



Pr S. HENNEBICQ



Anais GUILLET



Pr JE. BAZIN



Pr F. CHAPUIS – D.
SANLAVILLE
Mme F. DOIRET



Pr P. VASSAL

Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé
« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

Année Universitaire 2025 – 2026

LA RELATION DE SOIN A L'EPREUVE DE LA VULNERABILITE DU SOIGNANT

Khadija TANOUKHI

Tuteurs :

Tuteur Académique : Sonia Benkhelifa – Lyon

Tuteur Professionnel : Valérie Bridoux - Grenoble

Table des matières

I.	Introduction.....	5
II.	Situation du sujet et analyse critique de la littérature	10
A.	Bienfaisance et non malfaisance : principes et tension autour du sujet vulnérable	10
B.	La vulnérabilité : « notre fonds commun d’humanité » ?.....	20
III.	Enquête de terrain : résultats et discussion	26
A.	Enquête de terrain : méthodologie	26
B.	Résultats.....	30
IV.	Discussion.....	41
A.	Humanité, l’autre nom de la vulnérabilité ?	41
B.	Le risque de déshumanisation : rester bienfaisant, ne pas être malfaisant	45
C.	Soignant et soigné : vers une redéfinition des rôles	47
D.	La vulnérabilité comme compétence professionnelle ?.....	48
E.	Vers une implication ajustée : une condition de la bienfaisance	53
F.	Vers une symétrie des attentions : bienfaisance et non malfaisance pour tous	54
V.	Conclusion	57
VI.	Bibliographie	59
VII.	Annexes	62

Je soussigné Khadija Tanoukhi

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée, sanctionnée par la loi ainsi que sur le plan universitaire.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire et à préciser, le cas échéant, si j'ai utilisé des éditeurs basés sur « l'intelligence artificielle générative », pour quels objectifs, dans quelles conditions et dans quelles parties de mon mémoire.

Je reconnais l'obligation de me conformer aux règles de présentation des citations d'autres travaux que les miens et j'accepte que l'ensemble de mon travail soit analysé par le logiciel anti-plagiat de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Note :

Dans le cadre de ce travail, j'ai été amenée à utiliser ponctuellement un outil d'intelligence artificielle générative (ChatGPT, OpenAI) pour faciliter l'identification de pistes bibliographiques et de références susceptibles d'étayer mon cadre conceptuel et ma revue de littérature.

Cet outil n'a pas été utilisé pour la rédaction de ce mémoire.

Signé par K. Tanoukhi, le 13 juillet 2026



*« Notre faiblesse à la naissance, nos défaillances continues,
font que nous nous soignons les uns les autres, que nous devons le faire ».*

P141 Worms , F., « Les deux concepts du soin: Vie, médecine, relations morales. », Esprit , janvier,(1), 141 156, 2006

Remerciements

Je tiens à remercier mon mari et mes deux garçons pour leur soutien et leurs encouragements tout le long de cette année chargée professionnellement et personnellement.

Je remercie également mes deux tuteurs Valérie et Sonia pour leur disponibilité et leurs précieux conseils.

I. Introduction

Il est des moments dans votre vie professionnelle, au cours d'une journée de travail ordinaire, où une scène, une parole, ou encore une confidence, vous font soudain lever la tête de votre écran, poser votre crayon et accorder une totale attention à la personne en face de vous.

La situation que je vais vous relater est sans doute l'un des points de départ de mon travail de recherche. Je suis cadre supérieure de santé dans un CHU depuis maintenant de nombreuses années. Je suis responsable, entre autres, du pôle de Cancérologie. Au quotidien, je côtoie les soignants qui prennent soin des patients : infirmiers, aides-soignants et bien sûr médecins.

Ce jour-là, un médecin du service frappe à la porte de mon bureau. Il s'agit d'un médecin reconnu par les équipes et les patients pour sa solide expérience, son engagement et sa capacité à gérer calmement et efficacement les situations souvent complexes qui se présentent dans le service. C'est une personne ressource sur laquelle l'on peut s'appuyer. Le jour de l'évènement, pourtant, quand elle entre dans mon bureau, c'est sa fragilité qui me saute aux yeux. D'abord à travers les larmes qui n'ont pas séchées, ensuite à travers ce qu'elle va me confier, sans même que j'aie besoin de l'interroger.

Ce lundi matin, le Dr T. entre dans le box de consultation où l'attend Madame B, sa patiente. Madame B. est suivie depuis plusieurs années par le Dr T. et aujourd'hui l'on arrive à la fin des possibilités de traitement. Madame B. est parfaitement informée de son état de santé et de son pronostic péjoratif. Aujourd'hui, le Dr T. la reçoit pour essayer de résoudre des signes d'inconfort et discuter d'une éventuelle hospitalisation.

Le Dr T. m'explique qu'au décours de la consultation, Madame B lui prend soudainement la main, la regarde dans les yeux et lui demande avec bienveillance : « *Vous allez bien Docteur ? Vous avez l'air épuisée, ... j'espère que tout va bien pour vous* ». Madame B. avait visiblement remarqué les traits tirés et la mine fatiguée de son médecin. Le Dr T., surprise et profondément touchée par cette sollicitude inattendue, se met à pleurer. *Sollicitude* est le mot que le Dr T. a choisi d'utiliser pour partager ce qu'elle a ressenti. Elle me raconte ce moment extra-ordinaire où les rôles se sont inversés.

Ce moment simple et singulier a bouleversé les repères du Dr T. Le temps d'une consultation sa patiente, malade et vulnérable, devenait « *celle qui prenait soin* ». Et le médecin, le temps d'un instant suspendu, s'est laissé « *soigner* » par sa patiente.

Le Dr T. est mal à l'aise. Elle vit très mal ce moment qu'elle qualifie de « *faiblesse* ». Elle me dit « *c'est vrai qu'en ce moment c'est difficile. La charge de travail, les mauvaises nouvelles et mes soucis personnels* ». Mais, ajoute-t-elle immédiatement, « *rien ne justifie que je m'épanche sur mes patients, c'est n'importe quoi !* ».

Sur le moment, je ne sais pas quoi lui répondre. En effet, ma première réaction est de penser qu’effectivement, nous, les soignants nous ne pouvons pas nous permettre de nous laisser déborder par les émotions. Les patients doivent pouvoir compter sur nous pour affronter la maladie, la souffrance. Il est admis que nous sommes leur « béquille » le temps de la maladie, le temps qu’ils reprennent des forces. Alors, que se passe-t-il si la « béquille » vacille elle aussi ? Si elle n’est pas ou plus infaillible ? Si le médecin, l’infirmier, se découvrent brusquement eux-aussi fragiles et vulnérables, qu’advient-il du patient et de la relation de soin ?

Cette situation que je partage avec vous, est le récit singulier et personnel du Dr T. Mais, en réalité, dans les couloirs de nos hôpitaux, combien de docteurs, d’infirmiers ou encore d’aides-soignants, ont vécu ou vivent des expériences similaires, suscitant les mêmes questionnements et les mêmes doutes ?

Ces questionnements sont d’autant plus prégnants qu’ils s’inscrivent dans un contexte hospitalier profondément transformé. Notre système de santé est aujourd’hui en crise : manque de moyens, déficits financiers, pénurie de personnel, réformes qui se succèdent sans réels effets sur le terrain. L’hôpital a dû s’adapter au fil du temps pour pouvoir soigner un nombre grandissant de malades et répondre à une demande de soins exponentielle. Parallèlement à cette augmentation de la demande de soins, la préoccupation puis la contrainte économique ont poussé les autorités publiques à orienter résolument la gestion publique vers une exigence et une logique de performance et de résultats. C’est l’avènement du New Management Public, dans les années 1990¹, qui modifiera en profondeur l’organisation du travail et les conditions d’exercice des professionnels de santé. En 2024, un rapport de l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS)², met en évidence une intensification de la charge de travail des hospitaliers, des conditions dégradées ainsi que des tensions sur les recrutements qui affectent directement l’organisation et le fonctionnement des établissements de soins.

C’est dans ce contexte, souvent tendu, que les professionnels de santé doivent, aujourd’hui, accueillir, accompagner et prendre en charge les patients. C’est le cœur de leur métier, de leur travail, pour ne pas parler de vocation. Ils exercent leurs missions auprès de personnes malades et vulnérables alors même qu’ils sont eux aussi exposés à des contraintes croissantes qui peuvent les fragiliser.

¹ CHANIAL, Philippe. Revue du MAUSS. Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l’inestimable dans la relation de soin. Janvier 2010, N° 35, pages 135-150.

² Inspection générale des affaires sociales (IGAS). (2024). *Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l’attractivité ?* Rapport n°2024-069R. Paris : IGAS. <https://igas.gouv.fr>

Dans la situation de départ, décrite plus haut, ce qui est au cœur de mon questionnement c'est le point de bascule entre le moment où le patient devient celui qui se soucie, qui est à l'écoute et où le médecin, le temps d'un instant, est celui qui est affecté et qui expose sa vulnérabilité, bien malgré lui. Cette situation m'interpelle. Je dois admettre qu'elle me renvoie probablement à ma propre expérience de soignante. Ayant exercé pendant de nombreuses années en tant qu'infirmière, dans un service d'urgences, j'ai toujours considéré que mes collègues et moi-même devions être capables de faire face à toutes les situations, de garder notre sang froid et de maîtriser nos émotions car le patient avait besoin de nous. Nous devions demeurer ceux qui rassurent, qui apaisent, et soutiennent. L'asymétrie implicite de la relation soignant-soigné était alors ancrée dans notre pratique.

Mais cette conception de la relation de soin mérite sans doute d'être réinterrogée à l'aune des transformations qui ont refaçonné nos établissements de soins et les conditions d'exercice des soignants. En effet, cette conception repose sur une idée implicite du soin : la vulnérabilité serait avant tout celle du patient. Le soignant, serait lui, sinon totalement à l'abri du moins protégé par sa blouse blanche, la nature de sa fonction ou encore ses compétences professionnelles. Mais l'expérience de tous les jours dans les établissements de soin semble nous rappeler une réalité plus nuancée. Le soignant n'est pas uniquement un professionnel qui prend soin des personnes fragiles ou fragilisées, c'est aussi un être humain qui peut être touché ou éprouvé par ce qu'il vit au travail.

Par conséquent, peut-on encore voir la vulnérabilité comme uniquement propre au patient ? Ne ressemblerait-elle pas plutôt à une condition humaine que l'on partage tous, aussi bien celui qui reçoit les soins que celui qui les donne.

Plusieurs auteurs en philosophie et en éthique du soin ont montré que la vulnérabilité ne saurait être réduite à la seule expérience de la maladie, mais qu'elle traverse l'ensemble de l'expérience humaine. C'est l'idée que développe Agatha Zielinski, pour qui, la vulnérabilité constitue un « *fonds commun d'humanité* »³ partagé par tous les êtres humains, qu'ils soient patients ou soignants. A travers cette perspective, elle nous invite à dépasser une lecture strictement dissymétrique de la relation de soin pour envisager la vulnérabilité comme une expérience humaine universelle, susceptible de transformer notre perception des liens entre celui qui soigne et celui qui est soigné.

