



Université du Québec  
à Rimouski

**LE VÉCU PROFESSIONNEL DU MÉDIATEUR PSYCHOSOCIAL EN  
PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES VIVANT  
AVEC LE VIH/SIDA AU TOGO :**

***L'IMPACT DU SUIVI PSYCHOSOCIAL SUR LE DÉVELOPPEMENT  
DE LA FATIGUE DE COMPASSION***

Mémoire présenté

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

PAR

© Ayélé Eméline KANGNI

Février 2021

**Composition du jury :**

**Jeanne-Marie Rugira, présidente du jury, Université de Québec à Rimouski**

**Marie-Noelle Hervé-Albert, directrice de recherche, Université de Québec à Rimouski**

**Julien Munganga, examinateur externe**

Dépôt initial : le 08 décembre 2020

Dépôt final : le 01 Février 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI  
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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* ». 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 l'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.

*À mes défunts parents Kayi et Paul  
pour m'avoir appris la persévérance et  
inculqué de belles valeurs ! À toi mon  
Oncle Donatien dont le cœur aussi  
large et profond comme la mer est  
rempli de bonté.*

*À vous trois, je dédie ce mémoire !*

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire fut comme une traversée tantôt dans les montagnes, tantôt dans les vallées et tantôt au bord de verts pâturages. Je me suis réveillé des jours avec une bonne productivité d'idées et d'autres jours avec des idées qui ne voulaient tout simplement pas fleurir. La présence de merveilleuses personnes dans ma vie et de mon entourage que je tiens à remercier m'a été d'une aide et d'une motivation précieuse pour continuer et finir cette tâche.

Mes remerciements vont aux membres de ma famille et à mes amis qui d'une manière ou d'une autre ont été d'un soutien physique et moral pour moi dans l'atteinte de mes objectifs. Votre présence, vos paroles d'encouragement et votre sourire m'ont apporté du réconfort et la joie. Je remercie particulièrement mon Oncle Donatien, ma tante Léa, ma grande sœur Favor et mon amie Kékéli qui sont d'une grande bénédiction pour moi!

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Marie-Noelle Hervé-Albert, une très bonne professeure, une femme d'une grande générosité et patience qui marque agréablement et personnellement ses étudiants. Grâce à toi j'ai pu découvrir cette richesse cachée issue de mon vécu professionnel de médiatrice qui a ouvert la voie au sujet de rédaction de ce mémoire. Merci pour ton encouragement lors de mes temps de découragement et lorsque j'avais l'impression d'être bloquée; j'ai beaucoup aimé cette phrase que tu m'as dite : « Parfois, il faut que les idées mûrent pour que l'on puisse les écrire ». À chaque fois qu'il m'était difficile d'avancer, le souvenir de cette phrase me servait d'encouragement et de motivation.

Cher Julien Muganga, tu es d'une personnalité inspirante et talentueuse. Tes mains, en dehors de travailler vaillamment et de faire des travaux de recherche, sont douées aussi pour jouer du piano et produire des sons agréables! J'ai été profondément touchée en lisant ton mémoire « L'approche Ubuntu comme voie d'accompagnement, Itinéraire de formation au cœur de la

vulnérabilité » qui m'a fait découvrir l'homme persévérant et courageux que tu es ! Ta présence parmi les membres du jury est un honneur pour moi.

Je remercie Jeanne-Marie Rugira d'avoir accepté de présider ce jury. C'est tout un honneur pour moi. Mille mercis !

Mon cher et tendre époux Dotêh, je ne saurai exprimer toute ma gratitude envers toi, ton soutien a été total sur tous les plans me concernant. Ta présence et ton encouragement m'ont permis de persévérer dans mes études et dans la rédaction de ce mémoire. Merci pour les bons plats et pleins d'autres petites attentions que tu fais pour me remonter le moral quand je suis démotivée face à la rédaction de mon mémoire. Ce mari qui motive pour les études que tu es, fut d'une grande aide pour moi à continuer efficacement ce projet de recherche après notre mariage. Mille mercis pour ton soutien, ta compréhension et ton écoute.

Je ne saurais finir sans parler de celui-là même appelé « Mawu » dans ma langue maternelle et que Julien Munganga décrit si bien comme « cet Être qui dépasse notre système temps-espace ». Je tenais à lui rendre hommage car la méditation au sujet de Mawu a été source de bien-être pour moi.



## RÉSUMÉ

Cette recherche a pour objectif d'explorer le vécu professionnel et vérifier le risque de la fatigue de compassion chez le médiateur psychosocial qui effectue le suivi psychosocial des personnes vivant avec le VIH/sida. De façon générale, la littérature atteste du risque de la fatigue de compassion chez les travailleurs de la relation d'aide puisque ces derniers font un travail qui les expose fréquemment aux situations traumatisantes et récits douloureux. (Figley, 1995 ; Decety, 2000 ; Smith, 2007 ; Thomas *et al.*, 2012 ; Zawieja, 2014). Les médiateurs qui travaillent auprès des PVVIH ont un quotidien stressant et s'exposent aussi aux événements traumatiques susceptibles d'affecter leur santé psychologique et physique d'où l'important risque de développer la FC (Fatigue de Compassion).

L'autopraxéographie qui est une méthode de recherche à la première personne a permis d'avoir un accès direct à ce terrain sensible par le récit du témoignage personnel du chercheur afin d'explorer le vécu professionnel du médiateur et de vérifier ensuite sur la base de recherches existantes la fatigue de compassion chez le médiateur. Les allers-retours continuels entre le témoignage personnel du praticien-chercheur et les théories multidisciplinaires ont permis de développer et de produire des connaissances génériques sur la présence de la fatigue de compassion chez ces travailleurs. Ainsi les différents éléments relevés dans l'analyse ont permis de montrer effectivement que l'impact du suivi psychosocial effectué par le médiateur agit négativement sur son bien-être physique et psychosocial et favorise chez lui le développement de la fatigue de compassion. Cette fatigue de compassion est notamment influencée par des facteurs d'ordres personnels et organisationnels mis en lumière dans cette recherche. La prise de conscience du risque de la FC chez le médiateur et la mise en place de stratégies et plans d'intervention personnels et organisationnels pourront agir comme facteurs de protections contre la FC chez le médiateur et préserver la santé de l'organisation aussi.

Mots clés : Fatigue de Compassion, Médiateur, Suivi psychosocial, VIH/sida, Bien-être, Facteurs de protection et de risque.



## ABSTRACT

This research aims to explore professional experience and verify the risk of compassion fatigue in the psychosocial mediator who provides psychosocial monitoring of people living with HIV / AIDS. In general, the literature attests to the risk of compassion fatigue among helping relationship workers since they do work that frequently exposes them to traumatic situations and painful stories. (Figley, 1995; Decety, 2000; Smith, 2007; Thomas et al., 2012; Zawieja, 2014). Mediators who work with PLVIH (People living with HIV/ aids) have a stressful daily life and are also exposed to traumatic events that may affect their psychological and physical health, hence the significant risk of developing CF (Compassion Fatigue). Autopraxeography, which is a first-person research method, made it possible to have direct access to this sensitive field through the narration of the researcher's personal testimony in order to explore the professional experience of the mediator and then to verify on the basis of existing research compassion fatigue in the mediator. The continual back and forth between the personal testimony of the practitioner-researcher and multidisciplinary theories have made it possible to develop and produce generic knowledge on the presence of compassion fatigue in these workers. Thus, the various elements identified in the analysis made it possible to effectively show that the impact of the psychosocial follow-up carried out by the mediator has a negative effect on his physical and psychosocial well-being and promotes the development of compassion fatigue in him. This compassion fatigue is notably influenced by personal and organizational factors highlighted in this research. Awareness of the risk of FC in the mediator and the implementation of personal and organizational strategies and intervention plans can act as protective factors against FC in the mediator and preserve the health of the organization as well.

*Keywords:* Compassion Fatigue, Mediator, Psychosocial follow-up, HIV / AIDS, Well-being, Protective and risk factors.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENT.....	viii
RESUME.....	xi
ABSTRACT.....	xvii
TABLE DES MATIÈRES.....	xv
LISTES DES FIGURES.....	xviii
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	xx
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE ET CADRE CONCEPTUEL.....	5
1.1 CONTEXT.....	5
1.2 CADRE CONCEPTUEL.....	8
1.2.1 Bien-être psychologique.....	8
1.2.2 L’engagement organisationnel.....	11
1.2.3 Empathie et Sympathie.....	15
1.2.4 La Compassion.....	16
1.2.5 Fatigue de compassion.....	17
1.2.6 Facteurs individuels et organisationnels de la FC.....	24
1.2.7 Identification de la FC par rapport au stress traumatique, traumatisme vicariant et épuisement professionnel.....	27
1.2.7.1 Le stress traumatique vicariant ou secondaire.....	27
1.2.7.2 Le traumatisme vicariant.....	28
1.2.7.3 Épuisement professionnel ou « burn-out » et Fatigue compassionnelle.....	29
1.2.8 Relation entre l’engagement, l’épuisement et la fatigue compassionnelle.....	30
CHAPITRE 2 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	33
2.1 Positionnement épistémologique.....	33

2.2 Processus de l'autopraxéographie.....	34
CHAPITRE 3 TÉMOIGNAGE, ANALYSES ET DISCUSSION.....	36
3.1 Témoignage.....	36
3.2 Analyse et discussion.....	47
3.2.1 Formation initiale.....	47
3.2.2 Manifestation de la Fatigue de Compassion.....	48
3.2.3 La surcharge de travail.....	50
3.2.4 Stress et désengagement.....	51
3.2.5 Les caractéristiques et attitudes des patients.....	53
3.2.6 Santé et sécurité au travail.....	54
3.2.7 Le sens du travail.....	55
3.2.8 : Équipe et ambiance de travail.....	57
3.2.9 La culpabilité en milieu de travail.....	59
3.2.10 L'idéal et la réalité en milieu de travail.....	61
3.2.11 Intelligence et compétence émotionnelles en milieu de travail .....	63
3.2.12 La précarité du travail et effet sur la santé.....	65
3.3 SYNTHÈSE.....	68
3.3.1 Sur le plan individuel.....	68
3.3.1.1 <i>Gestion du stress</i> .....	68
3.3.1.2 <i>Culpabilité et auto-efficacité émotionnelle</i> .....	69
3.3.1.3 <i>Soutien professionnel</i> .....	68
3.3.2 Sur le plan organisationnel .....	70
3.3.2.1 <i>Normes de santé et sécurité au travail</i> .....	70
3.3.2.2 <i>Formation initiale et continue</i> .....	70
3.3.2.3 <i>Soutien professionnel et social</i> .....	71

<i>3.3.2.4 Mise en place de personnes-ressources</i> .....	71
CONCLUSION.....	73
Les apports de cette recherche.....	74
Les limites de cette recherche.....	76
Les pistes futures.....	78
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	79

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Modèle de la fatigue de compassion et de stress

Figure 2 : Theoretical path analysis

Figure 3 : Fatigue de compassion et facteurs de protections

**LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

BEP	Bien Être Psychologique
BIT	Bureau International du Travail
FC	Fatigue de compassion
ONU	Organisation des Nations Unies
PDV	Perdu DE Vue
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
STS	Stress Traumatique Secondaire
VAD	Visite À Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine







## INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'épidémie du VIH/sida a donné naissance à plusieurs perturbations d'ordres socio-économiques et culturelles affectant non seulement les personnes, mais aussi leurs proches et le personnel médical. Le Togo, un pays de l'Afrique de l'Ouest situé dans le golfe de Guinée avec une superficie de 56785 km<sup>2</sup> et une population 6 191 155 selon les données du 4<sup>e</sup> recensement général de la population (DGSCN-RGPH-4, 2010) n'est pas non plus épargné par ce fléau qui sévit à l'échelle mondiale. L'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida au Togo a montré le caractère généralisé de l'épidémie avec une prévalence moyenne qui est passée de 2,5% dans la population générale âgée de 15 – 49 ans en 2014 (EDST III 2013-2014) à 2,1% en 2017 (Estimation, Spectrum, 2017).

Le Programme National de lutte contre le sida et les Infections sexuellement transmissibles (PNLS-IST) a été créé par arrêté N°067/98/MS après avoir vu le jour au Togo le 12 novembre 1987 par arrêté n°26/87/MSPASCF sous l'appellation de Comité National de Lutte contre le Sida et a pour rôle de s'occuper des différents volets de prise en charge de cette maladie.

En dehors de la prise en charge médicale des personnes infectées, d'autres stratégies d'interventions ont été mises en place dans le but d'assurer la prise en charge effective des PVVIH (Personne vivant avec le VIH) et malades du sida. Il s'agit notamment du volet psychosocial pour offrir un accompagnement psychosocial à ces personnes. En effet, les personnes qui vivent avec le VIH ont besoin d'être soutenues en ayant un accompagnement psychosocial pour faire face aux défis multiples d'une maladie chronique qui dans de nombreux cas entraîne un rejet social. Ainsi, afin de participer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées, des personnes sont formées et déployées par le PNLS dans les différents centres de prise en charge pour assurer l'accompagnement psychosocial. Pour faire face à leurs défis multiples, il est désormais possible pour ces personnes de se tourner vers un professionnel de la relation d'aide qui dans ce cas précis est

appelé du nom de médiateur psychosocial. Les médiateurs ont essentiellement pour rôle d'offrir un soutien social et un suivi régulier aux personnes infectées afin de les aider dans leur observance du traitement face à l'exigence que demandent les traitements antirétroviraux. En 2014 par exemple 379 échecs thérapeutiques ont été observés dû au manque d'observance. (Rapport annuel, 2014 PNLS-IST Togo).

Le travail de ces médiateurs participe ainsi au bien-être psychosocial et physique de ces patients, mais ce n'est pas sans conséquence sur l'état psychologique et physique de ces derniers qui font face au stress permanent lié à la nature même de ce travail. Le fait de subir un stress professionnel peut entraîner un comportement contreproductif au travail et contribuer à une dégradation de la santé physique et psychologique, ce qui peut conduire aussi à la dégradation de la santé organisationnelle. (ONU-sida, 2000; Uebel et *al.*, 2007)

Par ailleurs, l'exposition fréquente aux expériences douloureuses et traumatisantes issues de l'interaction constante que ces médiateurs ont avec leurs patients pourrait agir négativement à la fois sur leur santé psychologique et physique et favoriser le développement de la fatigue de compassion chez eux. Figley (1995), parlant de la fatigue compassionnelle, la désigne comme un sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance. D'ailleurs, la fatigue de compassion (FC) est la résultante d'un stress vécu par les intervenants de la relation d'aide qui interagissent fréquemment avec des personnes ayant vécu des traumatismes.

Il faut noter que depuis son apparition, le VIH/sida a vivement fait l'objet de plusieurs études sous plusieurs angles, mais la majorité des études existantes concernant l'impact de la prise en charge sur les intervenants dans ce domaine sont menées autour du stress, de l'épuisement professionnel, du traumatisme vicariant et du bien-être entre autres. Ces sujets sont bien importants et ces éléments peuvent d'ailleurs intervenir dans le processus de la fatigue de compassion, mais il est à noter qu'il y'a une nette différence entre ces éléments et la fatigue

de compassion en particulier d'où l'intérêt de notre étude, qui constitue une source de plus pour explorer particulièrement la fatigue de compassion dans ce milieu.

Le contact fréquent à la souffrance est le quotidien des médiateurs psychosociaux, mais l'effet qu'un contact fréquent avec un discours souffrant ou traumatisant produit sur les travailleurs de la relation d'aide, en particulier dans le domaine de la prise en charge du VIH/sida, fut résumé à peu de recherches, qui d'ailleurs sont majoritairement en anglais. Ce constat du peu de recherches sur la fatigue de compassion chez les intervenants œuvrant dans le domaine du VIH/sida fut clairement fait par Smith (2007) qui fait partie des premiers à écrire spécifiquement sur la fatigue de compassion et le VIH/Sida suivant sa propre expérience vécue ainsi que celui de ses étudiants en travaillant avec les personnes infectées. Le peu d'études concernant ce sujet dans le domaine du VIH a conduit Smith (2007), à lancer dans son article l'important appel de voir plus d'intérêt sur ce sujet dans le milieu du VIH. L'intérêt de la fatigue de compassion chez les travailleurs auprès des personnes infectées par le VIH/sida a effectivement augmenté comme on peut le constater avec ces quelques écrits supplémentaires qui ont vu le jour avec des auteurs comme Bride et Figley (2007); Harrowing (2011); Fetter (2012); Coles (2015); Tellie (2020), pour en citer quelques-uns.

Du côté francophone les écrits de Giami et Veil (1994) qui parle du vécu traumatique des infirmières face au Sida peut être considéré comme une porte ouverte dans l'espoir de voir plus d'études francophones être réalisées dans ce sens, mais l'intérêt pour la fatigue de compassion en lien avec les travailleurs en prise en charge du VIH/sida semble ne pas encore s'activer vivement dans les recherches francophones.

Dans la perspective d'être un pilier de plus dans les recherches rédigées en français sur cet important sujet et de façon générale, ce mémoire tente de dégager les possibles répercussions psychologiques, physiques et organisationnelles liées à la prise en charge psychosociale des personnes infectées par le VIH/sida. Plus précisément, ce mémoire se donne pour but d'explorer le vécu professionnel et vérifier le risque de la fatigue de compassion chez le

médiateur psychosocial, qui a pour rôle la prise en charge psychosociale des personnes infectées par le VIH/sida.

Ce mémoire atteste du vécu professionnel du médiateur psychosocial et l'impact issu du suivi psychosocial de ses patients sur sa santé physique et psychologique, son engagement et son bien-être. Le premier chapitre met tout d'abord en évidence le contexte afin de mieux s'imprégner en profondeur du vécu professionnel des médiateurs et la nature de leur métier. Ce premier chapitre se poursuit avec le cadre conceptuel qui aborde différents éléments ressortis par la littérature qui influencent les médiateurs et surtout les concepts majeurs en lien avec la fatigue de compassion et son action. L'autopraxéographie caractérisant cette recherche est abordée dans le deuxième chapitre portant sur la méthodologie qui fournit des explications sur la manière dont cette recherche a été conduite. Ensuite vient le chapitre trois qui constitue le terrain de notre analyse et discussion suivie d'une synthèse qui offre aux lecteurs des pistes de solutions d'après les divers éléments ressortis par la partie analyse et discussion. Et pour finir la partie conclusion qui est composée d'un bref résumé, les apports et limites de cette recherche ainsi que des pistes de réflexion futures qui peuvent s'avérer intéressantes pour tout futur chercheur.

## CHAPITRE I

### CONTEXTE ET CADRE CONCEPTUEL

#### 1.1 Contexte

Les médiateurs psychosociaux, accompagnateurs psychosociaux ou encore travailleurs sociaux dans le domaine de la prise en charge psychosociale des personnes infectées par le VIH/sida ont un rôle fondamental dans le suivi et soutien à ces derniers. ONU-sida (2000) rapporte que les contraintes qui s'exercent sur ceux qui s'occupent des personnes infectées par le VIH/sida sont énormes et diverses, de même que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida provoque une tension énorme chez les dispensateurs de soins.

Blanc (2004) identifie quelques fonctions à ce soutien psychosocial, à savoir : gérer les effets secondaires et éviter l'échec thérapeutique, gérer la qualité de vie et soutenir l'équipe soignante, le patient, sa famille et son entourage, améliorer l'adhérence et l'observance aux traitements pour limiter les résistances et donc les coûts puisque les résistances obligent le plus souvent à passer à des médicaments de 2e ligne plus chère.

C'est un travail qui s'accompagne généralement d'un grand stress pour ces travailleurs en soutien et prise en charge psychosociale. Selon ONU-Sida (2000) les raisons fréquemment évoquées comme cause de stress chez ces travailleurs sont : le manque de fonds, un volume de travail accablant, le secret et la crainte chez les personnes vivant avec le VIH ou malades du Sida de dévoiler la nature de leur maladie, le fait de se sentir excessivement concerné par le cas des personnes vivant avec le VIH ou malades du Sida, et de leur famille, d'être témoin de leurs souffrances et s'identifier à eux.

