La gestion des différentes ressources pour les infirmières haïtiennes

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en gestion des personnes en milieu du travail

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR
© ANNE-ROSE SAINRISMA

Juillet 2026

Composition du jury :

Alae Eddine Nassar, président du jury, Université du Québec à Rimouski

Marie-Noëlle Albert, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Khadija Benazza, examinatrice externe, Université Moulay Ismail

Dépôt initial le 20 mai 2026 **Dépôt final le 21 juillet 2026**

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 mon fils et à mon mari, qui m'ont beaucoup soutenu tout au long de ce parcours par leur amour et leur encouragement. Je vous en suis très reconnaissante.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire s'inscrit au carrefour d'un parcours académique et professionnel profondément personnel. Cependant, la mobilisation de l'approche autopraxéographique comme méthode de recherche m'a permis de transformer mes expériences vécues et mes engagements professionnels en savoirs théoriques avec une posture réflexive. Mais, ce travail n'aurait pu voir le jour sans le soutien de nombreuses personnes, que je tiens à remercier ici sincèrement.

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude envers ma directrice de mémoire, Marie-Noëlle Albert, pour la qualité de son encadrement, sa disponibilité ainsi que la pertinence de ses conseils tout au long de ce processus. Son accompagnement a été déterminant dans l'orientation et l'aboutissement de ce travail. Je ne saurais oublier l'ensemble des professeurs du programme de maîtrise en gestion des personnes en milieu du travail pour la qualité de leur enseignement, leur engagement et les connaissances transmises, qui ont nourri aussi de manière significative ma réflexion.

Je tiens à remercier chaleureusement mon conjoint, Guilou, pour son soutien indéfectible, sa patience et sa présence constante durant mes études. Son appui a été essentiel, notamment dans les moments les plus exigeants de ce parcours.

Une pensée toute particulière est adressée à mon fils, Guy Alan, dont la naissance, survenue au cours de la rédaction de ce mémoire, a constitué à la fois un défi et une source de motivation. Sa présence a donné un sens renouvelé à mon engagement et à ma persévérance.

Mes remerciements les plus sincères vont à mon grand frère, Walner, pour son soutien constant, ses précieux conseils et son rôle de mentor dans mon cheminement académique et personnel.

Enfin, je n'oublie pas ma famille en Haïti, particulièrement mon papa, Sainrilus dit Nènè dont le soutien moral, malgré la distance, a toujours été une source de force et de courage. Leur confiance en moi a été un moteur essentiel dans la poursuite de mes études à l'étranger.

À toutes les institutions qui m'ont offert des opportunités et d'expérience professionnelle en tant qu'infirmière, vous êtes ici remerciées. Ces expériences ont enrichi ma compréhension du terrain et ont nourri de manière significative la réflexion développée dans ce mémoire.

À toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

RÉSUMÉ

Ce mémoire étudie la gestion des ressources pour les infirmières haïtiennes, notamment en milieu hospitalier. Dans un système de santé marqué par la rareté des ressources humaines, financières et matérielles, les professionnels de la santé sont contraints de travailler dans un environnement précaire qui fait appel à une bonne capacité de gestion. En mobilisant une méthodologie qualitative, ce travail s'inscrit dans une approche constructiviste et repose sur l'autopraxéographie. Cette méthode comme mode d'accès particulier à la construction de connaissance issue de la pratique permet une analyse réflexive des émotions vécues dans le système de santé haïtien, notamment en milieu de soins. À partir de récits personnels et de l'analyse de situations de travail, l'étude met en lumière le travail invisible de gestion que réalisent les infirmières haïtiennes en milieu hospitalier. Les résultats montrent que, malgré un environnement de travail difficile caractérisé par la rareté des ressources, les infirmières développent diverses techniques, notamment l'adaptation, la créativité et l'éthique afin de répondre à leurs obligations professionnelles. Donc, au-delà des compétences cliniques, le métier infirmier repose sur un ensemble de compétences transversales organisationnelles, relationnelles et stratégiques mobilisées pour assurer la qualité et la continuité des soins. Cette recherche souligne qu'en dépit de la charge émotionnelle qui entoure la pratique infirmière en Haïti, la dimension vocationnelle apparaît comme un besoin ressenti par les infirmières de venir en aide d'une population vulnérable en matière de soins de santé.

Mots clés : système de santé haïtien, gestion des ressources, infirmières haïtiennes, milieu hospitalier, vocation professionnelle, autopraxéographie.

ABSTRACT

This thesis examines resource management among Haitian nurses, particularly in Haitian hospitals. In a healthcare system characterized by a scarcity of human, financial, and material resources, healthcare professionals are forced to work in a precarious environment that demands strong management skills. Using a qualitative methodology, this study adopts a constructivist approach and is based on autopraxeography. This method, as a specific means of accessing knowledge derived from practice, allows for a reflexive analysis of the emotions experienced within the Haitian healthcare system, particularly in clinical settings. Drawing on personal accounts and the analysis of work situations, the study highlights the invisible management work performed by Haitian nurses in hospital settings. The results show that, despite a challenging work environment characterized by scarce resources, nurses develop various strategies including adaptation, creativity, and ethical judgment to fulfill their professional obligations. Thus, beyond clinical skills, the nursing profession relies on a set of cross-cutting organizational, interpersonal, and strategic competencies that are mobilized to ensure the quality and continuity of care. This research highlights that, despite the emotional toll of nursing practice in Haiti, the vocational dimension emerges as a deeply felt need among nurses to assist a population that is vulnerable in terms of healthcare.

Keywords: Haitian healthcare system, resource management, Haitian nurses, hospital setting, professional vocation, self-praxeography.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ix

RÉSUMÉ xi

ABSTRACT xiii

TABLE DES MATIÈRES xv

LISTE DES TABLEAUX xvii

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES xviii

INTRODUCTION GÉNÉRALE 1

CHAPITRE 1 CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 5

1.1 LA GESTION DE LA RESSOURCE DANS LE MILIEU DE LA SANTE 5

1.1.1 La gestion des ressources et ses principes 6
1.1.2 Avantages et limites de la gestion des ressources 7

1.2 LA GESTION DE DIFFERENTES RESSOURCES 8

1.2.1 Ressources financières 9
1.2.2 Ressources humaines 9
1.2.2.2 Gestion des personnes 11
1.2.3 Ressources matérielles 12

1.3 LA PROFESSION D'INFIRMIERE 14

1.3.1 L'environnement de travail 15
1.3.2 La charge de travail 16
1.3.3 Les spécificités de gestion en milieu hospitalier 17
1.3.4 La fatigue de compassion 18
1.3.5 Relation avec les pairs 19
1.3.6 Relation avec les supérieurs 19
1.3.7 Les horaires atypiques 20

1.4 LE CONTEXTE GENERAL D'HAÏTI 20

1.4.1 Situation politique 21
1.4.2 Situation économique 21
1.4.3 En matière d'infrastructure 22
1.4.4 En matière de développement 22

1.5 PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE HAÏTIEN 23
1.5.1 Organisation administrative des niveaux de soin 25
1.5.2 Des carences en ressources humaines 26
1.5.3 La pratique infirmière 27
1.6 OBJECTIF DE RECHERCHE 27
CHAPITRE 2 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 29
2.1 POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE 29
2.2 CHOIX DE LA MÉTHODE D'AUTOPRAXÉOGRAPHIE 30
2.2.1 Justification du recours à l'autopraxéographie 32
2.2.2 Démarche de l'autopraxéographie 32
2.2.3 Limites de la méthode d'autopraxéographie 34
2.3 ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE 34
2.4 UTILISATION DE L'IA GÉNÉRATIVE 35
CHAPITRE 3 TÉMOIGNAGES 38
3.1 TÉMOIGNAGE 1 38
3.2 TÉMOIGNAGES 2 45
CHAPITRE 4 ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS 55
4.1 ANALYSE 55
4.1.1 De la vocation à la profession d'infirmière 55
4.1.2 La profession infirmière, un métier aux multiples facettes 58
4.1.3 La gestion du flux des patients au service d'urgence 64
4.2 DISCUSSION 69
CONCLUSION GÉNÉRALE 75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Tableau de bord éthique de la recherche.....35

Tableau 2 Illustration des résultats de synthèse des différents points pertinents et des leçons apprises de la fonction de gestion de l'infirmière dans le milieu hospitalier.....73

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AIIC Association des infirmières et infirmiers du Canada

AIMS Association Internationale de Management stratégique

ANA American Nurses Association

BAnQ Bibliothèque et Archives nationales du Québec

CARICOM Communauté de la Caraïbe

CÉR-UQAR Comité d'éthique de la recherche de l'UQAR

COVID-19 Maladie à coronavirus 2019

CV Curriculum Vitae

Dares Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques

DASH Développement des Activités de Santé en Haïti

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP École des hautes études en santé publique

EPTC2 Énoncé de politique des trois Conseils (Éthique de la recherche avec des êtres humains)

HUM Hôpital Universitaire de Mirebalais

IA Intelligence artificielle

IDH Indice de Développement Humain

IHSI	Institut haïtien de Statistique et d'Informatique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSPP	Ministère de la Santé publique et de la Population
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PECP	Paradigme Épistémologique Constructiviste Pragmatique
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RNAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
RPS	Risques psychosociaux (organisationnels et psychosociaux du travail)
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.
UQAR	Université du Québec à Rimouski
UQAR	Université du Québec à Rimouski
USA	États-Unis d'Amérique (United States of America)
USD	Dollar américain

INTRODUCTION GÉNÉRALE

À l'ère du management moderne, la gestion des ressources devient incontournable au sein des organisations. Cette gestion est d'autant plus importante dans le domaine de la santé, car le manque de ressources (financières, humaines et matérielles) ne consiste pas uniquement en une inefficacité de l'organisation, mais entraîne des conséquences sur la sécurité et la qualité des soins fournis. Dans cette perspective, la gestion des ressources dans le secteur de la santé dépasse la simple logique administrative pour intégrer l'ensemble des acteurs du système desquels figurent les infirmières aux premiers rangs dans le système de santé. Toutefois, il y a lieu de reconnaître que cette pression est beaucoup plus importante dans les systèmes de santé à ressource limitée où ces pays doivent constamment composer avec une double contrainte, d'une part la recherche de l'efficience au sens classique, et la viabilité du système face à la rareté des ressources, d'autre part. Cela crée donc une tension entre la nécessité de répondre aux besoins de la population de manière adéquate et la capacité réelle du système à y faire face.

Cette situation est particulièrement alarmante dans le système de santé des pays en développement, où la rareté des ressources augmente les défis liés à l'organisation des soins de santé de qualité. Le cas d'Haïti illustre de manière emblématique ce phénomène avec un système de santé qui fait face à d'énormes difficultés. En effet, selon Henrys (2022), le système de santé haïtien se caractérise par une offre insuffisante, une demande limitée à cause de différentes contraintes, des ressources humaines insuffisantes et inégalement réparties, un financement étatique insignifiant et en baisse constante et une couverture d'assurance en santé insignifiante. Si l'on regarde Haïti au regard des normes de l'OMS, l'offre en soins de santé reste en deçà de ce qui serait souhaitable et nécessaire. Selon les normes de l'OMS, le pays devrait disposer d'un hôpital pour 150 000 habitants, un centre de santé pour 5 000 habitants, 45 infirmières pour 10000 habitants ainsi qu'un médecin pour 5 000 habitants. Or,

les données disponibles montrent que le pays accuse un déficit critique avec seulement 6,7 lits pour 10 000 habitants (soit 0,6 pour 1 000) et 3.8 infirmières et infirmiers pour 100,00 habitantes et habitants.

L'offre et la demande de soins imposent aux infirmières haïtiennes de travailler dans des conditions où la rareté des ressources humaines, financières et matérielles est la norme. En dépit de leurs rôles dans le système, elles se retrouvent dans la catégorie des professionnelles les moins reconnues du pays. Alors que leur contribution dépasse la seule fonction de prestations de soins, car elles sont constamment amenées à assumer des fonctions de gestion diverses liées à la coordination des soins, à l'organisation des activités de l'équipe soignante, à la priorisation des interventions et enfin à la composition avec des ressources limitées. À cette charge de travail se trouve un manque de façon répétée de matériels de travail, notamment des médicaments, des pansements et parfois même le carburant pour faire fonctionner la génératrice. Dans ce contexte, les infirmières se retrouvent souvent dans l'improvisation, la réorganisation des priorités et la réallocation des ressources disponibles afin de maintenir la continuité des services.

L'intérêt d'étudier la gestion des ressources pour les infirmières réside dans la nécessité de mieux comprendre les mécanismes par lesquelles ces professionnelles de la santé parviennent à assurer l'équilibre entre l'exigence éthique de leur pratique et les contraintes du système de santé haïtien en termes de ressources. Dans cette perspective, le présent travail s'articule autour de la question suivante : comment les infirmières haïtiennes assurent-elles la gestion des ressources et l'organisation des soins dans un contexte hospitalier marqué par la rareté ? Se basant sur des expériences vécues en tant qu'infirmière de ligne, l'objectif général poursuivi dans le cadre de ce mémoire consiste à mieux comprendre la fonction de gestion pour les infirmières de ligne en milieu hospitalier en Haïti.

Cette recherche s'inscrit dans une démarche autopraxéographique qui retrace mon quotidien hospitalier en tant qu'infirmière de ligne à l'hôpital de Développement des Activités de Santé en Haïti (DASH) et à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM). Ces deux expériences m'ont permis de saisir la nature multidimensionnelle du métier de

l'infirmière dans le contexte haïtien marqué par la rareté des ressources, des salaires et des conditions de travail insuffisants et un environnement de travail souvent difficile.

Le présent mémoire est divisé en quatre chapitres : nous avons, à travers le premier chapitre, présenté le cadre conceptuel de la recherche qui tient compte des principaux concepts liés à la gestion des ressources en milieu hospitalier. Le deuxième chapitre explore la démarche méthodologique, qui justifie le recours à l'autopraxéographie et au paradigme constructiviste comme approche de recherche. Le troisième s'accentue sur la présentation des résultats, notamment les témoignages issus de mes expériences de terrain en tant qu'infirmière. Enfin, le quatrième chapitre propose une analyse et une discussion des résultats de la recherche qui retracent le quotidien hospitalier des infirmières de ligne en Haïti. Ces résultats sont analysés au prisme de l'autopraxéographie et représentent les matériaux empiriques qui ont permis de comprendre le vécu professionnel de l'infirmière haïtienne. Enfin, la conclusion générale présente les différents apports de la recherche en soulignant de manière concrète le travail souvent invisible des infirmières haïtiennes. Elle ouvre la voie à de nouvelles pistes de réflexion sur la gestion des ressources pour les infirmières dans le milieu hospitalier, notamment dans les systèmes de santé à ressource limitée. Nous soulignons aussi dans cette partie les limites qui permettent d'apprécier les principaux résultats de la recherche.

CHAPITRE 1
CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

1.1 LA GESTION DE LA RESSOURCE DANS LE MILIEU DE LA SANTE

Face à l'émergence fulgurante du management moderne, la prise de conscience est aujourd'hui de rigueur sur l'importance de la gestion des ressources dans les milieux organisationnels. Des études ont montré que la non-prise en compte de la gestion des ressources entraîne des pertes considérables dans la vie de l'organisation (Thwaites, 2019). Dans le secteur de la santé particulièrement, certaines actions peuvent être limitées, notamment la capacité de l'organisation à fournir des soins de qualité. Au-delà de l'insuffisance des ressources, la mauvaise gestion reste un problème entier, dans la mesure où elle peut générer des gaspillages et, par extension, accentuer la pénurie ou la rareté (Hébert et al., 2017). Cette pression est encore plus grande dans des établissements de santé disposant de peu de ressources. Dans une telle perspective, la gestion optimale des ressources ne constitue pas seulement un enjeu organisationnel, mais un impératif, puisqu'elle peut littéralement sauver des vies. C'est en ce sens que Clemens-Carpiaux (2005) souligne que la gestion des ressources ne doit pas être une fonction réservée uniquement aux professionnels de la gestion. La gestion des ressources est également importante pour les professionnelles des soins infirmiers dans la mesure où elles sont concernées par l'utilisation, l'organisation et l'optimisation des ressources afin de maintenir la continuité des services offerts aux populations.

À la faveur des considérations ci-dessus, nous allons explorer, dans cette section, la gestion des ressources et les principes qui sous-tendent cette pratique, notamment l'efficacité, l'éthique et la durabilité. Ensuite nous exposerons les avantages de la gestion des ressources, en termes de réduction de coûts et d'amélioration de la qualité des soins. Enfin, nous

discuterons de l'importance des différentes ressources, notamment les ressources financières, ressources humaines et ressources matérielles dans le milieu de la santé.

1.1.1 La gestion des ressources et ses principes

Souvent désignée sous l'appellation "Resource Stewardship"en anglais (Lertzman, 2009 ; Toison, 2022), la gestion des ressources désigne une pratique éthique visant une utilisation optimale des ressources disponibles afin de garantir des soins de qualité sans gaspillage (Ethier, 1995). Elle constitue l'une des normes de performance professionnelle dans le cadre de la pratique infirmière telle que définie par l'American Nurses Association (ANA). En effet, selon l'ANA (2021), la gestion des ressources est définie comme l'utilisation de ressources appropriées pour planifier, fournir et maintenir des services infirmiers fondés sur des données probantes qui sont sûrs, efficaces, financièrement responsables et utilisés judicieusement. Dans ce contexte, la gestion des ressources implique non seulement une gestion optimale des moyens humains et matériels, mais également l'allocation des ressources.

À cet égard, Lertzman (2009) souligne que la notion de « gestion » est essentielle pour comprendre la manière dont les individus interagissent avec leurs ressources. Il définit la gestion comme un ensemble d'actions mises en œuvre pour orienter un système vers l'atteinte de buts et d'objectifs précis. Ce système de gestion représente, selon l'auteur, la somme des actions, des objectifs, du processus de légitimation par les normes sociales, ainsi que des institutions et des acteurs impliqués (Lertzman, 2009). Donc, envisager la gestion comme un système serait le point de départ pour mieux appréhender l'interaction des dynamiques sociales et écologiques au sein des écosystèmes. Il faut toutefois noter que la gestion des ressources ne se résume pas à une manipulation directe des éléments naturels. Elle repose, bien au contraire, sur la régulation des comportements humains vis-à-vis des ressources (Bousquet et al., 2013). Cette approche préconise l'idée selon laquelle, il faut mettre en place un ensemble de pratiques et de politiques visant à encadrer les actions humaines afin de préserver l'équilibre dans l'utilisation des ressources. D'ailleurs, plusieurs études soutiennent

que les stratégies de gestion ne consistent pas seulement à intervenir physiquement sur l'environnement, mais à moduler les comportements sociaux, économiques et politiques vis-à-vis de celui-ci (Lertzman, 2009). La gestion des ressources s'articule de plus en plus autour de la régulation des comportements humains plutôt que d'une intervention directe sur l'environnement naturel. Cette évolution des pratiques de gestion se reflète dans un ensemble de politiques publiques et de régulations visant à encadrer l'utilisation des ressources tout en intégrant les principes de durabilité et de protection de l'environnement (Lertzman, 2009). Ainsi, qu'il s'agisse d'entreprises, de politiques publiques ou même de la gestion environnementale, la gestion des ressources repose sur trois éléments fondamentaux : l'efficacité, l'éthique et la durabilité. C'est pourquoi l'atteinte d'une productivité maximale dans les établissements de santé dépend fortement de l'utilisation que l'on fait des ressources disponibles. Elle débute depuis l'utilisation des ressources matérielles, en passant par la gestion des produits consommables, les médicaments, par exemple, jusqu'au temps et à la main-d'œuvre. L'éthique, quant à elle, prend en compte la distribution équitable des ressources, surtout dans un milieu où les ressources sont rares. Ce principe directeur connote l'idée également une approche éthique de l'allocation des ressources rares. Et enfin, la durabilité met l'accent sur l'utilisation responsable des ressources afin de garantir leur disponibilité à long terme.

1.1.2 Avantages et limites de la gestion des ressources

Dans les établissements de santé, la gestion des ressources est très importante dans l'organisation et la fourniture des soins. Selon Olivier (2019), les avantages de la gestion des ressources dans le secteur hospitalier sont multiples. Elle insiste, avant tout, sur l'organisation des ressources qui permet de tirer parti des ressources disponibles, notamment les matériels médicaux, la main-d'œuvre, le temps et les traitements. Ceci conduit à une amélioration des services de soin qui favorise l'accès à un grand nombre d'usagers dans le système. Cependant, il demeure évident que la mise en place des principes de gestion dans les établissements de santé n'est pas sans défis. Olivier (2019) souligne que bon nombre d'établissements de santé ne sont pas conscients de l'importance des ressources. Cela conduit

souvent à une mauvaise utilisation de ces dernières. Ainsi, si l'abondance entraîne parfois une utilisation excessive des ressources disponibles, la perception d'abondance conduit à une pratique de gestion peu responsable de la part de certains professionnels difficiles à changer leurs habitudes et leurs pratiques. Sous certains aspects, notamment en contexte de crise, la gestion des ressources est parfois reléguée au second plan vis-à-vis des besoins considérés comme urgents. Cela compromet dans la majorité des cas l'efficacité globale du système de santé. Cependant, Olivier (2019) nuance et précise que la gestion des ressources ne concerne pas uniquement la gestion des coûts financiers, mais s'inscrit dans une perspective plus large. Cette tendance entend encourager les acteurs du système à prendre conscience de l'importance des ressources dans leur utilisation et fait appel à un effort collectif de gestion. Le leitmotiv, dans cette approche, consiste à faire plus avec moins. D'où la nécessité d'un engagement partagé de tous les acteurs. Enfin, la gestion des ressources, selon Olivier (2019), est une responsabilité partagée qui nécessite un effort d'équipe. Chaque action doit être orientée de manière responsable pour une utilisation significative et efficace des ressources du système dans son ensemble.

