1983). *Divine Horsemen: The Living Gods of Haiti*. New Paltz, NY : Documentext, MacPherson.

Desrosiers, A., & Fleurose, S. (2002). Treating Haitian patients: Key cultural aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 508–521.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.

Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33–37.

Djediati, A. (2018). *Exigences du travail et bien-être dans la profession infirmière : Étude exploratoire dans un centre hospitalier universitaire* [Thèse de doctorat, Université Paris-Est].

Dodeler, V., Tarquinio, C., & Houbre, B. (2011). Soutien social positif versus négatif chez des victimes de violence au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*.

Dujardin, P.-P., & Lépine, V. (2018). Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ? *Santé Publique*, 30(4), 507–516.

Duxbury, L., & Higgins, C. (2003). *Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : État de la question*. Ottawa : Santé Canada.

Ebright, P. R., Patterson, E. S., Chalko, B. A., & Render, M. L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(12), 630–638.

Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 (2022). (2022). *Chapitre 5 : Respect de la vie privée et confidentialité*. <https://ethics.gc.ca>

Fisher, C. D. (2010). Happiness at work. *International Journal of Management Reviews*, 12(4), 384–412.

Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.

Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2<sup>e</sup> éd.). Lyon : Mallet Conseil.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge : Cambridge University Press.

Fry, L. W. (2003). Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly*, 14(6), 693–727.

Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Wang, L. (1992). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1370–1376.

Gernet, I. (2022). Travail et surcharge des professionnels : Éclairage par la psychodynamique du travail. *Contraste*, 56, 85–96.

Gilbert, M.-H., Lebrock, P., & Savoie, A. (2006). Validation initiale d'un modèle prévisionnel de la santé psychologique au travail. *Santé psychologique, stress et harcèlement au travail*, 3, 13–21.

Giordano, Y., & Jolibert, A. (2016). Pourquoi je préfère la recherche quantitative / Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Revue internationale P.M.E.: Économie et gestion de la petite et moyenne entreprise*, 29(2), 7. <https://doi.org/10.7202/1037919ar>

Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle*. Intégral. France : Éditions J'ai Lu.

Grant, A. M., Christianson, M. K., & Price, R. H. (2007). Happiness, health, or relationships? Managerial practices and employee well-being tradeoffs. *Academy of Management Perspectives*, 21(3), 51–63.

Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace : A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95–110.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Guest, D. E. (2017). Human resource management and employee well-being: Towards a new analytic framework. *Human Resource Management Journal*, 27(1), 22–38.

Harris, B., & Leather, P. (2012). Levels and consequences of exposure to service user violence: Evidence from a sample of UK social care staff. *British Journal of Social Work*, 42(5), 851–869.

Harris, G. E., & Cameron, J. E. (2005). De multiples dimensions de l'identification et de l'engagement organisationnels en tant que prédicteurs des intentions de roulement et du bien-être psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement / Canadian Journal of Behavioural Science*, 37(3), 159–169.

Harter, J. K., & Arora, R. (2009). The impact of time spent working and job fit on well-being around the world. In E. Diener, D. Kahneman & J. Helliwell (Eds.), *International differences in well-being* (pp. 389–426). Oxford : Oxford University Press.

Hecquet, M., & Nuytens, A. (2011). Réflexion éthique autour des enjeux de la relation soignant-soigné lors d'un accompagnement de fin de vie en EHPAD. *Éthique & Santé*, 8(1), 36–41.

Hellemans, C. (2014). Charge émotionnelle. Dans P.-P. Zawieja & F. Guarnieri (Éds.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp. 90–92). Paris : Seuil.

Henly, S. J., & Moss, M. P. (2007). American Indian health issues. In S. Boslaugh (Ed.), *Encyclopedia of Epidemiology* (Vol. 1, pp. 25–30). Thousand Oaks, CA : Sage.



Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA : University of California Press.

Holstein, L. (2024, 29 octobre). Comment surmonter une souffrance psychologique ? [Article de blog]. *Psychanalyste Holstein*.

Hurbon, L. (2001a). Pentecostalism and transnationalism in the Caribbean. In A. Corten & R. Marshall-Fratani (Eds.), *Between Babel and Pentecost: Transnational Pentecostalism in Africa and Latin America* (pp. 124–141). London : Hust and Co.

Hurbon, L. (2004). *Religions et lien social : L'Église et l'État moderne en Haïti*. Paris : Éditions du Cerf.

Hurbon, L. (2008). La conjonction des imaginaires européen et africain autour du Vodou. In J. Hainard, P. Mathez & O. Schinz (Eds.), *Vodou* (pp. 105–112). Infolio, Musée d'ethnographie de Genève.

Huyghebaert, T., Gillet, N., Fernet, C., Lahiani, F. J., Chevalier, S., & Fouquereau, E. (2018). Investigating the longitudinal effects of surface acting on managers' functioning through psychological needs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(2), 207–222.

Jacquemin, D. (2009). Interdisciplinarité : Spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs. *Soins Palliatifs*, 8(3), 98–102.