Les recherches de Ross (1993) révèlent que la douleur ainsi que les capacités d'adaptation inadéquates constituent des sources d'épuisement professionnel pour les travailleurs sociaux

travaillant avec des personnes vivant avec le VIH/sida. Il est ainsi fréquent de constater l'épuisement tant psychologique et physique de ces travailleurs suite à l'accumulation de tous ces facteurs de stress. Dans le rapport effectué par ONU-Sida (2000, p. 29) suite au vécu des travailleurs qui œuvrent auprès des personnes infectées en Ouganda et en Afrique du Sud, il est généralement reporté par les administrateurs des centres ce constat : « Les personnels qui n'arrivent pas à faire face au stress vont devenir moins ponctuels, qu'il s'agisse de venir au travail ou d'aller aux rendez-vous ».

Les pratiques organisationnelles en majorité ne s'adaptent pas à ces réalités et semblent moins se préoccuper de la santé psychologique de ces accompagnateurs. En effet il y a un manque de mesures mise en place pour favoriser la santé psychologique de ces travailleurs et pour diminuer cette grande charge émotionnelle que subissent ces travailleurs dû à la nature même de leur métier.

Uebel *et al.*, (2007), dans leur article sur le modèle de soins et de traitements du VIH /sida pour les agents de santé en Afrique australe font savoir que l'énorme fardeau émotionnel de l'épidémie de VIH/sida sur les travailleurs de la santé et la charge de travail élevée ont conduit à des incidences élevées de fatigue de compassion, de stress post-traumatique, de dépression et d'épuisement professionnel. Smith (2007) fit aussi cette observation concernant le fait que les expériences aiguës et cumulatives de traumatisme vécues par les clients et les prestataires en second lieu sont des facteurs clés de la fatigue de compassion puisque les personnes vivant avec le VIH/sida connaissent des taux élevés de traumatismes.

Ces travailleurs sont tout à fait cruciaux dans cette lutte contre les effets négatifs de la maladie du VIH/sida sur les personnes et la société et au vu des conséquences désastreuses tant sur la santé de ces travailleurs et sur la santé organisationnelle, il est important d'agir pour la réduction des facteurs de stress et la fatigue de compassion, favoriser leur bien-être psychologique en vue de la rétention de ces derniers. Harter *et al.*, (2003) qualifient le bien-

être comme la présence d'une perception et de sentiment positif qui apporte bonheur, productivité et d'autres résultats organisationnels favorables.

Les personnes infectées par le VIH/sida vivent un niveau élevé de traumatisme et de stress à cause de leur vécu difficile qui se résume par des stigmatisations, la marginalisation, la peur du rejet social, la peur d'annoncer la maladie à leurs proches, le stress lié à un traitement à vie à suivre et à respecter scrupuleusement. Bien évidemment, les accompagnateurs psychosociaux se retrouvent être leurs confidents principaux sur qui décharger leur fardeau émotionnel, ce qui compromet ainsi l'équilibre psychologique et le bien-être de ces derniers.

Smith (2007) dans son article basé sur sa propre expérience de travail et celui de ses étudiants auprès des personnes infectées par le VIH/sida, fait ressortir vraiment ce grand impact du vécu traumatisant des personnes infectées par le VIH sur la santé psychologique et physique des travailleurs aidant dans ce contexte. Les témoignages qu'ils donnent sont si touchants, stressants et choquants que l'on ne peut y rester insensible. De plus, ils permettent de mieux appréhender ce vécu des médiateurs psychosociaux.

De nombreux facteurs sont alors à considérer pour une meilleure qualité de vie de ces travailleurs sociaux et par conséquent une meilleure qualité de soins et de suivi pour les patients. Comme le dit si bien Smith (2007), si des méthodes d'autosoins adéquates ne sont pas mises en place en raison de la gravité et de la constance du traumatisme que ces patients présentent, nous pourrions voir une épidémie de fatigue de compassion parmi ceux qui fournissent des soins de santé mentale à ces patients.

## 1.2 CADRE CONCEPTUEL

Cette deuxième partie du chapitre 1 fait état des connaissances existantes sur des concepts clés nécessaires à la compréhension du bien-être et de son impact, de la fatigue de compassion et termes importants dans sa compréhension ainsi que ses répercussions et facteurs d'influence.

### 1.2.1 Bien-être psychologique

La théorie philosophique la mieux appropriée pour définir le bien-être dans un sens général est la théorie hédoniste venant du grec ancien « hédone », qui veut dire jouissance, plaisir. Selon la théorie hédoniste (Kahneman et *al.*, 1999), le bien-être se définit comme un bonheur et une certaine aisance, et la quête du bonheur est ce qui centralise toutes les activités humaines. En plus de la théorie hédoniste du bien-être, on retrouve également l'approche eudémonique du bien-être ; d'après cette approche, Cowen (1994) affirme que la marche vers le bien-être devrait conduire à créer de bonnes relations d'attachement et interpersonnelle ou de vivre dans un milieu promouvant ce bien-être.

Sur la base de ces deux approches du bien-être (Kahneman et *al.*, 1999; Cowen, 1994), le bien-être au travail peut être défini comme une expérience psychologique et physique agréable, joyeuse et paisible du milieu du travail qui permet aux employés d'être dans une certaine harmonie sociale, sérénité et de vivre un certain bonheur au travail.

Cet état de bien-être favorise l'engagement et la motivation de l'employé et le rend responsable de sa tâche tout en lui permettant de développer un sentiment d'appartenance à l'organisme. L'estime de soi et d'appartenance que favorise le bien-être est non seulement bénéfique pour le sujet, mais également pour l'entreprise, d'où la nécessité pour l'employeur de porter un intérêt majeur sur le bien-être des employés au travail.



Le bien-être psychologique aujourd'hui est reconnu comme une dimension de la santé psychologique. Il est par conséquent nécessaire de parler du concept de santé psychologique avant de continuer particulièrement sur le concept du bien-être psychologique qui fait l'objet de notre intérêt dans le cadre de cette présente réflexion.

La santé se résumait à l'absence de la maladie et a longtemps été appréhendée comme unidimensionnelle par les chercheurs (Bruchon-Schweitzer, 2002). Autrement dit, la santé, qu'elle soit donc physique ou psychologique, est considérée comme étant l'absence de maladie (Seligman, 2008). Cela ne fait pas longtemps qu'elle a été étudiée de façon bidimensionnelle c'est-à-dire comme ayant des aspects positifs et négatifs. En 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé psychologique comme étant un état complet de bien-être mental et non seulement d'absence de maladie. Cette nouvelle perception de la santé devient tout à fait intéressante du fait qu'en dehors de la dimension physiquement visible, elle prend en compte la dimension psychologique aussi comme faisant partie de la santé.

Désormais, la santé psychologique au travail est basée sur des indicateurs positifs et négatifs à savoir : le bien-être psychologique (BEP) et la détresse psychologique (DP) qui sont reconnus comme les deux principales composantes de la santé psychologique, l'une positive et l'autre négative (Keyes, 2003; Massé et *al.*, 1998).

Sur ce, pourrait-on en conclure qu'un individu en bonne santé psychologique au travail est celui qui ne présente que des aspects positifs à la santé psychologique ? Gilbert et *al.*, (2011, p. 196) y donnent une réponse « À cet effet, les résultats d'analyses factorielles confirmatoires corroborent empiriquement le fait que le bien-être psychologique et la détresse psychologique sont deux concepts nécessaires pour représenter adéquatement la santé psychologique. Bref, un individu est d'autant plus en santé qu'il affiche davantage de manifestations positives et moins de symptômes négatifs. »

Il est à noter que par bien-être psychologique (BEP) on entend : la sérénité, l'harmonie sociale et l'engagement. Et par détresse psychologique (DP) : anxiété\dépression, irritabilité\agression, et le désengagement. (Gilbert et *al.*, 2011). Il est alors évident que les employés en bien-être psychologique éprouvent la satisfaction de soi au travail, et sont donc plus motivés et plus performants, ce qui engendre des conséquences positives pour l'organisation. En revanche, les employés en détresse psychologique sont plus désengagés et moins productifs, ce qui bien sûr a des impacts négatifs sur l'organisation. Le bien-être psychologique des employés se révèle être un facteur important participant à l'atteinte des objectifs organisationnels.

Des employés motivés à travailler efficacement pour atteindre les objectifs organisationnels sont loin d'être des employés désengagés. Ceci se doit d'être important pour les gestionnaires, afin de favoriser un cadre de travail qui aide au développement et maintien du bien-être psychologique. Justement Gilbert (2009, p. 27) en ressort bien ceci par sa définition de la santé psychologique qui se résume comme :« la capacité d'un individu à satisfaire ses besoins psychologiques fondamentaux dans une perspective de mieux-être et d'ajustement au travail et ce, grâce à des ressources personnelles et organisationnelles. » Alors si le bien-être au travail d'un côté repose sur les ressources organisationnelles, cela prend donc l'importance de la mise en place d'un style de gestion et d'un climat de travail favorable au bien-être psychologique des employés afin que par là même avoir un engagement efficace de la part des employés. C'est dans ce même sens que Siegrist (2009) affirme que la forte interaction entre les caractéristiques organisationnelles, la performance des employés et leur bien-être est généralement reconnue.

Johns (2009) souligne qu'une des idées qui prévaut concernant le bien-être des employés est que l'absentéisme est communément une réponse à un environnement de travail stressant. Cette affirmation exprime le vécu des employés qui peuvent être stressés par la nature de leur

travail, qui de plus ne leur apporte aucune sécurité d'emploi, surtout en ce qui concerne les emplois basés sur des contrats à durée déterminée renouvelables ou pas.

Il est évident que beaucoup de chemin reste à faire, en particulier dans le cas précis de cette étude où pratiquement aucune autre étude n'a été encore faite sur cet important sujet de bien-être psychologique des employés en général. D'où l'objectif de cette étude qui est d'apporter un éclairage sur ce sujet dans le cas particulier du Togo. Siegrist (2009) l'exprime d'ailleurs ainsi en disant que l'évidence scientifique pourrait contribuer au renforcement du bien-être organisationnel et de son impact sur la performance et la santé des employés.

### **1.2.2 L'engagement organisationnel**

Le concept d'engagement est beaucoup étudié sous divers angles avec de nombreux ouvrages à son actif. L'engagement organisationnel est un élément important qui entre dans le bon fonctionnement de l'organisation et renvoie donc à un lien entre l'individu et son organisation. Selon Angle et Perry (1981), l'engagement consiste à soutenir les buts définis par l'organisation, à maintenir des liens en tant que membre d'une organisation. Pour montrer du soutien à son organisation, il faut bien que l'employé trouve des raisons qui le motivent à le faire. Il est peu probable que les employés témoignent d'un soutien sincère envers l'organisation s'ils n'éprouvent pas de la satisfaction au travail, n'évoluent pas dans un climat de travail sain et favorable au développement et au maintien des liens affectifs au sein de l'organisation. De façon générale, sous divers auteurs, l'engagement a été étudié sous l'aspect unidimensionnel, bidimensionnel et tridimensionnel.

L'aspect unidimensionnel se développe à long terme : les individus s'identifient aux valeurs de l'organisation, ils produisent l'énergie maximum au profit de leur travail et de leur organisation et ils n'ont pas l'intention de quitter leur organisation. (Mowday et *al.*, 1982).

Dans l'aspect bidimensionnel, l'engagement organisationnel porte sur la dimension affective et instrumentale (O'Reilly et Chatman, 1986). Enfin l'aspect tridimensionnel de (Meyer et Allen, 1991) porte sur les dimensions affectives, normative et de continuité, ce qui englobe les différentes approches. Plusieurs auteurs ont défini l'engagement au travail d'après les aspects psychologiques et comportementaux des employés. Cet engagement se caractérise naturellement par le don de soi dans l'organisation.

Dès lors, « L'engagement organisationnel représente l'état psychologique qui caractérise la relation qu'a un employé avec une organisation et qui influence la décision de demeurer au sein de l'organisation ou non. » (Meyer et coll, 1993; cité par Paré, 2011, p. 16). Ce qui voudra dire plus un employé expérimente le bien-être dans son organisation, plus il sera engagé et aura le désir de rester dans l'organisation. Il éprouvera sans doute un lien d'attachement à l'organisation, un sentiment d'appartenance envers celle-ci. C'est d'ailleurs ce que traduit (Kanter, 1968) en précisant que l'engagement de cohésion fait référence à l'attachement affectif et émotionnel d'un individu vis-à-vis du groupe. Il serait donc difficile à une personne d'être engagée si elle n'est pas dans un état émotionnel stable et vit une détresse psychologique au pire.

Sheldon (1971) mentionne que l'engagement est une attitude ou une orientation envers l'organisation qui lie ou attache l'identité de la personne à l'organisation. L'individu autrement dit associe son image à celle de l'organisation et trouve son accomplissement personnel dans l'accomplissement des objectifs organisationnels.

Selon Chatman (1986), l'engagement représente un attachement psychologique ressenti par une personne à l'égard d'une organisation ; ce type d'engagement reflètera le degré avec lequel un individu intériorise ou adopte les caractéristiques ou perspectives de l'organisation. Il paraît évident que l'état de santé psychologique d'un individu puisse avoir un impact sur son engagement envers l'organisation et que la nature de l'engagement qu'une personne porte envers son organisation soit influencée par des facteurs psychologiques.

À cet effet, l'approche tridimensionnelle de (Meyer et Allen, 1991) englobe toutes les approches et est considérée comme une des approches les plus utilisées encore aujourd'hui. Selon ces auteurs, l'attachement ou l'engagement des salariés envers leur organisation peut être considéré comme une posture psychologique qui caractérise la relation entre l'employé et l'organisation et qui influence les comportements.

Ils définissent l'engagement comme une force qui lie une personne à une cible et privilégie la cible organisationnelle. Leur modèle d'engagement organisationnel repose sur trois composantes suivantes : l'engagement continu, l'engagement affectif et l'engagement normatif.

L'engagement affectif est basé sur un sentiment de loyauté du travailleur envers son employeur. Ensuite, l'engagement normatif se caractérise par l'idée que l'individu demeure dans l'organisation puisqu'il ressent un sentiment d'obligation morale envers celle-ci. Enfin, l'engagement de continuité se distingue par son aspect instrumental relatif à l'idée que l'individu demeure dans l'organisation parce que les risques associés au fait de la quitter sont trop élevés.

Il est bien clair que ces trois formes d'engagements n'ont pas le même effet sur les attitudes et les comportements des employés ainsi que sur l'organisation. Une organisation qui cherche à assurer sa pérennité se doit de retenir ses employés et pour cela, elle a intérêt à développer leur engagement affectif, puis normatif, et à éviter que l'engagement de continuité soit la principale cause de maintien dans l'organisation. Autrement dit les employés n'hésiteront pas à quitter dès qu'ils auront une meilleure offre de salaires et avantages sociaux.

Ainsi, avant de quitter leur organisation, les individus procèdent à une évaluation cognitive des coûts (économiques, psychologiques et sociaux) qu'engendrerait leur départ. S'ils perçoivent que le coût de la rupture du lien contractuel avec l'organisation est trop important, ils demeureront dans l'organisation (Becker, 1960). En somme, l'engagement de continuité

est motivé par le besoin ou le désir de conserver les avantages liés au fait de rester dans l'organisation (Vanderberghe, 2004).

Paré (2011), avec ses types d'engagements rejoints (Meyer et Allen, 1991) notamment en ce qui concerne l'engagement de continuité et l'engagement normatif. Ainsi avec (Paré, 2011) on note l'engagement raisonné et l'engagement moral.

De ce fait, l'engagement raisonné se résume à l'analyse des coûts associés à quitter l'organisation, c'est-à-dire à la perte des acquis, mais aussi à tout le temps que l'employé a investi dans l'acquisition de ses compétences. À ce stade, l'employé analyse le risque que cela représente ou pas de quitter ou non l'organisation et si la possibilité d'autres alternatives intéressantes sur le marché du travail est faible alors l'employé préfère demeurer au sein de l'organisation (Paré, 2011).

Ensuite l'engagement moral qui : « représente le sens du devoir, la reconnaissance envers l'organisation, c'est donc dire que l'employé est mobilisé par un sentiment de redevance. » (Paré, 2011, p. 17).

L'étude de ces différentes formes d'engagements montre que plusieurs facteurs internes et externes à l'individu entrent en jeu pour déterminer son type d'engagement. L'engagement d'un employé est conditionné et influencé par plusieurs facteurs tels que les valeurs intrinsèques, extrinsèques, la loyauté, la confiance, la morale, le sentiment de redevance, les avantages sociaux économiques, le sens du devoir et la santé psychologique.

C'est important pour l'organisation de développer l'engagement de ses employés et de considérer les facteurs qui déterminent un type d'engagement particulier dans le but de maintenir son personnel. À noter que l'engagement organisationnel est reconnu comme pertinent démontrant un lien avec la rétention et la fidélisation du personnel. (Vandenbergh, 2005).

### **1.2.3 Empathie et Sympathie**

Notre capacité à partager et à comprendre les vécus des autres et avoir le désir d'aider autrui est primordiale dans les interactions sociales et encore plus chez les professionnels de la relation d'aide, désir qui motive souvent le choix de ce métier. Et comme le dit (Decety, 2010, p. 133), « L'empathie est considérée comme un composant nécessaire à une coexistence harmonieuse des individus en motivant par exemple de nombreux comportements prosociaux ».

En effet l'empathie permet de s'identifier à l'autre dans ses émotions, de reconnaître, sentir et partager ses émotions. Decety (2002) mentionne que l'empathie est considérée comme l'un des éléments clés dans la création d'une relation thérapeutique et en particulier celle centrée sur le client. C'est un élément important dans les interactions humaines en général et qui participe au maintien et à l'enrichissement des relations sociales et se révèle très capital dans l'exercice de certains métiers qui exigent une étroite collaboration ou une interaction fréquente avec des personnes et des animaux dans le but de les accompagner et d'aider ces derniers. Par exemple, le vétérinaire, le psychothérapeute, le psychologue, les préposées aux bénéficiaires, le soignant, le travailleur social, etc. sont des métiers où la présence de l'empathie participe au succès de l'accompagnement offert ainsi que la motivation du travailleur à persévérer dans son travail.

Selon Rogers (1957), la présence d'empathie chez le soignant fait partie des conditions nécessaires pour obtenir un changement thérapeutique auprès d'un client. Le manque d'empathie chez le travailleur de la relation d'aide peut alors compromettre le succès de l'accompagnement et engendrer d'autres conséquences néfastes chez ce dernier. Il fait partie des manifestations de la dégradation de la santé psychologique et physique comme dans le cas de la fatigue compassionnelle par exemple. Parlant de la fatigue compassionnelle, Figley

(2002) mentionne qu'elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion.

Le soignant se retrouve ainsi dans une incapacité à ressentir l'empathie qui pourtant est un élément jouant un rôle essentiel dans la qualité du service offert par les professionnels de la relation d'aide.

L'empathie se porte toutefois à confusion avec la sympathie et il est important de faire la différence entre les deux. Alors que l'empathie permet de ressentir l'émotion que l'autre vit, la sympathie tend plus à manifester de la pitié par exemple et surtout agir pour soutenir la personne en douleur. Decety (2010) fait voir cette différence en ce que l'empathie permet de comprendre les états émotionnels et affectifs et la sympathie fait ressentir une motivation orientée envers le bien-être de la personne. Il précise que les deux concepts paraissent similaires, mais ils sont à ne pas confondre puisqu'une personne peut éprouver de la sympathie sans avoir de l'empathie et de même avoir l'empathie sans forcément éprouver la sympathie qui fait naître des comportements altruistes pour le bien-être d'autrui.

#### **1.2.4 La compassion**

O'Connell (2009) définit la compassion comme une réponse à la fragilité humaine qui informe et motive notre devoir envers autrui qui, de par sa nature même, crée un désir d'agir au nom des autres.

La compassion est ainsi un autre élément clé chez les travailleurs de la relation d'aide puisque ces professions à la base visent à se préoccuper du bien-être d'autrui et à agir pour soulager la souffrance d'autrui. Par la compassion les êtres humains montrent la peine, la préoccupation à l'égard de la souffrance d'autrui et manifestent le désir de venir en aide à autrui. La compassion qui procure le partage de sentiment d'autrui et la motivation à aider



joue alors un important rôle dans le succès thérapeutique et c'est pourquoi la dégradation ou la perte de la compassion est un facteur clé de la fatigue compassionnelle, qui justement agit négativement sur la motivation du soignant à aider.