Paul Ricœur⁴, quant à lui, estime que l'être humain est un sujet à la fois capable et vulnérable. Il devient alors possible d'envisager la vulnérabilité non comme un manquement professionnel, mais comme l'une des conditions mêmes de la rencontre avec autrui.

³ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

⁴ Ricœur, Paul. (1990). Soi-même comme un autre. Paris : Seuil.

Cela nous pousse à changer de regard : est-ce que la vulnérabilité du soignant doit être vue comme une insuffisance professionnelle à contrôler ou à dissimuler ? Ou peut-on la reconnaître comme une part essentielle de la relation de soin, qui pourrait en transformer les enjeux éthiques ?

Ces interrogations conduisent à dépasser une conception du soin qui opposerait de manière trop stricte un patient vulnérable à un soignant nécessairement solide et préservé de toute fragilité. Autrement dit, si la vulnérabilité est bien ce « *fonds commun d'humanité* », selon l'expression d'Agatha Zielinski⁵, partagé par le patient et le soignant, il convient de s'interroger sur les effets de cette reconnaissance sur la relation de soin et sur la capacité du professionnel à continuer de répondre aux exigences éthiques qui fondent sa pratique.

La question n'est donc plus seulement de savoir comment le soignant prend en considération la vulnérabilité du patient, mais également de comprendre ce qu'il advient de la relation de soin lorsque ce même soignant se découvre lui aussi vulnérable. C'est précisément dans cette tension entre vulnérabilité, responsabilité et sollicitude que s'inscrit notre travail de recherche.

Reconnaître la vulnérabilité du professionnel de santé fait-il peser une menace sur la relation de soin en réinterrogeant les principes de bienfaisance et de non-malfaisance ? Ou, cette reconnaissance, au contraire, peut-elle devenir la condition d'un soin plus humain, plus authentique et plus juste ? Quelles sont les conséquences de l'irruption de la vulnérabilité des soignants dans cette relation singulière ?

La reconnaissance de la vulnérabilité du soignant pose donc une question éthique majeure. Ainsi, ce travail de recherche s'attachera à répondre à la problématique suivante : **en quoi la reconnaissance de la vulnérabilité du soignant peut-elle devenir un facteur de bienfaisance, ou au contraire un risque de malfaisance pour le patient dans la relation de soin ?**

L'hypothèse suivante nous permettra d'étayer et de construire notre réflexion : **la vulnérabilité du soignant impacte la qualité de la relation de soin et peut altérer sa capacité à agir selon les principes de bienfaisance et de non-malfaisance.**

⁵ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

Afin d'explorer cette problématique et cette hypothèse nous montrerons tout d'abord que la relation de soin s'est construite au fil du temps autour des principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance. Ces principes ont longtemps reposé sur la figure d'un soignant solide, sécurisant et présent. Ils mettent en lumière l'asymétrie d'une relation de soin entre un patient vulnérable et un soignant disponible et protecteur.

Notre revue de la littérature permettra ensuite d'interroger cette représentation à la lumière des travaux philosophiques et éthiques qui reconnaissent la vulnérabilité comme une dimension constitutive de la condition humaine, y compris chez le professionnel de santé.

Dans un second temps, notre enquête nous permettra de confronter notre hypothèse à la réalité de ce qui se passe sur le terrain. Cette enquête auprès des professionnels de santé sera l'occasion de comprendre la manière dont ces derniers perçoivent leur propre vulnérabilité, les difficultés qu'ils rencontrent pour reconnaître cette vulnérabilité et enfin les effets que cette vulnérabilité peut produire sur la relation de soin.

Pour finir, la discussion autour des résultats obtenus nous conduira à nous interroger sur les enjeux éthiques de cette reconnaissance de la vulnérabilité des soignants. La vulnérabilité du soignant représente-t-elle un risque de malfaisance en altérant sa capacité à prendre soin, à être bienfaisant ? Ou peut-elle, à l'inverse, devenir une ressource professionnelle et éthique, permettant une plus grande implication auprès du patient, une relation de soin plus authentique et une plus grande réciprocité des attentions entre le soignant et le soigné ? Ce travail de recherche ambitionne d'explorer cette tension, qui est au cœur de l'expérience et de la pratique soignante.

II. Situation du sujet et analyse critique de la littérature

A. Bienfaisance et non malfeasance : principes et tension autour du sujet vulnérable

1) La relation de soin : au fondement de la pratique soignante

a) *Définir la relation soignant-soigné*

Pour débiter ce travail, je me suis d'abord intéressée au concept de la relation de soin. En effet, la relation de soin est le point de départ de toutes les questions éthiques qui émergent autour du soin. Elle ne constitue pas uniquement le cadre dans lequel se réalise le soin, elle en est la condition. Quelle définition peut-on en donner ?

Étymologiquement « relation » vient du latin *relatio*, qui désigne l'action de rapporter ou de relier. Le CNRTL en donne la définition suivante : « *lien existant entre des personnes, des choses ou des phénomènes* »⁶.

La relation est avant tout la rencontre entre deux personnes, deux êtres. La relation de soin a ceci de spécifique qu'elle se fait d'abord au travers du soin, qu'il soit dispensé ou reçu. Pour Alexandre Manoukian « *Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Il ajoute « *Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens.* »⁷. On comprend ici que c'est parce qu'il y a une demande de soin, que patient et soignant se rencontrent. L'un est en demande de soins, l'autre est chargé de prodiguer ces soins et de répondre aux besoins du plus fragile.

Walter Hesbeen, va dans le même sens, quand il écrit que le soin représente « *une rencontre et un accompagnement* »⁸.

La définition de Carl Rogers, psychologue américain et humaniste, est une référence incontournable, encore aujourd'hui. C'est d'ailleurs l'une des premières qui me vient à l'esprit car c'est celle qui m'a été enseignée lors de mes études d'infirmière. Elle est encore aujourd'hui transmise dans les instituts de formation en santé et constitue un point d'ancrage pour de nombreux soignants.

⁶ Centre national de ressources textuelles et lexicales. Relation [Internet]. Nancy : CNRTL; [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

⁷ Alexandre Manoukian, & André Massebeuf. (2008). *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

⁸ HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Paris : InterEditions, Masson, 1997

Que nous dit Carl Rogers⁹ ? Pour lui, l'objectif essentiel de la relation soignant-soigné est d'apporter de l'aide au patient. Selon lui, la relation d'aide repose sur plusieurs axes fondamentaux, notamment :

- **La présence** : le soignant doit être disponible physiquement et psychologiquement pour soutenir le patient dans toutes les dimensions de son existence atteintes par la maladie.
- **L'écoute** : le soignant doit être dans une posture d'écoute active, il doit laisser le temps au patient de comprendre, de répondre, respecter ses silences.
- **Le respect** : la relation d'aide n'est possible que si elle se construit dans la confiance et dans la reconnaissance que l'autre, le patient, même affaibli, reste un être digne et capable.
- **L'empathie** : c'est le fondement même de la relation d'aide, il s'agit de comprendre et ressentir ce que vit le patient sans s'identifier ou se substituer à lui.
- **L'acceptation inconditionnelle** : accepter la personne malade telle qu'elle est, sans jugement.
- **L'authenticité** : le soignant doit faire preuve d'authenticité et de sincérité dans la relation de soin. C'est-à-dire qu'il doit se montrer tel qu'il est réellement, sans masque ni artifice.
- **La congruence** : il s'agit pour le soignant d'être aligné entre ce qu'il ressent, ce qu'il pense et ce qu'il fait.

Ainsi, on peut dire que la relation de soin est d'abord une présence à l'autre qui repose sur la confiance et le respect. Le patient a besoin d'écoute, de disponibilité et de bienveillance pour surmonter l'épreuve de la maladie.

C'est une relation singulière car elle s'adresse à un être humain en état de **vulnérabilité**. La relation de soin ne peut s'affranchir du statut de vulnérabilité du patient. En effet, quand le patient rencontre le soignant, il est à un moment de sa vie où il est faible, vulnérable, amoindri par la souffrance et l'inquiétude.

Cette approche de Carl Rogers a profondément influencé les pratiques soignantes en valorisant entre autres l'écoute et l'empathie. La critique que l'on pourrait faire aujourd'hui est sans doute que la relation incarnée par Carl Rogers est une relation de soin quelque peu idéalisée. C'est une relation qui s'attarde peu sur les rapports de dépendance et de vulnérabilité qui pourtant la traversent, comme nous le verrons plus loin.

⁹ Rogers, Carl. (1961). Devenir personne : La relation d'aide et la psychothérapie centrée sur la personne. Paris : Dunod.

2) Une relation asymétrique : un patient vulnérable, un soignant responsable

a) *Un patient vulnérable*

Au fil de nos lectures, on comprend que la relation de soin s'est traditionnellement construite sur une asymétrie fondamentale. Ainsi, Agata Zielinski, philosophe et maître de conférences, écrit : « *Au premier regard, lorsque l'on entre dans une chambre d'hôpital, l'asymétrie de la relation de soin s'impose comme une évidence : l'un est debout, l'autre allongé ou assis. L'un est en blouse blanche, indice d'une fonction, d'un statut ; l'autre est dénudé, ou vêtu d'une chose informe, pyjama ou casaque : il est exposé aux regards. Celui qui est debout est souvent doté d'un instrument, qui peut apparaître menaçant. En face, l'autre se présente les mains nues : fondamentalement démuni, vulnérable, exposé à la blessure, à l'atteinte physique ou symbolique* »¹⁰.

Le patient arrive dans un environnement inconnu, technique, qui peut être effrayant. Il ne comprend pas forcément tout ce qu'on lui dit et il est souvent dans l'attente et l'incertitude de ce qu'il va advenir de lui. Le patient est également isolé, parfois loin de sa famille. Ainsi sa vulnérabilité ne tient pas uniquement à la dimension physique de sa maladie.

Le dictionnaire humaniste¹¹ donne la définition suivante d'une personne malade : « *personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même.* ». L'autonomie physique ou décisionnelle du patient est altérée et le soignant est là pour l'accompagner, le guider le temps de sa guérison ou de la stabilisation de son état.

Régis Aubry¹², professeur de médecine, met en lumière un certain paradoxe de la médecine, qui selon lui, générerait de la vulnérabilité. Alors même que l'on pensait que la médecine moderne et les progrès techniques qu'elle réalise, chaque jour, allaient nous permettre d'éradiquer la vulnérabilité, Régis Aubry avance une autre hypothèse. Les techniques de réanimation, les traitements innovants ou encore la médecine génomique, s'ils entraînent incontestablement une augmentation de l'espérance de vie, sont également à l'origine de la fragilisation des individus. Vieillesse de la population, chronicisation des maladies autrefois mortelles, tout ceci entraîne irrémédiablement une dépendance à autrui.

¹⁰ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

¹¹ Paillard Christine, Dictionnaire humaniste infirmier. Approche et concepts de la relation soignant-soigné, SETES Editions, 400 p

¹² Espace de Réflexion Éthique Bourgogne-Franche-Comté (EREBFC), 2018, Journée d'étude sur les enjeux éthiques de la fin de vie, Besançon, 29 juin 2018, intervention de Régis Aubry.