1.2 LA GESTION DE DIFFERENTES RESSOURCES

La gestion de différentes ressources, qu'elle soit considérée dans un contexte général ou spécifique, se révèle essentielle pour garantir l'efficacité et la durabilité des projets. Dans un secteur comme celui de la santé, cette gestion paraît particulièrement complexe et prend une dimension plus importante. Elle s'étend à trois dimensions essentielles : les ressources humaines, matérielles et financières. Ces trois dimensions nécessitent une gestion intégrée pour garantir le bon fonctionnement des établissements de santé afin de maintenir la qualité des soins. Cependant, l'enjeu principal est que la plupart des professionnels de la santé n'ont pas toujours eu de formation en gestion. Cela a des conséquences sur la gestion des ressources disponibles tant dans leur utilisation que dans leur organisation. Nous allons définir chacune de ces ressources afin de montrer leur importance ainsi que leur impact sur la qualité des services proposés au sein d'une organisation.

1.2.1 Ressources financières

Les ressources financières constituent un aspect fondamental de l'organisation et de la gestion des systèmes de santé. La disponibilité et la répartition des fonds ont un impact direct sur la qualité et l'accessibilité des soins. Dans ce contexte, les modes d'allocation des ressources financières sont déterminants en matière de santé. En effet, selon le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, l'allocation des ressources fait référence à un processus de répartition des ressources financières à l'aide d'indicateurs visant à refléter, pour une période budgétaire donnée, les besoins comparatifs des différentes unités auxquelles sont alloués les budgets (MSSS, 2022). Cependant, Reinharz (2001) souligne que c'est un domaine complexe et stratégique, car divers intérêts et objectifs entrent en ligne de compte. Selon lui, les mécanismes de contrôle souvent utilisés par les planificateurs de la santé influencent les comportements des bénéficiaires (Reinharz, 2001). L'allocation des ressources se révèle, dans cette perspective, un outil de gestion qui permet d'orienter le système de santé. De plus, les acteurs du système sont tenus de se conformer aux objectifs définis préalablement. Ce contrôle permet, en théorie, de renforcer l'efficacité du système en alignant les actions des individus et des institutions sur les priorités stratégiques. Ce contrôle de l'allocation des ressources ne doit pas être vu comme une contrainte, mais un moyen d'imposer le changement (Blais, 2003).

1.2.2 Ressources humaines

1.2.2.1 Une vision traditionnelle

Dans une organisation, la fonction de gestion des ressources humaines n'est pas l'apanage d'une seule personne, mais une responsabilité partagée à différents niveaux. Selon le mode de gestion de l'organisation, cette fonction peut être centralisée, étant principalement assurée par les professionnels de la direction des ressources humaines, ou bien décentralisée, avec une plus grande part de responsabilité attribuée à des gestionnaires (Martory et Crozet,

2016). En effet, la main-d'œuvre, l'une des ressources de l'entreprise, est constituée des personnes affectées à l'entreprise pour la réalisation de ses objectifs. Mais c'est une ressource difficile à manipuler, vu la complexité de l'homme. Le facteur humain représente, pour toute entreprise, l'essence qui fait fonctionner la machine. Donc, sans une bonne politique de gestion du personnel, on peut passer outre des objectifs fixés. Voilà pourquoi, toute institution sérieuse doit accorder une importance particulière à la gestion des ressources humaines qui se définit comme suit :

La gestion des ressources humaines regroupe l'ensemble des pratiques de planification, de coordination, d'organisation et de contrôle des ressources humaines au sein de l'organisation. D'une manière précise, on parle alors d'activités de planification des ressources humaines, de recrutement, de sélection, d'accueil, de formation, de développement, de gestion des carrières, de rémunération, d'évaluation des performances, de gestion de la santé et de la sécurité, d'organisation du travail, d'administration de la convention collective, de gestion de la diversité, etc. (St-Onge et al., 2009, p.4).

Cependant, la fonction de gestion / direction des ressources humaines ne s'effectue pas de la même manière dans tous les secteurs. Le travail prescrit et réel peut varier d'un secteur à l'autre. C'est dans ce contexte que la gestion des ressources se définit suivant l'approche systémique comme :

La fonction du management dont l'objet est de concevoir, de planifier, de coordonner et de contrôler l'ensemble indépendant et interrelié des progrès et élément facilitateur ou catalyseurs qui, d'une part, visent à l'utilisation efficiente des ressources humaines de l'organisation, c'est-à-dire, qui se réfèrent à l'acquisition, à l'utilisation, au développement et à la motivation des membres de l'entreprise et d'autre part s'efforcent d'assurer la continuité de l'entreprise en tant que groupe social soumis à des pressions et à des tensions externes et internes (Sekiou, 1986, p.11)

Il convient de préciser, suivant une telle approche que chaque domaine d'activité a ses propres objectifs en matière de gestion des ressources humaines. Une entreprise privée

classique serait alors différente d'un organisme public. Dans ce contexte, il y a lieu, à chaque fois, d'identifier les spécificités propres de chaque domaine pour déterminer les effets que génère la gestion des ressources humaines. Par exemple, l'hôpital, « en tant qu'instrument dans l'intervention dans la maladie » (Foucault, 1988, p.31), poursuit des buts différents dans la gestion des ressources humaines aux entreprises privées capitalistes.

En effet, pour mieux comprendre les organisations, Mintzberg (1986) propose une approche systémique qui montre que les organisations ne poursuivent pas juste un but, mais plusieurs en même temps. Pris isolément des uns des autres, il classe ces buts en deux catégories : des buts de mission et des buts de système (Nizet et Pichault, 1995) . Les buts de mission se rapportent aux produits, aux services ou encore aux clients de l'organisation. Dans le cas d'un hôpital, par exemple, la direction met en place des dispositifs liés à l'accueil du malade, la chaîne de distribution qui décide de commercialiser des produits qui respectent davantage l'environnement, etc. Les buts de système, quant à eux, se rapportent à l'état de l'organisation et à ses membres, indépendamment des biens ou des services qu'elle produit. C'est le cas d'un établissement de santé qui, pour réduire ses coûts, décide de licencier une partie de son personnel ou de réduire les heures d'ouverture de certains services aux patients (Olivier, 2019). Dans ce contexte, au même titre que les entreprises privées classiques et les sociétés, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle. C'est pourquoi, aujourd'hui « l'hôpital s'est de plus en plus appelé « organisation », « entreprise » (avec des « résultats d'entreprise ») et est administré selon les principes des entreprises industrielles (Desmet, 2015).

1.2.2.2 **Gestion des personnes**

La gestion des personnes fait référence à tout un processus dont l'objectif est d'améliorer la productivité et l'épanouissement personnel des employés de l'organisation. Cependant, cela requiert de mettre en place un leadership, une culture organisationnelle saine ou une formation continue, les employés, individuellement ou en équipe. Grâce à ces mécanismes, les employés seront en mesure de donner le meilleur d'eux-mêmes. Albert et

Lazzari Dodeler (2023) proposent le passage d'une vision mécaniste à une approche humaine et réaliste de l'être humain dans une organisation. Selon eux, les organisations ne sont pas composées de « personnel » ou de « ressources humaines », mais véritablement de personnes complexes qui interagissent dans un environnement complexe. Leur approche est donc fondamentalement ancrée dans le personnalisme et insiste sur l'être unique, la dignité, le fait qu'elle est un être multidimensionnel, et qu'elle est autonome tout en étant interreliée aux autres.

1.2.3 Ressources matérielles

Les ressources matérielles désignent l'ensemble des biens ayant une existence physique. Parmi ces biens, Olivier (2019) identifie, dans le cas d'une entreprise, les locaux, les machines et les matières premières comme des ressources matérielles. Les ressources immatérielles représentent pour leur part des éléments n'ayant pas d'existence physique. Ce sont, par exemple, les licences d'utilisation, les logiciels, les brevets, l'image de marque, etc.

La notion de ressources matérielles est comparable à celle des moyens de production (Louzzani, 2013). Ce sont des éléments physiques, mais non humains nécessaires qui contribuent à la production de la richesse. Cela inclut également les facteurs de production traditionnels, à l'exception du capital financier et du capital humain. Dans le secteur industriel, ces ressources se divisent en deux grandes catégories : les instruments de travail (outil, usine, infrastructure, etc., qui pourraient s'apparenter aux bâtiments, équipements, etc.) et les sujets du travail (les ressources naturelles et les matériaux bruts qui correspondent aux consommables). Les individus interviennent sur ces objets du travail à l'aide des instruments de travail pour produire un bien ou un service.

Dans le cas d'un centre hospitalier, l'exercice n'est pas différent. En effet, Jacquemoud (2021) explique la manière dont la main-d'œuvre hospitalière s'approprie des moyens de production pour créer un produit, qui, dans ce cas, serait le « soin », comparable aux « moyens de distribution » comme les magasins ou les banques (Jacquemoud, 2021, p.6). Il reconnaît entre autres, que l'efficacité du personnel du secteur de la santé dépend fortement d'un

ensemble de ressources matérielles essentielles, notamment le capital physique incluant les infrastructures et le matériel nécessaire à la prestation des soins (Jacquemoud, 2021). Dans des établissements hospitaliers, la disponibilité de biens consommables, tels que les médicaments, joue aussi un rôle essentiel dans la fourniture des soins. Sans ces éléments d'ordre matériel, il serait difficile, voire impossible, aux professionnels de santé de bien remplir leurs rôles. Leur absence pourrait limiter l'efficacité de leurs interventions et jouer sur la qualité des services. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), à travers une étude, met l'accent sur l'importance des infrastructures et des équipements dans la prestation des soins de santé. Dans son Rapport sur la santé dans le monde (2000), l'OMS souligne que « sans installations bien construites et convenablement dotées en matériels et en fournitures, il ne sert à rien de disposer de nombreux médecins, infirmières et autres personnels » (Rapport sur la santé dans le monde, 2000, p.84). Une telle affirmation permet de considérer les ressources matérielles et humaines comme deux ressources interdépendantes qui concourent dans les pratiques de fourniture de soins. L'efficacité dans la fourniture de soins de qualité implique des ressources disponibles investies dans des compétences, installations et matériels et à entretenir l'infrastructure en place (Jacquemoud, 2021). C'est dans ce contexte que Jacquemoud (2021) pense que, dans la gestion des établissements de santé, les ressources matérielles occupent une place centrale pour assurer le bon fonctionnement des activités hospitalières. Selon lui, les ressources sont définies dans ce cas comme :

L'ensemble des moyens qui permettent à l'hôpital de « passer à l'action » pour satisfaire ses clients ou patients cibles. La gestion des ressources matérielles a pour but d'optimiser le rendement sur le capital que l'entreprise ou l'hôpital doit investir dans la possession et/ou l'utilisation des ressources matérielles nécessaires au déroulement de ses activités clés (Jacquemoud, 2021, p.6).

Cependant, Kleczkowski et al. (1984) reconnaissent qu'une certaine forme d'organisation des ressources est nécessaire. Cela passe par la transformation des diverses ressources disponibles des systèmes de santé en activités sanitaires et dépend du système de santé national. En effet, dans la plupart des pays, il existe un organisme gouvernemental

principal qui s'occupe des activités sanitaires. Il peut s'agir d'un organisme spécial faisant partie du gouvernement, d'une subdivision d'un organisme plus important ou d'un réseau d'organismes fonctionnant à un échelon inférieur. Plus souvent, il s'agit du ministère de la Santé qui contrôle le système de santé national. Les ministères de la Santé ou leur équivalent sont organisés selon des schémas variés selon les pays. Les différentes composantes du ministère de la Santé sont affectées ordinairement à des subdivisions de la santé, à l'éducation sanitaire et à la promotion de la santé, au contrôle sanitaire, aux services hospitaliers et autres services curatifs. Ces subdivisions sont responsables de divers éléments du système de santé, notamment le développement et l'enregistrement du personnel de santé, la logistique concernant le matériel, les installations et, enfin, les ministères de la Santé sont souvent les seuls responsables de la santé dans les pays. Toutefois plusieurs auteurs reconnaissent que, dans certains pays, le ministère de la Santé confie l'organisation d'une petite partie du système de santé à divers organismes publics ou privés.

1.3 LA PROFESSION D'INFIRMIERE

Au cours du temps, l'histoire de la profession d'infirmière s'est tournée autour de la religion et des besoins évolutifs de la société en matière de soin de santé à la suite des guerres ou de la prise en compte des besoins sociaux. A certaines conditions, le sexe représente le fondement de ce métier. En effet, cette profession est largement féminisée, car la part des femmes dans la profession approche les 90% selon le rapport publié en 2018 par la Dares (la Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques) sur les inégalités professionnelles (Dares, 2018).

L'histoire retient le nom de la célèbre Florence Nightingale comme celle qui ouvre la brèche par sa conception révolutionnaire du métier. Durant la guerre de Crimée, elle organisait le premier service infirmier de la Croix-Rouge en accompagnant les troupes britanniques (Bonomo, 2020). Elle posait les fondements de base de la profession infirmière en 1969 lorsqu'elle écrivait :

À cause des mauvais arrangements sanitaires, architecturaux et administratifs, il est souvent impossible de dispenser des soins infirmiers. L'art des soins infirmiers doit toutefois inclure les arrangements qui, à eux seuls, rendent possibles les soins infirmiers tels que je les conçois. (Nightingale, 1969, p. 8 ; cité dans Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2000, p. 4).

L'histoire des soins de santé en Haïti remonte au temps de l'esclavage au 18e siècle avec les esclaves venus d'Afrique. Leurs pratiques étaient fondamentalement basées sur les vertus des plantes et des « loas » vaudou. L'histoire rapporte que Marie Claire-Heureuse Bonheur, épouse de l'empereur Jean-Jacques Dessalines, et d'autres femmes savaient soigner les blessés lors de la guerre de l'Indépendance qui a eu lieu vers la fin du XVIII siècle (Louis, 2015). Elles prenaient soin également de leurs ennemis. C'est dans ce contexte que Charles (2017) explique que cette façon de faire incarne la philosophie infirmière et démontre que personne n'est laissé de côté dans la profession : riche ou pauvre, noir ou blanc, quelle que la classe sociale, chacun a droit aux soins de santé.

Selon un rapport de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) publié en 2010, le personnel infirmier représente un levier considérable dans la gestion des défis auxquels les systèmes de soins et de santé sont confrontés (AIIC, 2010). En dépit de son rôle essentiel, ces professionnels ne sont pas à l'abri de diverses contraintes qui affectent leur pratique et leur bien-être. Parmi ces nombreux défis, on retrouve le milieu de travail, la charge de travail, la fatigue de compassion, les horaires atypiques, les relations avec les pairs et supérieures et l'impact des conditions de travail (Boivin-Desrochers et Alderson, 2014). Ces enjeux seront analysés dans les sections suivantes afin de mieux comprendre leurs impacts sur la qualité et la continuité des soins de santé.

1.3.1 L'environnement de travail

Selon Boivin-Desrochers et Alderson (2014), l'environnement de travail est un élément important qui aide les professionnels de la santé à maintenir leur santé mentale. Dans une étude réalisée dans des centres hospitaliers auprès de huit infirmières, MacGillis Hall et

Kiesners (2005) ont pu découvrir que l'épuisement professionnel chez les infirmières, qu'elles soient expertes ou nouvelles, est un problème majeur dans de nombreux systèmes de santé, y compris le Canada. L'environnement de travail, souvent stressant et inadéquat, est le facteur qui contribue à ces problèmes. Cependant, pour comprendre l'impact du milieu de travail sur la santé mentale des employés, il faut se référer aux éléments organisationnels (INSPQ, 2011). En effet, l'organisation de travail et les pratiques de gestion sont des facteurs qui peuvent engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées (Vézina et Chénard, 2016). En effet, « les facteurs de risque organisationnels et psychosociaux du travail (RPS) dont les effets sur la santé des travailleurs ont été les mieux documentés par des études en épidémiologie sociale et de la santé, sont les suivants : charge de travail et moyens pour faire son travail, reconnaissance au travail et équité au niveau des conditions de travail, soutien des supérieurs[e]s hiérarchiques, soutien des collègues, autonomie décisionnelle » (Arauz, 2022, p.2). L'INSPQ (2011) et Santé Canada (2007) avaient déjà souligné cette tendance inquiétante de ces facteurs à la base des problèmes de santé mentale dans le milieu de travail, comme l'épuisement professionnel, la dépression, et le stress au travail.

Les défis rencontrés par le personnel infirmier dans les milieux de travail ont aussi des répercussions sur d'autres professionnels de la santé. Ils ont un impact sur la qualité des soins, la productivité du personnel médical et compromettent aussi l'efficacité de l'ensemble du système (santé Canada, 2007). Dans cette perspective, cela produit comme conséquence immédiate, selon une étude de l'AIIC et la RNAO (2010), une pénurie du personnel infirmier, des départs causés par la maladie ou découragés, une perception négative de la profession, des difficultés de recrutement et un impact sur l'image de la profession.

1.3.2 La charge de travail

Girard (2009) définit identifiées deux dimensions dans la charge de travail : la charge de travail quantitative et la charge de travail qualitative. La charge de travail quantitative désigne un travail qui est trop élevé par rapport au temps disponible et aux ressources mises

à disposition. Dans ce contexte, le professionnel est dans une situation où la quantité de travail à faire par rapport à ce qu'il peut faire réellement n'est pas proportionnelle aux délais et au moyen mis à sa disposition pour réaliser le travail. La charge de travail qualitative fait référence aux exigences trop élevées comparativement aux compétences que possède l'individu. En d'autres termes, cela traduit que les tâches exigées dépassent la capacité ou la formation de la personne. Dans ce contexte, cela crée un climat stressant, d'anxiété ou de baisse de performance de la personne. L'auteure reconnaît que ces deux dimensions représentent une source de souffrance pour la personne (Girard, 2009). Au fil des années, plusieurs études ont démontré que la situation des infirmières s'est complexifiée. En effet, Santé Canada (2007) avait constaté l'augmentation de la charge de travail, des contraintes budgétaires dans les établissements de santé et une tendance croissante à travailler à temps partiel avec plusieurs employeurs. Ces facteurs influencent le taux de satisfaction au travail des infirmières et leur décision de rester ou non dans la profession (Santé Canada, 2007).

1.3.3 Les spécificités de gestion en milieu hospitalier

Le milieu hospitalier se distingue par une série de défis et de particularités qui influent sur la manière dont les ressources, humaines, matérielles et financières, sont allouées et gérées. Ces spécificités prennent en compte la nature des établissements, leur mission et l'interaction entre différents acteurs du système. De plus, plusieurs disciplines coexistent : médecins, infirmiers, techniciens, administrateurs, travailleurs sociaux, et autres professionnels de la santé (Mansour et Ben Mohand Said, 2022). Dans ce contexte, une bonne coordination est nécessaire pour répondre aux exigences administratives et aux objectifs de l'organisation. En effet, Hudon et al. (2009) reconnaissent que la collaboration entre divers corps de métier peut parfois entraîner des tensions. Ceci peut occasionner un retard dans la prise de décision, puis augmenter la charge de travail de l'infirmière. Cette dernière assure non seulement des soins directs aux patients, mais également coordonne avec d'autres professionnels pour garantir la continuité des soins (Hudon et al., 2009). La gestion du temps en soins infirmiers désigne donc un processus d'organisation et de planification de la façon dont on divise son temps entre des activités spécifiques pour travailler plus intelligemment,

en veillant à ce qu'on en fasse plus en moins de temps (Barrier et al., 2015). Cependant, plusieurs aspects peuvent être parfois contraignants pour l'infirmière dans l'exercice de ses fonctions, notamment le manque de personnel ou le taux élevé de rotation. De plus, elle doit jongler avec la gestion du temps, des tâches multiples et des situations d'urgence au quotidien. Il s'agit des situations qui peuvent affecter considérablement le travail des infirmières dans le contexte de la gestion.

1.3.4 La fatigue de compassion

La notion de fatigue de compassion a été introduite par Figley (1995) dans son ouvrage Compassion Fatigue : Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatised. C'est un nouveau concept qui est né de la relation entre le soignant et le soigné (Lebel, 2015). La fatigue de compassion fait référence à un état d'épuisement et à une saturation de la relation thérapeutique face à la relation d'aide (Lebel, 2015). Des chercheurs ont pu remarquer qu'au cours des dernières années, certains soignants présentaient un profond mal-être qui est très différent de l'épuisement professionnel. Le soignant éprouve ce sentiment de mal-être lorsqu'il est confronté régulièrement à la souffrance et aux besoins émotionnels de son patient. Le professionnel, dans ce cas, développe une certaine hypersensibilité à l'état émotionnel ou à la violence de sa clientèle (Brillon, 2013). Aussi, peut-il ressentir une impression de vide, ne plus se sentir aidant et fera de l'évitement. Contrairement au trauma vicariant, Lebel (2015) souligne que l'intervenant touché par la fatigue de compassion ne vivra pas la souffrance de l'autre comme étant la sienne. Il ne connaîtra pas non plus de reviviscence. Cependant, le professionnel ressentira un profond sentiment d'impuissance face à l'état et au parcours de son patient, ce qui entraînera des remises en question significatives tant sur le plan personnel que professionnel (Brillon, 2013). Figley (1995) traite cette situation de « conséquence naturelle » des expériences traumatisantes vécues par le patient et s'accompagne de symptômes visibles. C'est dans ce contexte que Adams et al. (2006) tentent une nouvelle définition de la fatigue de compassion (FC) après plusieurs années d'observation. Selon eux, la FC représente un

risque professionnel associé principalement aux cliniciens et aux premiers intervenants confrontés à des situations traumatisantes.