Molinier (2000, p. 54) au sujet du travail et de la compassion en milieu hospitalier écrit : « Pour bien faire le travail infirmier, c'est-à-dire *pour en retirer du plaisir*, il faut pouvoir sentir la souffrance de l'autre, ce qui implique de s'éprouver soi-même dans sa propre chair, de *sentir sa propre souffrance* [...] Par compassion, il faut entendre ici littéralement *le souffrir-avec*, la sensibilité au malheur de l'autre ».

Il semble évident que la perte de cette sensibilité face au malheur de l'autre agisse sur la qualité du travail de ces professionnels. Ces professionnels de la relation d'aide ressentent du plaisir à venir en aide aux autres, ce qui est une fierté pour eux. Il est intéressant de chercher à savoir pourquoi ces professionnels en viendraient à manquer de compassion et avoir moins le désir d'aider. Qu'est-ce que cet état implique et quelles sont donc les choses qui conduisent à cela ?

### **1.2.5 Fatigue compassionnelle (FC)**

De façon littéraire, cette expression révèle une compassion fatiguée, faible, dépourvue d'énergie. Est-ce à dire que le professionnel de la relation d'aide est fatigué de montrer de la compassion volontairement ou indépendamment de sa volonté par un ensemble de choses qui dépassent sa capacité ?

En effet, Joinson utilise en 1992 le nom de fatigue *compassionnelle* (encore appelé fatigue de compassion ou usures de compassion) pour désigner une forme particulière de burnout touchant les professionnels de santé, précisément les infirmières en soins palliatifs et en oncologie. En sciences infirmières, la définition attribuée à la Fatigue de Compassion (FC)

relève des pathologies du lien et de l'attachement. Ainsi la FC résulte d'une exposition prolongée avec le vécu traumatisant, souffrance d'autrui et qui conduit le soignant à manifester la colère, la dépression et l'apathie. Decety (2000) fait savoir que ressentir les sensations et les émotions que son client éprouve et lui communiquer en retour cette compréhension fait partie du rôle du thérapeute, mais la difficulté et le danger principal résident dans le fait de se situer aussi exactement que possible dans le référentiel de l'autre sans toutefois s'y perdre.

La fatigue compassionnelle peut dès lors survenir quand les intervenants en arrivent au point de confondre leur identité à celles de leur patient et commencent à ressentir personnellement la douleur des personnes dont ils prennent soin.

La FC constitue un risque pour tout professionnel de la relation d'aide. Ainsi, les infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, médecins et soignants, préposés aux bénéficiaires, proches aidant à domicile et médiateurs psychosociaux sont tous susceptibles d'être touchés. C'est un risque très important, car il peut s'avérer vraiment difficile pour le professionnel de la relation d'aide de se situer fréquemment et intensément dans le référentiel de l'autre et avoir en tout temps la capacité de faire la part des choses et garder en tête que c'est la réalité de l'autre et non sa réalité à lui. Rogers le souligne en ce qu'il dit que le thérapeute doit s'appréhender la réalité de son client comme s'il s'agissait de la sienne, en n'oubliant toutefois jamais qu'il ne s'agit pas de sa propre réalité.

Il arrive alors que le professionnel de la relation d'aide se perd dans le référentiel de son client et oublie que la situation traumatisante n'est pas son histoire personnelle, il court le risque de se comporter et de réagir comme son patient.

Smith (2007) avec sa propre expérience et celui de ses étudiants fait bien état de cela avec l'exemple d'un de ses étudiants en particulier : cet étudiant accompagnait un patient séropositif qui a vécu de la violence dans son enfance et d'abus sexuel par son père et plus

tard il a été infecté du VIH par son partenaire qui l'a contraint à avoir des relations sexuelles non protégées avec lui. À un moment donné cet étudiant s'identifiait et s'appropriait tellement le vécu de son patient qu'il commença par avoir des pensées intrusives sur le partenaire de son client et sur ce qu'il lui ferait si jamais il le voyait. Il faisait également des rêves inquiétants qui troublaient son sommeil et finalement il était tellement dérangé par la présence de son patient qu'il ne voulait pas le voir et faisait tout pour l'éviter.

C'est également le cas de certaines professionnelles de la relation d'aide qui ont accompagné des victimes de viol et se retrouvent elles-mêmes à réagir comme la victime, à avoir une peur profonde des hommes et augmenter des mesures de sécurité dans leur maison. La Fatigue de compassion demeure toujours un sujet pas si connu et parlé dans les organisations et pourtant c'est un risque sérieux pour la santé physique et psychologique des intervenants.

Figley (1995) désigne la FC comme étant le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance. Il est à noter que la FC a une influence sur la perception du monde et sur les croyances fondamentales de ces professionnels de la relation d'aide qui se retrouvent profondément ébranlées. Cette situation est selon Figley (1995) une conséquence naturelle parce qu'elle provient des expériences traumatisantes d'autrui et est accompagnée de symptômes qui d'ailleurs se manifestent par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion. Le soignant se retrouve ainsi dans une incapacité à ressentir l'empathie qui pourtant est un élément jouant un rôle essentiel dans la qualité du service offert par les professionnels de la relation d'aide. Six conditions sont nécessaires selon Rogers (1957) pour obtenir un changement thérapeutique auprès d'un client, dont la présence d'empathie chez le soignant.

Decety (2002, p. 9) fait savoir : « L'empathie, capacité à partager les émotions avec autrui, est reconnue comme un puissant moyen de communication interindividuel et l'un des éléments clés dans la relation thérapeutique ». Par ailleurs, il est important de souligner que

la notion de stress est très importante dans le diagnostic de la FC puisqu'elle est clairement construite sur le modèle de l'état de stress post-traumatique qui est le stress issu de son propre vécu traumatique et non celui d'autrui.

Zawieja (2014, p. 2) définit ainsi la FC comme « un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social, résultant d'une exposition prolongée au processus de stress compassionnel et notamment aux souvenirs traumatiques, notamment visuels, qu'il provoque chez le soignant et qui sont responsables de l'apparition des symptômes de l'état de stress post-traumatique ou de réactions associées, comme la dépression ou l'anxiété généralisée ». La Fatigue compassionnelle prend ainsi toute une importance puisqu'elle engendre bien de néfastes répercussions sur l'aspect physique et psycho comportemental des professionnels de la relation d'aide parmi lesquelles (Zawieja, 2014) souligne l'impression d'épuisement persistant, migraine, mal de dos, apparition ou renforcement de certaines dépendances, pessimisme, absentéisme, irritabilité. Ces répercussions non seulement sont susceptibles de détruire le bien-être de ces travailleurs-là, mais aussi le bien-être et la santé de l'organisation, car un employé bien portant et efficient dans sa tâche est bénéfique pour l'organisation.

L'étude de (Thomas et *al.*, 2012) énumère quelques phases de la fatigue de compassion qui pourrait être classée en ces étapes suivantes :

- **Étape physique** : La personne éprouve des sensations chroniques de fatigue au-delà de trois mois ou d'épuisement, d'insomnie, retard pour initialiser des tâches, arrêts de travail fréquents.
- **Étape d'irritabilité** : La personne devient irritable, manque de disponibilité pour les malades et ses collègues ce qui peut causer le burnout chez les autres, sentiment d'être en surcharge de travail.

- **Étape de retrait** : La personne devient distante et impatiente, une réduction progressive de l'empathie pour autrui se manifeste ainsi que le détachement apathique de la douleur des patients et des familles, jusqu'à la perte de la solidarité dans l'équipe professionnelle.

Toujours au sujet de la fatigue de compassion (Zawieja, 2014, p. 2) mentionne que « Le sujet n'éprouve lui-même aucune souffrance (il n'est lui-même ni malade, ni blessé, ni pris en otage, ni agressé, situations qui relèveraient du traumatisme primaire), mais il la vit chez autrui ou l'entend raconter. C'est pourquoi ce type de traumatisme ou de stress secondaire (ou « vicariant ») affecte, outre les soignants, les policiers et militaires, les prêtres, les travailleurs humanitaires, les travailleurs sociaux, les psychologues, les vétérinaires ». Il est intéressant de remarquer ici que ce trouble qui affecte les travailleurs de la relation d'aide n'est pas directement dû à leur propre vécu ou traumatisme personnel (*même si ça peut contribuer plus ou moins au risque de développer la FC*), mais plutôt à l'empathie, au désir d'aider autrui que demande la nature de leur travail.

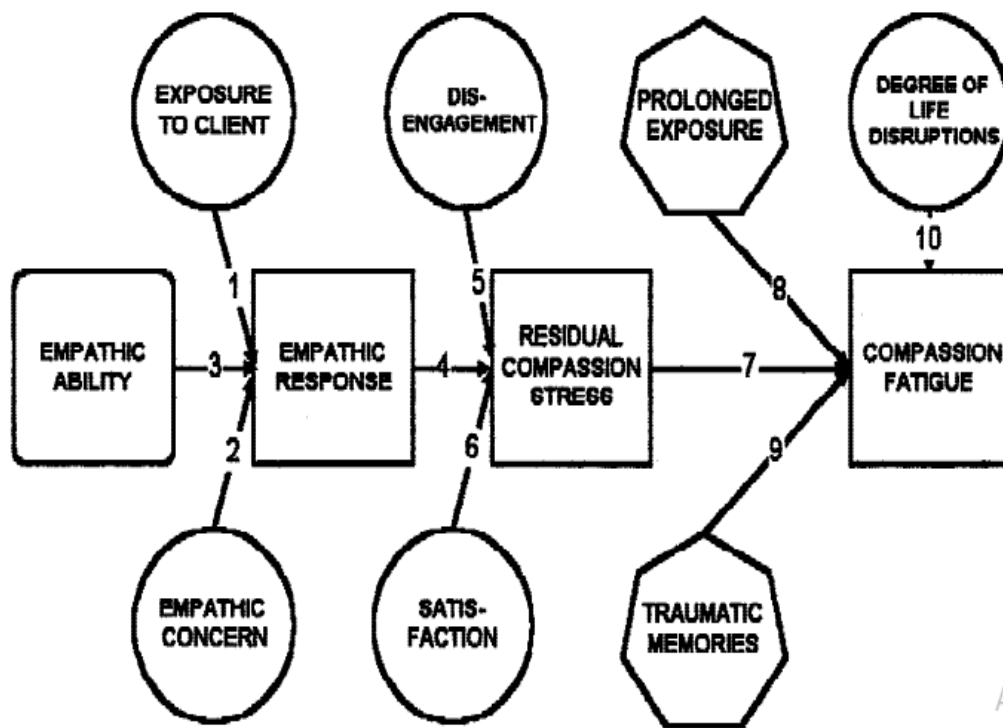
De même (Adams et coll, 2006) décrivent la FC comme un risque de travail qui touche particulièrement les répondants de situations traumatisantes et se manifestent à travers le traumatisme secondaire (TS) et l'épuisement professionnel. La littérature ressort ainsi communément la FC comme étant liée à l'exposition au vécu traumatisant du patient par le soignant. Néanmoins le consensus manque face à la question de savoir si le risque pour le soignant de développer la FC est plus lié ou non à la durée de l'exposition aux éléments traumatisants. Est-ce qu'un soignant qui par exemple est jeune dans le métier de relation d'aide aurait moins de risque de souffrir de la FC qu'un soignant qui exerce dans le métier depuis fort longtemps ? Il s'avère difficile d'être unanime, car dans l'un comme l'autre des cas, les recherches ont montré que la FC affecte bien chacune des catégories.

Kahn (2003) avec ses travaux projette la lumière non sur l'exposition en soi, mais plutôt sur la fréquence répétée de l'exposition aux vécus traumatisants comme ce qui favorise le

développement de la FC. De plus l'existence de facteurs externes n'intervenant pas directement dans le développement de la FC peut tout de même influencer ce dernier. Ainsi les expériences passées des intervenants, que ça soit personnel ou professionnel, agissent comme une base de résistance ou de facilitation pour le développement de la fatigue de compassion. (Violet, 2010). D'après les travaux de (Cornille et Meyers, 1999) il est ressorti que 37% des travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse sont affectés par le stress traumatique secondaire qui fait partie du processus qui conduit à la fatigue compassionnelle.

Figley (1995) présente la répartition suivante en ce qui concerne le risque pour les professionnelles de la relation d'aide de développer la FC: 23,5 % de risque modéré, 29,4% de risque élevé et 20,6 % de risque très élevé. Par ailleurs, le type de clientèle selon que les patients soient de jeunes enfants ou adultes aurait aussi un effet sur le processus de la fatigue de compassion. Zawieja (2014, p. 3) fait savoir que : « enfin, la confrontation à la souffrance des enfants, qui semblent ébranler davantage les officiers de police, les sapeurs-pompiers ou les urgentistes amenés à intervenir. Outre son jeune âge, l'enfant peut en effet être amené à faire aux secouristes un récit plus « froidement clinique », comportant davantage de détails crus et moins d'euphémisations culturellement apprises, qu'un adulte [...] ».

Figure 1 : Composants de la fatigue de compassion chez Figley



Active  
Accédez

Modèle de fatigue de compassion et de stress (Figley, 2002, p. 1437)

### **1.2.6 Facteurs individuels et organisationnels de la FC**

En dehors de la nature même du travail qui consiste en l'exposition fréquente au vécu traumatique, la littérature ressort communément quelques éléments d'ordre personnel et organisationnel qui peuvent constituer plus ou moins un risque pour le travailleur de la relation de développer la FC.

#### **A. Les facteurs individuels**

Killian (2008) montre avec ses travaux que les travailleurs ayant vécu eux-mêmes une situation traumatisante seraient plus à risque de développer la fatigue de compassion. Zawieja (2014, p. 3) souligne de même que « des fragilités antérieures, notamment une tendance dépressive ou anxieuse ou des traumatismes personnels passés, surtout non résolus, que la souffrance des victimes que le professionnel est amené à prendre en charge est susceptible de réactiver ». Pour un succès thérapeutique, le thérapeute est appelé à manifester de l'empathie à l'égard de son client et lui montrer qu'il comprend son vécu.

Les émotions susceptibles de découler de l'interaction avec le patient peuvent en effet ressusciter des souvenirs douloureux ou traumatisants issus d'expériences personnelles que le thérapeute essaie d'oublier. Cela peut conduire à une détresse psychologique chez ce dernier et lui faire courir un plus gros risque de développer la fatigue compassionnelle.

Derdour-Campos (2018) mentionne également que les événements de vie rencontrés par le soignant et les facteurs de stress seraient un facteur de risque de la fatigue compassionnelle. Ainsi des situations comme le divorce, le deuil, une vie familiale ou de couple tumultueuse, une dépendance, des difficultés financières sont autant d'événements quotidiens de la vie qui peuvent déjà fragiliser l'état psychologique du professionnel de la relation d'aide et le rendre plus vulnérable au processus de la fatigue de compassion.



## **B. Les facteurs organisationnels**

Zawieja (2018) fait savoir qu'aux facteurs individuels, viennent s'ajouter des facteurs organisationnels qui peuvent aggraver les risques liés à la fatigue de compassion. Ainsi de façon générale, les éléments tels que les conditions de travail, la charge de travail et le soutien organisationnel constituent autant de facteurs de risques.

- **Les conditions de travail**

Les conditions de travail représentent de façon générale le cadre du travail et les divers fonctionnements à l'intérieur de celui-ci comme les horaires du travail, la charge de travail, l'ambiance générale, les avantages sociaux par exemple. Si elles prennent en compte le bien-être des employés, elles apportent un effet positif sur la santé et le travail fournis par ces derniers, mais une charge de travail trop élevée par exemple peut être une source de fatigue et stress pour le travailleur de la relation d'aide. Derdour-Campos (2018) le souligne d'ailleurs en précisant que la charge de travail peut constituer un facteur de risque majeur dans le développement de la fatigue de compassion.

De plus, quand l'organisation favorise la conciliation emploi et famille à ses employés, cela favorise le bien-être des employés et agit favorablement sur leur santé tant physique que psychologique. Selon Tremblay (2005), la notion de conciliation emploi et famille renvoie à la recherche d'équilibre pour les parents qui travaillent et qui ont la charge d'enfants ou de parents âgés, mais aussi pour toute personne qui possède une activité salariée et qui veut avoir du temps pour sa vie personnelle.

Le professionnel de la relation d'aide, déjà submergé par le stress de son travail, court le risque d'un surplus de stress si son organisation ne lui favorise pas la conciliation emploi et famille qui pourrait lui permettre de déstresser avec ses activités personnelles pour prendre du temps pour lui et passer du temps en compagnie de ses bien-aimés.

- **Le climat de travail**

D'après Charest (2008), le climat organisationnel est l'ensemble de perceptions que les membres d'une organisation ont de leur environnement de travail. Ces perceptions représentent ce que les employés valorisent fondamentalement dans la situation de travail : autonomie, confiance, équité, reconnaissance, soutien, entraide, leadership, cohésion, efficacité, valeur de la mission et sens de l'action.

Le climat de travail peut avoir un impact positif ou négatif sur le travailleur. Ces divers éléments du climat de travail peuvent constituer une source de stress de plus lorsqu'ils ne répondent pas aux attentes ni aux valeurs du soignant par exemple et peuvent contribuer au risque du développement de la FC chez un travailleur déjà soumis au stress issu même de la nature de son travail qui l'expose au récit traumatisant.

- **Le soutien organisationnel**

Le soutien organisationnel est défini comme la croyance globale d'un salarié en ce qui concerne le degré d'attention et de soin que l'entreprise lui porte et la façon dont elle valorise ses contributions. (Eisenberger et *al.*, 1986). Lorsque les employés perçoivent du soutien de la part de leur collègue et de leur supérieur, l'équité de la part de l'employeur et reçoivent des récompenses ou reconnaissances organisationnelles, cela est bénéfique pour leur bien-être physique et psychologique.

En effet d'après les études de (Karasek et Theorell, 1990), le manque de reconnaissance et de soutien organisationnel sont reconnus comme faisant partie des facteurs de souffrance au travail qui peuvent engendrer des problèmes de santé affectant la capacité des employés à bien travailler. Ces facteurs de souffrance organisationnelle favorisent le stress et il est important de revoir ces pratiques organisationnelles si l'on veut prévenir la maladie et la détresse psychologique.

### **1.2.7. Identification de la FC par rapport au stress traumatique, traumatisme vicariant et épuisement professionnel.**

L'étude de la fatigue de compassion (FC) fait ressortir des notions de stress traumatique vicariant encore appelé stress traumatique secondaire, le traumatisme vicariant (TV) et de l'épuisement professionnel connu également sous le nom de « burnt-out ». Ceux sont des notions qui sont bien différentes les unes des autres, mais qui sont en relation entre elles et donc peuvent porter à confusion. En effet la présence de stress traumatique secondaire ou vicariant est nécessaire aux phénomènes que sont la FC et le TV.

Il est donc important avant de continuer dans le développement de ce mémoire de clarifier ces notions ainsi que celle du burn-out puisqu'il est aussi souvent confondu avec la FC.

#### ***1.2.7.1 Le stress traumatique vicariant ou secondaire***

Il est important de souligner la nuance entre le stress post-traumatique et le stress traumatique secondaire. Le stress post-traumatique fut introduit par le DSM III en 1980 sous l'appellation de Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) suite aux séquelles traumatiques observées chez les vétérans de la guerre du Vietnam. C'est un terme utilisé pour décrire l'état des personnes qui ont directement vécu des événements traumatiques et en sont durablement affectées sur le plan psycho comportemental. De son côté, le stress traumatique secondaire (STS) résulte du stress lié à l'exposition à une victime souffrante, traumatisée.

Fligley (1978) dans son article traitant de l'ajustement psychosocial des vétérans de la guerre du Vietnam précise que les familles, amis, et professionnels sont à risque de développer des symptômes de stress traumatique parce qu'ils ont un engagement empathique envers les victimes ayant vécu des événements traumatiques. Aussi désigné sous le nom de stress compassionnel, Zawieja (2014, p. 2) affirme à ce propos que : « Le sujet n'éprouve lui-même aucune souffrance (il n'est lui-même ni malade, ni blessé, ni pris en otage, ni agressé, situations qui relèveraient du traumatisme primaire), mais il la vit chez autrui ou l'entend

raconter. C'est pourquoi ce type de traumatisme ou de stress secondaire (ou « vicariant ») affecte, outre les soignants, les policiers et militaires, les prêtres, les travailleurs humanitaires, les travailleurs sociaux, les psychologues, les vétérinaires ».