Pour Régis Aubry, cette vulnérabilisation des individus est la conséquence d'une survalorisation de notre société de l'action et de la performance. L'un des enjeux majeurs de notre système de soins est alors de protéger les plus vulnérables. Et il pose la question suivante : « *qu'est-ce que soigner veut dire si ce n'est pas s'occuper de la vulnérabilité d'autrui ?* » ;... « *Si ce n'est pas, avoir une conscience aigüe de l'asymétrie entre quelqu'un qui est malade et quelqu'un qui ne l'est pas ?* ». Il plaide alors pour une approche soignante qui prenne résolument en compte la « *vulnérabilisation du patient* ». Pour lui, vivre longtemps malade précarise physiquement, psychiquement et socialement les individus.

Cynthia Fleury, reprend la même idée, dans son texte *Le Soin est un Humanisme*. Elle estime qu' « *être malade signifie désormais plus souvent vivre avec un mal qu'y succomber directement, voire vivre avec un mal qui vit* »¹³.

Eric Worms, quant à lui, dans *Le moment du Soin*¹⁴, rappelle que le soin est toujours relationnel. Il ne peut se résumer à un acte ou à un geste technique. L'auteur insiste sur le fait que la relation soignant-soigné est profondément asymétrique. Il soutient que le patient est dépendant du soignant. Pour lui, le soin est un « *moment* » de crise et de vulnérabilité, un « *moment* » où le patient confie sa vie au soignant et enfin « *un moment* » où se révèle l'humanité de l'un et l'autre.

Emmanuel Hirsh¹⁵, lui aussi, souligne l'importance de reconnaître la vulnérabilité des patients. Il appelle à respecter la « *vulnérabilité humaine* » du patient afin d'accompagner au mieux la personne malade dans une période de fragilité. Il nous met en garde contre la réduction du soin à un acte technique qui conduirait à négliger voire occulter la relation de soin et donc le patient.

Le patient, au moment où il souffre et où il est diminué par la maladie, ne peut être dans une relation d'égal à égal avec le soignant. Son autonomie, c'est-à-dire sa capacité à décider et à agir pour lui-même est altérée.

Ainsi la relation de soin apparaît comme nécessairement déséquilibrée et asymétrique. Cette asymétrie est plurielle :

- Asymétrie de savoir : c'est le soignant qui possède les connaissances médicales
- Asymétrie de pouvoir : c'est le soignant qui est en capacité d'agir et qui a le pouvoir d'agir
- Asymétrie de vulnérabilité : c'est le patient qui est malade et en souffrance

¹³ *Le soin est un humanisme*, Cynthia Fleury, Gallimard, collection Tracts, 2019

¹⁴ Frédéric Worms, *Le moment du soin*, A quoi tenons-nous ? PUF, 2010

¹⁵ Hirsh, Emmanuel (2011), *L'hospitalité : une éthique du soins* (Fondapo.org)

Le patient, diminué, a besoin du soignant pour l'aider, le soutenir et l'accompagner parfois dans les gestes très simples de la vie quotidienne. Cette incapacité temporaire ou définitive crée une dépendance vis-à-vis du soignant. Face à cette vulnérabilité, le soignant apparaît comme celui qui sait, qui aide, qui soulage. Cette asymétrie confère au soignant une **responsabilité** très particulière. Cette responsabilité, professionnelle, humaine, éthique devient une véritable obligation morale de protection et de soin envers ce patient vulnérable.

b) *Un soignant responsable*

La responsabilité morale

Fabienne Brugère écrit : *« Dans le modèle de la vulnérabilité, le fondement moral spécifique des relations entre les individus tient à la vulnérabilité de l'un et aux actions de l'autre, le premier occupant une position qui lui permet de rencontrer les besoins du second. L'engagement est moral à chaque fois qu'un individu est en situation de répondre aux besoins des autres »*¹⁶.

Nous allons donc nous intéresser à cette notion de responsabilité du soignant et identifier à quels fondements éthiques elle se réfère. Pour cela nous allons faire appel à deux grands philosophes qui chacun, à leur époque, propose une définition de la responsabilité éthique.

Tout d'abord, Emmanuel Levinas, philosophe, considère que nous sommes des témoins car nous voyons et entendons la souffrance des autres. Selon lui, cette souffrance nous est adressée. La proximité de l'autre, du *« visage de l'autre »*¹⁷, fait qu'il nous incombe. À partir du moment où nous sommes témoins, nous devenons porteurs d'une responsabilité morale : nous ne pouvons nous détourner. Nous avons à nous préoccuper de l'autre, à manifester de la sollicitude afin de maintenir le lien avec celui qui souffre.

Pour Levinas¹⁸, cette responsabilité morale existe parce que nous appartenons à une même humanité. L'éthique prescrit qu'au sein du genre humain existe un principe de mutuelle reconnaissance : l'autre ne m'est jamais totalement étranger. Ainsi, protéger celui qui souffre ou qui n'est pas *« bien traité »* devient une obligation morale.

¹⁶ Brugère, Fabienne. L'éthique du « care ». Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 2011, p. 53.

¹⁷ Levinas, Emmanuel. (1961). Totalité et Infini. Paris : Le Livre de Poche / Seuil.

¹⁸ Levinas, E. Ethique comme philosophie première. Paris, Editions Payot et Rivage. 1998

Au travers de son éthique de la responsabilité, Emmanuel Levinas affirme également que la relation de soin est fondamentalement asymétrique. Dans le contexte de la maladie et du soin, « *l'autre* », le patient, la personne malade et vulnérable « *m'appelle* ». Il me met en demeure de répondre à cet appel. Je ne peux me dérober. Le patient est vulnérable et le soignant est appelé à répondre à cette vulnérabilité.

Le malade devient alors le dépositaire d'une plainte qu'il adresse en confiance au soignant. Ce dernier se voit chargé d'une responsabilité morale vis-à-vis de la personne malade. La souffrance entraîne ainsi la sollicitude de l'autre. Pour Levinas, cette sollicitude naît précisément du fait que nous partageons une commune humanité.

Le soignant est exposé à la présence d'autrui, ce que Levinas nomme « *le visage* ». C'est ce visage, par son dénuement, sa singularité qui m'impose de répondre. C'est la responsabilité du soignant de ne pas rester sourd à cet appel du patient qui souffre. Le visage de l'autre n'est pas simplement ce que je vois, il est surtout ce qui « *me regarde* » et « *m'oblige* ».

Paul Ricoeur¹⁹, va dans le même sens et soutient l'idée que l'asymétrie de la relation soignant-soigné repose sur le fait que le soignant se trouve en position de **capacité** face à la vulnérabilité de la personne malade. Le soignant détient la connaissance scientifique, le savoir qui échappent au patient. Cela lui confère une autorité et une compétence sur lesquelles le patient doit pouvoir compter. Le patient, lui, est en situation, temporaire ou définitive, de dépendance. Le soignant porte alors la responsabilité éthique de prodiguer son savoir et ses soins au patient. En quelque sorte, en répondant à la souffrance du malade, le soignant engage sa responsabilité envers celui-ci.

Paul Ricoeur, toutefois, invite à ce que la relation vise une **réciprocité de la sollicitude** pour que la relation de soin ne reste pas totalement asymétrique. Il ne considère pas que le patient soit totalement incapable et le soignant omnipotent. Il nuance l'asymétrie de cette relation et invite soignant et patient à s'engager dans une relation plus équilibrée. La sollicitude selon Ricoeur est une attention portée à l'autre en tant que personne vulnérable mais aussi en tant qu'agent capable malgré l'altération de son autonomie.

Les principes de la bioéthique : un cadre éthique pour la relation de soin

Face à la vulnérabilité du patient exposé à la maladie et à la souffrance, le soignant doit prendre soin de lui et de la relation de soin qui les lie. Les fondements de cette relation de soin reposent donc sur des principes forts de bienveillance et d'écoute. Ainsi, la responsabilité morale et professionnelle du soignant doit s'exercer à travers des principes éthiques exigeants qui permettent de protéger le patient.

¹⁹ Ricoeur, Paul. (1990). Soi-même comme un autre. Paris : Seuil

C'est en 1979 que Tom Beauchamp et James Childress²⁰ théorisent le principisme bioéthique. Le principisme décline les obligations morales des soignants en quatre principes. On peut dire que ces principes incarnent l'éthique biomédicale contemporaine. Ces principes constituent aujourd'hui un cadre de référence majeur partagé par les professionnels de santé. Ces principes consacrent la nécessité de protéger et d'aider le patient.

- **Bienfaisance** : il s'agit de « *l'obligation morale d'aider les autres, de contribuer à leur bien-être et de prévenir ou enlever les maux* ». En résumé, le principe de bienfaisance désigne l'obligation morale d'agir pour le bien d'autrui, ici le patient.

Le professionnel de santé détient la compétence technique et le savoir médical. Il doit donc mettre ses compétences professionnelles et humaines au service du patient. Il doit être efficace dans ses soins et profondément humain dans son accompagnement relationnel. C'est ainsi qu'il répondra à l'obligation morale de bienfaisance.

- **Non-malfaisance** : il s'agit de l'obligation morale de s'abstenir de causer du tort à une personne, un dommage ou une souffrance que l'on pourrait éviter. Cela rejoint précisément la maxime du serment d'Hippocrate²¹ : « *Primum non nocere* », « *d'abord, ne pas nuire* ». Le professionnel de santé doit tout mettre en œuvre pour que les soins prodigués répondent aux besoins du malade et lui soient profitables. Il a l'obligation morale de ne pas lui faire de mal ni physiquement ni psychiquement. Par exemple les gestes techniques doivent être maîtrisés pour ne pas induire de douleur supplémentaire. Ou encore, les informations doivent être données avec tact et discernement. Et enfin, l'attention au patient doit être une priorité. La non-malfaisance impose donc au soignant d'être compétent pour ne pas lui causer de dommage inutile ou disproportionné.

- **Respect de l'autonomie** : Pour Beauchamps et Childress il s'agit de respecter la capacité de chaque personne à se gouverner lui-même et à faire des choix libres et éclairés. En d'autres termes, les soignants doivent respecter les choix du patient et l'aider à prendre les meilleures décisions pour lui-même. Le patient doit être considéré comme une personne à part entière. Ce principe implique en outre : le respect du consentement du patient, le respect du refus de soins, la délivrance d'une information claire et facilement compréhensive pour le patient.

²⁰ Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford : Oxford University Press.

²¹ HIPPOCRATE. *Épidémies I et III*. Traduction d'Émile Littré. Paris : Baillière, 1846.

- **Justice** : ce principe impose de traiter de façon équitable chaque personne, en distribuant les bénéfices, les ressources et les charges ou contraintes de manière juste. Dans notre système de soins et plus particulièrement dans les hôpitaux publics, ce principe se traduit par une obligation d'égalité d'accès aux soins et le respect des droits fondamentaux des patients.

Les principes Tom Beauchamp et James Childress se veulent universels mais peuvent être parfois jugés trop abstraits ou insuffisants pour guider l'action morale des hommes. C'est pourquoi les éthiciens du care, proposent une approche éthique qui privilégie une attention aux relations concrètes, à la vulnérabilité des personnes et au contexte. Ainsi, à l'universalité du principisme l'éthique du care préfère se centrer sur la prise en compte des situations particulières.