Dans le cadre de ce travail, la FC est comprise comme un phénomène résultant de l'exposition fréquente à des récits traumatiques. Elle prend aussi en compte l'émergence de symptômes liés au stress traumatique et à l'épuisement professionnel. Cet épuisement tel que défini par Maslach et al. (2001) consiste en une forme de fatigue intense caractérisée par une dépersonnalisation des événements et un sentiment de manque d'accomplissement personnel que l'individu perçoit comme une conséquence directe de son travail. Ainsi, Maslach et al. (1996) identifient trois dimensions sur lesquelles se fonde l'épuisement professionnel : la fatigue émotionnelle, la dépersonnalisation et la dévaluation de soi liée au travail.

1.3.5 Relation avec les pairs

Selon Arauz (2022), « la relation avec les pairs réfère à l'esprit d'équipe, au degré de cohésion dans le groupe, de même qu'à l'assistance et à la collaboration des collègues dans l'accomplissement des tâches » (Arauz, 2022, p.2). Dans ce contexte, le manque de soutien des collègues peut être un facteur qui peut impacter le travail des infirmières. Selon Statistique Canada (2006), on observe un manque de soutien de la part des collègues infirmières dans le système de santé canadien. Dans une étude réalisée par Lavoie-Tremblay, et al. (2008), le manque de soutien entre les collègues serait l'une des causes principales d'abandon de la profession. Les infirmières qui souhaitent quitter la profession pour cette raison perçoivent un déséquilibre entre leurs efforts et le soutien qu'elles reçoivent. Cela procure un sentiment d'augmentation de la charge de travail et de démotivation.

1.3.6 Relation avec les supérieurs

La Bonté (2009) et Trudel (2000) ont souligné que le manque de soutien des supérieurs est l'une des causes importantes de stress psychologique au travail. C'est dans ce contexte que Arauz (2022) souligne que la relation avec les supérieurs « réfère à la disponibilité et la capacité des supérieurs[e]s à soutenir les membres du personnel de même que le degré de

dignité, de politesse et de respect avec lequel les membres du personnel sont traités par leurs supérieur[e]s (Arauz, 2022, p.2). Le manque de soutien, dans ce cas, est perçu par les infirmières comme une souffrance dans les relations de travail verticales (La Bonté, 2009 ; Trudel, 2000). Donc, la reconnaissance et le respect sont des éléments importants dans le maintien du bien-être au travail.

1.3.7 Les horaires atypiques

Les horaires atypiques représentent une difficulté majeure pour le personnel infirmier. Ils ont des conséquences considérables sur la conciliation entre les exigences familiales et professionnelles (Tremblay et Larivière, 2009). Dans une étude réalisée (La Bonté et 2009 ; Trudel, 2000) auprès d'infirmières inscrites à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 68 % des infirmières estiment que leur milieu de travail ne prend pas en compte cet équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. C'est dans ce contexte que Mandavy (2022) pense que les horaires atypiques au sein des institutions hospitalières représentent un facteur de vulnérabilité touchant les soignants en situation de parentalité. Cependant, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les horaires atypiques ne constituent pas pour autant une qualité négative de l'emploi infirmier. Dans cette étude, le DREES estime que la conciliation entre horaires de travail et vie personnelle se transforme tout au long du cycle de vie.

1.4 LE CONTEXTE GENERAL D'HAÏTI

Située au centre des Grandes Antilles, la République d'Haïti est la partie Ouest de l'île de Saint-Domingue, d'une superficie de 27 750 km², elle accueille une population de 11.8 millions d'habitants, supérieure à celles combinées de tous les autres membres de la CARICOM (IHSI, 2023). Elle est la première république noire et le deuxième pays indépendant du continent américain. C'est un pays riche d'histoire et de culture, mais sa réalité interne ne correspond pas à ce prestige. Il se trouve confronté à plusieurs grands défis. Afin de mieux comprendre ces grands défis auxquels le pays fait face, nous allons explorer

à travers cette section quatre grands axes. Tout d'abord, nous présenterons la situation politique qui est marquée par une instabilité sans précédent. Ensuite, une situation économique fragile ayant de graves conséquences sur la population sans passer outre de l'état des infrastructures de base. Enfin, cette section abordera la situation du pays en matière de développement, notamment à travers les indicateurs de développement.

1.4.1 Situation politique

Depuis 1804, Haïti n'a jamais connu de stabilité politique durable. Elle était tantôt soumise au joug de dictateurs, tels les Duvalier pères et fils, tantôt sous occupation américaine ou sous tutelle de l'ONU. Depuis l'assassinat du président Jovenel Moise, en juillet 2021, et la démission du premier ministre, Ariel Henry, sous la pression des gangs et de la communauté internationale, en mars 2024, Haïti traverse une crise multidimensionnelle aiguë, marquée par le contrôle de 80 à 85% de Port-au-Prince par des gangs, plus de 1,4 million de déplacés, et un effondrement des services de base (santé, éducation). Pour l'heure, le pays fait face à une situation alarmante avec un climat d'insécurité sans précédent. Pour bon nombre d'analystes, le redressement d'Haïti doit passer par le redémarrage de l'économie. Ce critère nécessaire semble cependant insuffisant. Le principal défi que doit relever le pays est la stabilisation de l'État et de ses institutions.

1.4.2 Situation économique

L'économie haïtienne était considérée comme une économie essentiellement rurale et agricole. Alors, plus de deux tiers de la population vivent en milieu rural. Cependant, au cours de ces dernières années, elle s'est transformée en une économie de « marché » dominée par le secteur informel à la faveur de l'ouverture des ports au commerce extérieur en 1986. L'agriculture, bien qu'elle soit le principal secteur économique du pays (61% de la population active et 21% du PIB) (Berthelier et Lipchitz,2005), souffre d'un manque de matériels d'exploitation ('engrais, outils et irrigation, etc.). La situation des Haïtiens est inquiétante. Plus de la moitié de la population, soit 6 millions d'Haïtiens, vit en dessous du seuil de la

pauvreté et ne dispose même pas de trois dollars américains par jour. Selon le PNUD, cette partie de la population haïtienne vit avec moins de 2,41 USD par jour, et plus de 2,5 millions sont tombés en dessous du seuil de pauvreté extrême, vivant avec moins de 1,23 USD par jour (PNUD, 2023).

1.4.3 En matière d'infrastructure

En ce début du XXIe siècle, des millions d'Haïtiens sont privés des services d'infrastructure économique et sociale, tels : logements, écoles, hôpitaux, voie de communication pour faciliter les échanges commerciaux intérieurs. De la même façon, une grande partie du pays n'est pas officiellement raccordée au réseau électrique national. En 2003, moins de 20% de ménages haïtiens ont accès à l'électricité (Zoratti, 2003). Aujourd'hui encore, la situation semble empirée. Il en va de même pour les infrastructures en eau, assainissement et élimination hygiénique des déchets, lesquelles nécessitent une prise en charge pour le bien-être de la population.

1.4.4 En matière de développement

Tous les indicateurs de développement sont au rouge. C'est le pays le plus pauvre de l'espace « américain ». Sur un total de 177 pays, dont l'espérance de vie des habitants, le niveau d'éducation et les revenus ont été étudiés à la loupe, Haïti est logée à la 146e place (PNUD, 2020). Un léger progrès par rapport au classement des années antérieures dans lequel il se trouvait en queue de peloton parmi les pays dont l'Indice de Développement humain (IDH) était le plus faible. Cette faible amélioration du score n'entraîne pas de grands effets, car les besoins fondamentaux du peuple restent toujours insatisfaits et les indicateurs de développement donnent du vertige : Espérance de vie : 53 ans, taux de mortalité infantile : 98/1000, taux d'analphabétisme adulte : 43,9%, taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans : 87/1000, 70% des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté (Banque mondiale, 2020). Le taux de chômage aujourd'hui avoisinerait 70% (IHSI, 2024).

À l'heure actuelle, l'alphabétisation en masse, le développement de l'enseignement supérieur et de la formation scientifique et technique sont la base du progrès de toutes les sociétés humaines. C'est le moyen d'élever la qualification des personnes, de leur permettre d'être en mesure d'acquérir des connaissances. Mais les politiques et les plans de développement du pays ne s'orientent pas vers l'épanouissement de ce secteur combien important pour le devenir du pays. En revanche, de nombreux jeunes sont livrés à eux-mêmes, sans un métier ni une profession. Ils se trouvent dans l'impossibilité de répondre aux besoins les plus élémentaires. Certains se voient obligés d'utiliser des moyens illégaux et très dangereux pour assurer leur survie, tels que : la violence, le vol, la drogue, la prostitution, etc. D'autres ont essayé d'émigrer clandestinement où ils voyagent dans des conditions infrahumaines à destination de la République dominicaine, des États-Unis d'Amérique et des îles Bahamas, etc. Ils sont pour la plupart noyés, emprisonnés, fusillés, refoulés massivement. Ainsi, le problème des bandes armées, le climat de violence bat son plein dans nos quartiers populaires, la délinquance juvénile atteint son paroxysme, sans oublier les assassinats et les attaques criminelles dont les Haïtiens sont victimes. Ce qui est grave, jusqu'à présent, Haïti n'est pas sur le rail de développement. La précarité de la situation sanitaire en Haïti, reflet d'une situation socio-économique tout aussi critique, résulte de multiples causes interreliées : instabilité politique, désengagement de l'État, insuffisance des ressources, déficiences globales de l'organisation du système de soins de santé.

1.5 PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE HAÏTIEN

Le système national de santé haïtien est un système de santé qui fait face à d'énormes difficultés du point de vue organisationnel. L'accès à des soins de qualité pour tous les citoyens haïtiens représente un véritable défi tant pour les autorités compétentes que pour les professionnels du système sur place dans le réseau de santé : hospitalier, clinique, dispensaire. Dans les centres de santé comme dans les hôpitaux, on observe le manque d'outils de travail, la quasi-absence de formation continue en cours d'emploi qui entravent en tout ou en partie la capacité des professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne, aussi faudrait-il ajouter la faible rétribution pécuniaire du travail des professionnels du

système. Ce sont des facteurs parmi tant d'autres qui remettent en cause le travail des professionnels du système. Ces facteurs mettent également en question la capacité du système de santé d'Haïti à assurer les soins et à remplir ses fonctions dans la prise en charge de la santé de la population.

Le système national de santé haïtien est caractérisé par une structure pyramidale comprenant trois niveaux de prestation de services : primaire, secondaire et tertiaire. En effet, le niveau primaire comprend deux échelons : au premier échelon, on retrouve les centres de santé sans lits et les dispensaires qui représentent la porte d'entrée dans le système de santé. Au deuxième échelon, on retrouve les hôpitaux communautaires qui prennent en charge les cas référés par les institutions de premier échelon. Ils interviennent dans des cas nécessitant la présence de spécialistes pour les quatre services de base offerts : Médecine interne, Chirurgie, Pédiatrie et Gynécologie. Le niveau secondaire avec dix (10) Hôpitaux Départementaux et des cabinets médicaux de spécialités permettant un recours à des soins spécialisés. Le niveau tertiaire est essentiellement axé sur la recherche et la formation. Ce sont les Hôpitaux Universitaires et les Hôpitaux Spécialisés (Psychiatrie, Sanatorium…). Les institutions de ce niveau offrent des soins de référence nationaux. Il est à faire remarquer que le système comporte également des structures de soins qui offrent des services spécialisés ou à un niveau de complexité ne permettant pas de les catégoriser.

Selon les statistiques du MSPP, en 2021, Haïti comptait 11,887,456 habitants, dont 50.4% de femmes, et 49.6% d'hommes (Henrys, 2022). Si l'on se réfère aux normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le pays devrait disposer d'un hôpital pour 150 000 habitants, d'un Centre de santé pour 5 000 habitants, d'un Médecin pour 5 000 habitants, d'une Infirmière pour 300 habitants, d'un lit d'hôpital pour 1 000 habitants et d'une Sage-femme pour 300 femmes en âge de procréer (Henrys, 2022). Cependant, les chiffres disponibles sur le nombre de lits en cette même année en 2021 montrent que le pays est très en deçà par rapport aux normes. En effet, le pays dispose de 6,7 lits pour 10 000 habitants, soit 0,6 pour 1 000, loin donc des normes de l'OMS. « Ce chiffre tombe à 3,3 lits pour 10 000 dans deux régions, n'atteignant au maximum que 8,5 lits pour 10 000 habitants dans le

département de l'Ouest, chiffre qui reste en deçà des normes de l'OMS. D'un montant global de 345,51 milliards de gourdes (budget 2025-2026), l'offre en soins de santé reste donc en deçà de ce qui serait souhaitable et nécessaire. Ce budget prévoit 22,963 milliards de gourdes pour le ministère de la Santé publique et de la population et priorise la réouverture des centres de santé fermés, le déploiement de cliniques mobiles, et la lutte contre la résurgence de pathologies. En dépit de tout, les déterminants politiques, économiques et sociaux du pays ont largement influencé l'organisation et la capacité du système de santé. Dans ce contexte, l'accès à des soins de qualité demeure un défi majeur.

Cette section présente, tout d'abord, l'organisation administrative du système de santé haïtien, notamment les niveaux de soins. Elle examine ensuite les carences en ressources humaines, notamment l'impact sur la qualité et l'accessibilité des services. Elle s'intéresse aussi à la pratique infirmière, en tant que composante fondamentale du système de santé haïtien. Et la dernière partie est consacrée à la présentation de l'objectif de recherche portant sur la fonction de gestion pour les infirmières de ligne en milieu hospitalier en Haïti.

1.5.1 Organisation administrative des niveaux de soin

L'organisation administrative des niveaux de soin dans le système national de santé haïtien se fait par les autorités sanitaires nationales, les autorités centrales, les directions départementales, les bureaux communaux et les institutions de soins, tous répartis au sein du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). À tous les niveaux, leur travail consiste à planifier, coordonner et mettre en œuvre tous les moyens pour offrir des soins préventifs et curatifs à la population haïtienne. Cependant, la principale faiblesse de ce système réside dans la gouvernance avec l'absence de cadre légal approprié et le ministère de la Santé publique, qui n'a pas de structure organisationnelle lui permettant de remplir ses fonctions essentielles. De plus, une déficience quantitative et qualitative des ressources tant humaines que matérielles dans le système.

1.5.2 Des carences en ressources humaines

Comparativement à d'autres pays de la région, cette carence de ressources humaines se manifeste par un ratio réduit du personnel infirmier en activité. En effet, en 2021, le nombre d'infirmières en Haïti ne dépasse pas 1.8 pour 10,000 habitants (Henrys, 2022). Ce qui est inférieur à la moyenne de la région, soit 3.7 infirmières pour 1,000 habitants. Cette pénurie de personnel infirmier en Haïti a un impact significatif sur la prestation des soins de santé dans le pays. Les infirmières jouent un rôle fondamental dans la fourniture de soins de santé primaires, la prévention des maladies, la promotion de la santé et la gestion des maladies chroniques. Leur absence ou leur nombre limité pourrait entraîner une diminution de l'accès aux soins de santé, une augmentation des temps d'attente et une qualité de soins inférieure.

Ce manque d'effectif augmente la charge de travail et influence également la qualité des soins fournis (Thermidor et al., 2012). Cela va affecter la santé des infirmières au travail, leur satisfaction ainsi que leur productivité. Parallèlement à ce phénomène, la professionnalisation du secteur fait défaut. À ce jour, il n'y a aucun ordre professionnel régissant l'exercice de cette profession. Ainsi, la reconnaissance professionnelle des infirmières en Haïti est un enjeu majeur. À côté des conditions de travail précaires, les infirmières souffrent d'un bon encadrement et d'une solide formation afin d'assurer une adéquation entre l'expertise du personnel infirmier et le profil de la population haïtienne (Thermidor et al., 2012).

À travers cette photographie du système de santé haïtien, on peut remarquer qu'il existe une offre insuffisante, une demande limitée à cause de différentes contraintes, des ressources humaines insuffisantes et inégalement réparties, un financement étatique insignifiant et en baisse constante et une couverture d'assurance en santé insignifiante. Alors que les besoins de la population haïtienne s'aggravent et les conditions de vie des personnes les plus vulnérables se détériorent (Médecins du monde, 2022). Ces carences constituent des entraves

à l'établissement d'une vue d'ensemble du secteur qui soit fiable permettant l'articulation des besoins et l'offre des soins de qualité à la population haïtienne.

1.5.3 La pratique infirmière

L'infirmière haïtienne est une professionnelle qui a reçu une formation de premier cycle dans une école ou université reconnue par le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Après ce cycle d'études universitaires de quatre ans, elle reçoit un diplôme de l'établissement qui l'a formée. Cependant, pour exercer la profession, elle doit réussir les examens d'État du MSSP, ce qui lui donne droit à la licence de pratique (Charles, 2017). En ce qui concerne l'organisation et la législation relative à la profession d'infirmière, il n'existe à ce jour aucun ordre professionnel. En ce qui concerne les activités de recherche en sciences infirmières, elles prennent place presque exclusivement dans le contexte universitaire et constituent, dans la majorité des cas, des travaux de fin d'études qui sont rarement publiés. La diffusion de ces travaux est occasionnelle, elle se fait dans des revues internationales, étant donné l'inexistence d'une revue professionnelle nationale.

L'étendue de travail de l'infirmière selon D'Amour et al. (2012), prend en compte l'ensemble de ses fonctions et ses responsabilités développées à travers la formation et l'expérience acquise au cours des années. Suivant cette approche, pour qualifier la pratique infirmière, il faut tenir compte de l'expérience, le niveau de formation ainsi que les responsabilités liées au titre d'emploi, soit la fonction.

1.6 OBJECTIF DE RECHERCHE

Dans cette section, j'ai abordé le cadre conceptuel de la recherche en y définissant les concepts clés de mon travail. J'ai mis en évidence l'importance de la gestion des ressources, ses principes (efficacité, éthique et durabilité), ainsi que ses avantages et ses limites dans le domaine de la santé. J'ai également montré la complexité de la fonction de gestion en milieu hospitalier, où les infirmières de ligne doivent continuellement coordonner les soins, gérer les ressources disponibles et répondre aux besoins des patients dans des contextes souvent

difficiles. Toutefois, cette réalité prend une dimension particulière dans le cas d'Haïti, où les établissements hospitaliers évoluent dans un environnement marqué par l'instabilité sociopolitique, les contraintes économiques, le manque de ressources humaines et matérielles ainsi que des difficultés liées à l'organisation du système de santé. Ces conditions influencent directement la pratique des infirmières et rendent leurs tâches de plus en plus complexes. Dans cette perspective, le contexte haïtien apparaît essentiel pour mieux comprendre la gestion pour les infirmières en milieu hospitalier. Cela m'amène à formuler l'objectif général poursuivi dans le cadre de ce mémoire, qui consiste à mieux comprendre la fonction de gestion pour les infirmières haïtiennes en milieu hospitalier en Haïti.

CHAPITRE 2
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente les fondements méthodologiques de la recherche. Il précise d'abord le positionnement épistémologique adopté, puis justifie le choix de la méthode d'autopraxéographie. Il décrit ensuite la démarche d'analyse mise en œuvre, avant d'aborder les questions éthiques et les limites de l'étude ainsi que la manière dont l'IA générative est utilisée dans ce travail.

2.1 POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE

Le positionnement épistémologique est une étape fondamentale dans tout travail de recherche, quelle que soit la discipline (Er Rays et al., 2022). C'est une étape à laquelle le chercheur légitime son choix méthodologique pour donner un caractère scientifique et de la crédibilité à son travail de recherche. Ainsi, il convient au chercheur de choisir et de justifier l'orientation de la recherche par rapport à son objet de manière à renforcer son positionnement et aussi construire des connaissances valides (Wacheux, 1996).

La chercheuse, du fait de ses expériences de travail dans le domaine de la santé, opte pour la méthode d'autopraxéographie portant sur le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique (PECP). Ce paradigme reconnaît que la réalité est construite et que le chercheur et le phénomène étudié sont étroitement liés. De plus, la production de connaissances ne peut être dissociée de l'expérience vécue par le chercheur et de la réflexivité qui l'accompagne (Albert et Cadieux, 2017). Dans ce contexte, les savoirs construits ne prétendent pas à l'universalité, mais des connaissances dérivées d'un contexte spécifique qui peuvent être transférées à d'autres situations pour une amélioration continue des pratiques. Il s'agit d'une démarche active où l'on s'interroge sur sa propre pratique, ses actions et ses résultats. Selon Atkins et Murphy (1993), ce processus réflexif prend en compte la conscience

de soi, la description, l'analyse critique, la synthèse et l'évaluation. Le PECP permet de construire des savoirs génériques qui divergent d'une connaissance généralisée via un travail réflexif (Albert et Cadieux, 2017).