#### ***1.2.7.2 Le traumatisme vicariant (TV)***

Le traumatisme vicariant est un processus susceptible de conduire à la fatigue compassionnelle. (Perreault, 2004). Les psychologues Lisa McCann et Laurie Anne Pearlman en 1990 utilisèrent le terme « traumatisme vicariant » pour définir la réaction des thérapeutes face aux récits traumatisants de leurs patients. Les travailleurs de la relation d'aide affectés par le traumatisme vicariant développent des symptômes similaires à ceux développés par les patients qui ont vécu directement le traumatisme.

Selon Richardson (2001), un intervenant souffre de traumatisme vicariant lorsqu'il ressent les séquelles d'évènements traumatiques suite aux récits traumatisants qui lui sont racontés alors qu'il n'a pas vécu lui-même directement ces évènements. Il arrive que l'estime de soi, la vision du monde, etc. du soignant soit ébranlée par cela et le soignant perd son optimisme dû à cette empathie qu'il ressent face au traumatisme d'autrui. En effet selon Pearlman (1990), le traumatisme vicariant est un processus de changement résultant de l'engagement empathique auprès des survivants de traumatisme et est caractérisé par une perturbation de l'identité, de la vision du monde et de la spiritualité, composantes essentielles du cadre de référence de la personne.

Le traumatisme vicariant affecte la vie privée et professionnelle du travailleur et se manifeste à travers des symptômes tels que les cauchemars répétitifs, l'irritabilité, l'isolement, la mésestime de soi, la colère, la remise en question de ses valeurs et croyances et l'angoisse provoquée par le rappel ou souvenir intense du vécu traumatique du patient entendu ou vu par le soignant. Le travailleur de la relation d'aide peut se retrouver ainsi à avoir constamment peur d'être braqué à son domicile comme sa patiente le fut par exemple.

### *1.2.7.3 Épuisement professionnel ou « burn-out » et Fatigue compassionnelle*

Le terme burnout fut utilisé premièrement par le psychologue et psychothérapeute Freudenberger en 1975 pour décrire les professionnels de la santé qui sont psychologiquement et physiquement épuisés. Malash (1982) décrits l'épuisement professionnel comme une réponse à la contrainte émotionnelle à laquelle sont confrontés les travailleurs de la relation d'aide de tout genre et y attribue trois principaux symptômes à savoir : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte d'accomplissement personnelle au travail.

Le burnout provient ainsi du stress lié à une surcharge de travail qui demande au travailleur à la fois un engagement émotionnel et physique élevé. Concernant la charge de travail, Violet (2010, p. 75) écrit que : « Peu importe la forme que prend la surcharge de travail, elle a un effet constant : un effet démoralisateur. Une surcharge de travail n'est jamais bien perçue. Le risque que cette surcharge soit permanente se répercute dans la fatigue associée au travail ».

Par ailleurs, il arrive que cette fatigue associée au travail soit confondue à la fatigue de compassion. À cet effet, Fligley (2002) apporte un éclairage sur la différence qui existe entre elles dans ce sens que le burnout est issu d'un lent processus alors que la FC peut apparaitre soudainement à tout moment. Il est à noter aussi que l'épuisement professionnel n'est pas causé par une exposition fréquente à du vécu traumatisant d'autrui contrairement à la fatigue de compassion. Toutefois il demeure tout autant un élément important à considérer dans l'étude de la FC puisqu'il pourrait plus ou moins contribuer au risque de développement de la fatigue de compassion chez les travailleurs de la relation d'aide. Justement (Zawieja, 2014, p. 3), y fait le point avec cette affirmation : « Parce qu'il fragilise le soignant, le burnout peut le rendre plus sensible aux traumatismes vicariants, donc ouvrir la voie à la fatigue compassionnelle. Burnout, traumatisme secondaire et fatigue compassionnelle peuvent donc survenir quasi simultanément chez la même personne... ».

### **1.2.8 Relation entre l'engagement, l'épuisement et la fatigue compassionnelle.**

Les études faites sur l'engagement ont montré plusieurs facteurs parmi lesquels le bien-être, la détresse psychologique, le stress, l'épuisement, influencent l'engagement des travailleurs. (Kanter, 1968; Meyer et Coll, 1993; Meyer et *al.*, 1991; Paré, 2011).

Plus les travailleurs vivent dans de bonnes conditions de travail et dans le bien-être psychologique, plus ils sont engagés et sont plus productifs. Il est intéressant de voir que ces mêmes facteurs sont considérés comme des risques pouvant favoriser la fatigue de la compassion chez des travailleurs qui sont exposés au vécu traumatisant de par la nature de leur travail.

Mason et *al.*, (2014) par leurs travaux au sein des infirmières en traumatologie de l'unité de soins intensifs chirurgicaux ont montré qu'à mesure que l'engagement au travail augmentait, la satisfaction de la compassion augmentait considérablement et l'épuisement professionnel diminuait considérablement, mais en revanche tant que la détresse morale était élevée, l'engagement restait faible. Les résultats de leurs études montrent que la fatigue de compassion, la détresse morale et l'engagement au travail sont des problèmes cliniquement importants pour les infirmières des soins intensifs et sont relationnels en effet. Il paraît alors évident que les travailleurs sociaux soient à risque de développer à la fois la fatigue de compassion, l'épuisement et le désengagement. À noter que l'engagement organisationnel est reconnu comme pertinent, démontrant un lien avec la rétention et la fidélisation du personnel. (Vandenberghe, 2005).

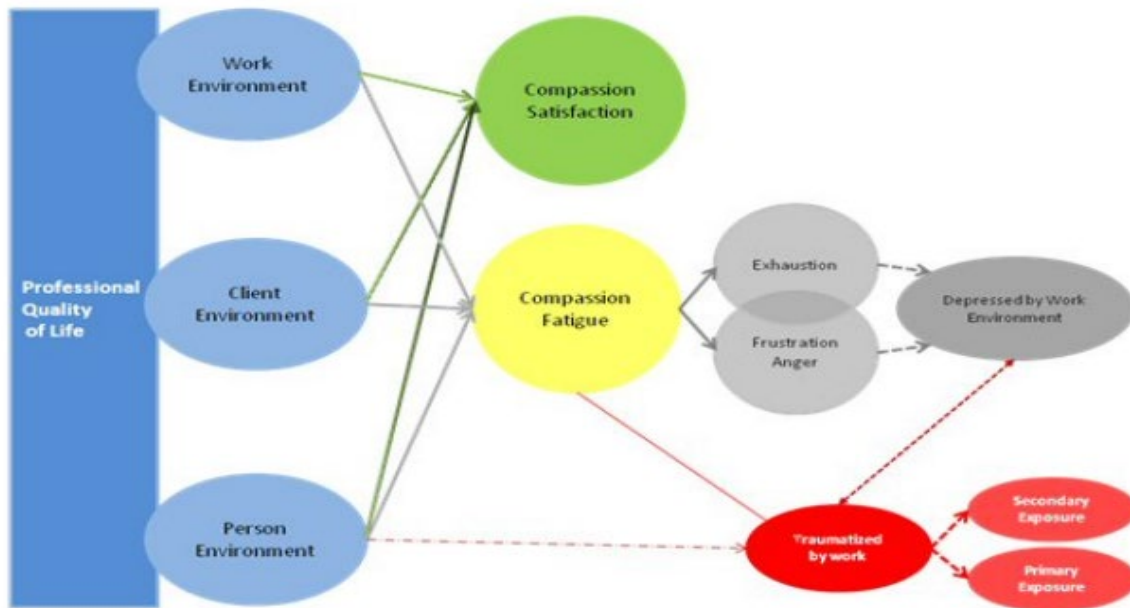
Bakker et *al.*, (2014) rapportent de même que l'épuisement professionnel peut conduire au désengagement organisationnel et plus les personnes sont engagées, plus elles sont protégées contre le burnout. Le fait d'aider une personne en souffrance n'est pas neutre pour un professionnel de santé puisque la compassion qu'il présente pour un malade peut être satisfaisante ou être source de fatigue voire d'épuisement. (Thomas, 2014).

Contrairement à la FC, la satisfaction de la compassion est le plaisir que l'on retire du travail bien fait de pouvoir porter assistance à autrui. Stamm (2010) fait savoir que la satisfaction de la compassion est l'aspect positif de l'aide aux autres et la fatigue de la compassion est l'aspect négatif et qu'un mauvais environnement de travail peut contribuer à la fatigue de compassion qui affecte non seulement la personne et ses proches, mais l'organisation aussi.

Mason et *al.*, (2014) montrent d'ailleurs que la fatigue de compassion peut amener les infirmières à quitter prématurément l'unité ou la profession alors que la satisfaction de la compassion contribue à les faire demeurer. C'est dans ce sens que (Conrad et Kellar-Guenther, 2006) affirment que les facteurs qui favorisent la satisfaction de la compassion sont importants, étant donné son association avec l'engagement au travail et son action tampon contre la fatigue de la compassion.

L'étude effectuée par Audin et *al.*, (2018) sur la fatigue de la compassion, la satisfaction de la compassion et l'engagement organisationnel révèle qu'il existe une corrélation positive entre l'engagement organisationnel et la satisfaction de la compassion, et d'un autre côté une corrélation négative entre l'engagement organisationnel et l'épuisement professionnel. Il y aurait ainsi plus de probabilité que les travailleurs de la relation d'aide qui tombent en épuisement professionnel courent un plus fort risque de développer la fatigue compassionnelle, et par conséquent de se retrouver moins engagés dans leur travail. À cet effet (Thomas, 2014) ne manque pas de souligner que certaines professions sont beaucoup plus exposées, nécessitant d'approfondir ces facteurs de risques et leur prévention.

Figure 2 : Les éléments de la qualité de vie professionnelle selon Stamm



Theoretical path analysis, (Stamm, 2010, p. 10)



## **II- CHAPITRE 2**

### **DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

Cette recherche ayant pour but d'explorer le vécu professionnel et vérifier le risque de la fatigue de compassion chez le médiateur psychosocial qui a pour rôle la prise en charge psychosociale des personnes infectées par le VIH/sida est, basée sur l'autopraxéographie comme méthodologie de recherche. L'autopraxéographie est une méthode à la première personne qui permet à des chercheurs qui ont été praticiens ou qui le sont encore de pouvoir explorer des domaines scientifiques et d'en construire des savoirs génériques. (Albert et Cadieux, 2017).

#### **2.1 Positionnement épistémologique**

L'autopraxéographie se base sur le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique (PECP) qui vient du constructivisme radical de Glasersfeld (2001). Ce paradigme permet de comprendre des faits de la vie et considère que la vérité prend sens en fonction de comment la connaissance est produite suivant les représentations humaines dans le but de donner du sens à des situations dans lesquelles elles sont impliquées. Il est à noter que ce paradigme est important afin de différencier l'autopraxéographie des autres méthodes utilisant la première personne puisque cette dernière ne respecte aucune règle littéraire, et son écriture au passé tout comme le processus abductif et le fait de ne pas utiliser une perspective idiographique, distinguent cette méthode des autres méthodes qui se font également à la première personne. (Albert, 2017)

## 2.2 Processus de l'autopraxéographie

Le chercheur ayant travaillé dans un centre de prise en charge comme médiateur psychosocial partage avec les lecteurs l'ensemble de son vécu professionnel. Le chercheur donne son témoignage dans le cadre de cette recherche en écrivant de manière totalement naïve son expérience professionnelle en tant que médiateur psychosocial dans un centre qui s'occupe de la prise en charge des personnes infectées par le VIH/sida. Le chercheur raconte au passé le témoignage de son vécu professionnel dans ce milieu, son environnement organisationnel, les expériences de suivi de ses patients. Cette narration se fait sans aucun ordre d'idées, sans chercher à analyser, à comprendre ou encore de vérifier des faits au travers d'écrits scientifiques. Cette démarche peut être comparable au fait d'écrire dans son journal intime puisqu'elle se fait sans réserve, avec autant d'ouverture que possible sur les faits vécus, sans peur d'être jugé, en montrant autant que possible sa vulnérabilité et ses émotions vécues.

Après cette étape importante qui a permis au praticien-chercheur de se libérer émotionnellement sur son expérience, le chercheur ensuite prend du recul et se départage de son propre témoignage en se considérant comme observateur du témoignage d'autrui afin d'être objectif en y posant un regard nouveau. Albert et Cadieux (2017) montrent qu'à travers cela, les chercheurs font un travail réflexif qui leur permet de revoir leur récit à plusieurs reprises en vue d'y trouver et de développer ce qui était d'abord implicite ou inconscient.

Le chercheur se met dans la peau de la troisième personne du singulier et se réfère à la littérature scientifique déjà existante, à la recension d'écrits produits afin d'examiner les faits dégagés par le témoignage dans le but de comprendre, analyser et comparer l'expérience vécue sur la base des recherches existantes. Avenier (2011) fait savoir que c'est la réflexivité qui permet de comprendre comment nos propres expériences affectent ce que nous comprenons et comment nous agissons. Ce travail épistémique qui se fait permet au chercheur de dégager dans le témoignage les réalités confirmées et déjà mises en lumière par la littérature, mais également d'en ressortir des pistes nouvelles que la littérature n'a pas

encore explorées ou qui ont peu été explorées. L'autopraxéographie est fait d'allers-retours continuels entre l'expérience et les théories multidisciplinaires, ce qui permet de développer des connaissances génériques (Albert, 2017).

Ces allers-retours entre le témoignage donné et la littérature ont permis ainsi de vérifier la fatigue de compassion et l'impact du suivi psychosocial des personnes infectées par le VIH/sida sur la santé psychologique et physique des médiateurs et de produire éventuellement des connaissances et de nouvelles pistes de réflexion.

### III- CHAPITRE 3

#### TÉMOIGNAGE, ANALYSE ET DISCUSSION

##### 3.1 TEMOIGNAGE

Je venais de commencer un nouveau travail un 18 juillet 2016, j'étais heureuse de cette opportunité sans avoir le moindre doute de toute l'implication émotionnelle que cela allait engendrer. Bien sûr nous avons été formés, plus précisément reçus une formation d'une semaine pour devenir des médiateurs psychosociaux. Comparée à l'expérience que j'ai eue dans ce milieu de travail, je dirai que la formation était très loin de nous préparer à cette réalité du terrain. La formation était beaucoup plus axée sur les diverses méthodes d'accompagnement des patients ainsi que de leurs proches. En tant que médiateur ou encore conseiller psychosocial, notre rôle était d'offrir un accompagnement social aux patients infectés par le VIH. J'étais là pour les conseiller, les encourager à la prise de leurs médicaments qui doit être faite chaque jour.

Il est à noter que ces patients-là devraient prendre les antirétroviraux chaque jour et à la même heure ce qui n'est pas toujours évident à faire, mais il le faut pour éviter de développer des résistances face aux traitements et finir par développer la maladie du sida. Bien évidemment bon nombre de patients tombent dans la fatigue thérapeutique, le découragement et de ce fait arrêtent de prendre le traitement de façon régulière et d'autres arrêtent carrément la prise des antirétroviraux.

Pour ceux qui arrêtent complètement la prise des médicaments, ils arrêtent aussi par conséquent de venir au centre de prise en charge médicale pour leur suivi. Cette catégorie de patients sont nommés les PDV (Perdus de Vue) et en tant que médiateur c'était de mon rôle

d'effectuer des visites à domicile (VAD) pour aller à la recherche de ces patients-là et discuter de ce qui n'allait pas bien, pour leur offrir du soutien et les encourager à reprendre leur traitement et faciliter ainsi leur retour au centre de prise en charge en médicale.

Les patients PDV ne sont pas les seuls à bénéficier de la VAD, mais tout autre patient qui a de la difficulté à être fidèle à son traitement. Ceux sont là certains aspects de ce travail dur à supporter, car d'une manière ou d'une autre cela interpelle ta sensibilité. Bien des fois je revenais très triste après mes VAD et pas forcément parce que certains patients restaient catégoriques sur leur décision et préféraient mourir, mais beaucoup plus à cause de nos échanges, de leur vécu malheureux qu'ils me confiaient, du désespoir dans leurs yeux, de sérieuses difficultés financières, du rejet qu'ils vivaient.

Un des coups durs que j'ai eu fut d'apprendre quelques jours plus tard la mort d'un de mes patients que le médecin m'avait confiés pour une VAD. J'étais partie rendre visite à domicile à ce Monsieur qui effectivement avait arrêté de venir au centre et de prendre ses médicaments aussi. J'ai fait de mon mieux pour le convaincre, mais hélas...il ne voulait tout simplement plus continuer. Quand même, on se demande si on a fait tout ce qu'il fallait, et l'on est rongé par la culpabilité.

Il est à noter que les VAD ne sont pas toujours faciles à réaliser, car bien souvent ces patients sont dans une certaine méfiance et craignent d'être visités à la maison. Certains vont ainsi proposer un autre lieu de rencontre pour ne pas te recevoir à la maison et ainsi éviter de répondre aux questions de l'entourage qui vont vouloir savoir qui nous sommes surtout pour les patients qui vivent en famille. C'est pourquoi lors de nos VAD dans le souci de confidentialité, nous nous présentions aux familles de nos patients comme des amis à ces derniers et non comme du personnel de centre de prise en charge médicale ou rien qui aille dans ce sens-là, mais toujours est-il que certains patients manquent de confiance. Dans la majorité des cas, les personnes infectées ne partagent pas leur statut sérologique avec leurs familles proches et sont souvent les seuls à les garder pour eux, car il y a beaucoup de

stigmatisation face à cette maladie et le rejet qui s'en suit surtout que dans nos sociétés être atteint de ce virus signifie littéralement mener une vie de débauche.

Pour en revenir aux VAD, mes collègues et moi avons expérimenté beaucoup de faux rendez-vous par exemple ce qui est vraiment décevant, d'effectuer un long déplacement et finalement réaliser que le patient t'a fait un faux bond.

Justement à cause de la stigmatisation face à cette maladie, nous sommes dans la majorité des cas les personnes à qui ces patients-là se confient quand ils viennent au centre ou quand nous allons chez eux. Ces confidences ne sont pas toujours faciles pour moi à gérer émotionnellement, mais devant eux j'étais appelée à être forte pour leur véhiculer de l'encouragement, mais longtemps après leur départ je restais là à réfléchir et à peiner sur leur vécu. Finalement ce travail était comme à temps plein 24h sur 24, car même étant rentrée à la maison j'étais toujours affectée et y pensais.

C'est un travail à caractère très confidentiel pour protéger l'identité de nos patients, donc on ne peut pas juste parler des difficultés liées au travail ou difficultés liées à nos patients n'importe où, mais heureusement que nous pouvions en parler entre collègues, partager nos peines ce qui est une source de soulagement et de s'avoir aussi que je ne suis pas la seule à ressentir ce fardeau émotionnel.

Ce qui était aussi pénible et stressant est d'être la personne chargée d'annoncer un résultat positif à un patient. C'est une des choses qui m'abattait vraiment surtout quand je me retrouvais face à des jeunes comme moi. De quelle manière lui dire qu'elle est atteinte du VIH ? ...Bien souvent c'était des pleurs à gérer, des patients à consoler. Parfois les patients pour éviter d'accueillir l'idée de souffrance liée à cette maladie sont juste dans le déni et il faut gérer cela aussi, car pour que la personne accepte de commencer le traitement, il faut qu'elle accepte qu'elle soit atteinte du virus. Pour d'autres ça va être des réactions de colère à gérer.

Et particulièrement dans mon cas, j'ai été formée à faire des séances d'éducation thérapeutique aux patients (ETP), encore appelé club d'éducation thérapeutique. Tous les centres de prise en charge ne disposent pas de médiateurs formés en ETP, ce qui fait que l'ETP n'est pas offert dans tous les centres de prises en charge, sans oublier que certains centres sont même dépourvus de psychologue. Dans le centre où j'étais, nous disposions d'un psychologue qui s'occupait du volet psychologique des patients. J'assistais ainsi le psychologue lors des séances d'éducation thérapeutique aux patients, mais il arrivait que je me retrouve seule à diriger de telles séances quand le psychologue était absent. L'ETP pouvait être en séance individuelle, familiale ou en groupe et les proches des patients infectés étaient autorisés à suivre de telles séances aussi aux souhaits des personnes infectées par le VIH. Le but de ces séances est justement d'éduquer le patient et ses proches sur ce que c'est que le VIH, son mode de fonctionnement, l'attitude à adopter face à ce virus, comment vivre positivement avec ce virus, comment bien prendre son traitement, des conseils diététiques, outiller les proches des personnes infectées pour qu'ils sachent comment mieux accompagner ces dernières, les aider à poser un regard nouveau sur cette maladie et briser les stéréotypes.