L'éthique du care : la mise en œuvre de la responsabilité du soignant

L'éthique du care, développé par Carol Gilligan²² puis Joan Tronto²³ confirme la dissymétrie de la relation et met au centre de cette relation la vulnérabilité et l'attention aux autres. Les autres s'entend au sens large car le care ne s'adresse pas qu'au monde du soin mais s'intéresse plus largement à tous les domaines de l'existence. Pour Joan Tronto²⁴, le care est « *une activité caractéristique de l'espèce humaine, qui inclut tout ce que nous faisons pour maintenir, continuer et réparer notre monde* ».

Le care est une autre manière de penser l'éthique, davantage préoccupée par les situations concrètes de vulnérabilité et d'interdépendance qui caractérisent l'expérience du soin.

Le care repose sur plusieurs principes :

- **L'attention** : c'est la capacité à se soucier de l'autre qui nous permet d'entrevoir ses besoins. Pour prendre soin de l'autre, je dois d'abord reconnaître sa vulnérabilité. Pour le professionnel de santé, il s'agira d'être attentif à toutes les expressions du patient qu'elles soient verbales ou non verbales. Pour cela, il faut qu'il soit totalement présent à ce qu'il fait et disponible pour le malade qui est en face de lui.
- **La responsabilité** : il s'agit pour le soignant de reconnaître sa capacité à agir pour le bien du patient. C'est parce qu'il est compétent et qu'il a les connaissances médicales nécessaires qu'il se doit d'intervenir pour aider et soulager le patient.

²² Gilligan C. Une voix différente. Pour une éthique du care. Paris: Flammarion; 2008.

²³ TRONTO, Joan C. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte, 2009, p. 143.

²⁴ Ibid

- **La compétence** : le care n'est pas qu'une intention, un principe abstrait. Il repose sur des compétences professionnelles et relationnelles et son objectif est d'être efficace. Si la relation est essentielle, le soignant doit également être un bon technicien pour pouvoir aider son patient.
- **La réponse au vécu du patient** : le soignant doit être à l'écoute et ajuster ses soins et sa relation en fonction des besoins et attentes du patient. Il doit également être capable de recevoir ce que le patient lui transmet et souhaite lui partager.

L'éthique du care consacre donc la responsabilité du soignant en prescrivant une démarche de soin concrète et centrée sur la vulnérabilité des patients.

La responsabilité professionnelle

A ces obligations morales de bienfaisance et de non malfaisance s'ajoutent les obligations déontologiques, professionnelles et législatives des soignants, qu'ils soient médecins ou infirmiers. Pour Svandra, les textes déontologiques sont « *l'expression collective des valeurs communément admises, les professionnels doivent pouvoir s'y reconnaître et au besoin s'y référer. Ils fixent les règles professionnelles* »²⁵.

Ainsi, par exemple, dans le serment d'Hippocrate, les médecins s'engagent à : « *... intervenir pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité* »²⁶.

Le code de déontologie des infirmiers, quant à lui précise : « *En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement* »²⁷.

Ces prescriptions déontologiques consacrent la vulnérabilité du patient et la responsabilité des professionnels de santé.

Enfin, le législateur, n'a cessé depuis plus d'une vingtaine d'années de promulguer des textes qui rappellent les responsabilités des professionnels au sein de cette relation asymétrique. L'objectif est de tenir compte de la vulnérabilité du patient tout en protégeant son autonomie.

²⁵ SVANDRA, Philippe. Le soignant et la démarche éthique. Editions Estem. 2009

²⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins. Serment d'Hippocrate : texte revu par l'Ordre des médecins en 2012 [Internet]. Paris: CNOM; 2012 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

²⁷ Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, Code de la santé publique, articles R.4312-1 à R.4312-92.

La loi du 4 mars 2002²⁸, dite loi Kouchner, met ainsi l'accent sur les droits fondamentaux des patients :

- Droit à l'information,
- Consentement libre et éclairé.

Les textes stipulent clairement l'obligation pour les professionnels d'informer les usagers, de rechercher leur consentement éclairé et de favoriser leur participation active aux décisions. L'article L1111-4 du Code de la Santé Publique stipule « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »²⁹.

La loi Léonetti de 2005³⁰, à son tour, entérine l'obligation de prendre en compte la volonté du patient, notamment dans son refus de soin.

Le législateur reconnaît progressivement des droits aux patients et tente de limiter l'asymétrie de la relation en favorisant l'autonomie du patient.

La responsabilité du soignant ne repose donc pas uniquement sur une obligation morale individuelle. Sa responsabilité est aussi prescrite par des normes déontologiques et juridiques qui réaffirment l'exigence de protection des patients vulnérables.

On voit bien que la relation de soin repose sur une asymétrie fondamentale qui engage la responsabilité éthique et professionnelle du soignant. Le patient est la figure de la vulnérabilité, tandis que le soignant, lui, incarne la maîtrise des connaissances médicales, du savoir-faire technique et l'exigence d'une présence attentive. C'est ainsi que se sont construits, au fil des époques, les liens entre les patients et les soignants.

Mais cette dichotomie, si elle est encore largement partagée et toujours à l'œuvre aujourd'hui, est-elle encore pertinente ? En effet, on voit bien que cette éthique du soin repose presque exclusivement sur un idéal de maîtrise et de disponibilité du professionnel de santé totalement dévoué au service d'un patient vulnérable. Mais cette vision, bien qu'efficace pour organiser la responsabilité professionnelle, n'occulte-t-elle pas un autre fait essentiel : **le soignant est lui aussi vulnérable**.

Dans ma situation de départ, nous savons que le Dr T. est habituellement un médecin qui s'efforce de protéger, conseiller et accompagner les patients de manière bienveillante et efficace. Pour autant, elle n'est pas infallible et sa vulnérabilité s'est exprimée ce jour-là. Si le soignant bascule dans la posture de celui qui a besoin d'aide, qu'en est-il de la relation de soin, du patient ? Ainsi, si le « *visage* »³¹ du patient appelle le soignant à la responsabilité, on peut se demander ce qu'il advient lorsque le patient est lui-même atteint par le « *visage* » vulnérable du soignant.

²⁸ Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF 2002:4118—29. [4]

²⁹ Article L1111-4 du Code de la Santé Publique. Disponible sur legifrance.gouv.fr

³⁰ Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF 2005:7089—92

Pour tenter de répondre à ces questions, nous allons maintenant nous intéresser plus précisément au concept de vulnérabilité, puisqu'il tient une place centrale dans notre travail.

B. La vulnérabilité : « notre fonds commun d'humanité »³² ?

1) Quelle définition ?

Pour commencer, on peut dire que le mot vulnérabilité vient du latin « *vulnerabilis* » qui signifie qui peut être blessé. « *Vulnare* » veut dire « blesser ». Vulnérable peut donc être traduit par « *susceptible d'être blessé ou atteint* ».

Le dictionnaire de philosophie³³ désigne la vulnérabilité comme la condition d'un être qui peut être atteint, blessé ou affecté physiquement ou moralement en raison de sa dépendance, de sa finitude ou de son exposition aux autres ou aux événements.

L'Organisation Mondiale de la Santé, donne la définition suivante de la vulnérabilité : « *la vulnérabilité désigne les conditions déterminées par des facteurs physiques, sociaux, économiques ou environnementaux qui augmentent la susceptibilité d'un individu, d'une communauté, de biens ou de systèmes aux effets d'un danger ou d'un risque* »³⁴.

En éthique du soin et de la santé, la vulnérabilité est en lien avec la dépendance d'une personne malade face à un soignant ou à une institution. Et cette vulnérabilité est le fondement de la responsabilité du soignant.

Comme nous venons de le voir, très souvent, la vulnérabilité est associée uniquement au patient, à la personne malade. En effet, quand il arrive à l'hôpital, le patient est souvent en situation de fragilité physique et/ou psychique. Il est affaibli par la maladie et vient chercher de l'aide auprès du soignant. Le soignant, lui, détient le savoir, la connaissance et, à priori, a la capacité de porter secours au patient. La vulnérabilité est donc clairement du côté de la personne soignée et la maîtrise du côté du soignant.

³¹ Levinas, Emmanuel. (1961). Totalité et Infini. Paris : Le Livre de Poche / Seuil.

³² Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

³³ Jacqueline Russ (dir.), Dictionnaire de philosophie, Paris, Armand Colin, 2018

³⁴ Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe. Terminologie pour la réduction des risques de catastrophe : entrée « Vulnérabilité » [Internet]. Genève : Nations Unies; 2017 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.undrr.org>

Dans le langage commun la vulnérabilité est synonyme de faiblesse. Pascal Puig³⁵, Professeur de droit privé, fait le constat que la personne vulnérable est souvent considérée comme une personne « *incapable* ». Au fil des siècles, les vulnérables ont été tour à tour : les fous, les enfants, les vieillards, les femmes. Aujourd'hui, de « *nouveaux faibles* » ont fait leur apparition selon Pascal Puig. Il s'agit des personnes âgées, des femmes battues, des sans-abris ou encore des chômeurs. Selon lui, la vulnérabilité est devenue « *plurielle* ».

Pour autant, nous interroge-t-il, peut-on considérer qu'il reste encore des personnes non vulnérables ? En droit, affirme Pascal Puig : oui ! Et parmi ces non vulnérables on retrouve : les médecins, les soignants. Les professionnels de santé ne sont pas autorisés à être vulnérables et en droit seule la vulnérabilité des patients est consacrée. A travers le code de la Santé Publique le patient est « *investi de tous les droits* », nous dit P. Puig, et les soignants de nombreuses responsabilités.

Alors même que les professionnels de santé sont confrontés tous les jours à la maladie, la douleur et la mort, il est surprenant de voir que le législateur continue de les envisager uniquement comme des sujets responsables et jamais comme des sujets vulnérables.

Le contexte d'exercice des soignants se durcit et met à mal cette injonction d'invulnérabilité. Dans une publication de mars 2022, intitulée : La souffrance des soignants, quels enjeux éthiques, l'EREBFC alerte : « *La profession soignante toute entière est en souffrance, exacerbée depuis la pandémie : « si 33% des infirmiers déclarent "qu'ils étaient en situation d'épuisement professionnel avant la crise", ils sont aujourd'hui 57% à déclarer "être en situation d'épuisement professionnel depuis le début de la crise" ». Ces chiffres trouvent un écho dans toutes les professions, autant en libéral qu'en structure de soin, ... Il n'est pas simple de parler de ses propres souffrances quand on doit faire rempart à celle des autres. Peut-on bien prendre soin quand on est en souffrance soi-même ?* »³⁶. Cette souffrance exprimée par les professionnels de santé interroge la persistance de la représentation du soignant comme figure de maîtrise de soi.

Ainsi, la posture du soignant, infaillible, solide et qui a toutes les réponses, se délite peu à peu. En effet, l'image du soignant, *héros* applaudi pendant la pandémie de Covid, se fissure chaque jour un peu plus. Et le soignant lui-même, semble vouloir se détacher de cette perception qui se heurte à la réalité qu'il vit sur le terrain.