Ce travail de recherche met l'accent sur une question fondamentale : la gestion des différentes ressources pour les infirmières haïtiennes. Dans un système de santé comme celui d'Haïti marqué par la rareté des ressources et l'instabilité institutionnelle, les infirmières doivent mobiliser diverses stratégies pour assurer la continuité et la qualité des soins de santé. Comprendre la manière dont les infirmières parviennent à gérer les différentes ressources (matérielles, humaines et organisationnelles) mises à leur disposition à travers les expériences de terrain de la chercheuse est fondamental. Le système de santé haïtien, comme tant d'autres des pays en développement, n'échappent pas à la complexité des interventions où les infirmières doivent faire beaucoup avec peu. Le mode de gestion des ressources dans un système sous-financé et structurellement fragile est, dans ce cas, déterminant pour la performance du personnel infirmier.

Robert et Ridde (2013) soulignent l'importance de la théorie, affirmant qu'elle permet de donner un sens aux recherches, notamment pour comprendre les réalités étudiées. Leur approche fait référence à la subjectivité qu'on retrouve dans la démarche qualitative, où la théorie est considérée comme un outil pour naviguer dans la complexité objective perçue par les individus. La théorie offre ainsi un cadre pour interpréter et comprendre les phénomènes complexes. Dans ce travail, nous nous concentrons sur ce type d'approche afin de sélectionner les concepts fondamentaux qui nous guideront dans la recherche. En effet, du point de vue ontologique, la réalité est perçue comme objective et saisissable par nos sens. Sur le plan de l'épistémologie, dans le rapport du chercheur avec la connaissance, l'objectivité désigne la méthodologie à suivre.

2.2 CHOIX DE LA MÉTHODE D'AUTOPRAXÉOGRAPHIE

Le recours à l'autopraxéographie découle de mon parcours professionnel. Pendant près de cinq années, j'ai œuvré dans le domaine de la santé en Haïti, au sein d'organisations non

gouvernementales (ONG) et d'instances locales de coordination. Cette immersion constitue une source d'information privilégiée pour mieux comprendre les dynamiques internes du système de santé haïtien, ses contraintes structurelles et ses potentialités.

L'autopraxéographie, inspirée des travaux de Albert et Michaud (2016), consiste à mettre en évidence des pratiques professionnelles vécues par le chercheur lui-même. Elle transforme l'expérience vécue en données empiriques, des récits de pratiques, des journaux réflexifs et une analyse critique soutenue par des références théoriques. À la différence de l'autobiographie qui se base sur le vécu personnel, l'autopraxéographie retrace les pratiques collectives à travers une expérience particulière. Associée aux « self-studies » ou étude de soi, l'autopraxéographie est une technique qui réside dans la production des savoirs à partir de ses expériences personnelles, en utilisant un récit. C'est une méthode à travers laquelle les praticiens-chercheurs exposent simplement le souvenir de leurs expériences vécues. Ils deviennent « observateurs de leurs propres expériences » (Albert et Cadieux, 2017, p. 166). Elle repose aussi sur un aller-retour entre le récit personnel et la théorie. Dans ce contexte, le lecteur est en mesure de saisir tous les aspects de la vie du praticien-chercheur, comme s'il avait vécu lui-même la situation. Il s'agit, ici, d'une sorte de valorisation des expériences souvent ignorées dans des approches plus classiques et de les transmettre dans le savoir collectif pour comprendre, analyser et comparer la situation à sa propre expérience. Dans cette perspective, cette méthode nous permet de retracer le récit de notre propre parcours professionnel en tant qu'infirmières dans le milieu hospitalier en Haïti. Cependant, Albert et Michaud (2016) soulignent que, dans le cadre de cette méthode, le chercheur peut difficilement prendre du recul sur les situations vécues en explorant des domaines scientifiques et un vaste champ d'écrits pour y construire des savoirs génériques à partir de ses expériences (Albert et Michaud, 2016). Cette section présente l'autopraxéographie comme approche méthodologique dans ce travail. Elle en justifie premièrement le recours à l'autopraxéographie, puis la démarche qui la sous-tend. Enfin, la section met en lumière les principales limites de l'autopraxéographie, notamment la subjectivité, les biais liés à la mémoire et la portée restreinte des résultats.

2.2.1 Justification du recours à l'autopraxéographie

Le recours à l'autopraxéographie découle de nos expériences professionnelles en Haïti en tant qu'infirmière de ligne. Selon Albert et Cadieux (2017, p. 165), le choix de l'autopraxéographie s'explique du fait que le chercheur a « vécu une expérience particulière pouvant être utilisée pour produire des connaissances génériques » (Albert et Cadieux, 2017, p. 165) même si certains éléments peuvent légèrement varier. En effet, pendant cinq années, j'ai travaillé dans le domaine de la santé en Haïti, au sein d'organisations non gouvernementales (ONG), d'hôpitaux privés et publics. Ces expériences diversifiées constituent une base solide pour mieux comprendre les dynamiques internes du système de santé haïtien, ses défis et ses enjeux. Nos expériences professionnelles en tant qu'infirmière nous ont placé au cœur des enjeux liés à la gestion des ressources dans le réseau de la santé. Travailler dans un système où les ressources sont souvent limitées ont généré des savoirs pratiques inscrits à la fois dans l'action et la résolution de problèmes concrets. Ainsi, ces expériences constituent un terrain particulièrement pertinent pour l'analyse. Basée sur un tel aspect, la méthode de l'autopraxéographie est capable de nourrir le savoir collectif et la réflexion sur les pratiques professionnelles en milieu hospitalier.

2.2.2 Démarche de l'autopraxéographie

La démarche de l'autopraxéographie comme mode d'accès particulier à la construction de connaissance issue de la pratique se déroule en trois étapes récursives : l'écriture naïve, le travail épistémique et la construction de connaissances génériques. Premièrement, l'écriture naïve, cette étape est qualifiée de réaliste et modeste. En d'autres termes, il s'agit d'un témoignage spontané, comme si l'on racontait sa journée à un proche ou partageait une anecdote personnelle à un ami de son entourage. Cette forme d'écriture, selon Albert et al. (2022) en référence à l'acception du terme « naïf » dans le dictionnaire Le Robert, est caractérisée par « sa nature spontanée, dépourvue d'artifice » (Albert et al., 2022 p.15). Dans

cet ordre d'idée, le praticien-chercheur fait usage de la première forme de réflexion centrée sur ses expériences antérieures. Il s'agit ici d'une réflexivité initiale qui s'apparente à ce que Hibbert et al. (2010) désignent par la notion de réflexion, soit le fait d'observer ses propres actions pour mieux les comprendre. Toutefois, il ne s'agit pas d'une écriture aux codes de l'autobiographie traditionnelle (Adams et al., 2017), mais plutôt d'un récit personnel, situé, à visée exploratoire dont le but est de faire émerger la pratique telle qu'elle est vécue.

Deuxièmement, le travail épistémique est ce que Albert et al. (2022) désignent par une revisite du témoignage du praticien-chercheur à la lumière de concepts théoriques issus de divers champs disciplinaires. Le but est de « rendre explicites des dimensions implicites ou inconscientes » (Albert et al. 2022, p.14) de la pratique. Ce sont donc des allers-retours entre le récit initial et des cadres conceptuels. C'est en ce sens que le praticien-chercheur est alors amené à comparer sa propre expérience avec les savoirs issus de la recherche que l'on désigne nécessaire par une forme de distanciation critique. Enfin, la construction de connaissances génériques est l'étape de la démarche qui permet d'arriver à la généralisation ou théorisation. Elle permet de passer du singulier au générique par la conceptualisation des logiques d'actions ou des invariants professionnels. Bien que construites à partir d'expériences individuelles, ces connaissances peuvent être utiles à des fins de formation, d'outils de supervision ou de modèles d'organisations du travail adaptés à la réalité du terrain.

À la lumière de cette approche, ma démarche d'analyse se déroule sur trois niveaux complémentaires :

• Un niveau descriptif qui consiste à restituer fidèlement des situations vécues, en mettant en évidence les contextes et les acteurs impliqués ;

• Un niveau interprétatif, soit la mise en relation des expériences avec les cadres conceptuels existants, notamment les travaux sur les systèmes de santé, notamment des pays en développement et les approches de gestion (coûts-moyens-résultats)

• Un niveau théorique qui prend en compte l'élaboration de mécanismes de moyenne portée (Merton, 1968), permettant d'expliquer certaines régularités observées et de formuler des hypothèses transférables à d'autres contextes similaires.

2.2.3 Limites de la méthode d'autopraxéographie

L'un des principaux défis de l'autopraxéographie réside dans les incertitudes liées à la mémoire et à la reconstruction du passé (Albert, 2017). En effet, le praticien-chercheur, même dans une posture de sincérité, ne saurait tout dire, tout se rappeler, ni tout interpréter avec justesse. Bien que fondée sur une expérience subjective, selon Albert (2017) cette limite est atténuée lorsque le travail réflexif s'appuie sur une littérature scientifique variée. L'expérience est alors mise en perspective au moyen de cadres théoriques issus de contextes divers, renforce la portée générique et transférable des savoirs produits, rendant ceux-ci actionnables dans d'autres situations professionnelles. Ces limites peuvent être ainsi classées sous trois dimensions : subjectivité, portée restreinte et effet de proximité.

2.3 ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Par sa nature, ce travail ne nécessitera pas la demande d'un certificat auprès du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAR (CÉR-UQAR), car il s'agit du récit qui est propre au chercheur. Toutefois, il est à faire remarquer que plusieurs principes éthiques doivent tout de même être respectés. Cela inclut le respect de la confidentialité dans le partage des expériences personnelles ainsi que l'intégrité scientifique et la réflexivité éthique dans sa double posture à la fois acteur de la pratique et analyste de son propre vécu. Il faut aussi ajouter que l'analyse ne s'appuie pas sur les décisions, mais bien sur la façon dont on a vécu les situations. Donc, même sans certificat éthique formel, ces principes garantissent que la recherche se fait dans le respect des normes éthiques fondamentales. Toutefois, cette recherche s'appuie sur les principes directeurs de l'Énoncé de politique des trois Conseils (EPTC2), qui portent sur la confidentialité, l'intégrité du chercheur et la réflexivité éthique dans la production de connaissances. Cette démarche est également guidée par la Politique

institutionnelle d'éthique de la recherche de l'UQAR (2012), qui met l'emphase sur la responsabilité du chercheur en matière de transparence, de prudence et de respect des normes professionnelles. Ces cadres de référence servent de boussole et garantissent que l'analyse reste conforme aux exigences éthiques. Le tableau suivant présente la manière dont ces principes ont été pris en compte.

Tableau 1 Tableau de bord éthique de la recherche

Principe éthique	Application dans cette recherche
Respect des personnes	L'analyse est centrée uniquement sur mes propres expériences; aucune tierce personne n'est citée ou identifiée.
Confidentialité	Aucune donnée personnelle identifiable n'est utilisée; toute mention de contexte est anonymisée ou généralisée.
Intégrité scientifique	Description transparente du processus réflexif, explicitation du positionnement et reconnaissance des limites.
Justice et équité	Absence de risques pour des tiers; prévention de toute forme de représentation injuste ou stigmatisante.
Réflexivité éthique	Retour critique sur mon rôle, mes biais potentiels et l'influence de mon parcours sur l'analyse.
Responsabilité du chercheur	Engagement à respecter les normes de rigueur, de prudence et de respect dans le traitement des données autoréflexives.

Auteur : Anne-Rose Sainrisma

2.4 UTILISATION DE L'IA GÉNÉRATIVE

De nos jours, les outils d'IA générative sont très utiles dans les travaux académiques. Cependant, ils ne peuvent pas remplacer la valeur des efforts de l'humain, encore moins son point de vue. Tout ceci pour dire que, dans le cadre de ce travail, je fais une utilisation prudente de l'IA générative. De manière ponctuelle, j'ai eu recours à des outils d'intelligence artificielle générative comme appui à la rédaction. J'ai mobilisé ces outils pour reformuler et améliorer la clarté de certains passages afin de réduire les répétitions dans des segments de texte déjà rédigés. Cependant, il convient de souligner que, dans le cadre de ce travail, le récit décrivant mes expériences en tant qu'infirmière dans la démarche autopraxéographique provient de mon parcours et de mes observations de terrain. Je n'ai pas utilisé d'IA générative pour produire ces données. L'usage de l'IA générative n'a pas eu pour effet de déléguer

l’analyse, la réflexion méthodologique ou la production des résultats. Je l’ai utilisé de manière responsable dans le respect des normes et de transparence.

CHAPITRE 3
TÉMOIGNAGES

Mon expérience de travail en Haïti est marquée par la rareté des ressources, des salaires et des conditions de travail insuffisants et un environnement de travail souvent difficile. Cette section s'inscrit dans une démarche autopraxéographique qui vise à retracer mon quotidien hospitalier en tant qu'infirmière de ligne à l'hôpital de Développement des Activités de Santé en Haïti (DASH) (Témoignage 1) et à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) (Témoignage 2).

3.1 TÉMOIGNAGE 1

Après mes quatre années d'études en sciences infirmières, j'ai obtenu mon diplôme de l'université. Cependant, pour exercer la profession d'infirmière, je devais réussir l'examen d'État du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Après la réussite de cet examen d'État, j'ai obtenu ma licence pour commencer à exercer en tant qu'infirmière de ligne. Malgré cet effort, mon défi a surtout été d'obtenir un emploi après ma licence. Pendant plusieurs semaines, je me suis renseignée auprès de différents hôpitaux, cliniques, centres de santé communautaire, j'ai envoyé des CV et suivi de nombreux contacts. Tout à coup, une amie m'a parlé du réseau DASH qui recrutait des infirmières en stage à l'époque. C'est ainsi que j'ai bénéficié de mon premier stage pratique de trois mois avec possibilité d'embauche.

Au premier jour de stage, la Direction de l'institution m'a reçu et m'a fait visiter toutes les sections de l'hôpital : les services médicaux, la pharmacie, les archives, la salle de soins intensifs et l'unité de maternité. Chaque employé que je croisais dans les couloirs me saluait avec un sourire et des paroles d'encouragement. L'infirmière en chef, ma tutrice de stage, m'expliquait patiemment le fonctionnement du réseau DASH et me confiait certaines responsabilités. Très vite, j'ai participé à la préparation du matériel médical, à l'accueil des

patients et à l'organisation des consultations. Chaque tâche, même simple, était une leçon : apprendre à disposer les fournitures, préparer les salles, gérer le matériel et coordonner le travail avec les collègues. Pendant mon stage, j'arrivais toujours à l'heure, et j'essayais de comprendre la manière dont chaque employé contribue au fonctionnement de l'ensemble du réseau. Ma tutrice de stage m'observait discrètement, et un jour, elle m'a félicitée pour mon engagement et mon comportement exemplaire. Ces mots m'ont beaucoup encouragée et m'ont donné la confiance nécessaire pour continuer à prodiguer des soins. Au bout de mes trois mois de stage, la direction m'a proposé un contrat de travail en tant qu'infirmière de ligne, que j'ai acceptée très rapidement. Ce contrat était pour moi une grande source de joie et ma plus grande satisfaction.

Au fil des semaines, j'ai appris à connaître chaque coin de l'hôpital et chaque visage que je croisais. Je voyais la fatigue sur les traits de certains de mes collègues, leurs regards parfois vides, mais toujours empreints de professionnalisme. Nous partagions des regards, des mots, parfois un sourire rapide, comme pour nous rappeler que nous étions dans la même bataille au quotidien. J'ai compris que la confiance et la complicité entre collègues étaient aussi essentielles que nos compétences techniques. Nous devions pouvoir compter les uns sur les autres dans des moments où la moindre hésitation pouvait avoir de lourdes conséquences. Chaque matin, il fallait préparer les salles, vérifier les stocks, accueillir les patients et coordonner avec mes collègues pour les soins. Les urgences arrivent sans prévenir : blessures par accident, maladies chroniques, infections sévères. Le matériel manquait souvent, et il fallait improviser pour prodiguer les soins essentiels. Je me souviens d'un jour où un patient est arrivé avec une plaie profonde à la jambe, et nous manquons de pansements stériles. Nous avons dû improviser avec ce que nous avions sous la main, en stérilisant du matériel à la main et en utilisant des solutions de fortune. Chaque geste demandait une grande concentration, d'intelligence et beaucoup de patience. Ces expériences m'ont appris à observer, anticiper et collaborer étroitement avec mes collègues pour que chaque patient reçoive les soins nécessaires.

Après mon stage, mon rôle au sein du réseau DASH s'est considérablement élargi et j'avais plus de responsabilités. Je prenais part activement à l'ensemble des activités et suivais chaque étape du parcours de soins des patients. Chaque matin, je commençais par l'accueil des patients à la réception, en m'assurant que chacun soit orienté vers le bon service et que les informations administratives soient fournies de façon complète. Cela impliquait de vérifier les dossiers médicaux, de remplir les formulaires nécessaires et de coordonner avec les secrétaires médicales pour planifier les consultations et les examens. Une fois les patients installés, je prenais leurs signes vitaux, notamment la tension artérielle, la température, la fréquence cardiaque et respiratoire et m'identifiais toute urgence nécessitant une intervention immédiate. Pour les patients ayant des difficultés à se déplacer, j'étais présente à leurs côtés, les accompagnant à travers les couloirs, les rassurant et m'assurant qu'ils soient confortables. Il m'arrivait parfois de gérer plusieurs patients à la fois, coordonnant les soins tout en restant attentive à chaque détail de leur état de santé. Je me rappelle les jours où l'hôpital était submergé. Les patients arrivaient en vagues continues, souvent après des accidents, parfois après des violences des gangs. Je devais faire preuve de patience, mais aussi de rapidité. J'apprenais à hiérarchiser les soins, à décider quelle situation exigeait une intervention immédiate et quelle autre pouvait attendre quelques minutes. J'étais parfois seule à devoir prendre cette décision pendant que les autres collègues s'occupaient d'autres urgences. Il m'arrivait de passer des heures à surveiller un seul patient, en restant attentive à chaque respiration, chaque mouvement, chaque changement de couleur de peau. Je parlais doucement pour me rassurer, je posais ma main sur l'épaule de ceux qui avaient peur, je les encourageais à respirer calmement. Parfois, je devais improviser des jeux simples pour distraire un enfant qui était hospitalisé, ou trouver des mots pour apaiser des adultes angoissés. J'apprenais à observer non seulement les symptômes, mais aussi les réactions émotionnelles et psychologiques, car elles influencent le rétablissement des patients.

La distribution des médicaments et l'administration des traitements faisaient également partie de mes tâches. Chaque jour, je devais m'assurer que les prescriptions étaient correctement appliquées, que les doses correspondaient aux besoins spécifiques de chaque patient et que le matériel médical nécessaire était disponible et fonctionnel. Lorsque certains

équipements ou médicaments manquaient, il fallait improviser, réorganiser les priorités et réaffecter les ressources de manière qu'aucun patient ne soit laissé sans soins. En plus de ces tâches cliniques, mon rôle impliquait une dimension de coordination importante. Je collaborais avec les autres infirmières, les médecins, les techniciens et les membres du personnel administratif pour organiser les soins et répondre aux imprévus. Lorsqu'une urgence survient, je devais rapidement évaluer la situation, décider des actions à entreprendre et m'assurer que tous les membres de l'équipe étaient informés et mobilisés.

Le suivi des patients hospitalisés faisait également partie de mon quotidien. Je notais les changements dans leur état, informais les médecins et ajustais les soins en conséquence. Pour les patients en sortie, je fournissais des instructions détaillées à leurs familles et veillais à ce qu'ils aient accès aux médicaments nécessaires pour poursuivre leur traitement à domicile. Parallèlement, j'étais un point de référence pour les stagiaires et les nouvelles recrues. Je les guidais, leur expliquais les procédures, et veillais à ce qu'ils respectent les protocoles de l'hôpital. Mon rôle s'étendait donc au mentorat et à la supervision.

Devant l'hôpital, une longue file de patients se formait chaque jour. Avec le personnel médical disponible, je mettais en place un système de triage afin de déterminer les personnes qui seraient prises en charge très rapidement. Les personnes dont les besoins étaient moins urgents étaient priées de revenir un autre jour. En moyenne, dans mon service, j'accueillais environ trois blessés par jour. Ce nombre augmentait parfois jusqu'à dix avec la violence des gangs. À cause des tirs nourris, je recevais des patients qui m'ont dit avoir passé toute la nuit à l'intérieur d'un autobus public. Il m'arrivait aussi parfois de ne pas pouvoir me rendre à l'hôpital, où les routes étaient souvent bloquées par des hommes armés, m'obligeant parfois à faire demi-tour ou à rester chez moi.