Particulièrement les ETP destinés aux enfants nés séropositifs sont ceux-là qui m'ont le plus affecté surtout que la plupart ignoraient encore leur statut sérologique. Ils venaient accompagnés de leurs parents ou seuls des fois, et le but de ces séances était de préparer les enfants entre 5 et 12 ans à en savoir plus sur cette maladie à travers des alternatives détournées et progressivement ainsi les préparer pour l'annonce de leur statut sérologique. Souvent c'était le psychologue qui déterminait si l'enfant était suffisamment prêt à comprendre et recevoir l'annonce de son statut. De nombreux parents culpabilisent d'avoir transmis le virus à leurs enfants et pensent qu'ils ne seront tout simplement pas capables d'annoncer un jour cela à leur enfant par peur du rejet, mépris de ces derniers envers eux d'où l'importance de ces ETP. Surtout quand ces jeunes enfants approchaient de l'adolescence où ils découvrent la sexualité, c'était important qu'ils soient mis au courant de leur statut afin d'adopter des comportements adéquats pour leur bien-être, pour éviter une

co-contamination et contaminer de nouvelles personnes. Ces enfants puisqu'ils sont nés séropositifs, commencent le traitement tôt, prennent des médicaments sans savoir de quoi il s'agit réellement. Je peux encore me souvenir de cette fois où cette petite fille de 8 ans me disait qu'elle était fatiguée de venir régulièrement à l'hôpital et surtout de prendre des médicaments tous les jours, qu'elle ne comprenait pas pourquoi elle devrait prendre des médicaments. On ne pouvait sans le consentement des parents ou tuteurs de mineurs leur expliquer ce qu'ils avaient réellement et l'astuce commune qu'on utilisait dans ce genre de cas était de dire à l'enfant que ' ces médicaments sont de super vitamines qui vont l'aider à bien grandir, ne pas tomber malade et être intelligente à l'école'. Là ça devient plus difficile à gérer comme cette fois où cette belle jeune enfant me demandait « si c'en est ainsi pourquoi mes autres petits frères et sœurs ne prennent pas cette "vitamine" et que suis la seule à la prendre dans ma famille ? »... Je devais bredouiller quelque chose comme réponse pour calmer ses inquiétudes. Ce sont là quelques exemples de difficultés quotidiennes auxquelles font face les parents avec des enfants infectés qui à un moment donné refusent de prendre les antirétroviraux ou mentent aux parents qu'ils les ont pris, alors qu'ils les ont jetés en réalité ; d'où l'importance d'une bonne surveillance quand ils doivent prendre leur médicament. J'avais surtout beaucoup de peine en voyant toute une famille, papa, maman et enfants infectés, c'était inévitable de ne pas sombrer dans une profonde tristesse après de telles rencontres, après avoir eu connaissance de leur vécu...tout ce fardeau émotionnel était finalement épuisant et décourageant.

Il y avait ce jour encore bien présent dans ma mémoire ; c'était une jeune fille de 10 ans venue au centre avec sa mère pour le suivi et le retrait de médicaments. Puis, là dans le bureau, elle nous racontait à moi et d'autres collègues présents les bonnes notes qu'elle avait eu à l'école (une petite fille bien brillante) et son rêve de devenir docteur, mais ce qui m'a glacé le dos fut de l'entendre dire qu'elle a appris à l'école sur des maladies contagieuses, infectieuses et qu'elle prenait ses précautions pour ne pas en contracter une...



J'ai essayé d'imaginer ce qu'elle pourrait ressentir quand elle apprendra qu'en fait elle est née avec le VIH ...

Cette petite expérience de 1 an et 5 mois m'a fait voir une autre facette de la vie et du vrai vécu des personnes infectées et affectées que je n'avais encore jamais vu ou su bien que je connusse déjà très bien l'histoire au tour du VIH. Je ne m'attendais pas à cette réalité du terrain. Pour moi j'étais là pour soutenir, conseiller, aider ces patients-là pour une vie meilleure. C'est un choc de constater à quel point cela peut engendrer des répercussions négatives sur moi, à quel point je serais moi-même émotionnellement impliquée dans leur cause. Si au moins on en avait une idée, c'est vrai que le risque du métier sera toujours là, mais au moins on sait d'avance à quoi s'attendre et peut être que personnellement on aurait pris des mesures pour veiller à sa santé psychologique et des repères pour voir quand on dépasse les limites professionnelles avec nos patients et qu'on s'implique plus personnellement avec toute notre émotion.

Certains de mes patients VAD dont la visite m'est particulièrement sensible étaient les petits enfants à partir de 5 ans qui étaient complètement dans une pleine innocence, ils étaient pour la plupart heureux de me voir chez eux et moi je ne pouvais m'empêcher de penser à leur avenir, à comment ils vont gérer plus tard la découverte de leur statut sérologique.

Il y'avait également ce jeune garçon de 12 ans orphelin qui vivait chez sa tante et que je devais visiter parce qu'il était réticent à la prise de ses antirétroviraux. La tante se plaignait d'ailleurs de son comportement rebelle à la maison et envisageait de se séparer de lui en le retournant au village. Lors de mes visites chez eux, en discutant avec ce jeune garçon j'ai pu voir qu'il faisait juste face à une crise d'adolescence et n'était pas aussi mauvais que sa tante le décrivait. J'ai essayé lors de mes visites de dissuader la tante de son projet de le renvoyer au village et de gérer la situation avec plus de patience, mais elle a fini par se séparer du jeune. C'est une situation qui m'a beaucoup peiné, car j'ai su que son retour au village, laissé à lui-même, n'allait l'aider ni pour sa santé, ni pour son éducation. J'aurai aimé faire quelque

chose pour changer la situation de ce jeune garçon, mais ni mes conseils ni mon accompagnement n'ont pu faire changer d'avis à la tante.

Ces genres de situations par exemple t'affectent beaucoup émotionnellement, psychologiquement. Je me suis demandée si plus de visites de ma part ou plus de rencontres avec cette famille auraient pu permettre d'éviter cette situation. Bien sûr au fond, techniquement je sais que j'ai fait de mon mieux professionnellement auprès de cette famille et même en allant au-delà, car je leur consacrais du temps en dehors de mes heures de travail également, mais c'est difficile après tout de ne pas se reprocher un échec dans l'exercice de ce métier. J'avais même fait intervenir une autre collègue à moi dans le cas de cette famille afin qu'elle intervienne avec son savoir-faire et son expérience aussi et ça, c'est l'avantage d'avoir une belle équipe de travail où on peut facilement solliciter l'aide d'un autre collègue quand on a un cas difficile, on n'hésitait pas à s'aider les uns les autres.

J'avais même une de mes collègues qui n'hésitait pas à m'accompagner pour certains de mes VAD quand je ne me sentais pas à l'aise d'y aller toute seule ou que j'avais besoin qu'elle intervienne auprès d'un PDV à moi vu qu'elle a plus d'expérience que moi. Cette unité et le fait de savoir qu'on peut compter les uns sur les autres nous encouragent et nous donnent la motivation à continuer, ne serait-ce que pour le plaisir de retrouver ses collègues dans cette belle ambiance de travail malgré la condition de travail défavorable.

Je me souviens aussi de ce couple sérodiscordant (la femme était positive et le mari négatif) à qui je devais effectuer une VAD puisque la femme était devenue une perdue de vue. C'était devenu une ambiance compliquée à la maison pour cette femme avec un mari qui était dans le déni de la contamination au VIH de sa femme. Par conséquent il l'obligeait à ne pas venir au centre pour la prise en charge ni à prendre les antirétroviraux. J'ai pu avoir l'opportunité de discuter avec le mari lors d'une VAD et c'était clair qu'il était dans un complet refoulement du VIH et affirmait que la dégradation de la santé de sa femme était causée par des mauvais esprits et par conséquent serait traitée spirituellement. J'ai pu finalement la

référer à un collègue qui travaillait dans un centre de prise en charge plus proche du quartier de ma patiente. Justement la majorité des patients par peur préfèrent se faire prendre en charge dans un centre situé dans une autre ville ou dans un quartier beaucoup plus éloigné de leurs habitations. Bien évidemment c'est une charge de plus pour nous les médiateurs qui devons parcourir des milliers de kilomètres pour faire nos VAD avec le souci de sécurité lié au moyen de transport dérisoire et des zones dangereuses.

Nous n'étions pas d'ailleurs assurés face aux risques d'accident liés à ce métier dans nos déplacements VAD. Bien des médiateurs ont été victimes d'accidents sans oublier le risque d'exposition aux maladies contagieuses en visitant les patients PDV dont l'état de santé s'était largement dégradé. Finalement à cause du manque ou d'insuffisance du personnel les médiateurs font bien plus au-delà de la charge de travail comprise dans leur contrat ; des médiateurs font souvent office de psychologues, assistants aux médecins soignants, secrétaires. En plus de cela, j'aidais moi-même certains jours le médecin à faire le dépistage du cancer du col de l'utérus.

D'une manière ou d'une autre je me sens responsable de mes patients, ce que je pense est chose normale. C'est facile de me reprocher l'échec à faire revenir les patients PDV (Perdus de vus) même si je suis consciente que les efforts pour cela ont été fournis et que le succès thérapeutique ne dépend pas que du soignant ou du conseiller, mais de la bonne volonté du patient également... toutefois il y a eu des situations couronnées de belles victoires dont je reste fière. Des exemples de PDV que j'ai retrouvés dans un état de santé critique et qui sont revenus au centre, qui ont bien recommencé leur traitement. Le fait de voir leur état de santé s'améliorer ainsi que leur vie de famille donne la fierté de ce travail et participe à remonter de temps à autre le moral bas que donne ce travail difficile.

Chaque jour de ce travail est une expérience unique et une aventure inattendue dont certainement d'autres souvenirs sont enfouis dans mon inconscient et ne parviennent pas encore à ma mémoire à l'instant où j'écris ce récit vécu. Ce travail de médiateur psychosocial

comporte des risques à la fois psychologiques et physiques. Mais rien n'est fait (si c'est même remarqué et considéré par les coordonnateurs de ce projet) dans le sens du bien-être de ces médiateurs qui sont exposés à la dépression, à la détresse psychologique à cause de leur lourde charge de travail et du contenu de leurs vécus dans l'accompagnement des personnes infectées. De plus le salaire était juste à la limite de la moyenne.

Je dois dire qu'à un moment donné j'étais lassée de ce travail, je m'impliquais moins et se souciais moins de la qualité par rapport au début. Ce n'est pas étonnant de voir que cela agissait négativement sur nos performances également, sur la qualité de l'accompagnement offert aux patients, sur la qualité et la quantité des VAD qu'on devrait effectuer par mois. On semblait tous fatigués et songeait à partir (Chose qui arrivait dès qu'une bien meilleure opportunité se présente).

Je dois avouer qu'à un moment donné j'étais lassé de ce travail qui non seulement n'offrait pas de bonnes conditions financières, mais ne nous donnait pas non plus le bien-être psychologique au travail sans oublier le risque d'expositions à diverses maladies. J'ai choisi ce travail qui pour moi représentait de belles valeurs humaines en participant au bien-être de quelqu'un, en aidant un patient à être en bonne santé et vivre positivement. Ce faisant, je participais à la diminution de nouveaux cas aussi. Mais à un moment donné on pense plus à soi et à sa famille et on commence par se donner moins, car si je perds ma propre santé dans cette affaire-là, je ne peux compter sur l'organisation, on peut plus continuer par se sacrifier pour quelqu'un qui ne se soucie pas de soi.

C'est un métier bien noble ayant une grande incidence positive sur non seulement la vie des patients infectés et leurs proches, mais sur toute la société en générale. Malheureusement aucune mesure d'accompagnement n'est mise en place pour protéger notre santé et assurer notre sécurité surtout lors des VAD ; ni pour améliorer notre condition de travail ; sans oublier que le salaire n'est pas à la hauteur de nombreux travaux effectués par les médiateurs. C'est curieux, car le "salaire" était plutôt appelé "motivation", car les responsables disaient

que notre paye par mois était plus une motivation qui nous était remise et non vraiment un "salaire" ; or entre-temps nos motivations qui déjà n'étaient pas à la hauteur du travail effectué furent diminuées encore alors que la tâche de travail et les conditions difficiles de travail étaient restées les mêmes. Si déjà ils appelaient notre paye une motivation, le fait de diminuer la paye peut être littéralement traduit comme le fait de diminuer notre motivation et c'est déplorable de traiter les médiateurs de cette façon.

Ce travail avait un sens pour moi et voir les autres heureux me rendait heureuse aussi ; aider les autres me procure satisfaction et bien-être intérieur. Mais avec les réalités du terrain qui comprennent entre autres la déception, les échecs que tu expérimentes auprès des patients à qui malgré tes efforts tu n'as pu apporter ton aide, et aussi les conditions de travail peu favorables et non sécuritaires tu es découragé, le travail n'a plus une certaine valeur à tes yeux et tu te demandes si ça mérite de risquer ta vie ou ton bien-être, ta paix pour tout cela ?

Finalement cette aventure professionnelle s'est terminée soudainement et involontairement pour moi ainsi que pour plusieurs autres médiateurs, car le projet a décidé de diminuer l'effectif des médiateurs sur toute l'étendue du territoire dans chaque centre de prise en charge des personnes infectées par le VIH/Sida. Normalement nous étions engagés sur un contrat de deux ou trois ans renouvelables ce qui était déjà source d'inquiétude à savoir si j'allais avoir mon contrat renouvelé ou pas, mais là je n'avais même pas encore fait deux ans avant que le projet ne fasse cette grosse coupure, et je considère comme injuste la façon dont ils nous ont laissés sans même un dédommagement financier ni préavis.

Non seulement la réduction des effectifs concernait les médiateurs psychosociaux, mais également toutes les autres catégories de professionnels de la relation d'aide tels que les psychologues. Par exemple dans le centre de prise en charge où j'étais, nous étions cinq médiateurs et un psychologue. À la suite de ce changement et de la diminution des effectifs, trois d'entre nous médiateurs n'ont plus été retenus pour poursuivre notre activité

professionnelle. Ce qui était particulièrement dommage était le fait que le seul psychologue du centre ait été aussi laissé tomber par le projet.

Le centre resta donc sans psychologue attiré pour les patients infectés par le VIH/sida alors que le rôle du psychologue était vraiment important et c'était aussi à lui que les médiateurs référaient des patients en situations particulières qui dépassaient nos compétences pour une prise en charge mieux adaptée. Avant ce changement tous les centres n'avaient pas assez de médiateurs et certains centres ne disposaient pas de psychologues et au lieu que les choses soient améliorées, ce changement est venu empirer la situation entraînant ainsi des charges de travail supplémentaires aux médiateurs retenus et laissant les patients sans suivi professionnel de psychologue.

Déjà trois ans que je n'ai plus été médiateur psychosocial, mais c'est une expérience qui te marque et reste gravée en toi. À un moment donné quand j'étais encore médiateur je n'étais plus à l'aise en présence des autres, car je voyais le film des rencontres avec mes patients dans ma tête et je vivais un peu dans la méfiance. Surtout quand je faisais le suivi des patients jeunes qui étaient dans la même tranche d'âge que moi, je me voyais dans la personne et je me disais que ça aurait pu être moi qui vis cette mésaventure que je venais d'écouter, ça fait que tu restes quand même troublée. Et c'est malheureux d'écouter d'anciens collègues de travail avec qui j'ai eu à garder le contact qui sont toujours médiateurs se plaindre de leurs conditions de travail qui sont demeurées les mêmes...

## 3.2 ANALYSE ET DISCUSSION

### 3.2.1 Nature de la formation initiale

Une formation bien adaptée à la nature du travail et aux objectifs professionnels permet aux employés d'avoir une bonne compétence et de se préparer aux réalités du terrain. Le témoignage de cette médiatrice psychosociale fait état d'un quotidien stressant lié à son travail d'assister socialement les personnes atteintes du VIH/sida.

En effet beaucoup de contraintes s'exercent sur les travailleurs qui s'occupent des personnes vivant avec le VIH/sida, car la prise en charge de ces patients génère une tension énorme chez ces intervenants. (ONU-sida, 2000). L'étude de (ONU-sida, 2000) montre qu'en majorité ces travailleurs ne sont pas formés adéquatement sur les réalités émotionnelles qui les attendent et ne s'attendent pas à un tel fardeau émotionnel et c'est un fait qui se fait voir dans le témoignage de cette médiatrice : « *Comparée à l'expérience que j'ai eue dans ce milieu de travail, je dirai que la formation était très loin de nous préparer à cette réalité du terrain. La formation était beaucoup plus axée sur les diverses méthodes d'accompagnement des patients ainsi que de leurs proches. En tant que médiateur ou encore conseiller psychosocial, notre rôle était d'offrir un accompagnement social aux patients infectés par le VIH* ».

C'est un travail qui nécessite une perpétuelle interaction sociale intense entre les médiateurs et les patients infectés ainsi que leurs proches. Une formation qui comportera également un volet sur les réalités psychologiques et le stress lié à ce travail qui attendent les médiateurs serait tout à fait bénéfique pour ces travailleurs pour diminuer le choc émotionnel et psychologique qu'ils découvrent une fois sur le terrain comme on peut le voir dans le vécu de cette médiatrice :

*« Je ne m'attendais pas à cette réalité du terrain. Pour moi j'étais là pour soutenir, conseiller, aider ces patients-là pour une vie meilleure. C'est un choc de constater à quel point cela peut engendrer des répercussions négatives sur moi, à quel point je serais moi-même impliquée émotionnellement dans leur cause. Si au moins on en avait une idée, c'est vrai que le risque du métier serait toujours là, mais au moins on saurait d'avance à quoi s'attendre et peut être que personnellement on aurait pris des mesures pour veiller à sa santé psychologique et des repères pour voir quand on dépasse les limites professionnelles avec nos patients et qu'on s'implique plus personnellement avec toute notre émotion. »*

Il serait tout à fait bénéfique aux organisations de penser au bien-être de leurs employés en mettant dans leur formation de quoi préparer psychologiquement les médiateurs face à ce travail et bien évidemment mettre en place les mesures d'accompagnements en faveur de cela. La formation initiale et professionnelle doit permettre aux médiateurs d'acquérir et renforcer leur connaissance et compétence pour aider convenablement leur clientèle. Une formation qui répond efficacement à cet objectif et qui traite des problématiques importantes et sensibles rencontrées dans l'exercice de ce métier pourrait être un facteur de protection contre la Fatigue de compassion et permettrait aux médiateurs de se sentir plus outillés et mieux aptes mentalement à affronter les divers défis.

Le manque de telles mesures peut s'avérer frustrant pour ces employés et participe au risque d'avoir des employés désengagés, en épuisement professionnel, détresse psychologique et improductive puisque ces derniers n'ont aucune ressource organisationnelle quand ils font face à des difficultés physiques et psychologiques liées à leur travail.

### **3.2.2 Manifestation de la Fatigue de Compassion.**

La Fatigue de compassion est un risque pour tout travailleur de la relation d'aide et résulte de l'exposition du soignant aux vécus traumatisants du patient, aux souffrances d'autrui et que le stress compassionnel, burnout tant physique qu'émotionnel sont des facteurs qui



conduisent au risque de développer la FC. (Figley, 1995; Adams et Coll, 2006; Zawieja, 2014).