Jauvin, N., & Feillou, I. (2023, 1er avril). La charge émotionnelle des soignants : Comprendre pour mieux prévenir. *Spiritualitésanté*, 28(1). Centre hospitalier universitaire de Québec

Jauvin, N., Freeman, A., Côté, N., Biron, C., Duchesne, A., & Allaire, É. (2019). *Une démarche paritaire de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

Jolly, P. M., Kong, D. T., & Kim, Y. (2021). Social support at work: An integrative review. *Journal of Organizational Behavior*, 42(2), 229–251.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., et al. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383.

Keyes, C. L. M. (1998). Bien-être social. *Psychologie sociale trimestrielle*, 121–140.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.

Keyes, C. L. M., Schmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, 2012(1), 278730.

Kowalski, T. H., & Loretto, W. (2017). Bien-être et GRH dans un environnement de travail en mutation. *La Revue internationale de gestion des ressources humaines*, 28(16), 2229–2255.

La Clinique E-Santé. (2023). *Libérer la charge émotionnelle*. La Clinique E-Santé. <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/emotions/liberer-charge-emotionnelle>

Labouesse, S., & Van Laethem, N. (2016). *La boîte à outils de la pleine conscience au travail*. Paris : Dunod.

Lazzari Dodeler, N., & Tremblay, D.-G. (2014). Travailler plus longtemps ? Les pratiques de conciliation emploi-famille/vie personnelle dans la perspective d'une diversité de parcours de vie. *Question(s) de management*, 6(2), 91–110.

Le Moigne, J.-L. (2002). *Le constructivisme. Tome 1 : Les enracinements*. Paris : L'Harmattan.

Lingard, H., & Francis, V. (2005). Does work–family conflict mediate the relationship between job schedule demands and burnout in male construction professionals and managers? *Construction Management and Economics*, 23(7), 733–745.

Loriol, M. (2012). *La construction du social : Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Loriol, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé Mentale*, (177), 60–63.

Louis Adrien, M. G. (2015). Le vodou guérit-il ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 76(3), 4.

Lourel, M., & Mabire, C. (2008). Le déséquilibre efforts-récompenses et les débordements entre vie au travail, vie privée chez les éleveurs laitiers : leurs effets sur l'épuisement professionnel. *Santé Publique*, 20(hors-série), 89–98.

Luminet, O. (2013). *Psychologie des émotions : Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*. De Boeck Supérieur.

Machado, T., Desrumaux, P., & Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être : Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie*, 69(1), 19–34.

Madsen, I. E. H., Magnusson Hanson, L. L., Rugulies, R., Theorell, T., Burr, H., Diderichsen, F., & Westerlund, H. (2014). Le bon leadership atténue-t-il les effets des fortes exigences émotionnelles au travail sur le risque de traitement antidépresseur ? Une étude prospective dans deux pays nordiques. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1209–1218.

Maingain, A., Dufour, B., & Fourez, G. (2002). *Épistémologie et enseignement des sciences*. Bruxelles : De Boeck.

Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). *La résilience : Résister et se construire*. Paris : Odile Jacob.

Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale : Une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique* [Thèse de doctorat, Université de Montréal].

Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 61(1), 1–14.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, M. A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMBEP. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 352–357.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45(1–3), 475–504.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimini, J. E., & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*, 26(6), 484–486.

McMahon, D. M. (2006). *Happiness: A history*. Atlantic Monthly Press.

Ménard, J., & Brunet, L. (2012). Authenticité et bien-être au travail : Une invitation à mieux comprendre les rapports entre le soi et son environnement de travail. *Pratiques Psychologiques*, 18(1), 89–101.

Meyer, J. P., Ritchie, J. P., & Krishnan, B. (2012). The role of perceived organizational support in the relationship between emotional demands and affective commitment. *Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 29(3), 244–256.

Miller, N. L. (2000). Haitian ethnomedical systems and biomedical practitioners: Directions for clinicians. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(3), 204–211.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2020). *Plan Stratégique de Santé Communautaire 2020–2030*.

Moulite, G. (2024, 27 janvier). Clin d'œil sur le vodou haïtien en 2024. *Haïti Liberté*.

Najman, C. (2008). Transe, sang, danse. In J. Hainard, P. Mathez & O. Schinz (Éds.), *Vodou* (pp. 115–141). Infolio, Musée d'ethnographie de Genève.

Nicolas, G., Desilva, A. M., Grey, K. S., & Gonzalez-Eastep, D. (2006). Using a multicultural lens to understand illness among Haitians living in America. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 702–707.

Öhlén, J., & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: Concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 720–727.

Pacte Mondial des Nations Unies. (2023). *Guide GBN 2023 – Entreprises mondiales et bien-être au travail*.

Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F., Raikhel, E., Whitley, R., Rousseau, C., & Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : Une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13–47.

Pierre-Louis, J. (2021). *Bien-être et santé : infirmières haïtiennes du Québec et d'Haïti*. Perspectives Haïtiennes, 6(1), 45–60.