³⁵ PUIG, Pascal. « Vulnérabilité, santé et soins ». Revue des droits et libertés fondamentaux, 2019. Disponible sur : Revue des droits et libertés fondamentaux – Vulnérabilité, santé et soins

³⁶ Espace de Réflexion Éthique Bourgogne-Franche-Comté. La souffrance des soignants : quels enjeux éthiques ? [Internet]. Besançon : EREBFC; 2022 Mar [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.erebfc.fr/documentation/ressource/>

2) La reconnaissance du soignant comme sujet vulnérable

a) *Des notions proches mais distinctes*

La vulnérabilité est souvent mobilisée et assimilée, dans le langage courant, à des notions proches comme la faiblesse ou encore la fragilité. On constate également que dans la littérature, la notion de vulnérabilité peut renvoyer à la notion d'affectabilité. Ces notions ne recouvrent pas totalement le même sens et la même définition. Il semble donc important de les distinguer, avant de continuer notre réflexion.

Le Centre National de ressources Textuelles et Lexicales définit la faiblesse *comme un manque de force, de résistance, de vigueur*³⁷. La faiblesse est généralement interprétée comme une diminution des capacités d'une personne, qu'elles soient physiques, psychiques ou morales. Elle est très souvent associée à l'idée d'insuffisance ou d'incapacité avec une forte connotation négative. La notion de faiblesse peut donc porter une connotation normative ou morale. C'est d'ailleurs ainsi que le Dr T. interprète son propre vécu lorsqu'elle qualifie sa réaction de « *faiblesse* ». Le Dr T. estime avoir failli dans sa mission et ne pas avoir agi conformément à ce qui est attendu d'un médecin.

La fragilité, quant à elle, est une notion proche de la faiblesse. Elle renvoie davantage à une possibilité de rupture ou de déséquilibre. Elle s'attache plus précisément à désigner une condition particulière, souvent transitoire, qui peut être en lien avec l'âge, la maladie ou le contexte de vie spécifique d'un individu. Ainsi, une personne fragile est plus susceptible de voir sa vulnérabilité s'exprimer. E. Lemoine et al. dans leur article *Relation Soigné-Soignant : Réflexions sur la Vulnérabilité et l'Autonomie*³⁸, complètent cette définition de la fragilité : « *le terme fragilité selon le philosophe Michel Terestchenko, est utilisable pour un objet, sous-entendant qu'il peut se casser, s'abîmer. Ce qualificatif est également utilisé pour une personne, faisant référence ainsi à son état physique ou psychique, altéré à un moment donné.* »

Enfin, on ne peut, pour autant, postuler que toute personne vulnérable est obligatoirement fragile.

On voit donc que si ces notions sont proches, elles restent toutefois bien distinctes. En effet ; la vulnérabilité ne désigne pas un manque ou une défaillance. Elle renvoie à la possibilité d'être atteint, blessé ou affecté et constitue, pour de nombreux auteurs comme Ricoeur³⁹ ou Zielinski⁴⁰, une caractéristique inhérente à la condition humaine. Ainsi, être vulnérable ne signifie pas nécessairement être faible ni fragile.

³⁷Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)

³⁸ Lemoine, E., Lange, L., Chapuis, F., Chapuis, F. R., & Vassal, P. (2014). Relation soigné-soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. *Éthique & Santé*, 11(2), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2014.03.002>

³⁹ Ricoeur, Paul. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

⁴⁰ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

Judith Butler⁴¹, notamment, dans sa définition de la vulnérabilité, introduit la notion d'*affectabilité*. Il s'agit de la capacité de chaque individu à être touché, atteint, voire transformé par la rencontre avec l'autre. *L'affectabilité* met en lumière la dimension intrinsèquement relationnelle de la vulnérabilité. Tout être humain, par sa condition humaine, est inexorablement exposé aux autres et susceptible d'être affecté.

Ces différentes définitions nous éclairent sur le fait que la vulnérabilité ne peut être réduite à un simple état de faiblesse ou de fragilité. Elle renvoie à la fois à une exposition aux risques, à une possibilité d'être affecté et, plus fondamentalement, à une condition existentielle et anthropologique de l'être humain.

b) *Une vulnérabilité ontologique*

Si le droit consacre exclusivement la vulnérabilité des patients, la philosophie nous propose une autre lecture. Ainsi, Paul Ricoeur qui reconnaît d'abord la vulnérabilité du patient, nous invite dans un deuxième temps à élargir cette notion de vulnérabilité. En effet, il décrit l'être humain, qu'il soit patient ou soignant, comme « *un homme capable* »⁴² mais fragile. Pour lui, la capacité renvoie à la notion de pouvoir d'agir, prendre soin ou encore décider. La notion de fragilité, quant à elle, implique le fait de pouvoir être affecté, blessé, et donc potentiellement de souffrir.

Aussi, pour Ricoeur aucun être humain n'est fait que de vulnérabilité ou de capacité. Le soignant étant avant tout un être humain, il partage donc cette vulnérabilité et cette capacité avec le patient. Pour Ricoeur, c'est surtout une question de contexte. Pour le patient, il s'agit du contexte de la maladie qui le désarme momentanément et pour le soignant cela peut être le contexte de son exercice.

Paul Ricoeur développe alors l'idée de sollicitude, c'est-à-dire une relation dans laquelle chacun reconnaît l'humanité de l'autre malgré la dissymétrie de la situation. La sollicitude, chez Ricoeur, doit être comprise comme une attention bienveillante et réciproque portée à l'autre. Elle est fondée sur la reconnaissance de sa vulnérabilité et de son égale dignité, dans la recherche « *d'une vie bonne vécue avec et pour les autres* »⁴³.

Pour A. Zielinski⁴⁴, si au premier regard on peut penser que la vulnérabilité est exclusivement du côté du patient, elle nous propose de dépasser cette première perception. En effet, pour elle, la vulnérabilité fait partie inhérente de la condition humaine. Être vulnérable, nous explique-t-elle, c'est être exposé au regard de l'autre. C'est la capacité à être affecté par autrui, quel qu'il soit. Chacun d'entre nous est exposé et donc vulnérable. Elle ajoute que nous sommes avant tout exposés à nos propres limites. On parle alors d'expérience de la « *finitude* ». Nous ne sommes pas tout-puissants. Les limites humaines sont d'abord physiques : limites temporelles et spatiales. Ces limites sont aussi en lien avec notre faculté à entrer en

⁴¹ Butler, Judith, *Vie précaire*, Paris, Amsterdam, 2005.

⁴² RICŒUR, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil, 1990.

⁴³ Ibid

relation avec l'autre. Ensuite, l'individu se heurte, aux événements de la vie, à ce qui lui arrive et qu'il n'avait bien souvent pas prévu. Et enfin, là où notre vulnérabilité s'exprime à son paroxysme, c'est certainement face à l'exposition à l'autre.

Mais que veut dire être exposé à l'autre ? Pour A. Zielinski, être exposé à autrui s'exprime dans la dimension relationnelle de la vulnérabilité. C'est ma capacité à être touché par l'autre. Être touché par le récit de ses souffrances, de ses épreuves, de sa vulnérabilité. Le soignant est exposé au patient, à sa détresse physique et émotionnelle. Il est touché par le récit de son histoire, de son parcours de vie. Ici, la vulnérabilité est donc entendue comme une condition humaine fondamentale, commune au patient et au soignant. Cette vulnérabilité peut se traduire, au gré des événements de la vie, par des expériences de fragilité ou de souffrance, sans être forcément assimilée à une faiblesse.

Nous avons donc montré que la vulnérabilité du soignant s'inscrivait d'abord dans une vulnérabilité ontologique. C'est-à-dire une vulnérabilité inhérente à la condition humaine, puisque chaque homme est incarné, mortel et dépendant des autres au gré des événements de sa vie. Chaque homme est donc vulnérable, non par accident mais par essence même. A. Zielinski parle de « *notre fonds commun d'humanité* »⁴⁴. Le soignant faisant partie de la communauté des hommes, il partage donc cette condition de vulnérabilité avec le patient. Les soignants ne sont donc pas différents des patients. Au-delà de leurs compétences et de leurs responsabilités, ils restent eux-aussi exposés à la maladie, à la souffrance, à l'épuisement et à la mort.

Nous pouvons donc affirmer que le soignant est lui aussi un être vulnérable et que sa vulnérabilité peut être exacerbée au sein de la relation de soin. Il est alors, temps de se demander, voire de s'inquiéter des conséquences de cette irruption de la vulnérabilité soignante dans la relation de soin. Que se passe-t-il quand la vulnérabilité du patient rencontre celle du soignant ? Ce soignant vulnérable est-il encore en mesure d'être bienfaisance et non-malfaisance ? Peut-il encore être pleinement mobilisé autour de la figure centrale de vulnérabilité qu'est le patient ?

A ce stade de notre travail, nous percevons qu'à cette vulnérabilité ontologique s'ajoute probablement une vulnérabilité liée à la nature même de l'activité de soins. En effet, si le soignant est un être humain comme les autres, l'exercice de sa profession le confronte à des réalités singulières.

⁴⁴ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

⁴⁵ Ibid

Au fil de nos lectures, nous observons que la plupart des auteurs, malgré la diversité des époques et des approches, appellent à dépasser l'opposition systématique entre soignant et soigné en reconnaissant une vulnérabilité partagée et une interdépendance inhérente à la condition humaine.

Cependant, et sans que cela soit attendu, nous constatons que la littérature explore encore relativement peu les conséquences concrètes **de la reconnaissance de la vulnérabilité du soignant** sur le maintien des principes de bienfaisance et de non-malfaisance dans la relation de soin.

Au début de ce travail de recherche, nous émettions en effet l'hypothèse que cette reconnaissance pouvait mettre à l'épreuve la relation de soin. Nous envisagions notamment que la mise en visibilité excessive de la vulnérabilité du soignant pouvait être délétère pour le patient en :

- Brouillant les places respectives du soignant et du soigné,
- Remettant en cause la juste distance professionnelle,
- Fragilisant la notion de responsabilité et d'obligation de soins pour le soignant,
- Ebranlant la fonction contenante du soignant et son engagement à se focaliser sur les besoins du patient.

Finalement, nous nous apercevons que la question qui intéresse les philosophes et les auteurs en général est plutôt celle des conséquences de **la non reconnaissance de la vulnérabilité des soignants** sur la relation de soin. On pourrait dire que ces deux questions se rejoignent puisqu'elles traitent de la relation de soin. Mais, peut-être faudrait-il déplacer notre regard afin de reformuler notre question de départ ?

En effet, notre revue de littérature semble quelque peu déplacer notre questionnement initial. Si nous supposons que la reconnaissance de la vulnérabilité des soignants pouvait fragiliser la relation de soin, les auteurs que nous avons lus craignent, eux plutôt les conséquences de cette non-reconnaissance. Cela signifierait que le risque éthique serait moins dans l'expression de cette vulnérabilité des soignants mais bien dans son déni, son invisibilisation ou encore sa disqualification. Cette évolution de notre questionnement est un premier résultat important de notre analyse conceptuelle. Nous allons maintenant pouvoir le confronter à travers notre enquête de terrain. Nous allons donc essayer de comprendre comment les professionnels de terrain, à leur tour, s'emparent de cette question et de sa formulation.

III. Enquête de terrain : résultats et discussion

A. Enquête de terrain : méthodologie

1) Choix de la population étudiée

Pour mener à bien ce travail de recherche, nous avons décidé de collecter des éléments d'information émanant directement du terrain. Nous avons donc réalisé une enquête en interrogeant des professionnels de santé en prise direct avec notre questionnaire autour de la relation de soin et de la vulnérabilité du soignant.