Le témoignage de cette médiatrice psychosociale décrit la nature de ce travail qui est beaucoup demandant émotionnellement et psychologiquement. L'exposition au vécu de ces patients affectait cette médiatrice et dans son témoignage on peut le constater quand elle mentionne qu'elle « *revenait souvent triste, déçue et découragée après les VAD* » et ne peut s'empêcher de penser constamment aux récits tristes et douloureux que partageaient avec lui ces patients. Nous voyons dans la littérature que la FC se manifeste par une dégradation de l'optimisme, un changement de perspective ou de vision sur le monde ou les choses qui nous entourent, l'évitement des personnes et la difficulté à se dissocier de l'identité du patient. (Figley, 1995; Decety, 2000; Figley, 2001; Smith, 2007; Zawieja, 2014). Le comportement de cette médiatrice s'apparente à certaines manifestations de la FC, ce qui amène à dire qu'elle avait commencé par développer la FC en considérant ce partage :

*« À un moment donné quand j'étais encore médiateur je n'étais plus à l'aise en présence des autres, car je voyais le film des rencontres avec mes patients dans ma tête et je vivais un peu dans la méfiance. Surtout quand je faisais le suivi des patients jeunes qui étaient dans la même tranche d'âge que moi, je me voyais dans la personne et je me disais que ça aurait pu être moi qui vis cette mésaventure que je venais d'écouter, ça fait que tu restes quand même troublée... »*

Ce sont là des caractéristiques typiques de la fatigue de compassion désignée comme étant le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les intervenants sont susceptibles de développer au contact de la souffrance et du récit traumatisant à tel point qu'ils en viennent à perdre leur bien-être psychologique. De façon générale, la littérature attribue l'exposition du vécu traumatisant du patient par le soignant comme processus conduisant au développement de la FC et ce témoignage révèle le risque de la Fatigue compassionnelle chez cette dernière dans plusieurs parties de son récit :

*« Un des coups durs que j'ai eu fut d'apprendre quelques jours plus tard la mort d'un de mes patients que le médecin m'avait confiés pour une VAD. J'étais partie rendre visite à domicile à ce Monsieur qui effectivement avait arrêté de venir au centre et de prendre ses médicaments aussi. J'ai fait de mon mieux pour le convaincre, mais hélas...il ne voulait tout simplement plus continuer. Quand même on se demande si on a fait tout ce qu'il fallait, et l'on est rongé par la culpabilité. », « Finalement ce travail était comme à temps plein 24h sur 24, car même étant rentrée à la maison j'étais toujours affectée et y pensais. », « Surtout j'avais beaucoup de peine de voir toute une famille, papa, maman et enfants infectés, c'était inévitable de sombrer dans une profonde tristesse après de telles rencontres, après avoir eu connaissance de leur vécu. Toute cette charge émotionnelle était finalement épuisante et décourageante ».*

### **3.2.3 La surcharge de travail**

La surcharge de travail apparaît quand un employé se voit attribué plus de devoirs, responsabilités au-delà de ses capacités ou doit faire plus que ces charges habituelles déjà demandantes en soi. Déjà que ce travail de médiateur auprès des personnes infectées par le VIH/sida est exigeant en soi, l'on remarque à travers le récit de cette dernière qu'elle est en surcharge de travail par le fait qu'elle reçoit d'autres charges de travail supplémentaires : *« Finalement à cause du manque ou d'insuffisance du personnel les médiateurs font bien au-delà de la charge de travail comprise dans leur contrat ; des médiateurs qui faisaient office de psychologue, assistant aux médecins soignants, secrétaires. En plus de cela, j'aidais moi-même certains jours le médecin à faire le dépistage du cancer du col de l'utérus. »*

Peu importe la forme que prend la surcharge de travail, elle produit un effet démoralisateur et le risque que cette surcharge soit permanente se répercute dans la fatigue associée au travail. (Violet, 2010). Afin de protéger ou soulager les médiateurs ou tout autre travailleur en relation d'aide de la fatigue associée aux surcharges de travail, l'organisation doit plutôt investir dans le recrutement de nouveaux employés et non diminuer les effectifs comme ce fut le cas dans ce témoignage et c'est une situation qui pourrait entraîner pour l'employeur la difficulté liée à la rétention de ces travailleurs à la longue :

*« Avant ce changement tous les centres n'avaient pas assez de médiateurs et certains centres ne disposaient pas de psychologues et au lieu que les choses soient améliorées, ce changement est venu empirer la situation, entraînant ainsi des charges de travail supplémentaires aux médiateurs retenus et laissant les patients sans suivi professionnel de psychologue ».*

La surcharge de travail constitue un fardeau physique de plus qui dégrade le bien-être physique et psychosocial des travailleurs et engendre plus un état d'épuisement, de stress élevé chez ces derniers. Toutes ces conditions de travail peu favorables réunies constituent des risques d'épuisement professionnel chez cette médiatrice. Justement (Uebel et *al.*, 2007) attestent de ceci dans leur article sur le modèle de soins et de traitement du VIH /sida pour les agents de santé en Afrique australe qui montre que l'énorme fardeau émotionnel de l'épidémie de VIH/sida sur les travailleurs de la santé et la charge de travail élevée ont conduit à des incidences élevées de fatigue de compassion, de stress post-traumatique, de dépression et d'épuisement professionnel.

### **3.2.4 Stress et désengagement**

Le stress fait partie intégrante de ce métier de par sa nature et peut se manifester sous diverses formes. Pour cette médiatrice le stress se manifestait dans certains aspects de son travail comme le stress lié au risque d'exposition aux maladies infectieuses, à l'annonce d'un résultat positif à un patient, à l'insécurité liée aux déplacements dans certaines zones dans le cadre des visites à domicile. Ainsi l'on remarque par certains de ses propos que son travail était bel et bien stressant au quotidien :

*« Ce qui était aussi pénible et stressant était d'être la personne chargée d'annoncer un résultat positif à un patient. C'est une des choses qui m'abattait vraiment surtout quand je me retrouvais face à des jeunes comme moi. De quelle manière lui dire qu'elle est atteinte du VIH ? ...Bien souvent c'était des pleurs à gérer, des patients à consoler. Parfois les patients pour éviter d'accueillir l'idée de souffrance liée à cette maladie sont juste dans le déni et il faut gérer cela aussi, car pour que la*

*personne accepte de commencer le traitement, il faut qu'elle accepte qu'elle est atteinte du virus. Pour d'autres ça va être des réactions de colère à gérer. »*

C'est alors important que les organismes de lutte contre le VIH/sida mettent en œuvre des interventions pour promouvoir le bien-être de leurs employés et ainsi réduire les effets négatifs du stress, car ils représentent des facteurs de risques à la Fatigue compassionnelle et au désengagement de leurs employés. Conrad et Kellar-Guenther (2006) ressortent que les interventions qui favorisent la satisfaction de la compassion sont importantes, étant donné l'association de cette dernière avec l'engagement au travail et son action tampon contre la fatigue de la compassion.

Le stress influe négativement sur la santé psychologique et physique des travailleurs et donc sur l'efficacité organisationnelle. Mhiri (2013) montre que l'implication organisationnelle, l'absentéisme et l'intention de quitter sont autant de conséquences du stress au travail. Justement avec cette médiatrice, on remarque à part le stress lié à la nature même de ce travail, que les conditions de travail peu favorables qu'elle avait qui sont entre autres un moindre salaire, la surcharge de travail et l'absence d'assurance liée au risque du métier (les accidents par exemple au cours des VADs et risque d'expositions aux maladies infectieuses) ont mené à un désengagement et à l'intention de quitter ce travail ; choses qu'on observe dans son récit :

*« Je dois avouer qu'à un moment donné j'étais lassée de ce travail, je m'impliquais moins et me souciais moins de la qualité par rapport au début », « ...cela agissait négativement sur nos performances également, sur la qualité de l'accompagnement offert aux patients, sur la qualité et la quantité des VAD qu'on devrait effectuer par mois. On semblait tous fatigués et songait à partir ».*

*« Mais à un moment donné on pense bien à soi et à sa famille et on commence par se donner moins, car si je perds ma propre santé dans cette affaire-là, je ne peux pas compter sur l'organisation, on ne peut plus continuer par se sacrifier pour quelqu'un qui ne se soucie pas de soi ».*

*« C'est curieux, car le "salaire" était plutôt appelé "motivation", et les responsables disaient que notre paye par mois était plus une motivation et pas vraiment un "salaire" or entre temps nos motivations qui déjà n'étaient pas à la hauteur du travail effectué furent diminuées encore alors que la tâche de travail et les conditions difficiles de travail étaient restées les mêmes ».*

Offrir de bonnes conditions de travail parmi lesquelles un salaire juste constitue une bonne source de motivation et par là favorise l'engagement des médiateurs ou employés en général.

### **3.2.5 Les caractéristiques et attitudes des patients**

Ce métier de travailleur en relation d'aide demande d'être en interaction avec des patients qui sont avant tout des êtres humains avec des caractéristiques, tempéraments, comportements, caractères spécifiques qui peuvent être désagréables ou agréables à côtoyer. À travers le récit de cette médiatrice, il est intéressant de relever qu'elle était plus sensible à ses plus jeunes patients, ce qui était susceptible de l'affecter plus psychologiquement.

*« Particulièrement les ETP destinés aux enfants nés séropositifs sont ceux-là qui m'ont le plus affecté surtout que la plupart ignoraient encore leur statut sérologique... Certains de mes patients VAD dont la visite m'était particulièrement sensible étaient les petits enfants à partir de 5 ans qui étaient complètement dans une pleine innocence ».*

L'interaction avec les patients dégage toute une multitude d'émotions autant positives que négatives qui exercent une influence sur ces intervenants. En général l'on y retrouve ces six émotions universelles introduites par le psychologue Eckmann (1972) à savoir la joie, la colère, la peur, la tristesse, la surprise et le dégoût.

*« ...Bien souvent c'était des pleurs à gérer, des patients à consoler. Parfois les patients pour éviter d'accueillir l'idée de souffrance liée à cette maladie sont juste dans le déni et il faut gérer cela aussi, car pour que la personne accepte de commencer le traitement, il faut qu'elle accepte qu'elle est atteinte du virus. Pour d'autres ça va être des réactions de colère à gérer. »*

*« ...toutefois il y'a eu des situations couronnées de belles victoires dont je reste fière. Des exemples de PDV que j'ai retrouvés dans un état de santé critique et qui sont revenus au centre, qui ont bien recommencé leur traitement. Le fait de voir leur état de santé s'améliorer ainsi que leur vie de famille donne la fierté de ce travail et participe à remonter de temps à autre le moral bas que donne ce travail difficile ».*

De plus, l'attitude motivée ou non motivée du patient est déterminante dans la réussite ou l'échec thérapeutique, tout comme elle peut constituer un facteur de stress, de démotivation et de découragement pour l'intervenant.

*« Pour en revenir aux VAD, mes collègues et moi avons expérimenté plusieurs faux rendez-vous par exemple, ce qui est vraiment décevant, d'effectuer un long déplacement et finalement réaliser que le patient t'a fait faux bond. » « J'étais partie rendre visite à domicile à ce Monsieur qui effectivement avait arrêté de venir au centre et de prendre ses médicaments aussi. J'ai fait de mon mieux pour le convaincre, mais hélas...il ne voulait tout simplement plus continuer. »*

### **3.2.6 Santé et sécurité au travail**

Selon le BIT (Bureau International du Travail), la santé et la sécurité au travail vise l'application des mesures pour assurer la sécurité des travailleurs et protéger leur santé. Elle consiste à maintenir le bien-être physique et psychologique des travailleurs et les protéger des divers risques auxquelles ils sont exposés dans l'exercice de leur métier. Le récit de cette médiatrice révèle les conséquences que la non-application de cette mesure peut avoir à la fois sur le travailleur et l'organisation.

*« Je dois avouer qu'à un moment donné j'étais lassée de ce travail qui non seulement n'offrait pas de bonnes conditions financières, mais ne nous donnait pas non plus le bien-être psychologique au travail sans oublier le risque d'exposition à diverses maladies ».*

Un travail qui s'assure de protéger la santé et garantir la sécurité de ses employés favorise le bien-être de ces employés et par là même la rétention au travail de ces derniers. Quand la

santé et la sécurité des travailleurs sont prises en compte par l'organisation, les employés se sentent en confiance, car ils savent qu'ils peuvent compter sur l'aide et le soutien de l'organisation quand ils font face aux risques du métier, aux accidents du travail et maladies professionnelles. Ce sentiment de sécurité contribue à diminuer le stress des travailleurs et favorise leur engagement ; le manque de cela constitue plutôt un risque de développement du stress et du désengagement comme ce témoignage l'en ressort si bien :

*« Mais à un moment donné on pense bien à soi et à sa famille et on commence par se donner moins, car si je perds ma propre santé dans cette affaire-là, je ne peux compter sur l'organisation, on ne peut plus continuer par se sacrifier pour quelqu'un qui ne se soucie pas de soi ».*

*« Malheureusement aucune mesure d'accompagnement n'est mise en place pour protéger la santé et assurer la sécurité des médiateurs surtout lors des VAD, ni pour améliorer leurs conditions de travail, sans oublier que le salaire n'est pas à la hauteur du travail important effectué par ces derniers ».*

*« Bien évidemment c'est une charge de plus pour nous les médiateurs qui devons parcourir des milliers de kilomètres pour faire nos VAD avec le souci de sécurité lié au moyen de transport dérisoire et à des zones dangereuses. Nous n'étions pas d'ailleurs assurés face aux risques d'accident liés à ce métier dans nos déplacements VAD. »*

Il s'avère ainsi important pour cette structure de lutte contre le VIH/sida d'investir dans la mise en place des mesures de santé et de sécurité au travail pour protéger les intervenants de la relation d'aide et ainsi favoriser leur rétention et leur engagement au travail.

### **3.2.7 Le sens du travail**

Le sens du travail procure un sentiment de bien-être au travail et de valorisation du travail, ce qui constitue une source de motivation de plus pour le travailleur. Morin (2008) rapporte que la cohérence que donne le sens au travail procure un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité qui aide le travailleur à faire face aux épreuves que comporte inévitablement l'exercice même de ses fonctions. Le désir d'aider, l'empathie est l'élément clé qui conduit

des personnes à choisir ces professions de la relation d'aide et comme le montre la littérature, quand ce désir ou empathie devient défaillant, cela favorise la fatigue de compassion. (Rogers, 1957; Figley, 1995; Decety, 2002).

Le métier de médiateur psychosocial en soi comporte des défis inévitables liés à l'exposition du vécu douloureux d'autrui et cela nécessite de maintenir un certain degré d'amour et de motivation pour ce travail afin de continuer par bien le faire, surtout avec les conditions de travail défavorables qui l'accompagnent dans certains cas comme le montre le vécu de cette médiatrice qui permet d'appréhender cela au travers de ces quelques propos :

*« J'ai choisi ce travail qui pour moi représentait de belles valeurs humaines en participant au bien-être de quelqu'un, d'aider un patient à être en bonne santé et vivre positivement, ce faisant je participais à la diminution de nouveaux cas aussi ».*

*« Ce travail avait un sens pour moi et voir les autres heureux me rendait heureuse aussi, aider les autres me procure satisfaction et bien-être intérieur .Mais avec les réalités du terrain qui comprend entre autres la déception, les échecs que tu expérimentes auprès des patients à qui malgré tes efforts tu n'as pu apporter ton aide et aussi les conditions de travail peu favorables et non sécuritaires ,tu es découragé, le travail n'a plus une certaine valeur à tes yeux et on se demande si ça mérite de risquer sa vie ou son bien-être ,sa paix pour cela ».*

C'est alors un élément très important pour l'employé de maintenir son sens du travail et aussi pour l'organisation d'offrir de bonnes conditions de travail puisque les mauvaises conditions de travail influencent négativement le sens du travail aux yeux de l'employé. Ceci rejoint ce que (Morin, 2008) apporte dans sa recherche qui montre que si l'individu perçoit positivement son travail et les conditions dans lesquelles il l'accomplit (santé et sécurité, environnement physique, etc.) alors il aura tendance à y trouver du sens. Par conséquent, il se sentira bien physiquement et mentalement et sera donc enclin à s'engager dans ses activités, à coopérer avec les autres pour atteindre les objectifs fixés et à donner le rendement attendu. À l'opposé, s'il perçoit négativement son travail il aura tendance à trouver que son



travail n'a pas de sens, pas plus que le milieu dans lequel il travaille, et à présenter des symptômes de stress, voire de détresse.

Il est donc évident que le sens au travail a un effet positif sur le bien-être psychologique, la motivation au travail, et un effet négatif sur la détresse psychologique, le stress et le désengagement qui sont des éléments qui constituent également des facteurs de risque de FC (Figley, 1995; Zawieja, 2014).

### **3.2.8 Équipe et ambiance de travail**

Violet (2010) décrit l'équipe de travail comme étant l'ensemble de professionnels traitant la même clientèle dans le même établissement ; des professionnels travaillant en étroite collaboration sur un plan d'intervention ou une thérapie ou les intervenants exécutant la même profession sur différents quarts de travail à l'intérieur d'un même établissement.

Une équipe de travail avec une belle cohésion favorise l'intelligence collective, permet une meilleure efficacité du travail et procure un certain sentiment d'appartenance. Dans ce sens (Zaïbet, 2007, p. 43) mentionne que : « L'intelligence collective peut constituer un facteur important d'efficacité des équipes dans l'entreprise. En effet, partant du principe que l'intelligence collective est un système, on peut dire que c'est la somme des intelligences individuelles des membres d'une équipe plus leur relation. Ainsi, ce qui distingue une intelligence collective d'un simple travail collectif, c'est ce dépassement dû à la relation entre les membres du collectif ».

Dans le cas de cette médiatrice, la bonne relation entre les membres de cette équipe est un élément tout à fait remarquable. L'entraide est bien présente entre eux et c'est un élément important qui joue favorablement sur le bien-être physique et psychosocial des travailleurs et qui participe à la diminution du stress. Effectivement c'est ce que l'on observe dans le récit de cette médiatrice :

*« Cette unité et le fait de savoir qu'on peut compter les uns sur les autres produits quand même de l'encouragement et donne la motivation à continuer ne serait-ce que pour le plaisir de retrouver ses collègues dans cette belle ambiance de travail malgré la condition de travail défavorable. »*

*« C'est un travail à caractère très confidentiel pour protéger l'identité de nos patients, donc on ne peut pas juste parler des difficultés liées au travail ou difficultés liées à nos patients n'importe où, mais heureusement que nous pouvions en parler entre collègues, partager nos peines ce qui était une source de soulagement et de savoir aussi que je n'étais pas la seule à ressentir ce fardeau émotionnel ».*

Ceci amène à dire que la cohésion d'équipe, la présence d'entraide entre les membres d'une équipe font partie des facteurs importants qui contribuent à l'engagement et à la rétention des travailleurs de la relation d'aide comme ce fut le cas avec cette médiatrice et ses collègues. Ainsi l'absence de cette cohésion et la non-valorisation du travail d'équipe sont une source de plus pour la démotivation et la fatigue au travail.

Cette entraide non seulement permet de diminuer l'anxiété, le stress et agit favorablement sur le bien-être mental, mais constitue également une source de soulagement physique, ce qu'on peut voir dans son récit :

*« J'avais même fait intervenir une autre collègue à moi dans le cas de cette famille afin qu'elle intervienne avec son savoir-faire et son expérience aussi. Ça, c'est l'avantage d'avoir une belle équipe de travail où on peut facilement solliciter l'aide d'un autre collègue quand on a un cas difficile ; on n'hésitait pas à s'aider les uns les autres. J'avais même une collègue qui n'hésitait pas à m'accompagner pour certains de mes VAD quand je ne me sentais pas à l'aise d'y aller toute seule ou que j'avais besoin qu'elle intervienne auprès d'un PDV à moi vu qu'elle avait plus d'expérience que moi ».*

Justement (Violet, 2010) précise que l'équipe de travail pour les intervenants représente une force, un soutien, un apport de connaissance, une motivation et que l'inverse est aussi vrai,

car une équipe de travail moins équilibré peut-être une source de stress et de malaise au travail.

Bien que ce soit un travail individuel à faire, chacun vis-à-vis de ses patients, cette médiatrice, tout comme ses collègues, tel que ce fut relaté dans son témoignage, était assisté les uns par les autres dans l'accomplissement de leur tâche ou suivi de leurs patients. Cette notion de soutien et d'écoute de la part de ses pairs caractérise cette équipe de travail et assure un rôle essentiel dans la motivation des employés.