Les médicaments dont j'aurais besoin pour soigner les malades étaient à peine disponibles au sein de l'hôpital. Le besoin urgent de carburant pour faire fonctionner les générateurs m'a souvent forcé à rentrer chez moi parce que certains services ne pouvaient pas fonctionner. Je me rappelle un jour où j'ai tenté de sauver la vie d'un garçon souffrant d'une grave crise d'asthme en lui donnant de l'oxygène. Cela n'a pas fonctionné, pas plus

qu’un autre type de médicament. J’ai finalement utilisé de l’adrénaline. J'improvise souvent dans ces situations afin de faire de mon mieux pour soigner mes patients. En plus du suivi médical, j'assiste les malades dans leurs déplacements, je veillais à leur hygiène, à leur alimentation et surveillés en continu l’évolution de leur état de santé. J’étais toujours présente à toutes les étapes du parcours de soins. Je passais également beaucoup de temps à gérer l’organisation de la logistique. Lorsqu’un matériel manquait ou que certains appareils étaient hors service, je devais trouver des solutions rapides. J’appelais parfois des fournisseurs, je cherchais des alternatives à l’intérieur de l’hôpital, et je coordonnais les autres membres de l’équipe pour que le soin puisse se poursuivre. Ces moments m’ont appris la patience et la créativité. J’ai compris que le soin ne se limitait pas aux gestes médicaux : il fallait parfois inventer des solutions, rester calme et rassurer les patients malgré les contraintes matérielles. J’ai aussi découvert la dimension humaine de mon métier à travers les histoires que les patients partageaient avec moi. Certains racontaient leur journée, leur vie difficile, leurs peurs, leurs désespoirs. J’écoutais attentivement, parfois silencieusement, parfois en offrant un mot de réconfort. Je me rendais compte que ma présence seule pouvait être un soutien considérable. Il y avait des moments où je devais me retenir pour ne pas laisser apparaître mes propres émotions, surtout lorsqu’un patient souffrait ou lorsqu’une vie était en danger. J’ai appris à maintenir un équilibre entre empathie et professionnalisme, à rester à la fois proche et distante, disponible et concentrée.

Avant 8h du matin, la salle d’attente était déjà remplie de patients. Je pouvais remarquer dans leur visage du désespoir et parfois de la fatigue. Cependant, je devais faire de mon mieux pour répondre aux exigences du métier : donner des soins. Je devrais utiliser chaque ressource, qu’il s’agisse d’une aiguille, d’une bande de gaze ou d’un thermomètre, de l’hôpital avec soin. Je savais que l’approvisionnement de ces matériels pouvait prendre du temps avant d’être commandé. Je me rappelle la manière dont une collègue plus expérimentée m’a appris à stériliser du matériel quand l’autoclave tombait en panne.

En dehors des soins infirmiers, une grande partie de mon temps était réservée à l’attente. Attendre un médecin disponible, attendre un résultat, attendre qu’un équipement

fonctionne, attendre qu'un proche revienne avec un médicament acheté à l'extérieur. Pendant ces moments, je restais auprès de mes patients. Il arrivait que je sois la seule personne à leur expliquer ce qui allait se passer, même lorsque je n'avais pas toutes les réponses. Je remarquais que les familles étaient souvent proches de leur malade. Certaines me demandaient des explications, d'autres insistaient pour que leur proche soit vu en priorité. Il fallait parfois calmer des tensions, expliquer les délais, répéter les mêmes informations plusieurs fois. Il arrivait aussi que des familles n'aient pas les moyens d'acheter les médicaments prescrits. Dans ces cas-là, nous cherchions ensemble des solutions, ou nous faisions avec ce qui était disponible à l'hôpital. Je devais aussi gérer des situations où les patients refusaient certains soins, par peur, par manque d'information et par confession de foi religieuse. Il fallait prendre le temps de parler, de rassurer, parfois simplement d'écouter.

Certains patients arrivaient seuls, sans accompagnement. Ils restaient toute la journée sur un banc ou un lit, attendant leur tour. Je passais les voir régulièrement pour vérifier leur état et leur rappeler qu'ils n'étaient pas oubliés. Il arrivait que des patients décèdent pendant le service. Ces moments se passaient souvent dans le silence. Il fallait ensuite préparer le corps, prévenir la famille, continuer à travailler avec les autres patients présents. Le service ne s'arrêtait pas. Les urgences continuaient d'arriver. À la fin de la journée, lorsque l'affluence diminuait, je prenais le temps de ranger le matériel, de compter ce qu'il restait et de noter ce qui manquait. Je laissais des indications pour l'équipe du lendemain. Parfois, je rentrais tard, fatiguée, avec l'impression que la journée avait duré bien plus que les heures prévues. Le lendemain, le service recommençait dans des conditions similaires. Je devais alors devenir tout à la fois leur guide, leur soutien et parfois leur famille. Je les accompagnais pour les examens, les rassurais avant une injection ou une procédure, les aidais à se lever ou à se nourrir. J'ai compris que le rôle d'infirmière ne se limite pas aux soins médicaux : il inclut aussi l'accompagnement moral, la patience et l'attention à chaque détail de la vie quotidienne du patient.

J'ai vécu aussi des situations particulièrement éprouvantes. Je me souviens d'un soir où plusieurs patients graves sont arrivés en même temps, et le personnel était insuffisant. J'ai

senti que mon cœur battait à toute vitesse, mais j'ai dû me concentrer sur ce que je pouvais contrôler. Je donnais des instructions aux autres, préparais le matériel, administrais les soins et veillais à ce que personne ne soit laissé sans assistance. Ce soir-là, j'ai ressenti l'épuisement physique et mental dans chaque fibre de mon corps, mais j'ai aussi ressenti la fierté d'avoir pu aider ces personnes malgré les circonstances.

Les interactions avec les familles des patients étaient également intenses. Elles étaient souvent inquiètes, parfois en colère, parfois désespérées. Je devais trouver les mots justes, les rassurer, leur expliquer les soins, parfois répéter plusieurs fois la même information pour qu'elles comprennent. Certaines familles n'avaient pas les moyens d'acheter les médicaments prescrits. Dans ces cas-là, je les accompagnais dans la recherche de solutions, ou je leur expliquais comment utiliser les ressources disponibles à l'hôpital. J'ai appris que la communication était un outil aussi puissant que le stéthoscope ou la seringue. Parfois, je rentrais chez moi avec des images et des histoires qui me hantaient. Je pensais aux patients que je n'avais pas pu sauver, aux blessures trop graves, aux familles en deuil. Mais en même temps, je me rappelais les sourires, les mots de gratitude, les progrès lents, mais visibles. Ces émotions mêlées faisaient partie de ma vie professionnelle et m'ont appris à accepter la complexité et la richesse de mon métier.

Enfin, je prenais quelques instants pour moi quand c'était possible. Je buvais un verre d'eau, m'asseyais quelques minutes en silence ou respirais profondément avant de retourner auprès des patients. Ces courts moments me permettaient de reprendre mon souffle, de me lever et de continuer à suivre chaque patient, à distribuer les soins et à rester attentive aux besoins autour de moi. À travers ces expériences, je me concentrais sur les gestes et les soins. Je suivais les patients, je notais leurs signes vitaux, j'accompagnais ceux qui avaient besoin d'aide pour se déplacer ou se nourrir. Je parlais aux familles, leur expliquais les procédures, rassurais les enfants qui pleuraient et veillaient à ce que personne ne soit oublié. Chaque journée, je me levais, me rendais à l'hôpital, participais aux soins, improvisais quand le matériel manquait, coordonnais avec mes collègues et restais attentive à chaque détail. Je

rentrais chez moi tard le soir, fatiguée, avec la tête remplie d'histoires, de visages et de moments de la journée, prête à recommencer le lendemain.

3.2 TÉMOIGNAGES 2

J'ai été recrutée à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) pour un contrat de trois mois renouvelables. Étant donné que j'habitais à Port-au-Prince, je devais me rendre à Mirebalais chaque lundi matin pour retourner soit les vendredis dans l'après-midi ou le samedi matin, quand je ne faisais pas de service en fin de semaine. Le trajet depuis Port-au-Prince était souvent long et dangereux pour moi. Les routes étaient sous contrôle des gangs, et chaque déplacement était une épreuve. Il m'est arrivé de rester bloquée plusieurs heures, de faire demi-tour, ou de devoir changer complètement de plan pour rejoindre Mirebalais. Puisque la route était souvent barrée par des gangs, je me suis souvent retrouvée bloquée pendant plusieurs mois sans pouvoir être remplacée sur mon poste. J'étais confrontée à plusieurs reprises au dépassement de mon budget personnel. J'ai été témoin de cas d'épuisement professionnel et de stress post-traumatique au sein de mon équipe. Lorsque les conditions l'exigeaient, les responsables organisaient des vols charter pour contourner les points de blocage, suivis de longues heures de route par autobus de Cap-Haïtien à Pion, de Pion à Mirebalais. Je faisais aussi des trajets à pied en raison de l'état des routes, notamment dans les moments de pluie. Chaque arrivée était une petite victoire pour moi, car je savais que les patients comptaient sur moi dès que je franchissais la porte de l'HUM.

Chaque matin, arrivée dans mon service, je vérifiais l'état de la salle où je devais recevoir mes patients. Je vérifiais également les stocks disponibles ainsi que les ressources sur lesquelles je devais compter pour prodiguer les soins. Je préparais les dossiers des patients à l'avance, les formulaires administratifs, et je m'assurais que chaque unité avait ce dont elle avait besoin pour fonctionner. Les premières heures à l'hôpital étaient souvent calmes, le temps de repérer les patients présents, de vérifier leurs dossiers et de saluer mes collègues. Certains patients arrivaient seuls, d'autres étaient accompagnés par des membres de leur famille. Je les regardais, notais leurs signes vitaux et évaluais la gravité de leur état de santé.

Je les accompagnais à travers les couloirs, je les installais dans les salles appropriées et je préparais le matériel pour les soins immédiats. Je notais chaque changement dans l'état de santé de mes patients, je communiquais avec les médecins et les techniciens en service pour ajuster les traitements et organiser les soins complémentaires. Lorsqu'un équipement manquait ou qu'un médicament était épuisé, il fallait trouver des alternatives ou réutiliser du matériel en prenant toutes les précautions nécessaires.

À la maternité, je préparais souvent les salles d'accouchement, je suivais les femmes enceintes et les nouveau-nés, je notais les données vitales et j'assistais les médecins lors des accouchements. Certains jours, nous avions plusieurs naissances simultanées, et je devais me déplacer rapidement d'une salle à l'autre, tout en gardant un œil sur les mères et les bébés. Les pleurs des nouveau-nés résonnaient dans les couloirs, et je passais de l'un à l'autre, aidant les mères à s'occuper de leur bébé et donnant les soins nécessaires pour stabiliser ceux qui avaient besoin d'une attention particulière. Je participais aussi aux consultations externes, où les patients venaient pour des contrôles, des maladies chroniques ou des suivis post-opératoires. Je notais les antécédents, je prenais les signes vitaux, je remplissais les dossiers et je préparais les patients pour les consultations avec les médecins. Les files d'attente étaient souvent longues, et il fallait organiser un triage pour que les urgences soient traitées rapidement, tandis que les patients moins graves attendaient leur tour.

Au fil des semaines, j'ai appris à connaître les visages, les habitudes et les besoins des patients réguliers. Certains revenaient souvent pour des traitements, d'autres pour des consultations. Je les accompagnais à chaque étape, je notais les évolutions de leur état, je vérifiais les médicaments et je m'assurais qu'ils avaient accès aux soins nécessaires. Les familles étaient présentes dans la majorité des cas, et je passais du temps à leur expliquer les procédures, à répondre à leurs questions et à les rassurer. Dans des situations liées aux catastrophes naturelles, des accidents de la route, je constatais l'arrivée simultanée de plusieurs patients graves. Je devais mobiliser toute l'équipe, organiser les soins, vérifier le matériel, les médicaments et les lits disponibles. Dans ces situations, il fallait se déplacer rapidement, tout en restant concentrée sur chaque patient. Les discussions avec les médecins

et les techniciens étaient brèves, mais précises : chaque mot comptait, chaque action avait un impact direct sur la santé des patients. Parfois, il m'arrivait de devoir rester sur place pendant de longues heures, sans pause, surveillant les patients les plus fragiles. Je préparais les médicaments, je changeais les pansements, j'assistais aux procédures et je veillais à ce que les génératrices fonctionnent. Lorsque le carburant manquait, certains services étaient limités, et il fallait trouver des solutions temporaires pour assurer la continuité des soins.

Je participais également à l'accueil et à l'encadrement des nouvelles recrues et des stagiaires. Je leur montrais les salles, les procédures, je les guidais dans la prise en charge des patients et je restais disponible pour répondre à leurs questions. Parfois, ils avaient peur ou se sentaient dépassés par l'intensité de l'activité, je les rassurais et les accompagnais dans leurs premières expériences, en leur montrant comment organiser leur travail et gérer plusieurs situations en même temps. La communication avec les collègues était très importante pour moi. Je partageais des informations sur l'état des patients, je coordonnais les soins avec les médecins et je discutais des priorités avec les autres infirmières. Selon les besoins du moment, je devais m'adapter aux imprévus et réorganiser les équipes de travail. Dans les jours de forte affluence, il me fallait courir d'une salle à l'autre, tout en gardant une attention constante sur chaque patient. Je me souviens d'une nuit où plusieurs patients sont arrivés simultanément après un accident de la route. J'ai dû préparer des pansements, réanimer un patient instable et organiser rapidement des transferts vers les unités spécialisées. Chaque geste était précis, chaque mouvement comptait, et je travaillais en équipe pour éviter toute erreur. Entre les consultations, les soins intensifs, les urgences et les visites des familles, j'avais peu de temps pour respirer. Je notais chaque détail, vérifiais les dossiers, préparais les médicaments et m'assurais que le matériel était disponible. Parfois, je devais rester tard le soir, en veillant sur les patients, en assistant les collègues et en préparant les services pour le lendemain. Je participais aussi à l'administration des soins préventifs : vaccinations, suivis nutritionnels et conseils d'hygiène pour les patients et leurs familles. Je montrais comment utiliser correctement les médicaments, comment appliquer des pansements et comment maintenir une hygiène minimale dans les foyers. Ces moments étaient lents, mais ils faisaient partie de mon quotidien et me demandaient autant de concentration que les urgences. Chaque

semaine, je voyais de nouveaux patients et de nouvelles situations. Je m'occupais des patients atteints de maladies chroniques, des femmes enceintes, des enfants malades, des blessés et des personnes âgées.

Je participais aussi aux réunions de service, où les infirmières et les médecins discutaient des patients, des priorités et des besoins des unités. Je prenais note des directives, organisais le travail de l'équipe et m'assurais que chaque instruction soit suivie. Les urgences pouvaient survenir à tout moment, et il fallait rester prête à réagir. Pendant les moments plus calmes, je nettoyais le matériel, réapprovisionnais les salles, stérilisais les instruments et m'assurais que tout soit prêt pour le lendemain. Je vérifiais les stocks de médicaments, notais les besoins et préparais les commandes. Même dans ces moments, il fallait rester vigilante, car un patient pouvait arriver à tout moment avec urgence. Dans mes interactions avec les patients, je constatais que certains étaient anxieux, d'autres fatigués, d'autres encore souffraient en silence. Je prenais le temps de les écouter, de les rassurer, de les accompagner et de répondre à leurs questions. Les familles venaient souvent pour s'assurer que leur proche recevait les soins appropriés, et je passais du temps à leur expliquer les procédures et les soins à suivre. Chaque fin de journée, je notais ce qui restait à faire, je préparais les dossiers pour le lendemain et laissais les indications nécessaires à l'équipe suivante. Je rentrais souvent tard, fatiguée, mais consciente que le lendemain, tout recommencerait. Le cycle se répétait, avec ses urgences, ses soins, ses trajets et ses moments de calme, toujours centrés sur les patients et les besoins de l'hôpital.

Pendant mes services de garde, je devais vérifier un par un chaque patient de mon service. Dans les unités de soins intensifs, par exemple, je changeais les perfusions, ajustais les médicaments, surveillais les respirateurs et rassurais les patients qui avaient conscience de leur fragilité. Je posais ma main sur leur bras, je leur parlais doucement, je cherchais leur regard et parfois je voyais dans leurs yeux une peur que je ne pouvais totalement dissiper, mais je restais présente. Certains patients étaient inconscients, et mon attention se concentrait sur les signes subtils de leur corps, le rythme cardiaque, la respiration, la couleur de la peau. Dans le service de la maternité, les accouchements de nuit étaient souvent imprévisibles. Je

me souviens un jour où une femme arrivait en pleine douleur. Sa famille avait très peur pour elle. Je préparais la salle, vérifiais le matériel, rassurais la mère et coordonnais avec le médecin. Je tenais la main de la femme enceinte, je lui donnais des instructions simples, je l'encourageais, la rassurais que tout allait bien se passer. À chaque naissance, je nettoyais le bébé, je le pesais, je notais chaque détail et je vérifiais la santé de la mère. Chaque vie était un moment unique, et je restais concentrée jusqu'au moment où tout était stable.

Parfois, des patients arrivaient gravement blessés, à la suite d'accidents de moto, de chutes ou sous les tirs nourris des gangs armés. Je devais réagir rapidement, préparer les pansements, stabiliser les fractures, nettoyer les plaies et organiser les transferts vers la chirurgie si nécessaire. Je voyais la douleur dans leurs yeux et les tremblements de leurs mains. Je leur parlais doucement, je leur expliquais chaque geste, je les tenais en respectant leur dignité et je faisais de mon mieux pour soulager leur souffrance avec le matériel disponible. Le matin, après de longues nuits, je prenais quelques minutes pour vérifier que les patients stables étaient confortables. Je parcourais les couloirs, je saluais mes collègues et je voyais les premières familles arrivées pour les visites. Les enfants qui avaient passé la nuit dans le service de pédiatrie jouaient avec ce que je pouvais leur donner : un livre, une couverture, un jouet prêté par un autre enfant. Je les regardais et je souriais, même si mes yeux étaient fatigués, car ces petites attentions apportaient un peu de réconfort dans un environnement souvent stressant.

Pendant les week-ends et les jours fériés, j'étais rarement au repos, car des cas urgents arrivaient, des accouchements se faisaient à toute heure, et les patients avec des maladies chroniques avaient besoin de suivi régulier. Je devais être sur place pour organiser les soins et veiller à ce que tout fonctionne. Les pauses étaient rares et souvent écourtées. Je mangeais rapidement, parfois debout, entre deux visites de patients. Un verre d'eau, un fruit, et je retournais auprès de ceux qui avaient besoin de moi. Il y avait aussi des moments de coordination avec les médecins et le personnel administratif. Nous nous réunissions pour discuter des priorités, des patients critiques et de la répartition des tâches. Les conversations étaient souvent brèves, mais précises, car chaque minute pouvait faire la différence pour un

patient en détresse. Je notais tout dans mes carnets, je passais l'information à mes collègues et je m'assurais que rien ne soit oublié. Je me souviens d'une nuit où un incendie s'était déclaré à proximité de l'hôpital. Des patients ont été amenés en urgence avec des brûlures et des difficultés respiratoires. Je devais gérer l'afflux soudain, préparer les unités pour les soins spécialisés, nettoyer et stériliser le matériel à la hâte, tout en rassurant les victimes et leurs familles. La peur et l'urgence se mélangeaient, mais je restais concentrée sur les gestes essentiels, en coordination avec l'équipe.

Je me rappelle, le 7 juillet 2021, jour de l'assassinat du président, j'étais en service à l'hôpital. Je ne disposais pas d'informations préalables sur les événements à venir. Au cours de cette journée, la situation dans le pays s'est rapidement détériorée, avec une présence accrue de personnes armées dans la zone et une forte perturbation de la circulation. Durant la nuit, alors que j'étais affectée au service des urgences, j'ai reçu des patients blessés par balles. C'est à ce moment-là que l'annonce de l'assassinat du président a circulé au sein de l'établissement. Les déplacements étaient fortement limités et les routes bloquées. Les rues étaient presque désertes, à l'exception de personnes armées. Les activités habituelles étaient interrompues et les transports ne fonctionnaient plus. La personne chargée d'assurer la relève n'a pas pu se rendre à l'hôpital. Je suis donc restée en poste au-delà de mon horaire habituel. J'ai passé plus de deux jours consécutifs dans l'établissement. Durant cette période, l'accès à l'eau était limité, ce qui ne permettait pas de prendre une douche. J'utilisais des lingettes pour l'hygiène personnelle et je n'ai pas pu changer de vêtements. L'approvisionnement alimentaire était également restreint, ce qui rendait difficile l'accès aux repas. Chaque jour, je travaillais de longues heures et accompagnais les patients dans leurs soins. Dans ma pratique, je suivais les prescriptions médicales, mais je prenais également des décisions pour assurer le bien-être des malades. Mes activités se déroulaient sous le regard de l'administration et de la société, sans que mon rôle soit toujours formellement reconnu. Malgré ces conditions, les patients continuaient à se présenter pour recevoir des soins. J'ai poursuivi mes activités professionnelles en assurant les soins disponibles avec les ressources présentes sur place. Le matériel médical était limité, ce qui nécessitait d'adapter les interventions aux moyens accessibles. En plus des soins, j'échangeais avec les patients afin

de répondre à leurs demandes et de les accompagner pendant leur prise en charge. Au cours de cette période, je suis restée en poste pendant que la situation extérieure demeurait instable. Après environ deux jours, une collègue est parvenue à venir me remplacer. Elle m'a expliqué avoir effectué le trajet à pied, en raison de l'absence de transports et de la paralysie générale de la circulation. Elle a mentionné que certaines personnes profitaient du contexte pour commettre des actes répréhensibles, tandis que d'autres apportaient une aide ponctuelle à celles et ceux qui en avaient besoin. Cette collègue est venue assurer la relève parce qu'elle savait que j'étais à l'hôpital depuis plusieurs jours. Son arrivée a permis la continuité du service. Cet épisode constitue une situation vécue de collaboration entre collègues dans un contexte de perturbation majeure du fonctionnement habituel.