Si la situation de départ concernait un médecin de notre service, nous avons finalement décidé d'interroger, non pas des médecins, mais des infirmiers. Pourquoi ce choix ? Tout d'abord, les infirmiers sont au plus près des patients et de leurs familles. Ils sont au chevet des malades et prodiguent quotidiennement des soins techniques et relationnels. Leur rôle est d'écouter, d'accompagner et de s'adapter aux besoins de chaque patient. Ils sont au cœur des prises en charge et ont une forte proximité physique et relationnelle avec les patients dont ils prennent soin.

Ensuite, en tant que cadre supérieur de santé, nous sommes en responsabilité directe des paramédicaux : infirmiers et aides-soignants. Aussi, il nous a semblé que ce travail de recherche était une excellente opportunité de réinterroger et peut être de faire évoluer notre pratique managériale ainsi que celle de nos équipes d'encadrement à la lumière des résultats que nous obtiendrons.

2) Choix du terrain de recherche

Nous avons ensuite décidé de mener notre enquête au sein de l'hôpital. Quand nous parlerons des soignants ou des professionnels de santé, nous ferons donc référence à des infirmiers exerçant à l'hôpital. L'hôpital est le lieu où nous travaillons et où nous évoluons depuis de nombreuses années. Selon la DREES⁴⁶, près de 11,7 millions de personnes ont été hospitalisées en France en 2022, soit environ 32 000 patients par jour. L'hôpital est donc, aujourd'hui, un lieu où des milliers de patients se rendent chaque jour. Au cours d'une année, tous les Français vont à l'hôpital, au moins une fois, pour se soigner ou rendre visite à un proche. L'hôpital s'inscrit donc dans l'histoire et le parcours de vie de chaque individu. Il reste un lieu de soins incontournable pour tous.

⁴⁶ DREES. (2024). Les établissements de santé en 2022 – Édition 2024. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de la Santé et de la Prévention.

Les établissements inclus dans notre étude seront au nombre de deux. Il s'agit d'un Centre Hospitalier Universitaire (établissement N°1) et d'un Centre Hospitalier (établissement N°2). Il nous a paru intéressant de diversifier la nature des établissements, en termes de taille et de gouvernance.

Nous devons préciser que l'établissement N°1 est l'établissement dans lequel nous exerçons. Conscients du risque de biais dans notre étude, nous nous sommes appliqués à n'interroger que des professionnels très éloignés de notre propre secteur d'activité et avec lesquels nous n'avons ou n'avons eu aucun lien hiérarchique. Le CHU dans lequel nous travaillons emploie plus de 11 000 personnes dont 2 000 infirmiers. Lors des entretiens, nous n'avons pas constaté de difficultés ou de réticence particulière à s'exprimer pour les professionnels interrogés de l'établissement N°1.

3) Notre échantillon

Nous avons retenu des services de soins sans nous attacher à des critères particuliers afin de ne pas orienter d'une manière ou d'une autre notre échantillon d'étude. Nous n'avons effectué aucun appariement que ce soit pour l'âge, le nombre d'années d'expérience ou encore la spécialité du service de soins des professionnels rencontrés. Après avoir sollicité une quinzaine de professionnels, nous avons pu au total en interroger 8. Les réponses à nos demandes d'entretien ont fait que 5 entretiens ont eu lieu dans l'établissement N°1 et 3 autres dans l'établissement N°2.

Afin de respecter la confidentialité des échanges et des personnes interviewées nous ne préciserons pas la répartition fonction/unité des personnes interviewées qui pourraient être potentiellement identifiables. De plus, nous modifierons le prénom des personnes interrogées.

Vous trouverez en annexe N°2 le détail du déroulement des entretiens.

Nous pouvons toutefois citer les secteurs dans lesquels nous avons enquêté :

- Réanimation
- Urgences
- Gynécologie
- Pédiatrie
- Neuro-psychiatrie
- Médecine gériatrique
- Neurologie générale
- Néphrologie

Les secteurs de soins retenus sont plus le résultat des opportunités et des disponibilités des professionnels de terrain qu'une volonté de sélectionner telle ou telle spécialité médicale. Néanmoins, nous pouvons noter l'absence de service de chirurgie. Tous les secteurs étant des secteurs de médecine.

Nous avons essayé d'interroger à la fois des jeunes professionnels dont l'ancienneté était inférieure à 5 ans et des professionnels de santé plus expérimentés. En effet, nous avons supposé une différence d'appréciation de leurs difficultés et de leurs pratiques en fonction de leur ancienneté et de leur expérience dans la fonction.

Nous ne nous sommes pas attachés à l'ancienneté dans le service puisque ce qui nous intéresse, c'est l'expérience des agents dans leur fonction de soignant. Pour cela, nous avons tenu compte de l'année du diplôme d'état d'infirmier et non de l'âge des personnes. En effet, il n'est pas rare de rencontrer des professionnels qui ont opéré une reconversion professionnelle. Ainsi, pour notre échantillon, l'année d'obtention de diplôme la plus récente est 2023 et la plus ancienne 2009.

4) Le choix de la méthode

Pour interroger les professionnels de santé et recueillir les informations nécessaires à la réalisation de notre travail de recherche, nous avons opté pour l'entretien semi-directif. C'est un outil qui permet à la fois de guider la personne interrogée tout en lui laissant un espace de paroles et une marge de liberté propice à des échanges fructueux. Les entretiens, enregistrés après accord des intéressés, ont duré en moyenne trente minutes et ont tous été retranscrits. Nous avons choisi de mettre en annexe 3 des plus significatifs.

Les entretiens réalisés l'ont été exclusivement en face à face. Nous avons exclu les entretiens téléphoniques ou en visio-conférence considérant que cela n'était pas adapté au sujet de notre travail de recherche qui touche à des questions parfois personnelles.

Nous avons élaboré une grille d'entretien semi-directif afin d'explorer les dimensions suivantes :

- La place de la relation de soin
- L'idéal professionnel et l'identité soignante
- L'expérience de la vulnérabilité dans la relation de soin
- L'expression et la reconnaissance de la vulnérabilité des soignants

L'élaboration de la grille d'entretien a été laborieuse. En effet, il a été difficile de construire des questions, 16 au total, répartie en 4 thématiques, sans aborder explicitement les concepts sur lesquels reposent notre questionnaire. Finalement, si les personnes interrogées n'ont pas spontanément évoqué ces concepts, notre analyse nous a permis d'obtenir le matériau nécessaire pour la suite de notre démarche.

Nous avons testé cette grille avec un infirmier et avons dû la réajuster afin de recentrer les questions sur la question de la vulnérabilité qui avait du mal à ressortir spontanément.

Lors de ces entretiens nous nous sommes efforcés de suivre les recommandations de Geneviève Imbert, Docteur en Santé publique et en Anthropologie Sociale et Culturelle : *« réaliser un entretien suppose que le chercheur adopte réellement une posture d'écoute attentive et soutenue de l'autre et lui pose des questions sans inférer, c'est-à-dire en évitant d'apporter des éléments de réponse »*⁴⁷.

5) Analyse des données

La première étape de l'analyse des données recueillies a été la retranscription des entretiens. Nous avons choisi de ne pas retranscrire les premières minutes consacrées aux échanges et aux présentations indispensables à la mise en confiance de la personne interviewée. Nous avons ensuite procédé à l'anonymisation des entretiens afin de respecter l'engagement pris auprès des personnes interrogées. Cette étape est primordiale puisque notre enquête a lieu dans des établissements où les personnes peuvent être identifiées au regard de leur fonction, de leur parcours ou du secteur dans lequel elles exercent.

Ensuite, nous avons décidé de faire une analyse thématique du contenu de ces entretiens. Nous avons fait un focus sur les idées convergentes et tenté de mettre en évidence les idées spécifiques. Rapidement toutefois, nous avons constaté que de très nombreux éléments ressortaient spontanément à l'identique chez l'ensemble des professionnels. Cette homogénéité des réponses nous a surpris par son ampleur.

Nous avons décidé de numéroté les entretiens de 1 à 8 dans l'ordre chronologique dans lequel nous les avons réalisés. Ainsi, lorsque nous citerons des verbatim, nous ferons référence aux professionnels en utilisant ces numéros en note de bas de page et en utilisant leur prénom préalablement modifié.

Une fois le recueil de données réalisé nous avons pu procéder à l'analyse du contenu, que nous partageons avec vous dans les prochains paragraphes.

Alors, comment les soignants appréhendent-ils la relation de soin sur le terrain. La vulnérabilité est-elle pour eux, exclusivement du côté du patient ? Comment cette vulnérabilité est-elle vécue, interprétée et exprimée dans leur exercice quotidien du soin ? C'est ce que nous allons essayer de comprendre.

B. Résultats

1) La relation au fondement de l'activité des soignants

L'un des premiers résultats de cette enquête est la convergence des discours quant à la place centrale de la relation dans l'activité des soignants. En effet, tous, sans exception, s'accordent à dire que la relation de soin est au cœur de leur métier et de leurs pratiques. Lorsqu'on l'interroge, Camille, jeune diplômée, nous dit sans hésiter « *pour moi elle est essentielle* »⁴⁸. Claire, infirmière expérimentée, reprendra quasiment les mêmes mots : « *Elle reste essentielle, pour moi en tout cas* »⁴⁹. Pour Elise, la relation de soin tient « *... la première place* »⁵⁰. Enfin, Nicolas affirme avec force que la relation a : « *une place primordiale puisque c'est sur ça que se base tout notre métier* »⁵¹. Ben ne dira pas autre chose : « *Une relation centrale, c'est quand même la base du métier* ». « *C'est notre cœur de métier et pour moi c'est central* » estime Justine. Pour les professionnels, la relation de soin est essentielle au sens où elle constitue l'essence de leur métier. Il est étonnant de voir comment, malgré la diversité des parcours, des spécialités et des contextes d'exercice, tous les professionnels interrogés définissent le soin comme une relation avant d'être un acte technique. Ils insistent tous sur l'importance du lien humain.

Cette relation semble être le lieu premier et privilégié où le professionnel peut donner sens et éprouver son exigence de bienfaisance envers le patient. En effet, pour les professionnels de santé, cette relation de soin suppose confiance, écoute et disponibilité. Ainsi, Camille nous dit qu'une bonne relation de soin « *c'est quand le patient se sent écouté et respecté* »⁵². Pour Nicolas, la relation de soin « *ça consiste dans une relation de confiance d'une part que les patients aient confiance en nous, mais que nous aussi on puisse avoir confiance en les patients* »⁵³. Pour Ben⁵⁴ et Justine⁵⁵, il faut avant tout « *de l'écoute, de la disponibilité* ».

⁴⁷ IMBERT Geneviève, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. », *Recherche en soins infirmiers* 3/2010 (N° 102), p. 23-34

⁴⁸ Entretien N°1

⁴⁹ Entretien N°2

⁵⁰ Entretien N°3

⁵¹ Entretien N°4

⁵² Entretien N°1

⁵³ Entretien N4

⁵⁴ Entretien N°6

⁵⁵ Entretien N°7

Pour les professionnels une relation de soin réussie nécessite de l'écoute, de la disponibilité, de la confiance et de la présence. Nous pouvons donc dire que les soignants ont une vision humaniste du soin, qui s'inscrit dans les principes de l'éthique du care. La qualité des soins ne repose pas uniquement sur des compétences techniques mais bien sur la capacité des professionnels à instaurer une relation de confiance et d'aide avec le patient.