### **3.2.9 La culpabilité en milieu de travail.**

Selon le dictionnaire Larousse, la culpabilité est un « sentiment de faute ressenti par un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire ». La culpabilité, comme tant d'autres émotions ressenties au quotidien, fait partie des êtres humains et par conséquent est ressentie en milieu de travail également. Pekrun et Freze (1992) pensent que le milieu de travail est générateur de diverses émotions et que ces émotions influencent le travail. Selon Berthe et Chédotal (2018, p. 297) « La culpabilité peut être considérée comme une sanction interne, un ressenti gênant qui génère une volonté de réparation ou d'action bénéfique envers autrui ». La culpabilité apporte ainsi un effet positif en incitant celui qui est en faute à corriger son action, mais elle peut avoir également un effet négatif quand la personne qui culpabilise n'est en réalité pas coupable de ce qui arrive, et culpabilise à cause d'un fait imaginaire ou dont elle n'a pas le contrôle, ou se laisse trop submerger par cette émotion, ce qui peut conduire à la dépression.

Le témoignage de cette jeune médiatrice révèle l'impact négatif que peut avoir cette émotion en milieu de travail. En effet, elle partage ses impressions sur le fait de se sentir responsable de la vie de ses patients, et comment l'échec thérapeutique ou la mort d'un patient l'amène à culpabiliser malgré les efforts qu'elle y a mis :

*« Un des coups durs que j'ai eu fut d'apprendre quelques jours plus tard la mort de l'un de mes patients, que le médecin m'avait confié pour une VAD. J'étais partie rendre visite à domicile à ce Monsieur qui effectivement avait arrêté de venir au centre et de prendre ses médicaments aussi. J'ai fait de mon mieux pour le convaincre, mais hélas...il ne voulait tout simplement plus continuer. Quand même on se demande si on a fait tout ce qu'il fallait et l'on est rongé par la culpabilité. »*

Berthe et Chédotal (2018) montrent que la culpabilité a des répercussions négatives sur le travail et sur le bien-être de l'employé lorsqu'elle dépasse un seuil intolérable pour la personne et devient une émotion trop envahissante et insupportable, ce qui a même conduit des employés à démissionner. La culpabilité fait naître des pensées négatives et autocritiques qui peuvent conduire à la perte de l'estime de soi et à se dévaloriser ; elle peut alors compromettre l'efficacité au travail en décourageant et en détruisant la motivation de l'individu. Ceci est effectivement visible avec cette médiatrice :

*« Mais avec les réalités du terrain qui comprennent entre autres la déception, les échecs que tu expérimentes auprès des patients à qui malgré tes efforts tu n'as pas pu apporter ton aide et aussi les conditions de travail peu favorables et non sécuritaires, tu es découragé... »*

Effectivement les exemples de situations malheureuses que cette médiatrice a rencontrées dans l'exercice de son métier ont causé de la culpabilité négative en elle dans le sens qu'elle n'avait aucun pouvoir sur la mort, mais se sentait quand même responsable de la mort du patient ou d'autres patients qui étaient devenus perdus de vue et qui refusaient toujours de revenir au centre malgré ses visites et encouragements et finissaient avec une santé plus dégradée.

*« Bien sûr au fond, techniquement je sais que j'ai fait de mon mieux professionnellement auprès de cette famille et même en allant au-delà, car je leur consacrais du temps en dehors de mes heures de travail également, mais c'est difficile après tout de ne pas se reprocher un échec dans l'exercice de ce métier ».*

*« D'une manière ou d'une autre je me sens responsable de mes patients, ce que je pense est chose normale. C'est facile de me reprocher l'échec à faire revenir les patients PDV (Perdus de vus), même si je suis consciente que les efforts pour cela ont été fournis et que le succès thérapeutique ne dépend pas que du soignant ou de conseiller, mais de la bonne volonté du patient également... ».*

Il semble évident que les travailleurs de la relation d'aide peuvent courir le risque de développer beaucoup plus ce type de culpabilité négative vu la nature de leur travail et le fait que malheureusement tous les patients n'arrivent pas au succès thérapeutique et que certains patients se suicident même en cours...Ce type de culpabilité se révèle être néfaste pour la santé psychologique des professionnels de la relation d'aide et pour la santé organisationnelle en causant de l'anxiété, de la fatigue et un désengagement. D'autre part, elle détruit la motivation au travail, ce qui compromet la qualité du travail, d'où la nécessité de mettre en place dans l'organisation un programme de soutien et d'accompagnement psychologique pour ces travailleurs-là.

### **3.2.10 L'idéal et la réalité en milieu de travail**

Les professionnels de la relation d'aide sont motivés par le désir d'aider leurs patients et voir leurs patients sur la bonne voie est une source de satisfaction et de motivation pour eux.

Cette compassion, ce désir d'aider dans le but de voir leurs patients réussir et cette forte empathie éprouvée par ces professionnels de la relation d'aide font naître des attentes positives et un idéal dans la pensée de ces travailleurs dans le sens qu'ils arriveront à être d'une grande aide pour tous leurs patients. Dès lors, quand les choses ne se passent pas comme prévu, ils vivent un profond choc devant cette réalité du terrain par rapport à ce qu'ils avaient idéalisé. Justement (Zawieja, 2018) dans ses écrits souligne que l'exercice d'une profession érigeant l'empathie au rang de valeur première explique l'exposition des professionnels d'aide à la fatigue de compassion.

Cette médiatrice psychosociale était bel et bien motivée par la projection de cet idéal : « *J'ai choisi ce travail qui pour moi représentait de belles valeurs humaines en participant au bien-être de quelqu'un, d'aider un patient à être en bonne santé et vivre positivement, ce faisant je participais à la diminution de nouveaux cas aussi* ».

Le témoignage de cette médiatrice fait ressortir sa déception, sa culpabilité et sa démotivation en faisant face à la vraie réalité qui ne s'accorde pas à la projection ou perception qu'elle s'était faite de son rôle et de son travail.

Mason et *al.*, (2014) attribuent deux composantes à la fatigue de compassion parmi lesquelles la frustration de l'incapacité à agir conformément à ses croyances. Ils continuent en disant que l'opposé de la fatigue de la compassion est la satisfaction de la compassion, dans laquelle les infirmières sont enrichies en offrant de l'aide aux personnes dans le besoin en période de crise.

Ainsi les situations d'échecs auprès des patients constituent une source de déception, frustration, démotivation et un facteur de risque à leur bien être psychologique, ce qui peut les pousser à remettre en question leurs capacités, à perdre leur estime et à se demander si ce métier en vaut la peine. Killian (2008) dans ses écrits souligne le sentiment d'inefficacité au travail comme un facteur de risque.

Bien que la présence d'empathie et de compassion soit une évidence générale chez les professionnels de la relation d'aide comme le montre la littérature (Rogers, 1957; Molinier, 2000; Decety, 2002; Figley, 2002), il est pertinent de s'intéresser au rôle du contexte socioculturel dans l'importance et l'intensité de la valeur accordée au désir d'aider et à quel point cela peut influencer des individus à faire tout pour y arriver même quand ils perdent le contrôle d'une situation au risque de leur santé physique et psychologique.

Alors que certaines sociétés sont marquées par un fort individualisme, un faible lien social et un faible contrôle social, ce qui naturellement influence la vie des personnes dans leur

relation avec autrui, d'autres sont marquées par un fort lien social, un fort contrôle social et une entraide sociale, ce qui également influence les rapports sociaux avec autrui.

En Afrique, il y a un sens très marqué de la communauté et par tradition le désir de faire des bonnes actions, tendre la main à une personne dans le besoin ou à un ami malade (ONU-sida, 2000). Il se peut ainsi que selon le type de société et l'influence sociétale, les professionnels de la relation d'aide soient plus ou moins attachés à l'empathie et à faire tout pour accomplir leur désir d'aider leurs patients en franchissant des limites au risque d'y perdre leur santé.

### **3.2.11 Intelligence et compétence émotionnelles en milieu de travail**

D'après (Goleman, 1995), l'intelligence émotionnelle est une source de motivation et elle permet aux individus de percevoir les émotions des autres et d'agir pour les influencer en assurant une meilleure réussite professionnelle comparée aux connaissances académiques.

Le métier de professionnel de la relation d'aide exige une permanente interaction sociale et physique avec des individus, ce qui bien évidemment suscite tous types d'émotions négatives et positives autant de la part du travailleur que du patient.

Le travailleur de la relation d'aide est déjà prioritairement influencé par l'empathie, un fort désir d'aider et la recherche de la satisfaction émanant de la réussite d'avoir pu aider quelqu'un. Bien sûr, l'empathie est une base nécessaire pour un tel métier, mais elle peut également conduire le professionnel de la relation d'aide à ne plus reconnaître ses limites et ne pas s'arrêter quand il le faut, ce qui pourrait être un facteur de risque pour sa santé psychologique et physique, pour son épuisement professionnel et pour la Fatigue de compassion.

Le vécu professionnel de cette médiatrice montre bien la forte présence d'émotions dans ses interactions avec ses patients et surtout l'influence majeure que les émotions négatives mal régulées ont eue sur elle. Quand les émotions qu'elles soient bonnes ou mauvaises sont mal

traitées ou gérées, il est probable que cela puisse être un facteur de risque comme dans son cas pour l'épuisement émotionnel, la baisse de productivité, la démotivation et le désengagement qu'elle a expérimenté.

C'était difficile de se dissocier des émotions négatives issues de son expérience de travail avec ses patients et de faire la part des choses en identifiant et en reconnaissant les limites à ne pas franchir. Par exemple l'expression de sa forte empathie a conduit cette médiatrice à se surcharger personnellement de travail :

*« Bien sûr au fond, techniquement je sais que j'ai fait de mon mieux professionnellement auprès de cette famille et même en allant au-delà, car je leur consacrais du temps en dehors de mes heures de travail également, mais c'est difficile après tout de ne pas se reprocher un échec dans l'exercice de ce métier »*

Comme le mentionne (Fortin, 2014, p. 162) : « La principale limite vise à ce que l'intervenant évite d'occuper un rôle de « sauveur » auprès de la clientèle en refusant de se surinvestir dans la thérapie ou en s'abstenant d'offrir ses services dans certains contextes comme lorsque le client ne s'investit pas ou est violent... Bien que cette limite semble être la plus importante pour se protéger de la FC et du TV et la plus utilisée par les répondants, il s'agit aussi de la limite la plus difficile à respecter ».

Deschênes et *al.* (2014) énumèrent sept types de compétences émotionnelles à savoir : percevoir ses émotions, comprendre ses émotions, gérer ses émotions, percevoir les émotions d'autrui, comprendre les émotions d'autrui et gérer les émotions d'autrui et ensuite savoir utiliser les émotions.

Le développement de la compétence émotionnelle pourrait être un grand atout pour les travailleurs de la relation d'aide en leur permettant de réguler efficacement leurs émotions pour rester motivés, surtout en situation d'attentes non comblées auprès du patient, reconnaître ses limites et avoir le dessus sur les émotions négatives. En effet, vu qu'ils sont



déjà à risque à cause de l'exposition fréquente à la douleur de leurs patients, une sur-implication professionnelle et émotionnelle ne ferait qu'augmenter leur risque de développer la Fatigue de compassion.

Les résultats de l'étude de (Deschênes et *al.*, 2014) concernant l'influence de l'auto-efficacité émotionnelle sur l'épuisement professionnel soutiennent qu'un individu qui possède un niveau élevé d'auto-efficacité émotionnelle développera moins de symptômes d'épuisement émotionnel, de la perte d'accomplissement au travail et de la dépersonnalisation.

Étant donné que l'auto-efficacité émotionnelle a une influence positive sur l'épuisement professionnel, elle pourrait tout à fait avoir un impact positif dans la diminution de la FC chez les médiateurs psychosociaux, vu que l'épuisement professionnel fait partie des facteurs de risques liés à la FC comme la littérature le révèle. (Zawieja, 2014; Violet, 2010). Il sera tout à fait intéressant de pouvoir déterminer le degré de relation entre l'auto-efficacité émotionnelle et les facteurs de protection personnelle contre la FC chez les intervenants.

### **3.2.12 La précarité du travail et son effet sur la santé**

Un emploi précaire est un emploi qui ne garantit pas une certaine sécurité d'emploi et une perspective de carrière en vue, c'est un emploi instable avec une durée incertaine et qui n'offre pas d'avantages sociaux, à la différence des emplois stables permanents. Les conditions liées au statut d'emploi de cette médiatrice montrent bien que c'était un travail précaire sans garantie de maintien d'emploi et sans avantage social ni de sécurité au travail. Déjà, vivre dans l'incertitude de maintien d'emploi et le défi d'un emploi sans les avantages sociaux peuvent être une source de stress personnel qui peut affecter la vie au travail et fragiliser la santé psychologique, ce qui bien évidemment pourrait réduire les facteurs personnels de protection contre la détresse psychologique et la fatigue de compassion. L'instauration d'emplois atypiques crée un contexte de précarité professionnelle qui

engendre des conséquences sur la vie professionnelle et sur le bien-être psychologique des travailleurs, puisque les menaces constantes de ne pas être renouvelés et d'être inactifs sont une source de stress et de dépression. (Fournier et *al.*, 2003). Le récit de la vie de travail de cette médiatrice met effectivement en lumière cela :

*« Normalement nous étions engagés sur un contrat de deux ou trois ans renouvelables ce qui était déjà source d'inquiétude à savoir si j'allais avoir mon contrat renouvelé ou pas, mais là je n'avais même pas encore fait deux ans avant que le projet ne fasse cette grosse coupure ce que je considère comme injuste la façon dont ils nous ont laissés sans même un dédommagement financier ni un préavis ».*

Un plan de carrière et la stabilité de l'emploi est une source de motivation pour le travailleur et c'est pourquoi la précarité de l'emploi et l'incertitude autour du maintien d'emploi peuvent agir négativement sur la motivation du travailleur et sa capacité à gérer le stress.

Précisément en ce qui concerne cette médiatrice c'est déplorable de constater que la durée initiale du contrat de travail n'a même pas été respectée et le fait de se retrouver de façon inattendue en chômage peut fragiliser la santé mentale de tous ces médiateurs et détériorer leur bien-être psychosocial. De même cela ne reste pas sans effet sur les médiateurs qui ont été retenus pour continuer le travail, car leurs inquiétudes de perte d'emploi à n'importe quel moment vont être augmentées au regard de ce qui est arrivé à leurs collègues. La souffrance et les dégâts causés par la précarité du travail ont un coût ; par exemple : arrêt de travail, prise de médicaments, déclaration d'inaptitudes. Cette situation affecte non seulement les travailleurs, mais également l'entreprise. (Lerouge, 2009).

Cette situation d'inquiétude augmentée pour les médiateurs peut ainsi produire un effet négatif en augmentant leur niveau de stress et détériorer ainsi leur santé physique et psychologique. Il est à noter également que c'est une situation qui favorise le désengagement des travailleurs et qui a aussi des répercussions négatives sur l'organisation qui sera confrontée à un problème de rétention et d'attraction de la main-d'œuvre.

### **3.3 SYNTHÈSE**

Cette synthèse propose quelques moyens permettant de soulager la fatigue de compassion en lien avec les différents éléments abordés dans l'analyse. Comme le montre ce travail de recherche, les médiateurs psychosociaux effectuant le suivi psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH/sida sont à fort risque de développer la fatigue de compassion. Il est important de mettre en place des stratégies autant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel aussi afin de soulager ou prévenir la fatigue de compassion chez ces derniers.

#### **3.3.1 Sur le plan individuel**

Il existe bien des facteurs qui sont hors de portée du médiateur, mais il peut à son niveau personnel intervenir sur certains éléments pour les transformer en facteurs de protection en sa faveur notamment :

##### ***3.3.1.1 Gestion du stress***

Le stress étant un facteur de risque important, il est essentiel que les médiateurs réfléchissent sur eux-mêmes et identifient les choses possibles à faire pour soulager le stress par exemple une activité sportive, écouter la musique, la méditation. Il est important de se déconnecter des réalités douloureuses du travail une fois en dehors du cadre du travail en se ressourçant avec des choses positives pour occuper la pensée. Passer du temps avec des amis et la famille et faire des activités n'ayant aucun lien avec le métier de médiateur pourra aussi permettre de se rééquilibrer émotionnellement et de maintenir son bien-être.

### ***3.3.1.2 Culpabilité et auto-efficacité émotionnelle***

Le désir d'aider reste un élément central de la motivation chez les médiateurs ou professionnels de la relation d'aide, alors il est important que les médiateurs s'autoéduquent à rester positifs et à ne pas sombrer dans la culpabilité émotionnelle dès qu'ils font face à des échecs auprès de leurs patients. Justement, développer son intelligence et sa compétence émotionnelle serait d'un grand atout puisqu'elles permettent de se connaître mieux, de comprendre ses émotions et les gérer de la bonne manière. Le médiateur pourrait s'outiller sur internet avec des articles sur le sujet et des questionnaires d'auto-efficacité émotionnelle à remplir pour mieux se connaître et identifier ses points faibles à améliorer. L'auto-efficacité émotionnelle serait un excellent outil de gestion de la culpabilité et d'autres émotions en général. De cette manière, le médiateur se forme aussi personnellement, ce qui est tout à son avantage.

### ***3.3.1.3 Soutien professionnel***

Le soutien de ses pairs est très important dans un tel contexte, car il peut agir comme source d'encouragement, de motivation et de soulagement. Le médiateur est encouragé à ne pas hésiter à parler à son supérieur ou à ses collègues et surtout chercher de l'aide auprès de ses pairs face à une situation qui le dépasse ou suscite trop d'émotions. Entre médiateurs ils peuvent mettre en place des stratégies d'aide personnelles à eux, comme s'accompagner par exemple en visite chez des patients avec qui l'interaction est particulièrement sensible. En outre planifier des rencontres de partage entre médiateurs afin d'échanger sur leur vécu permettra de déstresser, de voir que l'on n'est pas seul et de s'encourager mutuellement. Cela peut être également l'occasion de partager des expériences des stratégies gagnantes pour les uns et les autres et l'occasion de se ressourcer.

### **3.3.1 Sur le plan organisationnel**

Il est tout d'abord essentiel que l'organisation reconnaisse l'existence de la fatigue de compassion comme étant un haut risque qui guette ses travailleurs de la relation d'aide. La prise de conscience de ce risque se doit d'être suivie par la mise en place de mesures qui vont agir comme des facteurs de protection ou pour diminuer les nombreux autres facteurs de risque d'ordre organisationnel comme les conditions de travail, le niveau de salaire, la sécurité et la précarité de l'emploi.

#### ***3.3.2.1 Normes de santé et sécurité au travail***

Puisque le risque de la fatigue de compassion s'accroît avec la dégradation des conditions de travail, l'organisation doit mettre en place et respecter des normes de santé et de sécurité au travail pour assurer le bien-être physique et psychologique des travailleurs. Le rôle de ces travailleurs est essentiel alors il est important de garantir la sécurité d'emploi à ces travailleurs, car c'est une source de stress de plus de savoir qu'on peut à tout moment être au chômage. De plus, la sécurité d'emploi avec de bonnes conditions de travail, horaire de travail, et flexibilité du travail constituent une source de motivation pour les travailleurs et la rétention de ces derniers.

#### ***3.3.2.3 Formation initiale et continue***

Il est primordial pour l'organisation d'offrir à ces médiateurs une formation initiale adaptée et qui répond aux réalités du terrain afin de mieux les outiller psychologiquement pour affronter l'impact que produisent sur eux les fréquentes interactions avec leurs patients. Il est important également d'investir dans des formations continues et pertinentes pour les médiateurs psychosociaux afin de les aider à développer leur compétence et leur capacité à mettre en place les meilleures stratégies pour avoir du succès auprès du patient ; ces formations continues seront bénéfiques pour leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes

émotionnellement et être capable de s'auto-examiner afin de déterminer quand ils sont sur le point de franchir des limites et chercher des solutions.

#### ***3.3.2.4 Soutien professionnel et social***

Il faut créer un espace de détente comme une pause-café par exemple où les médiateurs pourront souffler et échanger avec des pairs pour favoriser le soutien social qui est un bon atout contre le stress. L'organisation de rencontres périodiques de nature formelle et informelle constitue un bon moyen d'échanges et d'apprentissage qui permettra d'être à l'écoute des besoins des médiateurs et penser à des solutions immédiates.