J'ai acquis une grande expérience au niveau de la maternité. C'est l'endroit où j'ai eu beaucoup de pression, car c'est l'endroit où l'espoir et la tension coexistaient. Certaines femmes venaient seules, d'autres avec leur mari, parfois avec plusieurs enfants. Je devais gérer leurs émotions, les encourager, veiller à ce que le matériel soit prêt et les assister jusqu'au moment où la mère et le bébé étaient stables. Je me souviens des nuits où nous avions plusieurs accouchements en même temps, et je passais d'une salle à l'autre sans m'arrêter, ajustant les médicaments, notant les signes vitaux, rassurant les mères et leurs familles. Pendant la journée, je voyais aussi des patients sortir de l'hôpital. Je préparais leurs documents, j'expliquais les traitements à suivre à domicile, et je donnais des instructions aux familles. Certains ne comprenaient pas, et il fallait répéter plusieurs fois pour les rassurer. Je me tenais près d'eux jusqu'à ce qu'ils soient prêts à partir. Il y avait des moments d'attente, aussi. Attendre qu'un médecin arrive, attendre les résultats d'analyses, attendre que le matériel arrive. Dans ces instants, je restais avec les patients, je répondais à leurs questions, je les écoutais, je les rassurais et je veillais à ce qu'ils ne se sentent pas abandonnés.

J'ai occupé le rôle de chef d'équipe à certains moments. Dans ce cadre, je participais à la répartition des tâches entre les membres présents selon les effectifs disponibles et le nombre de patients. Il m'arrivait d'ajuster cette répartition au cours du quart, notamment lors d'admissions imprévues ou en cas d'absence d'un membre de l'équipe. Je circulais alors

entre les différents espaces de travail pour vérifier l'avancement des soins et répondre aux demandes formulées par mes collègues. Au cours de mon travail, j'ai été amenée à intervenir dans des situations de désaccord ou de tension liées à l'organisation du travail. Dans ces cas, j'écoutais les personnes concernées, reformulais les demandes et proposais des ajustements immédiats afin de poursuivre les activités prévues. Ces échanges se déroulaient généralement au poste infirmier, dans les couloirs ou à la fin du quart. Durant une période où je vivais une situation personnelle difficile, j'ai continué à assurer mes fonctions. Une superviseure a remarqué un changement dans mon attitude et m'a interpellé à la fin d'un quart pour me demander si quelque chose n'allait pas. Elle m'a indiqué qu'elle restait disponible si j'avais besoin de soutien. Cet échange a eu lieu dans un espace informel du service. À une autre occasion, une collègue a perdu sa mère. Après en avoir été informé, j'ai proposé à l'équipe d'organiser une visite collective à son domicile. Cette visite a eu lieu après le travail et a réuni plusieurs membres de l'équipe. Dans le travail quotidien, j'ai observé différentes formes d'entraide entre infirmiers et infirmières. Il arrivait qu'un membre de l'équipe prenne temporairement en charge les patients d'un collègue, qu'un échange de matériel ait lieu ou qu'un soutien soit apporté lors d'une situation imprévue. Ces interactions se produisaient dans les espaces de soins ou durant de courtes pauses. Je n'ai pas travaillé au HUM durant la période de la pandémie de COVID-19. Toutefois, au cours de mon parcours, j'ai été en contact avec des situations impliquant la prise en charge de patients présentant des pathologies complexes, des périodes de surcharge de travail et un accès limité à certaines ressources matérielles. Lors de discussions informelles, plusieurs collègues mentionnaient de longues heures de travail, la fatigue associée aux horaires et les déplacements quotidiens entre le domicile et l'hôpital. Au fil des échanges, certains infirmiers et infirmières évoquaient leur rapport au métier, en parlant de leur engagement professionnel ou de leur satisfaction liée au fait d'accompagner des patients. Ces propos étaient exprimés lors de conversations informelles, au poste de soins ou à la fin des quarts.

J'ai aussi passé des heures à former et accompagner les nouvelles recrues et les stagiaires. Je leur montrais comment organiser les soins, comment préparer le matériel, comment accueillir les patients et comment rester calme en cas d'urgence. Je leur rappelais

sans cesse que chaque détail comptait, chaque geste pouvait faire une différence et que la patience était essentielle. Je devais souvent rester plus longtemps que prévu. Les génératrices devaient être alimentées, les patients surveillés et les unités prêtes à recevoir de nouveaux arrivants. Je notais les changements dans les dossiers, je préparais les médicaments pour le lendemain et je laissais des instructions pour l'équipe suivante. Parfois, je me couchais tard, épuisée, mais prête à recommencer le lendemain. Je nettoyais le matériel, rangeais les fournitures, vérifiais les stocks, préparais les salles pour les interventions du lendemain et organisais les dossiers des patients. Chaque détail comptait et je restais concentrée, sachant qu'une urgence pouvait survenir à tout moment. Je voyais les sourires des patients quand ils se sentaient mieux, les familles remerciées l'équipe, et ces petits gestes illuminaient ma journée. Je passais du temps à parler avec les patients, à écouter leurs histoires, à partager quelques mots de réconfort. Parfois, un simple sourire suffisait à changer l'atmosphère dans une salle. Je m 'étais impliquée à fond dans la cellule de crise mise en place au sein de l'Hôpital afin d'accompagner les infirmières dans l'accomplissement de leurs fonctions. Concrètement, j'ai dû assister ma superviseure dans la réduction de certaines activités, notamment à la consultation externe, où nous travaillions uniquement trois (3) jours par semaine. La situation avait exigé aussi que j'assistasse à la fermeture de certaines unités essentielles au sein de l'Hôpital.

CHAPITRE 4
ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Nous allons, à travers cette section du mémoire, analyser et discuter des deux extraits de témoignages qui retracent le quotidien hospitalier des infirmières de ligne en Haïti. Ces extraits sont analysés au prisme de l'autopraxéographie et représentent les matériaux empiriques qui ont permis de comprendre le vécu professionnel de l'infirmière haïtienne. L'objectif est de révéler la logique d'adaptation, la créativité et l'éthique qui entourent leurs pratiques dans un milieu difficile marqué par la rareté des ressources. Il s'agit, entre autres, de mettre en lumière le travail invisible de gestion des ressources que réalisent les infirmières haïtiennes souvent méconnues. Cette section est divisée en deux grandes parties. La première, l'analyse s'organise autour de plusieurs thématiques, notamment le passage de la vocation à la profession infirmière, la profession infirmière comme métier multitâches, la gestion des flux de patients au service d'urgence et enfin la problématique du manque de ressources dans les hôpitaux. En croisant les données empiriques avec les concepts théoriques évoqués précédemment, ce chapitre propose une discussion qui permet de mieux comprendre les résultats du terrain, d'en dégager l'apport de ce travail et d'ouvrir la réflexion sur le rôle invisible de la profession infirmière en Haïti.

4.1 ANALYSE

4.1.1 De la vocation à la profession d'infirmière

La question de la vocation ou choix de carrière est une question qui suscite de nombreuses réflexions et débats, tant dans le monde de la santé que dans la société en général. Selon le petit dictionnaire Larousse, la vocation se réfère à un appel intérieur à exercer une activité professionnelle particulière, souvent motivée par un profond désir d'aider les autres ou de contribuer au bien-être de la communauté. Cette passion peut aller même au-delà d'un simple choix de carrière, englobant l'ensemble des valeurs, compétences et aspirations personnelles. Dans le contexte de la profession infirmière, la vocation se traduit généralement

par un engagement profond à prodiguer des soins et voir le bien-être d'autrui. Elle se manifeste également par la volonté d'accepter à travailler en équipe avec d'autres professionnels de la santé. Historiquement, le choix de cette carrière s'inscrit dans l'engagement de servir, d'apporter ses services professionnels à la personne dans sa situation de vie singulière et de faire usage de compétences infirmières adéquates (Favetta et Feuillebois-Martinez, 2011). Cette dimension de la profession infirmière infirmière se reflète clairement dans les expériences vécues, qui décrivent l'engagement un choix professionnel fondé sur des valeurs et le sens de servir :

> J'ai compris que le rôle d'infirmière ne se limite pas aux soins médicaux : il inclut aussi l'accompagnement moral, la patience et l'attention à chaque détail de la vie quotidienne du patient (Témoignage 1).

Ce témoignage montre que le choix de cette carrière s'inscrit dans une logique de vocation qui dépasse le seul but d'occuper un emploi. C'est dans cette perspective que Charles et Rateau (2017, p.62) soutiennent que devenir infirmière dépasse l'idée de la simple exécution de tâches pour embrasser une mission plus large de soutien communautaire et de développement humain. Néanmoins, elles reconnaissent que souvent de nombreux individus se sont dirigés vers cette carrière dans des conditions difficiles et avec des ressources limitées. En Haïti, bien que les besoins en santé soient considérables, cette transition de la vocation est souvent marquée par de nombreux défis (Charles et Rateau, 2017). Selon les témoignages, ces défis qui peuvent mettre à rude épreuve l'idée même de la vocation sont classés en trois catégories :

Tout d'abord, la charge de travail : Les témoignages montrent que la charge de travail constitue un défi fondamental de la profession infirmière en Haïti. Trop souvent, les infirmières haïtiennes doivent souvent jongler entre plusieurs tâches et gérer des situations stressantes. Comme l'exprime ce témoignage :

> Il m'arrivait de gérer plusieurs patients à la fois, coordonnant les soins tout en restant attentive à chaque détail de leur état de santé. Je me rappelle les jours où l'hôpital était submergé. Les patients arrivaient en vagues continues, souvent après des accidents, parfois après des violences des gangs. Je devais faire preuve de patience,

> mais aussi de rapidité. J'apprenais à hiérarchiser les soins, à décider quelle situation exigeait une intervention immédiate et quelle autre pouvait attendre quelques minutes. J'étais parfois seule à devoir prendre cette décision pendant que les autres collègues s'occupaient d'autres urgences (Témoignages 2).

Julien et Jean-Baptiste (2017) analysant l'évolution de la pratique infirmière en Haïti découvrent que les infirmières, qui constituent l'épine dorsale du système de santé, évoluent dans un contexte difficile.

Ensuite, le manque de reconnaissance : Malgré leur rôle dans le système de santé haïtien, les infirmières ne reçoivent pas toujours la reconnaissance qu'elles méritent. Ces propos sont illustrés à travers les témoignages suivants :

> Chaque jour, je travaillais de longues heures et accompagnais les patients dans leurs soins. Dans ma pratique, je suivais les prescriptions médicales, mais je prenais également des décisions pour assurer le bien-être des malades. Mes activités se déroulaient sous le regard de l'administration et de la société, sans que mon rôle soit toujours formellement reconnu (Témoignages 3).

Comme le souligne Charles (2017), la valorisation du rôle de l'infirmière dans un système de santé détermine le degré d'importance accordé à la santé d'une population par un pays comme mesure du degré d'humanité d'une société. Dans un article publié en 2017 « plaidoyer pour un ordre infirmier haïtien », elle soutient que la création d'un ordre professionnel peut contribuer à la valorisation de la pratique infirmière en Haïti. L'absence d'un cadre légal encadrant l'exercice de la profession a occasionné à des personnes non qualifiées d'exercer la profession. La création d'un ordre professionnel serait perçue comme un « gage de services de qualité pour la population » (Tremblay, 2017 ; p.33) et de renforcement de la compétence des praticiens. Une telle démarche est importante pour élever le statut de la profession, garantir des standards de pratique élevés et reconnaître pleinement l'expertise des infirmières.

Et enfin, en plus des études qui sont dures, la réussite de l'examen d'État du MSPP et l'obtention de la licence infirmière, l'exercice de la profession infirmière en Haïti est un processus complexe, jalonné d'obstacles. Les témoignages ont souligné que l'exercice de

cette profession en Haïti se heurte à des difficultés liées à l'insécurité et à la violence dans le pays. Comme l'exprime clairement ce témoignage :

> Les déplacements étaient fortement limités et les routes bloquées. Les rues étaient presque désertes, à l'exception de personnes armées. Les activités habituelles étaient interrompues et les transports ne fonctionnaient plus (Témoignage 4).

4.1.2 La profession infirmière, un métier aux multiples facettes

Les travaux d'Ulrich (2021) mettent en lumière la complexité du travail de l'infirmière dans les centres hospitaliers, qui dépasse largement la simple fourniture des soins cliniques. Selon cette analyse, le champ d'exercice de l'infirmière ne se limite pas uniquement à évaluer l'état de santé ni à déterminer ou à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et à prodiguer les soins dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain. L'analyse menée dans cette recherche confirme cette lecture et montre que la profession infirmière fait appel à plusieurs dimensions complémentaires qui participent à la fourniture des soins de santé. En effet, le champ d'exercice de la profession infirmière s'articule autour de six grands axes interdépendants : les soins cliniques, la coordination administrative, la gestion logistique, le soutien humain, le mentorat et la gestion des relations familiales. Ces axes s'entrecroisent dans la pratique quotidienne et contribuent à redéfinir au quotidien le travail de l'infirmière comme l'épine dorsale du système de soins.

4.1.2.1 Soins cliniques : le cœur de la profession

Généralement, les soins cliniques constituent le socle visible du travail de l'infirmière dans le système de santé. Toutefois, l'analyse de la pratique infirmière montre que cette dimension ne peut être appréhendée de manière isolée. L'intervention infirmière s'inscrit dans un cadre élargi, où les décisions sont souvent ajustées en fonction de contraintes organisationnelles et humaines. Ainsi, les soins ne se limitent pas à l'exécution de gestes techniques, mais prennent en compte la capacité d'analyse de l'infirmière, son adaptation et son jugement professionnel. C'est en ce sens que Ulrich (2021 ; p1) soutient d'ailleurs que « les soins et les interventions infirmières ont un impact indéniable sur les résultats de santé

des patients ». La pratique infirmière repose, donc, à la fois sur la mise en pratique des procédures cliniques, le contrôle de l'état de santé du patient et le suivi des cas nécessitant des expertises plus approfondies. Par ailleurs, les enjeux de qualité des soins et de sécurité des patients restent une préoccupation centrale de toutes les organisations de santé. La centralité des soins cliniques se décrit clairement dans les témoignages recueillis :

> J'ai vécu aussi des situations particulièrement éprouvantes. Je me souviens d'un soir où plusieurs patients graves sont arrivés en même temps, et le personnel était insuffisant. J'ai senti que mon cœur battait à toute vitesse, mais j'ai dû me concentrer sur ce que je pouvais contrôler. Je notais chaque changement dans l'état de santé des patients, j'informais les médecins et j'ajustais les soins en conséquence (Témoignage 5).

D'autres témoignages soulignent le suivi continu et la prévention dans la fourniture des soins, surtout dans des contextes marqués par des contraintes importantes, comme c'est le cas dans le système de santé haïtien. En effet,

> J'apprenais à hiérarchiser les soins, à décider quelle situation exigeait une intervention immédiate et quelle autre pouvait attendre quelques minutes (Témoignages 6).

Mentec et al. (2023) mettent en lumière la responsabilité comme une dimension structurante de cette pratique. Selon eux, celle-ci repose de plus en plus sur la collaboration entre plusieurs professionnels du système de santé. Chaque intervention s'inscrit dans un parcours mobilisant différents professionnels, différentes structures, différentes filières et différentes ressources. Ces organisations humaines complexes, bien qu'essentielles à la qualité des soins, sont parfois source de risques et de décisions erronées (Mentec et al., 2023). Dans ce contexte,

> Je faisais très attention aux soins que je donnais, parce que la moindre erreur peut avoir des conséquences graves. Même quand les conditions de travail sont difficiles, je reste vigilante sur l'hygiène, les médicaments et la surveillance des patients (Témoignage 7).

Cependant, bien que ces enjeux relèvent souvent de la compétence des directions des soins infirmiers, néanmoins cela n'enlève pas la responsabilité de l'infirmière dans sa

pratique au quotidien sur le plan éthique. Toutefois, la responsabilité clinique s'appuie sur les exigences professionnelles et les réalités organisationnelles. Les propos suivants confirment ces exigences dans la pratique des soins :

> En dehors des soins infirmiers, une grande partie de mon temps était réservée à l'attente. Attendre un médecin disponible, attendre un résultat, attendre qu'un équipement fonctionne, attendre qu'un proche revienne avec un médicament acheté à l'extérieur (Témoignage 8).

4.1.2.2 Coordination administrative

Au-delà des soins directs, la coordination administrative est une notion clé qui permet à l'infirmière de naviguer dans le système de santé de façon adéquate. En effet, Karam et al. (2025) soutiennent qu'elle est une fonction cruciale dans le domaine de la santé, nécessitant une formation adéquate pour les infirmières qui en sont responsables. De nos jours, les infirmières sont souvent amenées à prendre des décisions concernant l'allocation des ressources. Ces décisions sont susceptibles d'affecter la capacité du système de santé à fournir des soins de qualité. Dans le cadre de ce travail, la coordination administrative a lieu d'abord dans l'organisation quotidienne des dossiers et dans le partage de l'information au sein des services. À cet égard, les témoignages décrivent le travail administratif nécessaire à la préparation et au suivi des soins de la manière suivante :

> Chaque matin, je commençais par vérifier les dossiers médicaux, remplir les formulaires nécessaires et coordonner avec les secrétaires médicales pour planifier les consultations et les examens (Témoignage 9).

Comme souligné plus haut, l'infirmière se trouve directement impliquée dans la gestion dans la gestion et la réallocation des ressources disponibles, surtout en contexte de pénurie. Cette dimension administrative de la gestion des ressources est essentielle et peut compromettre sous certaines formes la qualité des soins :

> Lorsque certains équipements ou médicaments manquaient, il fallait improviser, réorganiser les priorités et réaffecter les ressources de manière qu'aucun patient ne soit laissé sans soins (Témoignage 10).

Dans cette équation, il faut aussi tenir compte des acteurs du système de santé. L'infirmière agit ainsi comme agente de liaison entre les différents professionnels afin d'organiser les soins et de répondre aux imprévus :

> Je collaborais avec les autres infirmières, les médecins, les techniciens et les membres du personnel administratif pour organiser les soins et répondre aux imprévus » (Témoignage 11).

4.1.2.3 Gestion logistique

La logistique dans le secteur des soins de la santé est un sujet d'actualité en raison de la pression accrue à laquelle font face les fournisseurs de services de santé. Pour mieux gérer les activités et en réduire les coûts afin de répondre aux besoins de la population en demande de soins, divers mécanismes devraient être mis en place afin d'obtenir le résultat escompté. Dans le cadre de ce travail, la logistique apparaît comme une composante fondamentale du travail infirmier et regroupe plusieurs éléments, tels que l'organisation des soins, la vérification des ressources et la coordination des activités quotidiennes. Elle débute dès le début du service et implique une planification rigoureuse afin d'assurer la continuité des soins. Comme l'indique un témoignage :

> Chaque matin, il fallait préparer les salles, vérifier les stocks, accueillir les patients et coordonner avec mes collègues pour les soins (Témoignage 12).

Cette dimension exige de la part de l'infirmière une capacité d'anticipation des besoins et de planification des activités de la journée de service et de celle qui vient après. De ce fait, elle doit évaluer l'état des équipements et des ressources disponibles afin de s'assurer que tout est conforme afin de prodiguer des soins dans des conditions favorables et sécuritaires. Comme l'indique ce témoignage :

> Je vérifiais l'état de la salle où je devais recevoir mes patients. Je vérifiais également les stocks disponibles ainsi que les ressources sur lesquelles je devais compter pour prodiguer les soins (Témoignage 13).

Ces témoignages illustrent le rôle stratégique de la logistique dans le milieu hospitalier. C'est en ce sens que Costin (2010) affirme que la logistique hospitalière est un outil de management. Elle s'inscrit, en effet, dans la dynamique de la recherche de la performance globale où les activités sont organisées et structurées dans le but de la satisfaction des patients en termes de qualité, de quantité, de délai, de sécurité et au moindre coût. Le travail de l'infirmière ne se résume pas uniquement à la fourniture de soins de santé, elle assure une coordination qui concourt au bon fonctionnement de l'établissement de santé. Dans cette perspective, Acker (2005) parle de reconfiguration du travail infirmier à l'hôpital. Selon l'auteur, la logistique, étant une fonction clé de la pratique infirmière, cela requiert de la part de l'infirmière une formation adéquate afin de pouvoir gérer efficacement les ressources et les activités. Ainsi, la gestion logistique apparaît comme un pivot de l'organisation hospitalière, où planification, anticipation et coordination se conjuguent pour garantir la continuité des soins et la sécurité des patients.