Pour les professionnels interrogés, cette relation est indispensable. C'est elle qui va permettre, par exemple, l'adhésion aux traitements, comme nous l'explique Ben, « *s'il a confiance le patient acceptera plus facilement les traitements qu'on lui propose* »⁵⁶. Ben, nous touchera plus particulièrement dans ses réponses. Il est si peu loquace que nous avons dû aller chercher chaque mot, chaque réponse. Tellement surpris par cet exercice qui exigeait de parler de lui et non uniquement de l'autre : le patient. Tellement surpris que la relation de soin ne soit pas totalement et strictement centrée sur le patient mais également sur le soignant, c'est-à-dire sur lui. Surpris que l'on s'intéresse à sa place, ses questionnements, ses émotions, son ressenti. Mal à l'aise de cet intérêt qui se déplace, le temps d'un entretien, du patient vers le soignant. Toute une attitude et une posture qui traduisent la place implicitement prépondérante du patient dans la relation de soin. Et le soignant, s'il est bien là, s'efface presque.

Enfin, plusieurs professionnels évoquent le fait que la relation est un espace offert au patient pour qu'il puisse exprimer ses besoins et ses émotions. Nicolas, nous dit notamment : « *...une relation où le patient peut se sentir soutenu et peut se livrer, sur... enfin qu'il n'y ait pas de tabou et de choses qui se sentent pas de dire qui pourraient entraîner des informations qui nous manquent* »⁵⁷.

2) Le patient : une personne vulnérable, mais une personne avant tout

On peut noter, à travers l'ensemble des témoignages, qu'un consensus fort se dégage quant à la manière dont le patient est perçu. Pour les professionnels interrogés, le patient est une personne vulnérable et fragilisée mais dont on doit préserver la dignité et l'humanité. En effet la plupart des professionnels décrivent le patient comme vulnérable ; fragile, souffrant ou encore dépendant. Ainsi, pour Camille le patient est « *vulnérable... en souffrance... et humain* »⁵⁸. Elise, quant à elle, évoque la « *vulnérabilité* »⁵⁹ des patients qu'elle prend en charge. Enfin Aurélie, quand on lui demande de décrire le patient, choisira le mot « *fragilité parce que souvent il y a de la douleur* »⁶⁰.

⁵⁶ Entretien N°6

⁵⁷ Entretien N°4

⁵⁸ Entretien N°1

⁵⁹ Entretien N°3

⁶⁰ Entretien N°5

Les soignants reconnaissent donc le patient comme sujet vulnérable. Toutefois, la représentation que se font les soignants des patients, ne s'arrête pas à cette vulnérabilité ou fragilité évidente. Ils décrivent également le patient comme une personne, avec une histoire de vie et une singularité. Ils soulignent la nécessité impérative de prendre en charge le patient dans sa globalité et non uniquement par le prisme de sa pathologie. La maladie n'est presque jamais envisagée isolément mais toujours intégrée dans une expérience humaine bien plus large. Elise estime que : « *un patient c'est une personne malade, c'est sûr mais avant tout c'est un être humain ...on doit tenir compte de son histoire de vie, on doit essayer de savoir ce qui l'amène ici pour pouvoir l'aider au mieux* »⁶¹. Justine avance : « *c'est une pathologie* » et rajoute immédiatement « *mais aussi, une histoire de vie, un vécu* »⁶². Enfin, Claire va dans le même sens : « ... *c'est une relation où la personne reste considérée dans sa globalité. Pas juste comme un cas, un problème médical* »⁶³.

Pour les professionnels il est donc évident que la relation de soin reste le lieu essentiel de leur engagement pour répondre aux besoins des patients et soutenir sa vulnérabilité. Dans le même temps, nous disent-ils, cette relation de soin ne va pas toujours de soi.

3) Le soignant : Une identité professionnelle qui occulte la notion de vulnérabilité

Pour que cette relation de soin, si essentielle, soit possible, les soignants estiment que certaines conditions doivent être réunies. Pour eux, en effet, la qualité de la relation va être directement en lien avec « la qualité » du professionnel. Par qualité, nous entendons ici les compétences du professionnel de santé. Pour eux, une bonne relation de soin c'est donc avant tout un « bon soignant ».

a) *Le bon soignant : entre technique et relationnel*

La plupart des infirmiers interrogés sont d'accord pour dire qu'un « bon soignant » est celui qui allie compétences techniques et compétences relationnelles. Camille souligne que « *ça peut pas être qu'un bon technicien, y a besoin aussi de compétences relationnelles. Euh, en fait... il faut quelqu'un qui soigne la personne, pas juste la pathologie* »⁶⁴. Claire va dans le même sens : « *Un super technicien mais qui reste d'abord humain* »⁶⁵. Nicolas poursuit avec la même idée : « *Bah c'est un soignant qui fait bien son travail quoi, qui soigne ses patients, mais qui oublie pas non plus la part humaine de son métier, qui prend quand même le temps de discuter avec ses patients* »⁶⁶. Le « bon soignant » n'est donc pas défini uniquement

⁶¹ Entretien N°1

⁶² Entretien N°7

⁶³ Entretien N°2

⁶⁴ Entretien N°1

⁶⁵ Entretien N°2

⁶⁶ Entretien N°4

comme celui qui maîtrise les connaissances et les gestes techniques mais comme celui qui parvient à concilier l'expertise clinique avec une qualité de présence et une disponibilité auprès du patient.

b) *L'injonction d'invulnérabilité : contrôler ses émotions, conditions de la bienfaisance ?*

Les professionnels déclarent que pour être un « bon soignant », il faut être solide et savoir maîtriser ses émotions. Ils évoquent presque tous l'idée qu'un soignant doit être fort, capable de tenir et gérer ses émotions.

Ainsi, Justine partage sa vision du soignant : « *nous en théorie on est pas censé faire des démonstrations parce qu'on est censé rester digne, c'est peut-être pas le mot, mais en tout cas neutre. D'accord. C'est ce que je ressens, c'est-ce qu'on nous apprend de rester neutre. C'est pas non plus le mot c'est pas stoïque, mais en tout cas de pas montrer nos émotions. C'est l'attendu ça, de maîtriser ses émotions* »⁶⁷. Face à la vulnérabilité du patient, le soignant doit être fort et solide. Claire poursuit : « *...on peut pas se permettre de craquer pendant qu'on soigne le patient* »⁶⁸.

Elise quant à elle, nous confie : « *... c'est vrai que dans les situations très difficiles on essaye quand même de garder la tête froide et puis si on sent que c'est difficile pour nous, on essaie de ne pas le montrer devant la patiente* »⁶⁹. Nicolas va encore plus loin : « *On prend sur nous en fait pour pas montrer qu'on est aussi **vulnérable** un moment donné et que face au patient, quoi qu'il arrive on doit tenir bon* »⁷⁰. Nicolas sera le seul à utiliser le mot vulnérable pour qualifier les soignants. En l'encourageant à poursuivre sa réflexion, il nous explique : « *Oui, oui, moi si j'étais patient, j'aimerais bien que mon médecin il se montre pas forcément vulnérable et que je sois rassuré d'avoir quelqu'un qui a l'air solide et rassurant. Enfin après on a le droit d'avoir l'air un peu débordé, mais pas l'air d'être sous l'eau ou complètement dépassé par les événements. Ouais, je pense que c'est une attente que j'aurais en tant que patient. Et donc c'est une attitude que j'essaie d'avoir en tant que soignant* »⁷¹.

Montrer ses émotions peut même être délétère pour le soignant, c'est ce que nous explique Aurélie : « *Alors je suis de l'ancienne école, mais je trouve que ça se perd un petit peu beaucoup ... de pouvoir exprimer qu'on maîtrise pas. D'accord. Voilà parce qu'on renvoie à l'autre une incompétence alors que non. Et je trouve que c'est dommage.* »⁷². Elle ajoute : « *Je peux pas pleurer devant le patient, non c'est pas possible. C'est lui le patient voilà mon émotion n'a pas à venir se mettre au-dessus de la sienne. Quand c'est un moment qui est compliqué pour lui et que ça ruisselle jusqu'à moi, je dois me centrer sur lui* »⁷³.

⁶⁷ Entretien N°7

⁶⁸ Entretien N°2

⁶⁹ Entretien N°3

⁷⁰ Entretien N°4

⁷¹ Ibid

⁷² Entretien N°5

⁷³ Ibid

On voit donc que les soignants ont intégré une norme professionnelle implicite à savoir la maîtrise de leurs émotions face au patient. Le soignant doit « *tenir* », « *garder son sang froid* » ou encore ne pas « *craquer* » devant le patient. Cette injonction à l'invulnérabilité semble admise et acceptée par la plupart des professionnels que nous avons interrogés. On comprend que cette injonction participe de la construction d'une identité soignante fondée sur l'attention à l'autre sur la capacité à accompagner la souffrance du patient sans laisser apparaître sa propre vulnérabilité. Les soignants sont donc invités à refouler et taire leurs émotions. Ces émotions étant pourtant le reflet de leur humanité. Humanité que par contre, ils revendiquent fortement.

Les soignants nous disent qu'ils doivent maîtriser leurs émotions pour ne pas être malfaisants. Dans le même temps, ils reconnaissent que c'est parce qu'ils ont des émotions qu'ils peuvent se montrer empathiques et à l'écoute des patients, donc bienfaisants. A travers leurs témoignages, on comprend, que leur sensibilité permet une meilleure compréhension de la souffrance du patient et une relation plus authentique. Elise reconnaît que : « *dans certaines situations, c'est vrai qu'on peut être amené à montrer un peu plus nos émotions parce qu'il y a beaucoup d'humanité dans la relation* »⁷⁴. Ben précise : « *On peut exprimer de l'empathie de la gentillesse et de la bienveillance, les autres sentiments, je pense qu'ils n'ont pas leur place avec le patient* »⁷⁵. Camille explique avoir été profondément touchée par le décès d'une jeune patiente « *qui avait mon âge* »⁷⁶. Nicolas nous confie s'être senti « *dépassé* »⁷⁷ par le récit d'une adolescente suicidaire. Prendre soin implique nécessairement une sensibilité à la vulnérabilité d'autrui.

L'identité professionnelle du soignant semble donc reposer sur une exigence d'invulnérabilité. Pour autant tous les professionnels interrogés reconnaissent qu'ils peuvent être affectés émotionnellement par certaines situations. La vulnérabilité ne concerne pas uniquement le patient, elle traverse également les soignants, même s'ils ne l'expriment pas explicitement.

c) Des situations de soins difficiles

Certaines situations de soins sont vécues comme très éprouvantes et difficiles à vivre pour les soignants qui y sont confrontés. Ces expériences de soin les engagent parfois fortement sur le plan émotionnel et relationnel. Ces situations sont souvent en lien avec la fin de vie, des soins jugés disproportionnés, la souffrance des patients, des relations complexes avec les familles ou encore le poids des contraintes organisationnelles. Les soignants expriment parfois un sentiment d'impuissance avec un questionnement sur la qualité du soin qu'ils prodiguent : Suis-je encore bienfaisant ? Ne suis-je pas malfaisant ?