#### ***3.3.2.5 Mise en place de personnes-ressources***

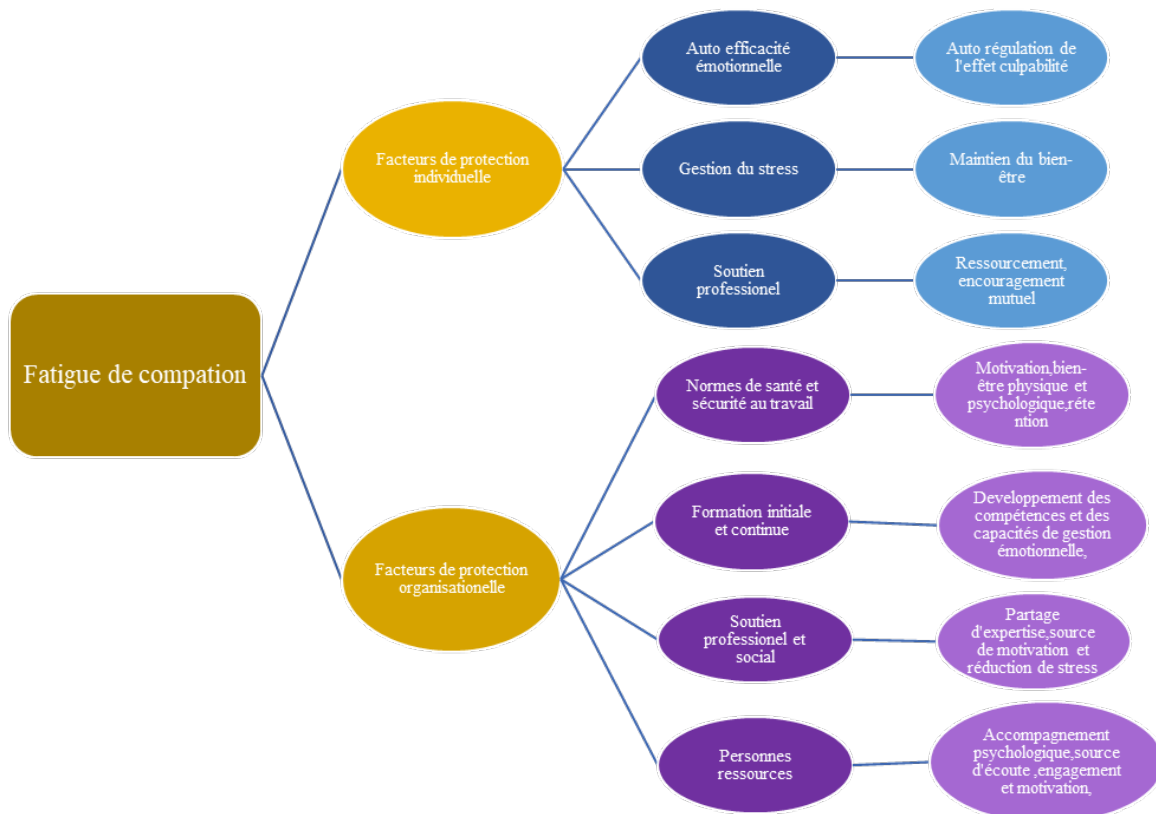
La mise en place de personnes-ressources à la disposition des médiateurs auprès de qui se ressourcer sera tout à fait une excellente initiative pour le bien-être de ces derniers. L'organisation se doit de référer à un psychologue les médiateurs qui tombent en détresse psychologique ou vivent des situations traumatiques en lien avec leur travail et qu'ils n'arrivent pas à surmonter. Le psychologue saura en fonction des cas référer à son tour les médiateurs vers la prise en charge la mieux adaptée. Quand les employés savent que l'organisation sera là pour eux en cas de maladie ou pour veiller à leur bien-être, c'est un soulagement, une source de motivation et d'engagement de plus pour eux et par conséquent cela diminue leur stress, ce qui entre dans les facteurs de protection contre la fatigue de compassion.

### **Diagramme illustratif**

Le diagramme en dessous est un schéma représentatif de la synthèse ci-dessus ; il illustre les facteurs de protection contre la fatigue de compassion. Comme illustré ci-dessous, les facteurs de protection individuelle et organisationnelle engendrent des effets bénéfiques pour

la santé du travailleur en diminuant considérablement son risque de développer la fatigue de compassion, ce qui est aussi bénéfique pour la santé organisationnelle.

**Figure 3 : Fatigue de compassion et facteurs de protection**



## CONCLUSION

Cette dernière partie de la recherche présentera un retour sur la recherche, les apports de la recherche, les limites de la recherche et bien évidemment les pistes de recherches futures.

Le vécu professionnel de cette médiatrice fait état du quotidien des travailleurs en prise en charge psychosociale des personnes infectées par le VIH/sida. C'est un métier noble dans lequel ces travailleurs s'engagent motivés par l'empathie et la compassion et c'est pourquoi voir leur patient réussir est une source de satisfaction pour eux, ce qui bien évidemment leur procure du bien-être. Le suivi psychosocial de ces patients en soi regorge de dures réalités qui mettent à rude épreuve la santé psychologique et physique de ces travailleurs, notamment l'exposition fréquente aux récits ou expérience de vie douloureuse des patients et l'échec thérapeutique des patients. À cela, s'ajoutent des causes d'ordres organisationnelles qui viennent empirer les facteurs de risques déjà existants de par la nature de ce travail. En effet l'analyse de ce témoignage a permis de faire la lumière sur différents facteurs de risques liés à l'exercice même de ce métier, mais aussi au niveau personnel et organisationnel qui compromettent le bien-être physique et psychologique, ce qui expose les médiateurs à la fatigue de compassion, qui à son tour engendre des conséquences négatives sur la santé organisationnelle.

Les différents éléments relevés dans cette analyse à savoir l'enjeu de la formation initiale, la surcharge de travail, le stress, l'engagement, la santé et la sécurité au travail, les caractéristiques et attitudes des patients, le sens du travail, les compétences et l'auto-efficacité émotionnelle, le climat de travail et la culpabilité ont permis de dégager de part et d'autre, les facteurs organisationnels et personnels qui peuvent être à la fois des facteurs de risques ou de protection à la santé physique et psychologique des médiateurs. La prise de



conscience du risque de la fatigue de compassion qui guette les médiateurs et la mise en place de stratégies et plans d'intervention tant au niveau personnel qu'organisationnel sont requises afin de protéger la santé non seulement des médiateurs, mais aussi celle de l'organisation.

### **Les apports de cette recherche**

Cette recherche vient s'ajouter aux recherches déjà existantes sur la fatigue de compassion en général, mais particulièrement c'est une importante contribution dans le domaine de la prise en charge des personnes infectées par le VIH/sida. La majorité des études qui se sont intéressées aux professionnels de la prise en charge des patients infectés par ce virus se sont plus concentrées sur le sujet de l'épuisement professionnel, le stress, le bien-être, le traumatisme vicariant. Peu d'études se sont penchées sur la présence de la fatigue de compassion et de ses effets chez les professionnels de la relation d'aide dans le domaine de la prise en charge du VIH/sida.

De plus la majorité des écrits sur la fatigue de compassion en général sont en anglais, et le fait que cette recherche soit en français, fait d'elle une contribution de plus dans le monde francophone et surtout auprès des travailleurs francophones en relation d'aide. Le sujet de cette recherche est le premier spécifiquement fait concernant les médiateurs psychosociaux du Togo dans la prise en charge du VIH/sida. Les éléments abordés dans ce mémoire représentent ainsi une source d'informations pour une prise de conscience de l'impact du suivi psychosocial sur la santé physique et psychologique des médiateurs. Les médiateurs psychosociaux ainsi que l'ensemble du réseau ou d'autres catégories de professionnels intervenant dans la prise en charge psychosociale de ces patients-là pourraient trouver des informations utiles dans ce document pour les aider à diminuer les facteurs de risques et augmenter les facteurs de protection concernant la FC.

Les promoteurs responsables de ce projet de prise en charge psychosocial dans les différents centres de prise en charge peuvent être encouragés par les écrits de ce document à réaliser l'importance de s'intéresser davantage au bien-être de leurs intervenants et apporter des changements sur les facteurs de risques organisationnels afin de protéger les médiateurs de la fatigue de compassion et par là même favoriser la rétention et l'attraction de ces travailleurs de la relation d'aide.

Cette recherche a permis de montrer que les médiateurs psychosociaux qui font le suivi des personnes infectées par le VIH/sida courent un énorme risque de développer la fatigue de compassion. L'analyse du témoignage de cette médiatrice a permis de fournir plus d'informations sur les différents facteurs d'influence et les répercussions possibles de la fatigue de compassion chez le médiateur dans le domaine de la prise en charge du VIH/sida. Outre les facteurs de risque déjà apportés par des études antérieures, ce mémoire a fait la lumière sur d'autres facteurs d'influence qui n'ont pas été apportés par la littérature à savoir la culpabilité en milieu de travail, l'intelligence et l'auto-efficacité émotionnelle, la précarité du travail.

Une des belles forces de ce mémoire réside même dans la méthodologie sur laquelle cette recherche a été basée en ce sens que l'autopraxéographie permet d'avoir accès à la vulnérabilité du chercheur et à d'importantes informations personnelles et particulières qui ne sont pas si évidentes à avoir en questionnant les acteurs qui dans un contexte professionnel se réservent souvent à montrer leur vulnérabilité, surtout dans le cadre d'un sujet si sensible et confidentiel concernant les personnes atteintes du VIH/sida et leur suivi. L'accès direct à ce terrain confidentiel au travers du témoignage du vécu professionnel du chercheur qui a une bonne connaissance de ce milieu de travail constitue un apport de qualité pour mieux comprendre le vécu du médiateur psychosocial, confirmer des facteurs déjà exposés dans la littérature, mais aussi dégager des facteurs nouveaux qui nuisent au bien-être de ces travailleurs et à la santé organisationnelle.

À ce jour les études sont quasi inexistantes sur ce sujet au Togo et cette étude pourra être un point de départ pour plus d'explorations dans ce domaine. La rétention des médiateurs s'avère très importante, car leurs actions auprès de personnes infectées participent à la diminution de nouveaux cas et amplement à l'atteinte des objectifs 90x3 de l'ONU-sida adopté en décembre 2013 qui se résumant ainsi : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépisté reçoivent un traitement antirétroviral durable et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée. En effet, plus les personnes sont fidèles au traitement, plus elles ont une meilleure qualité de vie et leurs charges virales sont moins à risque de contaminer d'autres nouvelles personnes. Cette recherche représente ainsi une contribution majeure qui pourrait servir de sensibilisation auprès des responsables de ce volet de prise en charge psychosociale sur le danger que représente la FC pour ces médiateurs et ses conséquences directes et indirectes sur les patients et l'organisation.

### **Les limites de cette recherche**

Cette recherche étant basée sur le seul témoignage du chercheur, cela peut être perçu comme étant une limite, car les réalités professionnelles et organisationnelles mises en évidence peuvent ne pas être les mêmes pour les médiateurs psychosociaux des autres centres de prise en charge. En effet, cette recherche est centrée dans un contexte géographique et institutionnel précis ce qui fait que les connaissances produites ne peuvent être généralisées à l'ensemble des médiateurs ou travailleurs de la relation d'aide dans le domaine de la prise en charge psychosociale du VIH/sida issu d'autres contextes géographiques et institutionnels.

L'effet de cette limite est quand même réduit par les connaissances produites qui suscitent des réflexions en général pour plus d'explorations futures, mais aussi elles constituent une

base de renseignement concernant le sujet de la FC dans ce domaine particulier pour l'ensemble du réseau travaillant dans ce domaine.

Ainsi, la limite principale de cette recherche se trouve dans la méthodologie sur laquelle cette recherche a été basée. En effet l'autopraxéographie étant une méthode basée sur l'expérience personnelle du chercheur est une source d'information empirique qui porte en elle la vision particulière et unique du chercheur. Cette principale limite est toutefois atténuée par la connaissance générique produite basée sur la littérature scientifique déjà existante que le chercheur utilise pour produire des connaissances permettant d'apporter la lumière sur d'autres faits et mieux comprendre les réalités ce qui, rends alors scientifique la connaissance produite par cette recherche en apportant même des nouvelles connaissances et des pistes intéressantes à explorer pour d'éventuelles recherches futures.

### **Les pistes futures**

L'exploration du vécu professionnel du médiateur psychosocial a permis de faire la lumière sur la présence de la fatigue de compassion chez ce dernier ainsi que les répercussions que cela engendre sur son bien-être physique et psychologique. Les connaissances produites ont ainsi amené à se questionner sur certains facteurs qui n'ont pas trouvé de réponse dans cette recherche et qui seront tout à fait de belles pistes de réflexion futures. En effet la littérature manque d'éléments sur l'intelligence et la compétence émotionnelle ainsi que l'influence socioculturelle comme possibles facteurs de risque et de protection de la fatigue de compassion ressortis dans cette recherche.

Il serait alors intéressant pour d'autres futures recherches de porter intérêt à ces soulèvements à savoir l'existence sur un possible lien entre le niveau d'intelligence et de compétence émotionnelles sur les facteurs de risques liés à la FC chez les professionnels de la relation d'aide ainsi que l'influence socioculturelle sur la capacité des intervenants en relation d'aide à se protéger ou non des facteurs personnels menant à la Fatigue de compassion.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

90-90-90: traitement pour tous | ONUSIDA – unaids ,<https://www.unaids.org>

Angle, H. L., & Perry, J. L. (1981). An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness. *Administrative science quarterly*, 1-14.

Audin, K., Burke, J., & Ivtzan, I. (2018). Compassion fatigue, compassion satisfaction and work engagement in residential child care. *The Scottish Journal of Residential Child Care*, 17(3), 5-27.)

Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112-119.

Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 66(1), 32-40.

Berthe, B., & Chédotal, C. (2018). La culpabilité au travail: La parole aux salariés. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 73(2), 295-318.

Bride, B. E., & Figley, C. R. (2007). The fatigue of compassionate social workers: An introduction to the special issue on compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 151-153.,

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Dunod.

Cartwright, S., & Cooper, C. L. (Eds.). (2009). *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford University Press, USA.

Citot, V. (2006). La puissance d'exister, de Michel Onfray et les insuffisances d'un matérialisme hédoniste. *Le philosophe*, (2), 275-278.

Coles, B. A. (2015). *Compassion fatigue and empathy in nurses caring for clients with HIV/AIDS* (Doctoral dissertation, University of Phoenix).

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1071-1080.

Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5(1), 15-31.

Cowen, E. L. (1994). The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American journal of community psychology*, 22(2), 149-179.

Decety, J. (2002). Naturaliser l'empathie. *L'encéphale*, 28(1), 9-20.

Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de neuropsychologie*, 2(2), 133-144.

Derdour-Campos, J. (2018). La fatigue de compassion: état des lieux des connaissances, aspects cliniques: enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500.

Ekman, P. (1972). Expressions of Emotion'. In *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 19, p. 207). University of Nebraska Press



Fetter, K. L. (2012). We grieve too: one inpatient oncology unit's interventions for recognizing and combating compassion fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 16*(6).

Figley 2001 : Figley, C. R. (2001). Renewing Spirits: Lessons From Thirty Years of Trauma Work, Invited keynote address to the William Wendt Center for Loss and Health Conference on Illness, Grief & Trauma, Washington, DC. *Grief & Trauma, Washington, DC*

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology, 58*(11), 1433-1441.

Fournier, G., Bourassa, B., & Béji, K. (2003). *La précarité du travail: une réalité aux multiples visages*. Presses Université Laval

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 12*(1), 73.

Giami, A., & Veil, C. (1994). *Des infirmières face au sida*.

Gilbert, M. H. (2009). La santé psychologique au travail: conceptualisation, instrumentation et facteurs organisationnels de développement.

Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology, 61*(4), 195-203.

Harrowing, J. N. (2011). Compassion practice by Ugandan nurses who provide HIV care

Johns, G. (2009). Absenteeism or presenteeism? Attendance dynamics and employee well-being. In *The Oxford Handbook of Organizational Well Being*.

- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-118.
- Kahn W. A. (2003). The Revelation of Organizational Trauma. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39 (4), 364-38
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.
- Kanter, R. M. (1968). Commitment and social organization: A study of commitment mechanisms in utopian communities. *American sociological review*, 499-517.
- Keyes, C. L. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.
- Le Moigne, J. L. (1995). *Les épistémologies constructivistes* (Vol. 2969). Paris: Presses universitaires de France.
- Lerouge, L. (2009). Les effets de la précarité du travail sur la santé: le droit du travail peut-il s' en saisir?. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (11-1).
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation,.
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225.)
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, M. A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'ÉMMBEP. *Canadian journal of public health*, 89(5), 352-357.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.

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

Mhiri, S. (2013). *L'impact du stress professionnel sur l'implication organisationnelle, l'absentéisme et l'intention de quitter chez les cadres* (Doctoral dissertation, Thèse pour l'obtention du titre de docteur en sciences de gestion).

Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Les cahiers du Genre*, 28(1), 49-70.

Morin, E. (2008). Un sens au travail? *Objectif prévention*, 31(2), 10-14.

O'Reilly, C. A., & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of applied psychology*, 71(3), 492.

mondiale de la Santé, O. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, (2), 100.

Paré, S. (2011). *L'influence de l'appartenance à un groupe générationnel sur la relation entre les pratiques des ressources humaines et le niveau d'engagement organisationnel*. Université de Sherbrooke (Canada).

Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative social work*, 1(3), 261-283.

- Pekrun, R., & Frese, M. (1992). Emotions in work and achievement. *International review of industrial and organizational psychology*, 7, 153-200.
- Perreault, C. (2004). Fatigue des intervenant-es: comment composer avec les effets de la violence. In *Conférence donnée lors du 4e colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, Octobre*.
- Programme national de lutte contre le sida, Rapport d'activités annuelle, *PNLS-IST, Togo 2014*
- Programme national de lutte contre le sida, Rapport d'activités annuelle, *PNLS-IST, Togo 2017*
- Richard T.. Mowday, Lyman W.. Porter, & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. Academic Press.
- Richardson, J. I. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant: Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*. Centre national d'information sur la violence dans la famille, Unité de prévention de la violence familiale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. *Applied psychology*, 57, 3-18.
- Sheldon, M. E. (1971). Investments and involvements as mechanisms producing commitment to the organization. *Administrative science quarterly*, 143-150.
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (Eds.). (2009). *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford University Press, USA.
- Smith, B. D. (2007). Sifting through trauma: Compassion fatigue and HIV/AIDS. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 193-198

Stamm, B. H. (2010). Comprehensive bibliography of the effect of caring for those who have experienced extremely stressful events and suffering. *The concise ProQOL manual*. [Cited 2 March 2016.] Available from URL: <http://www.proqol.org/Bibliography.html>.

Tellie, M. J. (2020). Compassion Fatigue among Nurses: The Cost of Having a Relationship with HIV-Positive Patients. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 22(2), 19-pages.

Thomas, P., Billon, R., Chaumier, J. A., Barruche, G., & Hazif-Thomas, C. (2014). Qualité de vie au travail, harcèlement et burnout pour le personnel travaillant en Gériatrie et en Psychogériatrie. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*.

Tremblay, D. G. (2005). *De la conciliation emploi-famille à une politique des temps sociaux* (Vol. 20). PUQ.

Uebel, K. E., Nash, J., & Avalos, A. (2007). Caring for the caregivers: models of HIV/AIDS care and treatment provision for health care workers in Southern Africa. *The Journal of infectious diseases*, 196(Supplement\_3), S500-S504

Vandenberghe, C. (2004). Conserver ses employés productifs. *Gestion*, 29(3), 64-72.

Vandenberghe, C. (2005). L'engagement organisationnel dans le secteur public: quelques déterminants essentiels. *Revue Télescope*, 1-10.

Vandenberghe, C., Landry, G., & Panaccio, A. J. (2009). L'engagement organisationnel. *Comportement organisationnel*, 3, 275-306.

Violet, J. (2010). La fatigue de compassion et les besoins en gestion des ressources humaines: les perceptions de quelques intervenants en soins du syndrome de stress post-traumatique.

World Health Organization. (2000). *Caring for Carers: Managing Stress in Those who Care for People with HIV and AIDS*. UNAIDS.

Zaïbet, G. O. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail: une étude de cas. *Management Avenir*, (4), 41-59.

Zawieja, P. (2014). Fatigue compassionnelle

Zawieja, P. (2018). Quand la compassion rend malade. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, (12), 13-13.