4.1.2.4 Le mentorat

Selon McDonald (2024), le mentorat joue un rôle essentiel dans la profession infirmière ; il facilite les transitions professionnelles, accroît la satisfaction au travail, améliore les soins aux patients et réduit le roulement de personnel. Ce rôle dans le travail infirmier ne se limite pas à la transmission de connaissances théoriques, mais inclut une dimension d'accompagnement dans laquelle le réseau offre des ressources et un soutien qui aide l'infirmière novice ou l'étudiante de dernière année en sciences infirmières à avoir une carrière plus satisfaisante et plus fructueuse, à cultiver leur estime de soi et leur identité professionnelle, à se perfectionner et à étendre leur réseau professionnel. Ce témoignage illustre parfaitement ce rôle de mentorat tel que décrit par McDonald (2024) :

> J'étais un point de référence pour les stagiaires et les nouvelles recrues. Je les guidais, leur expliquais les procédures et veillais à ce qu'ils respectent les protocoles » (Témoignage 14).

Par ailleurs Tourigny et al. (2010) expliquent assez clairement les bienfaits de l'accompagnement dans la phase de transition, soit de la théorie à la pratique. En effet, la

transmission de compétences pratiques et organisationnelles aide les nouvelles recrues à développer la confiance en soi et la résilience. Comme le souligne ce témoignage :

> J'ai aussi passé des heures à former et accompagner les nouvelles recrues et les stagiaires. Je leur montrais comment organiser les soins et comment rester calme en cas d'urgence (Témoignage 15).

Une telle démarche rejoint les observations de Daladi et Linda (2024) qui expliquent que le mentorat constitue un pilier de la construction de leur identité professionnelle, qui favorise non seulement l'apprentissage des pratiques cliniques, mais contribue aussi à la socialisation professionnelle et à la consolidation des compétences décisionnelles. De plus, Blanchette (2017) souligne que la relation de mentorat crée un environnement sécurisant où le mentor guide, conseille et soutient le développement professionnel, tout en renforçant la culture de la pratique sécuritaire au sein de l'équipe. Le mentorat participe également à la continuité des pratiques professionnelles et au maintien d'un environnement de travail collaboratif.

4.1.2.5 La relation de l'infirmière avec les familles

Le rôle de l'infirmière auprès des membres ou des proches de la personne soignée est fondamental dans la fourniture de soins. Ce rôle est unique et précieux, car l'infirmière est la personne idéale pour informer les proches de l'évolution du malade. Donc, la communication, qu'elle soit verbale, non verbale ou écrite, est un aspect incontournable de la profession d'infirmière. C'est dans ce contexte que Garrigue Huet et al. (2016) soutiennent que la communication fait partie intégrante du soin. En étant en première ligne, l'infirmière joue ainsi un rôle de personne de liaison entre les proches et le reste de l'équipe soignante qui pratique les soins. Ce témoignage illustre la portée de la communication avec les proches:

> Pour les patients en sortie, je fournissais des instructions détaillées à leurs familles et veillais à ce qu'ils aient accès aux médicaments nécessaires pour poursuivre leur traitement à domicile. Les familles étaient souvent inquiètes, parfois en colère. Je devais trouver les mots justes, les rassurer et leur expliquer les soins. (Témoignage 16).

Cette liaison permet aux familles des patients d'avoir une expérience positive, car ils gardent ce lien familial qui est important pour eux, surtout dans les moments graves, et ils peuvent voir tous les efforts que le personnel soignant fait pour sauver la vie de leur semblable (Condon et Madden, 2007). Au-delà de la gestion des émotions, les infirmières assurent également la continuité des soins en accompagnant les familles dans la prise en charge post-hospitalière. Elles fournissent des instructions détaillées sur les traitements, les médicaments et les mesures de suivi, contribuant ainsi à la sécurité et à l'efficacité des soins à domicile :

> Pour les patients en sortie, je fournissais des instructions détaillées à leurs familles et veillais à ce qu'ils aient accès aux médicaments nécessaires (Témoignage 17).

Ces propos rejoignent les observations de Thomas et al. (2022) qui soulignent l'importance des stratégies de communication favorables à l'inclusion des proches lors de situations d'urgence vitale. Selon eux, l'implication des familles dans le processus de soins est un facteur déterminant de l'adhésion aux traitements et de la satisfaction globale des patients. De même, Garrigue Huet et al. (2016) soulignent que la capacité des infirmières à établir une communication empathique et claire avec les proches contribue à réduire le stress familial et à renforcer la confiance envers le système de santé. La relation avec les familles apparaît comme une compétence stratégique du travail infirmier, qui combine médiation, communication et accompagnement, tout en participant directement à la qualité et à la continuité des soins.

4.1.3 La gestion du flux des patients au service d'urgence

Selon Jlassi (2009), la gestion des flux des patients au niveau des urgences est l'un des plus grands défis auxquels font face les directions hospitalières. Elle est, en effet, un indicateur qui sert à mesurer la performance d'un hôpital, car, comparé aux autres services, l'arrivée aléatoire des patients est une particularité. En cette période, la charge de travail augmente toujours, puisque la prise en charge du patient n'a pas été programmée. L'enjeu majeur, dans cette situation, est souvent la mobilisation de personnel adéquat et le niveau de

compétences de l'équipe en place. Par ailleurs, cette situation est d'autant plus problématique dans un système de santé où les moyens sont en manque. Ce témoignage met en évidence le défi majeur pour l'infirmière en place.

> Les urgences arrivaient sans prévenir : blessures par accident, maladies chroniques, infections sévères. Le matériel manquait souvent, et il fallait improviser pour prodiguer les soins essentiels. Je me souviens d'un jour où un patient est arrivé avec une plaie profonde à la jambe, et nous manquions de pansements stériles. Nous avons dû improviser avec ce que nous avions sous la main, en stérilisant du matériel à la main et en utilisant des solutions de fortune (Témoignage 18).

Si, dans certains cas, cela pouvait constituer un facteur de découragement pour le professionnel de la santé, dans ce travail, l'infirmière a fait preuve de courage et de professionnalisme. Elle a utilisé cette faiblesse du système de santé comme moyen pour se renforcer.

> Chaque geste demandait une grande concentration, d'intelligence et beaucoup de patience. Ces expériences m'ont appris à observer, anticiper et collaborer étroitement avec mes collègues pour que chaque patient reçoive les soins nécessaires (Témoignage 19).

Ce processus appelé « triage » soutient Roy et al. (2002) dans la gestion des urgences, consiste à déterminer à la phase initiale de la prise en charge d'un patient, la filière adaptée à son état en termes de délai et de type de soins. Toutefois, l'utilité réelle du triage dans un service d'urgence dépend des capacités des équipes à s'approprier l'échelle, à intégrer la priorité dans l'organisation des filières de soins et à mettre en place des procédures d'évaluation (Jlassi, 2009). Cependant, la gravité de la situation est le critère qui va déterminer si un patient est admissible aux urgences ou pas. Si le cas en présence ne requiert pas l'urgence, le patient sera envoyé sur les consultations de médecine générale. Dans ce contexte, cela exige aux infirmières une grande capacité afin d'évaluer rapidement les patients nécessitant des soins immédiats pour une prise en charge prioritaire. Comme le souligne ce témoignage :

> Devant l'hôpital, une longue file de patients se formait chaque jour. Avec le personnel médical disponible, je mettais en place un système de triage afin de

> déterminer les personnes qui seraient prises en charge très rapidement. Les personnes dont les besoins étaient moins urgents étaient priées de revenir un autre jour (Témoignage 20).

Ce témoignage rejoint les propos de Roy et al. (2002) qui affirment que le triage est une compétence stratégique des infirmières dans les services d'urgence. Cette compétence est essentielle pour aider à réduire le délai d'attente et d'améliorer la sécurité des patients.

4.1.3.1 Réorganiser la priorité des soins

La réorganisation des priorités de soins est une étape essentielle du travail de l'infirmière. De la gestion du temps à la disponibilité des équipements de travail, l'infirmière peut s'attendre à des questions portant sur les actions prioritaires à entreprendre en premier lieu. Dans cette perspective, lorsque les médicaments ou équipements deviennent indisponibles, l'infirmière doit reconfigurer le fonctionnement du service. Ce témoignage illustre parfaitement la réalité quotidienne :

> Je me souviens d'un jour où un patient est arrivé avec une plaie profonde à la jambe, et nous manquons de pansements stériles. Nous avons dû improviser avec ce que nous avions sous la main, en stérilisant du matériel à la main et en utilisant des solutions de fortune (Témoignage 21).

Cette capacité suppose une lecture globale de la situation clinique, intégrant simultanément l'état des patients, les ressources disponibles et les contraintes temporelles. La créativité devient ici une compétence décisionnelle (Saint-Germes, 2024).

4.1.3.2 Quand le manque de ressource devient source de créativité

Selon Vinit (2015), l'occident associe souvent les soins de santé et le savoir scientifique. Pourtant, l'acte de soigner relève davantage de l'art que d'une application mécanique du savoir scientifique. L'auteure admet que le paradigme scientifique repose sur des méthodes rigoureuses fondées sur des procédures, des résultats mesurables et la neutralité du chercheur, ce qui semble à première vue laisser peu de place à la créativité. En revanche, l'histoire des sciences montre que l'imagination joue un rôle essentiel dans la production des

connaissances. Plusieurs grands scientifiques ont nourri leurs découvertes par des formes de pensée créative et intuitive : Einstein utilisait des expériences mentales imaginaires pour développer ses théories, tandis que Poincaré soulignait que ses idées majeures surgissent souvent sous forme d'intuitions soudaines plutôt que par un raisonnement strictement logique.

Les résultats de la recherche montrent que la créativité dans les pratiques de soins ne relève pas uniquement d'une disposition individuelle ou artistique, mais s'inscrit profondément dans les contraintes matérielles et organisationnelles du travail hospitalier. Loin d'être un supplément facultatif, elle apparaît comme une compétence pratique mobilisée quotidiennement lorsque les ressources disponibles deviennent insuffisantes pour répondre aux besoins des patients. La créativité suppose, donc, une capacité à établir des liens nouveaux face à une situation donnée ; or, les témoignages montrent que cette capacité devient indispensable dans des contextes de rareté de ressources. Nous avons mis en relief deux paramètres relatifs au manque de ressources comme source de créativité : le manque de matériels et le don du soin sans ressource technique.

a) *LE MANQUE DE MATÉRIELS*

Le manque de matériels médical oblige souvent l'infirmière à développer des solutions alternatives afin d'assurer la continuité des soins. En effet, ce témoignage décrit ainsi une situation où l'absence de pansements stériles a nécessité une adaptation immédiate :

> Le matériel manquait souvent, et il fallait improviser pour prodiguer les soins essentiels… nous manquions de pansements stériles. Nous avons dû improviser avec ce que nous avions sous la main, en stérilisant du matériel à la main et en utilisant des solutions de fortune (Témoignage 22).

Ces propos traduisent que le rôle de l'infirmière ne se résume pas uniquement à appliquer un protocole, mais devient gestionnaire et créatrice de solutions techniques adaptées au contexte. Cette dynamique rejoint la conception de la créativité développée par Honoré (2003), pour qui la créativité émerge lorsque l'individu demeure ouvert à

l'expérience et capable d'établir des liens nouveaux face à une situation imprévue. Ici, l'absence de matériel agit comme un déclencheur d'une pensée divergente : plusieurs solutions possibles doivent être envisagées pour atteindre un même objectif thérapeutique. Cette approche rejoint celle de Vinit (2015), qui soutient que la réalité du soin ne peut être entièrement prédéterminée par des procédures standardisées, car la pratique confronte constamment le soignant à l'incertitude.

b) *LE DON DU SOIN SANS RESSOURCES TECHNIQUES*

Les témoignages montrent également que lorsque les ressources biomédicales sont limitées, les infirmières mobilisent la relation humaine comme ressource thérapeutique :

> Parfois, je devais improviser des jeux simples pour distraire un enfant qui était hospitalisé, ou trouver des mots pour apaiser des adultes angoissés. J'apprenais à observer non seulement les symptômes, mais aussi les réactions émotionnelles et psychologiques, car elles influencent le rétablissement des patients (Témoignage 23).

La créativité devient alors émotionnelle et relationnelle. Elle vise à réduire la souffrance psychologique lorsque les moyens techniques sont insuffisants. Par ailleurs, la rareté des médicaments constitue un défi majeur dans les services de soins. Cette réalité à l'infirmière en services de réorganiser les priorités en adaptant les pratiques pour assurer la continuité et la sécurité des soins :

> Les médicaments dont j'aurais besoin pour soigner les malades étaient à peine disponibles au sein de l'hôpital (Témoignage 24).

La gestion de la rareté des médicaments apparaît comme une dimension critique du rôle infirmier comparativement à l'efficacité des soins dans un contexte de ressources limitées. La panne d'électricité représente une contrainte majeure dans les établissements de santé. Les infirmières sont alors confrontées à la nécessité de s'adapter rapidement aux limitations techniques et aux interruptions de services essentiels. Un témoignage illustre cette situation :

> Le besoin urgent de carburant pour faire fonctionner les générateurs m'a souvent forcé à rentrer chez moi parce que certains services ne pouvaient pas fonctionner. Lorsque le carburant manquait, certains services étaient limités, et il fallait trouver des solutions temporaires (Témoignage 25).

Cette contrainte impose aux équipes infirmières sur place des solutions temporaires et d'ajuster les activités en fonction des ressources disponibles. Comme le rapporte ce témoignage :

> Je me rappelle un jour où j'ai tenté de sauver la vie d'un garçon souffrant d'une grave crise d'asthme en lui donnant de l'oxygène. Cela n'a pas fonctionné, pas plus qu'un autre type de médicament. J'ai finalement utilisé de l'adrénaline. J'improvise souvent dans ces situations afin de faire de mon mieux pour soigner mes patients (Témoignage 26).

Ainsi, loin d'opposer science et créativité, les résultats montrent que la pratique du soin articule entre rigueur scientifique et invention pratique. Le manque de ressources ne réduit pas l'action soignante, au contraire, il transforme le soin en espace d'invention quotidienne où se manifeste pleinement la dimension humaine du métier d'infirmière.

4.2 DISCUSSION

Cette section s'appuie sur le questionnement entourant la gestion des différentes ressources pour les infirmières haïtiennes. Les deux extraits de témoignage de la chercheuse, appuyés par différentes revues scientifiques, nous ont fait découvrir une dimension peu visible de la pratique infirmière : le travail de gestion quotidienne dans les milieux de soin. Dans un système de santé haïtien caractérisé par la rareté des ressources humaines, financières et matérielles, cette fonction apparaît essentielle au fonctionnement du système de soins. Le travail infirmier dépasse ainsi largement la seule fonction de prestations de soins cliniques, pour intégrer un ensemble de responsabilités liées à la coordination administrative, la gestion logistique, le soutien aux patients, le mentorat de stagiaires ou de nouveaux recrûs et l'interaction avec les familles des personnes malades. La pratique infirmière revêt ainsi d'un caractère multidimensionnel nécessaire à la continuité, à la qualité et à la réduction des coûts. Toutefois, le prolongement de l'analyse révèle un écart significatif entre les normes de

gestion des ressources, telles que mobilisées dans la littérature, et les pratiques observées dans le milieu hospitalier en Haïti. Alors que la gestion des ressources, ou « Resource Stewardship » renvoie à une utilisation optimale et rationnelle des ressources avec efficience, les résultats de la recherche montrent que dans le contexte haïtien, cette gestion ne relève pas d'une recherche d'efficience au sens classique, mais d'une logique de survie face à la rareté. Les infirmières sont donc contraintes d'improviser, de réorganiser les priorités et de s'adapter pour qu'aucun patient ne soit laissé sans soins. Ce travail, qualifié d'invisible » (Nanaste, 2017), place l'infirmière au cœur de la gestion des ressources compensant les carences du système de santé haïtien. L'analyse du facteur humain comme pilier de tout système de santé dans le monde est donc vérifiée dans cette étude en montrant que les infirmières constituent l'épine dorsale du système de santé haïtien. Pourtant, une tension majeure apparaît entre la vision théorique et la réalité : alors que les normes de l'OMS recommandent une infirmière pour 300 habitants, Haïti n'en compte que 1,8 pour 10 000 habitants. Cette situation entraîne une surcharge de travail considérable pour les infirmières. De plus, les résultats obtenus montrent que les infirmières s'engagent par « vocation », un appel intérieur à aider autrui qui dépasse le simple emploi. Toutefois, ce dévouement se heurte à un manque de reconnaissance formelle et à l'absence d'un ordre professionnel, ce qui fragilise leur statut et leur identité professionnelle. En d'autres termes, le choix de devenir infirmière ne se réduit pas à une logique d'emploi, mais s'inscrit dans un cadre plus large de travail comme service à la communauté ou d'intérêt collectif. Les deux extraits de témoignage décrivent le travail infirmier comme une marque de responsabilité orientée vers l'accompagnement d'une population vulnérable en matière de soins. Cette conception renvoie à l'idée selon laquelle la vocation peut être entendue comme un engagement éthique et moral envers d'autrui. Ce résultat rejoint les analyses de Favetta et Feuillebois-Martinez (2011) qui rappellent que la profession infirmière s'est construite historiquement autour d'une mission de service.

Toutefois, dans le contexte haïtien, cette dimension vocationnelle prend une signification particulière. La rareté des ressources devrait théoriquement constituer un facteur de démotivation pour les professionnelles des soins infirmiers. Mais en réalité, ce n'est pas le cas. En dépit des contraintes structurelles, les infirmières exercent leur métier avec un fort

sentiment de responsabilité et de dévouement. Un tel résultat vient nuancer la littérature existante qui analyse la vocation comme un facteur de motivation initiale. De plus, dans certaines sociétés dites traditionnelles, le choix de devenir infirmière ne relevait pas d'un choix individuel autonome, mais s'inscrivait dans des logiques de prédétermination et symbolique. À titre d'exemple, chez les Indiens Zunis, la naissance d'un enfant présentant une partie du placenta recouvrant le visage était interprétée comme un signe de prédestination à l'exercice du rôle de soignant (Henley et Moss, 2007). Dans cette étude, la vocation apparaît plutôt comme un besoin ressenti de répondre aux besoins d'une population vulnérable en matière de soins de santé. Bélanger (2013, p.30) parle d'appel ressenti pour participer aux efforts des acteurs du système de santé appelé dans l'objectif de maintenir l'engagement professionnel en dépit d'un environnement de travail contraignant. Cependant, Labouesse et Van Laethem (2016) soutiennent que les conditions de travail précaires associées au manque chronique de ressources peuvent entraîner une charge émotionnelle qui 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. Dans cette perspective, le travail infirmier ne saurait être réduit à une simple question de vocation. Le travail infirmier mobilise simultanément plusieurs types de compétences à la fois techniques, relationnelles, organisationnelles et émotionnelles, nécessaires pour faire face à des contextes d'intervention marqués par l'incertitude et la contrainte.

Au-delà de la prestation de soins cliniques, l'infirmière participe à la coordination des services, à l'organisation des activités hospitalières et à la gestion des relations avec les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients. C'est en ce sens que Ulrich (2021) soutient que la profession infirmière repose sur la combinaison de compétences techniques, relationnelles et organisationnelles. Par ailleurs, la mobilisation de ces compétences requiert également de la part de l'infirmière une bonne capacité d'analyse et de jugement qui lui permet d'adapter ses interventions dans un environnement de travail souvent imprévisible. Toutefois, au cœur de la gestion des ressources se trouve la coordination qui exige de la part de l'infirmière d'assurer non seulement le suivi des patients, mais également la circulation des informations entre collègues. Cette fonction de médiation soutient Hudon

et al. (2009) représentent un grand défi pour le personnel infirmier, particulièrement dans un contexte où les ressources sont limitées.

En ce qui concerne les ressources matérielles, la recherche met en évidence une dynamique paradoxale où la rareté devient un vecteur de créativité professionnelle. Contrairement aux postulats théoriques qui associent la qualité des soins à la disponibilité des équipements, les infirmières développent, dans la pratique, des formes de créativité technique et clinique pour pallier les manques. Cette capacité d'adaptation se traduit notamment par l'élaboration de solutions alternatives et par l'optimisation des moyens disponibles. Par ailleurs, en l'absence de ressources biomédicales suffisantes, la relation humaine et la communication émergent comme des ressources essentielles du soin, mobilisées pour répondre aux besoins psychosociaux des patients. De plus, les résultats montrent que les fonctions de coordination et de logistique, souvent distinguées des activités cliniques dans les modèles théoriques de gestion hospitalière, sont en réalité profondément imbriquées dans la pratique infirmière. Les infirmières assument simultanément des rôles de coordination administrative, en assurant la circulation de l'information entre les différents acteurs du système de soins, et de gestion logistique, en anticipant les besoins matériels et organisationnels dans un environnement instable. Cette polyvalence témoigne d'une extension du rôle infirmier bien au-delà des tâches cliniques traditionnelles.

En définitive, cette recherche confirme la pertinence d'une approche systémique de la gestion des ressources en milieu hospitalier, en soulignant l'interdépendance des dimensions humaines, matérielles et organisationnelles. Toutefois, elle met également en lumière les limites structurelles du système de santé haïtien, marquées par un déficit de gouvernance et un désengagement institutionnel. Dans ce contexte, les infirmières apparaissent comme des actrices clés qui, par une pratique multidimensionnelle combinant compétences cliniques, organisationnelles et adaptatives, parviennent à maintenir la continuité des soins. Cette réalité traduit l'existence d'une éthique de la responsabilité, inscrite au cœur d'un environnement de travail contraint et incertain. Le tableau ci-dessous synthétise les principaux facteurs structurant la fonction de gestion pour les infirmières. Il met en lumière la convergence entre

les apports de la littérature et les résultats empiriques. Il illustre notamment que, au-delà de la seule dimension vocationnelle, le travail infirmier repose sur un ensemble de compétences transversales organisationnelles, relationnelles, cliniques et stratégiques mobilisées de manière continue pour assurer la qualité et la continuité des soins.