PNUD (2002). La bonne gouvernance : un défi majeur pour le développement durable en Haïti. Rapport National sur le Développement Humain, 2002. – Port-au-Prince.

Rahmani, K., Gnoth, J., & Mather, D. (2018). Hedonic and eudaimonic well-being: A psycholinguistic view. *Tourism Management*, 69, 155–166.

Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, 15(5), 614–630.

Regehr, C. (2009). Stress and trauma in the emergency services. In J. Langan-Fox & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of stress in the occupations* (pp. 201–220). Edward Elgar Publishing.

Ribert-Van De Weerdt, C., & Baratta, R. (2016). L'analyse de l'activité et des émotions : regard sur une méthode en évolution à partir d'une étude de cas. *Le Travail Humain*, 79(1), 31–52.

Roy, M., & Audet, M. (2003). La transformation vers de nouvelles formes d'organisation plus flexibles : un cadre de référence. *Gestion*, 27(4), 43–49.

Ryan, R., & Deci, E. (2001). Sur le bonheur et les potentiels humains : une revue de la recherche sur le bien-être hédonique et eudémonique. *Revue annuelle de psychologie*, 52, 141–166.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166.

Ryan, R. M., & La Guardia, J. G. (2000). Qu'est-ce qui est optimisé ? Théorie de l'autodétermination et besoins psychologiques fondamentaux.

Ryff, C. D. (1995). Le bien-être psychologique à l'âge adulte. *Orientations actuelles en science psychologique*, 4(4), 99–104.



Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, (3).

Salas-Vallina, A., Pozo, M., & Fernandez-Guerrero, R. (2020). De nouveaux temps pour la GRH ? Management orienté vers le bien-être (WOM), passion de travail harmonieuse et comportement de travail innovant. *Relations avec les employés : The International Journal*, 42(3), 561–581.

Samra, J., Gilbert, M., & Shain, M. (2012). *Protégeons la santé mentale au travail : Un guide pour la santé et la sécurité psychologiques au travail*. Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale.

Sartori, M. (2012). *Éclipse et résilience spirituelle : le drame du suicide dans les Forces armées canadiennes. Quand la vie perd tout son sens, une parole peut-elle encore émerger du chaos* [Thèse de doctorat, Université Laval]. Bibliothèque et Archives Canada.

Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research* (pp. 92–120). Oxford University Press.

Soares, A. (2003). Les émotions dans le travail. *Travailler*, (1), 9–18.

St-Hilaire, F. (2012). *Les pratiques de gestion et de travail en lien avec la santé psychologique au travail* [Thèse de doctorat non publiée]. Université Laval à Québec.

Sterlin, C. (2006). Pour une approche interculturelle du concept de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11(1), 112–121.

Stiefel, F. (2008). Le soutien des soignants : éléments-clés. *InfoKara*, 23, 138–138.

Sznelwar, L. I., & Massetti, M. (2002). Atteinte corporelle et/ou souffrance psychique ? Une étude clinique à partir du vécu des travailleurs souffrant des TMS. *Travailler*, 8(2), 177–198.

Ten Hoeve, Y., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295–309.

Thévenet, M. (1999). Le travail : que d'émotions ! *Revue Française de Gestion*, (126), 140–152.

Vajou, B., Fromage, B., Andrieu, B., & Galopin, G. (2018). Contribution des médiations végétales à l'autodétermination dans des situations pathologiques. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 65–75.

Vakkayil, J., Della Torre, E., & Giangreco, A. (2017). « Ce n'est pas ce à quoi ça ressemble ! » Explorer les perspectives managériales sur le bien-être des employés. *European Management Journal*, 35(4), 548–562.

Van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2004). La structure du bien-être au travail : une étude menée auprès d'enseignants néerlandais. *Journal de psychologie du travail et des organisations*, 77(3), 365–375.

Vandendorpe, C. (1992). La lecture du fait divers : fonctionnement textuel et effets cognitifs. *Tangence*, (37), 56–69.

Vayre, É. (2019). Les impacts du télétravail sur le travailleur et ses sphères professionnelle, familiale et sociale. *Le Travail Humain*, 82(1), 1–39.

Vonarx, N. (2008). Le Vodou haïtien comme système de soins, nouvelle lecture. In J. Hainard, P. Mathez, & O. Schinz (Eds.), *Vodou* (pp. 177–197). Infolio, Musée d'ethnographie de Genève.

Vézina, M., & St-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, 25(2011/1), 119–128.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY : Adams, Bannister, Cox.

Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In B. R. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 123–145). John Wiley & Sons.

Zeidan, J. (2012). Les différentes mesures du bien-être subjectif. *Revue française d'économie*, 27(3), 35–70.

Zheng, X., Zhu, W., Zhao, H., & Zhang, C. (2015). Employee well-being in organizations: Theoretical model, scale development, and cross-cultural validation. *Journal of Organizational Behavior*, 36(5), 621–644.

<https://medecinsdumonde.ca/article/Médecins du Monde>.