Tableau 2 Illustration des résultats de synthèse des différents points pertinents et des leçons apprises de la fonction de gestion de l'infirmière dans le milieu hospitalier

No	Facteurs	Concordance des écrits scientifiques	Résultats et leçons apprises
1	Gestion des ressources	La gestion efficace des ressources humaines est essentielle pour assurer la continuité et la qualité des soins dans les établissements hospitaliers.	Les résultats montrent que les infirmières jouent un rôle important dans la coordination du travail de l'équipe et dans la répartition des tâches. Leçon apprise : une bonne organisation du personnel permet d'améliorer l'efficacité des soins et de réduire la surcharge de travail.
2	Gestion des ressources matérielles	Les études indiquent que la disponibilité et l'utilisation optimale du matériel médical influencent directement la qualité des soins.	Les témoignages révèlent que les infirmières doivent souvent gérer des situations de pénurie de matériel. Leçon apprise : la capacité d'optimiser et d'adapter l'utilisation des ressources disponibles devient une compétence essentielle du rôle infirmier.
3	Communication professionnelle	La communication est reconnue comme un facteur clé de coordination entre les membres de l'équipe de soins.	Les résultats montrent que les échanges entre collègues facilitent la gestion des situations complexes. Leçon apprise : renforcer les mécanismes de communication améliore la collaboration et la prise de décision clinique.

4	Travail d'équipe	La littérature insiste sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux hospitaliers.	Les infirmières s'appuient sur leurs collègues pour gérer les urgences et partager les responsabilités. Leçon apprise : la coopération au sein de l'équipe constitue un levier essentiel pour assurer la continuité des soins.
5	Leadership infirmier	Plusieurs travaux démontrent que le leadership infirmier contribue à l'efficacité organisationnelle et à la qualité des services.	Les résultats montrent que certaines infirmières assument un rôle de coordination dans les situations critiques. Leçon apprise : le développement des compétences en leadership est nécessaire pour améliorer la gestion des soins.
6	Gestion des priorités cliniques	La capacité à prioriser les interventions est essentielle dans les environnements de soins à forte demande.	Les infirmières doivent constamment hiérarchiser les cas selon leur gravité. Leçon apprise : la gestion des priorités permet d'assurer une meilleure organisation des soins malgré les contraintes du contexte.
7	Adaptation aux contraintes organisationnelles	La littérature souligne que les professionnels de santé doivent développer des stratégies d'adaptation face aux contraintes du système de santé.	Les résultats montrent que les infirmières développent des solutions pratiques pour faire face aux limitations du milieu hospitalier. Leçon apprise : la capacité d'adaptation constitue un mécanisme central dans la gestion quotidienne des soins.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire étudie la gestion des ressources pour les infirmières haïtiennes en milieu hospitalier, qui est marqué par la rareté des ressources. L'objectif fondamental était de mieux comprendre la manière dont les infirmières haïtiennes parviennent à assurer l'organisation et la continuité des soins malgré des contraintes financières, humaines et matérielles. La mobilisation de l'autopraxéographie comme approche méthodologique m'a permis de transformer mes expériences de terrain en savoirs théoriques, offrant une meilleure compréhension du système de santé haïtien.

Les résultats de cette recherche ont mis en lumière la nature multidimensionnelle de la pratique infirmière en Haïti, qui dépasse la seule fonction de prestations de soins cliniques. L'analyse a montré que les infirmières exercent un ensemble de fonctions de gestion qui regroupent la coordination administrative, la gestion logistique, le mentorat et surtout l'anticipation des besoins de matériels afin de garantir la continuité des soins. Ces fonctions, bien que souvent méconnues, représentent le socle fondamental permettant aux hôpitaux de fonctionner malgré le manque de personnel. Donc, l'un des apports majeurs de ce travail est que la carence ou la rareté dans les milieux de soin en Haïti constituent un moyen de créativité professionnelle. Pour pallier le manque de médicaments, de matériels de travail ou d'absence d'électricité, les infirmières ont su développer des stratégies d'adaptation et de solutions innovantes pour répondre à leurs obligations professionnelles. Ce travail invisible de gestion qui entoure les pratiques infirmières, particulièrement dans un système de santé à ressource limitée, est souvent méconnu.

Par ailleurs, l'analyse souligne le rôle déterminant de la vocation dans le maintien de l'engagement des infirmières. En dépit de la charge de travail, de conditions de travail difficiles et d'une méconnaissance de la contribution des infirmières dans le système de santé, les infirmières se montrent très dévouées à une cause, venir en aide à une population qui se trouve dans le besoin. Cependant, ce dévouement se heurte à l'absence d'un ordre professionnel infirmier en Haïti, ce qui fragilise l'identité de la profession et limite son développement.

Toutefois, je reconnais que ce travail comporte certaines limites. Le choix de la méthodologie, fondé essentiellement sur une approche autopraxéographique, ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des infirmières haïtiennes. Par ailleurs, l'absence de croisements du vécu d'autres professionnelles infirmières pourraient avoir restreint la portée des analyses. De plus, la subjectivité de la chercheuse et les incertitudes liées à la reconstruction mémorielle du passé constituent également une limite méthodologique qu'il convient de reconnaître. Bien que ces limites aient été atténuées par la littérature scientifique, elles invitent à poursuivre la réflexion sur d'autres terrains similaires. Pour approfondir cette problématique, il serait pertinent, dans le cadre de recherches futures, de considérer l'expérience d'autres professionnels de différents niveaux dans la pyramide de soins (médecins, infirmiers, auxiliaire) et d'explorer leurs pratiques de gestion en milieu hospitalier. En définitive, ce mémoire contribue à une meilleure compréhension de la pratique infirmière en milieu hospitalier. Il ouvre la voie à de nouvelles réflexions sur l'optimisation de la gestion des ressources dans les systèmes de santé à ressources limitées, La valorisation de la profession infirmière, à travers un meilleur encadrement institutionnel et une reconnaissance de son expertise organisationnelle, apparaît désormais comme une condition sine qua non pour l'amélioration durable de l'offre de soins en Haïti.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. *Sciences sociales et santé*, *9*(2), 123-143.

Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, (1), 161-181.

Albert, M. N., et Michaud, N. (2016). From disillusion to the development of professional

Albert, M.-N. (2017). L'autopraxéographie, une méthode pour participer à la compréhension de la complexité de l'entrepreneuriat. Projectics / Proyéctica / Projectique, 16(1), 69-86. https://doi.org/10.3917/proj.016.0069.

Albert, M.N. et al. (2022) L'autopraxéographie, une méthode pour construire des savoirs à partir de son expérience dans une perspective complexe et interdisciplinaire. 2022. Hal-03872314v1

Albert, M.-N. et Lazzari Dodeler, N. (2023). Gérer des personnes dans la complexité : un changement de paradigme. *Revue Interventions économiques / Papers in Political Economy*, (69).

Albert, M.-N. et Michaud, N. (2020). Chapitre 12. Les utilisations de l'autopraxéographie pour le dirigeant-chercheur. Dans Coordonné par S. Frimousse et J. Peretti Produire du savoir et de l'action : Le vade-mecum du dirigeant-chercheur (p. 141-152). EMS Éditions. https://doi.org/10.3917/ems.peret.2020.01.0141.

Albert, M.N., et Cadieux, P. (2017). L'autopraxéographie : Des réflexivités comme moyen de construire du savoir scientifique ou de prendre du recul par rapport à une pratique difficilement vécue. Revue internationale de psychologie et de gestion des comportement organisationnels. Supplement HS, p. 163-175.

American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th ed.). American Nurses Association.

Arauz, Maria Jose, Projet d'expérimentation en santé au travail pour la réduction des troubles musculosquelettiques par une action sur les contraintes organisationnelles et psychosociales du travail - Rapport d'évaluation de l'implantation / autrices - Maria José Arauz [...], Montréal (Québec), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2022, 1 ressource en ligne (xiv, 119 pages), Collections de BAnQ.

Association Des Infirmières Et Infirmiers Du Canada, Association Des Infirmières Et Infirmiers Autorisés De L'Ontario. La fatigue des infirmières et la sécurité des patients. Rapport de recherche. 2010.

Barrier, J., et al. (2015) . Le temps, une dimension indispensable du soin. Dans Georges-Tarragano, C., en collaboration avec Astre, H. et Pierru, F. (dir.), Soigner (l')humain Manifeste pour un juste soin au juste coût. (p. 95 -110). Presses de l'EHESP. https://doi.org/10.3917/ehesp.georg.2015.01.0095.

Beaulieu, M., et al. (2012). La productivité des activités de logistique hospitalière, Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal.

Bélanger, É. (2013). La pratique d'infirmières ayant participé à une mission humanitaire en Haïti suite au séisme de 2010 au sein d'une organisation non-gouvernementale.

Benhaddouch, M. et El Fathaoui, H. (2022). Paradigmes épistémologiques et choix méthodologiques en science de gestion : Revue de littérature. *Revue Française d'Economie et de Gestion*. 3, 5 (juill. 2022).

Berthelier, P. et Lipchitz, A. (2005) . Quel rôle joue l'agriculture dans la croissance et le développement ? *Revue Tiers Monde,* n° 183(3), 603-624. https://doi.org/10.3917/rtm.183.0603.

Blais, F. (2016) . Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire ? Pourquoi est-ce si difficile ? », *Éthique publique* [En ligne], vol. 5, n° 1 | 2003, mis en ligne le 07 avril 2016, consulté le 19 mars 2025. URL :http://journals.openedition.org/éthique publique/2149 ;DOI : https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2149

Blanchette, P. (2017). *Les pratiques évaluatives d'enseignants lors de l'évaluation en cours d'apprentissage d'étudiants en contexte d'enseignement clinique de soins infirmiers: une étude descriptive qualitative* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Chicoutimi).

Boivin J, et al. (2009). Facteurs explicatifs de la non-rétention du personnel infirmier : étude de la situation au Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay-Lac-St-Jean. L'infirmière clinicienne ; 6 (1) : 38-47.

Boivin-Desrochers, C. et Alderson, M. (2014) . Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers,* N° 118(3), 85-96. https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085.

Bonomo C. (2020) « Florence Nightingale (1820/1910). Il y a 100 ans, la première lueur du prendre soin… », *Objectif Soins & Management,* n° 274.

Bousquet, F., et al. (2013). Modélisation d'accompagnement: systèmes multi-agents et gestion des ressources renouvelables. In *Rendre possible* (pp. 147-155). Éditions Quæ.

Charles, L., et Rateau, M. (2017). Bien-être et santé : infirmières haïtiennes du Québec et d'Haïti. Haïti Perspectives, 6(1), 13-62 https://haiti-perspectives.com/media/attachments/2024/12/15/6.1.pdf

Clemens-Carpiaux, A. (2005) . La gestion du soin dans le management hospitalier : Approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France. *Recherche en soins infirmiers,* N° 81(2), 6-20. https://doi.org/10.3917/rsi.081.0006.

Costin, M. (2010). Logistique hospitalière, un outil du management. *Humanisme et Entreprise*, *299*(4), 29-48.

Daladi, E., & Linda, A. A. (2024). Parcours clinique et Identité professionnelle. Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé HES-SO Valais-Wallis – FSI – Module 3889 – SCC/MEP – 2023-2024

Dares (2018). Les inégalités professionnelles entre femmes et hommes. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/les-inegalites-professionnelles-entre-femmes-et-hommes

David, A. (1999, May). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. In Conférence de l'AIMS (pp. 1-23).

Desmet, M., (2015), Vivre la gestion hospitalière, une question spirituelle? Namur : Éditions jésuites "collection soins et spiritualités", p. 13.

Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2) – 2022. Gouvernement du Canada. https://ethique.gc.ca

Er Rays Y. et al. (2022) « La posture épistémologique en science de gestion : quelle revue de littérature ?», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 5 : Numéro 1 » pp : 1 061 – 1 078

Ethier, D. (1995). *Élaboration et mise à l'essai du programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers pour les infirmières nouvellement embauchées au centre hospitalier de Rouyn-Noranda* (Doctoral dissertation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue).

Favetta, V. et Feuillebois-Martinez, B. (2011) Prendre soin et formation infirmière. Recherche en soins infirmiers, no 107 : pp 60 – 75 https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60?lang=fr

Foucault, M. (1988). L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne. *Hermès*, (2), 30-40.

Garrigue Huet, D., Rosenstrauch, C., & Carlier, D. (2016). Communication avec les soignants et les familles. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Communication_en_urgence_Delphine _GA RRIGUE_Lille_.pdf

Guba, E. G., et Lincoln, Y. S. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA, USA:

Hébert, G., Sully, J. L., & Nguyen, M. (2017). *Allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec* (p. 80). Institut de recherche et d'informations socio-économiques.

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

Henrys, J-H (2022). Le système de santé et protection sociale en santé en Haïti – Quelques éléments pour une réflexion "stratégique" », *Revue Quart Monde* [En ligne], 264 | 2022/4, mis en ligne le 01 décembre 2022, consulté le 03 février 2024. URL : https://www.revue-quartmonde.org/10862

Honoré, B., (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin, la mise en perspective des pratique*s, Paris, l'Harmattan.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2002). *L'allocation des ressources et la budgétisation des services de CLSC et de CHSLD (Rapport Bédard)*. Gouvernement du Québec.

Hudon, R., et al., (2009) « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure. » *Recherches sociographiques*, volume 50, numéro 2, p. 321–344. https://doi.org/10.7202/038042ar

Institut National de Santé publique du Québec. *Grille d'identification des risques psychosociaux au travail.* Mars 2011. http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2050224, consulté le 03 mars 2025. http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf

Jacquemoud, H. (2021). Quelle est l'organisation optimale des ressources matérielles de l'hôpital et le rôle des équipements médicaux ?

Jlassi, J. (2009). *Amélioration de la performance par la modélisation des flux logistiques des patients dans un service d'urgence hospitalier* (Doctoral dissertation, Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis).

judgment: Experience of the implementation process of a human complexity course.

Karam, M., et al., (2025). Les formations infirmières à la coordination des soins et des services : un examen de la portée. Quality Advancement in Nursing Education / Avancées en formation infirmière, 11(1), 1–46. https://doi.org/10.17483/4yyj9k81

Kleczkowski, Bogdan M, Roemer, Milton Irwin & Werff, Albert van der. (1984). Les systèmes de santé nationaux : réorientation sur la voie de la santé pour tous, principes directeurs pour l' élaboration des politiques / Bogdan M. Kleczkowski, Milton I. Roemer, Albert van der Werff. Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/handle/10665/37920

Koenig, G. (1994). Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles.

Kuhn, T. S. (1972). La structure des révolutions scientifiques.

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

Le Moigne, J. L. (1995). On theorizing the complexity of economic systems. The Journal

Lertzman, K. (2009). The paradigm of management, management systems, and resource stewardship. *Journal of Ethnobiology*, *29*(2), 339-358.

Louis, F. G. (2015). Marie Claire Heureuse Bonheur, infirmière (1758-1858). *Haïtiennes. Portraits de femmes militantes*, 15.

Louzzani, Y. (2013). Rôle déterminant des ressources immatérielles dans la création de valeur dans une PME agroalimentaire de terroir. *Revue internationale P.M.E.*, *26*(2), 81–102. https://doi.org/10.7202/1024322ar

Madden, E., et Condon, C. (2007). Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR, 33(5), 433-440. https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.06.024

Mandavy, B. (2022). L'éthique du care comme stratégie des organisations: le cas des horaires atypiques dans les institutions hospitalières. *Projectics/Proyéctica/Projectique*, (HS), 255-277.

Mansour, A., et Ben Mohand Said, D. (2022). *Le tableau de bord des ressources humaines en milieu hospitalier: quel impératif?* (Doctoral dissertation, Université Mouloud Mammeri).

Martory, B. et Crozet, D. (2016) . Chapitre 9. La fonction ressources humaines en mutation. Gestion des ressources humaines - 9e éd. Pilotage social et performances. (p. 268 - 304). Dunod. https://shs.cairn.info/gestion-des-ressources-humaines--9782100743162-page-268?lang=fr.

McDonald, D.V. (2024). Un réseau de mentorat infirmier crée des liens et favorise le cheminement de carrière. Nursing The Future. Https://nursingthefuture.ca/nursing-mentorship-network-builds-community-and-careers-through-opportunities-education/#:~:text=Le%20mentorat%20joue%20un%20r%C3%B4le%20essentiel%20dans,patients%20et%20r%C3%A9duit%20le%20roulement%20de%20personnel.

Mcgillis, H. et Kiesners, D., (2005). A narrative approach to understanding the nursing work environment in Canada. Social science & medicine; 61: 2482-2491.

Médecins du monde (2022). Haïti : l'accès à la santé n'est pas garanti. https://medecinsdumonde.ca/article/ha%C3%AFti-lacc%C3%A8s-%C3%A0-la-sant%C3%A9-nest-pas-garanti

Mentec H., et al., (2023). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Risques & Qualité;(20)3:135-143. Doi : 10.25329/rq_xx_3_mentec.

Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations, Paris, Éditions d'Organisation.

MSSS (2002) Rapport du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d´hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Nanaste, V. (2017). Les infirmières haïtiennes comme catalyseurs de changement social : Le cas de l'histoire du sida à Montréal. Haïti Perspectives, vol. 6 • no 1 • printemps 2017

Nizet, J., Pichault, F., (1995), Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits, Paris : Gaëtan Morin Europe, pp. 33-45.

of Socio-Economics, 24(3), 477-499.

Olivier, C. (2019). *La gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier.* Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain.

Organisation des Nations Unies. (2024, 25 avril). *L'égalité des sexes est essentielle pour bâtir un monde pacifique, prospère et durable (ONU Femmes)*. ONU Info. https://news.un.org/fr/story/2024/04/1144966

Pourtois, J. P., & Desmet, H. (1988). Instrumentation et épistémologie en sciences humaines. Bruxelles: Mardaga. Price, S., & Oliver, M. (2007). A Framework for Conceptualising the Impact of Technology on Teaching and Learning. Educational Technology & Society, 10(1), 16-27.

Reinharz, D. (2016) « La santé mentale et l'allocation des ressources au Québec », *Éthique publique* [En ligne], vol. 3, n° 1 | 2001, mis en ligne le 13 septembre 2016, consulté le 19 mars 2025. URL :http://journals.openedition.org/ethiquepublique/2625 ;DOI : https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2625

Roy et al., (2002). Le triage aux urgences. Réanimation, Vol. 11, pp. 480-5 Sage Open, 6(4), 2158244016684372.

Saint-Germes, E. (2024). La créativité vue comme une compétence. Enjeux et prospective en matière d'employabilité », Revue d'économie industrielle [En ligne], 174 | 2e trimestre 2021, mis en ligne le 04 janvier 2024. URL : http://journals.openedition.org/rei/10310 ; DOI : https://doi.org/10.4000/rei.10310

Santé Canada. Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi ? Février 2007. http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf, consulté le 25 avril 2014.

Sekiou, L. et Blondin, L., (1996). Gestion du personnel, éd. 4L ,600 pages

St-Onge, Sylvie et coll. Relever les défis de la gestion des ressources humaines, 3e édition ; Gaëtan Morin, éditeur, 2009 ; page 4

Olivier, C. (2019). La gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier. Mémoire de Maitrise. Université catholique de Louvain/ https://hdl.handle.net/2078.2/15741

Thermidor, M. C.et *al* (2012). Revalorisation et encadrement de la profession d'infirmière en Haïti: un incontournable.

Thomas, J., et al. (2022). Les stratégies de communication favorables à l'inclusion des proches lors de situations d'urgence vitale. Haute école de santé Genève Soins infirmiers hesso:hedsge. https://sonar.ch/global/documents/322518

Thwaites, J. D. (2019). *L'humain, plus qu'une ressource au cœur de la gestion*. Presses de l'Université Laval.

Toison, V. (2008). *Pratiques paysannes et aménagement forestier dans l'Est du Cameroun : quelle résilience socio-économique des systèmes locaux de gestion de ressources?* (Doctoral dissertation, AgroParisTech).

Tourigny, J. et al. (2010). Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : de la théorie à la réalité. Revue en ligne http://revue-infirmierecliniciennе.uqar.ca/ L'infirmière clinicienne, vol. 7, no 2, 2010 ISSN 1923-5577

Ulrich, M. (2021). La profession infirmière, un rôle d'engagement et d'excellence. SIDIIEF. https://sidiief.org/la-profession-infirmiere-un-role-dengagement-et-dexcellence/

Université du Québec à Rimouski (UQAR). (2012). *Politique institutionnelle d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains*.

Vézina, M. et Chénard, C. (2016). Grille d'identification de risques psychosociaux au travail. Institut national de santé publique du Québec.http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782550557579.pdf

Vinit, F., (2015). La créativité au cœur des soins. Spiritualité santé. https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/sda/la-creativite-au-coeur-des-soins.aspx

Wacheux, F. (1996). Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion. Economica, 290 pages

Zoratti, A. (2003). Diagnostic Economique-Financier d'électricité d'Haïti Rapport préliminaire préparé pour compte du Conseil de Modernisation des Entreprises Publiques. Juin 2003; 77