⁷⁴ Entretien N°3

⁷⁵ Entretien N°6

⁷⁶Entretien N°1

Ainsi, nous livre Elise *« ce qui est difficile ce n'est pas le geste, c'est quand on sent qu'on ne peut pas soulager comme on voudrait »*⁷⁸. Il est difficile de ne pas pouvoir faire ce que l'on pense être juste. Claire partage un souvenir qui l'a marqué : *« Je me souviens notamment d'un patient très âgé, avec de multiples défaillances d'organes. On continuait des soins invasifs depuis plusieurs jours et... euh... j'avais vraiment l'impression qu'on prolongeait surtout sa souffrance. Après je sais que les décisions sont complexes, qu'il y a les familles, les médecins, l'incertitude... mais ça reste difficile à vivre »*⁷⁹.

Les professionnels interrogés reconnaissent être affectés, parfois profondément par la détresse des patients ou des situations de tension. Pour autant, ils n'expriment toujours pas ouvertement un sentiment de vulnérabilité. Ils parlent de frustration, de tristesse, de perte de sens. Certaines situations font écho à leurs propres expériences personnelles et provoquent une forte identification au patient. Ils expriment le risque d'envahissement ou de débordement émotionnel qui peut altérer la relation de soin. Camille, jeune professionnelle, est celle qui en parle le plus librement : *« Je pense qu'il y avait aussi une forme d'identification, parce qu'elle avait mon âge, ça aurait pu être moi et mon mari qui arrive aux urgences »*. Elle ajoute avec un petit sourire timide : *« comme quoi on est pas si fort en fait ! »*. *« Il y a des patients qu'on n'oublie pas, qui nous touchent plus que d'autres »*. *« On est confrontés à des situations humaines lourdes donc forcément ça nous touche »*⁸⁰.

4) La vulnérabilité du soignant : d'abord perçue comme un risque

Les soignants sont donc exposés à la vulnérabilité de l'autre, à sa souffrance et sa détresse. Ils ne sont jamais totalement extérieurs à la souffrance qu'ils accompagnent. Ils sont impactés émotionnellement mais ne s'autorisent pas à vivre ou exprimer une quelconque vulnérabilité. En effet, être exposé à l'autre, être affecté par l'autre est identifié par les soignants comme un risque voire une menace pour la relation de soin. Toutefois, ils restent assez ambivalents sur l'influence de la prise en compte de leurs propres émotions sur la relation de soin.

Pour certains, reconnaître que l'on est touché par un patient favorise une plus grande qualité de présence. Plusieurs professionnels décrivent une attention accrue aux besoins des patients. *« quand on est touché, on est plus à l'écoute, on prend le temps »*⁸¹ explique Claire. Camille quant à elle remarque : *« les patients apprécient qu'on reste humains »*⁸². Sofia explique : *« je sens que certains patients ont besoin de plus »*⁸³.

⁷⁷ Entretien N°4

⁷⁸ Entretien N°3

⁷⁹ Entretien N°2

⁸⁰ Entretien N°1

⁸¹ Entretien N°2

⁸² Entretien N°1

Cette capacité à être touché semble donc contribuer à la qualité de la relation de soin en favorisant une meilleure écoute et compréhension de la souffrance. La capacité à être touché par autrui, semble permettre une relation plus authentique et plus respectueuse de la singularité du patient.

Malgré cette valorisation de l'humanité dans le soin, les entretiens montrent qu'il existe des limites implicites à l'expression émotionnelle. Tous les professionnels défendent l'idée qu'il est légitime de ressentir des émotions... mais qu'il faut savoir les contenir. La vulnérabilité peut devenir bienfaisante lorsqu'elle nourrit l'empathie, mais elle risque de devenir malfaisante lorsqu'elle désorganise la relation ou inverse les rôles de soutien.

L'ensemble des professionnels interrogés sont d'accord pour dire que les émotions du soignant ne doivent pas envahir l'espace du patient. Aurélie formule clairement : « *mon émotion n'a pas à venir se mettre au-dessus de la sienne* »⁸⁴. Elise considère que l'interne qui quitte la chambre en pleurant a eu une réaction « *compréhensible mais non adaptée* »⁸⁵. Nicolas, lui, explique qu'il tient à maintenir une « *distance* »⁸⁶ qui lui permette d'assumer son rôle et sa place de soignant. Claire, évoque la nécessité d'être « *contenant* »⁸⁷ pour les familles.

La priorité des soignants est donc de préserver le patient. S'il est normal pour eux de se sentir parfois débordés ou dépassés, devant le patient ils doivent à tout prix maintenir un cadre sécurisant et éviter les débordements émotionnels au risque de devenir malfaisant en inversant les rôles de soutien. C'est ainsi que Sofia nous dit : « *Alors moi j'essaye de vraiment maîtriser, canaliser quand je suis auprès du patient... quand mes émotions ...je vais je vais prendre vraiment sur moi. Ce n'est pas au patient de s'inquiéter pour moi* »⁸⁸.

a) Contraintes organisationnelles : un risque de malfaisance

Les professionnels interrogés évoquent l'impact de leurs conditions de travail sur la relation de soin. Fatigue, plannings contraints, surcharge de travail, manque de temps ou encore manque de reconnaissance institutionnelle sont autant de menaces sur la relation de soin. Ainsi, Camille parle de soins réalisés « *à l'arrache* »⁸⁹. Nicolas évoque des soignants poussés « *jusqu'au bout* »⁹⁰. Quand on l'interroge sur ce qui est difficile, Camille répond : « *la peur, la fatigue par exemple* »⁹¹. Aurélie décrit des supérieurs

⁸³ Entretien N°8

⁸⁴ Entretien N°5

⁸⁵ Entretien N°3

⁸⁶ Entretien N°4

⁸⁷ Entretien N°2

⁸⁸ Entretien N°8

⁸⁹ Entretien N°1

⁹⁰ Entretien N°4

⁹¹ Entretien N°1

hiérarchiques et des administrations qui « *écoutent* » mais ne proposent « *rien de concret* »⁹². Claire pense : « *je trouve qu'on est pas du tout pris en compte. On parle beaucoup de nous mais finalement la conclusion est toujours la même : on est capable d'encaisser et on continue. Mais nous aussi on a nos limites* ». Sofia ajoute : « *Non moi je pense que les difficultés des soignantes sont pas si reconnues* »⁹³.

Ces conditions difficiles peuvent peser sur la relation de soin en entraînant une moindre disponibilité relationnelle du soignant, une perte de patience, une altération de la bienveillance ou un retrait émotionnel. Le risque de malfaisance est alors réel et peut conduire à une prise en charge moins ajustée. Par exemple, Aurélie évoque un patient avec lequel elle sentait qu'elle « *allait devenir méchante* »⁹⁴. Ben nous dit : « *... en difficulté parce qu'il y a trop de patients à prendre en charge ou même parce qu'un patient entre guillemets est agité ou impoli ou il y a plein de raisons...mais oui ça me saoule.* »⁹⁵.

b) Les soignants face à la figure héroïque

On pourrait donc croire à la lecture de tous ces témoignages que le soignant est invulnérable et qu'il reste fort en toutes circonstances, comme un super héros en quelque sorte. Pourtant quand vous leur posez la question, tous les professionnels rejettent explicitement cette figure du héros.

La représentation du soignant comme héros, renvoie les professionnels à la période de la pandémie de Covid 19 où ils étaient applaudis chaque soir. Sofia nous explique : « *...quand il y avait le Covid et qu'on nous avait sollicité, qu'on nous avait applaudi, qu'on nous avait encensé, qu'on est les meilleurs etc. mais en fait j'attendais pas ça. On est pas des héros, on faisait juste notre travail* »⁹⁶. Justine estime que « *Mais je trouve pas ça pas justifié* »⁹⁷. Elle n'est pas une héroïne, elle fait « *juste* » son travail. Claire quant à elle rejette vigoureusement cette idée de soignant héroïque. Elle nous dit : « *Mais un héros c'est quelqu'un qui tient toujours, qui craque jamais. Alors qu'en réalité, non. On fatigue, on pleure aussi des fois. Moi en tout cas, c'est comme ça que je vois les choses, on est pas dans une série télé !* »⁹⁸. Enfin, Camille ajoutera : « *Franchement... je suis pas très à l'aise avec ça. Je comprends pourquoi les gens disent ça, surtout depuis le Covid, mais... enfin... ça donne l'impression qu'on devrait toujours être forts, toujours tenir, jamais craquer. Alors qu'en vrai on reste des humains. On fatigue, on doute, on sait pas et on fait pas tout bien. Des fois... Des fois nous-même on est mal aussi* »⁹⁹.

⁹² Entretien N°5

⁹³ Entretien N°2

⁹⁴ Entretien N°5

⁹⁵ Entretien N°6

⁹⁶ Entretien N°5

⁹⁷ Entretien N°7

⁹⁸ Entretien N°2

⁹⁹ Entretien N°1

Un consensus fort se dégage chez les soignants pour dire qu'ils ne sont pas des héros et qu'ils sont des personnes comme les autres. La question de leur héroïsme supposé semble donc mettre en lumière le paradoxe entre l'exigence d'invulnérabilité qu'ils s'imposent et le refus d'être considérés comme des héros, c'est-à-dire des êtres affranchis de toute vulnérabilité. Cette image du soignant héros est perçue comme irréaliste, dangereuse voire culpabilisante. Camille explique que cette représentation donne l'impression qu'il faudrait « *toujours être fort* »¹⁰⁰. Nicolas parle d'une vision « *romancé* »¹⁰¹ du soin. Aurélie, enfin, considère que cette représentation donne l'illusion que les soignants pourraient « *sauver tout le monde* »¹⁰².

Ainsi, bien qu'ils aient déclaré tout au long de l'enquête ne pas pouvoir se permettre d'être vulnérables face aux patients, les professionnels refusent catégoriquement la figure héroïque du soignant et revendiquent leur statut de personnes ordinaires, reconnaissant ainsi implicitement leur propre vulnérabilité.

c) *Le collectif : entre exigence et soutien*

On voit bien que les professionnels ont du mal à exprimer et reconnaître leur vulnérabilité. Cette difficulté s'inscrit dans un environnement professionnel qui semble stigmatiser fortement la vulnérabilité. En effet, à travers les entretiens, on note que le regard porté par les pairs pèse lourd sur les professionnels. Les soignants évoquent l'existence d'un jugement autour de la vulnérabilité émotionnelle mais également « technique » des professionnels. Claire explique qu'en réanimation : « *Oui... quand y a une réa et que l'infirmier est pas sûr de ce qu'il fait, il est tout de suite catalogué comme pas faible. Le jugement peut être très dur. En gros on a pas le droit de ne pas savoir, on doit tout maîtriser. Mais c'est pareil pour les médecins. Alors si en plus on est touché émotionnellement par une situation, c'est fichu ! L'équipe nous voit comme incompetent et faible* »¹⁰³. Aurélie développe la même idée : les soignants « *qui ne tiennent pas le choc* » sont sévèrement jugés, « *Certains collègues vous renvoient, vous êtes un peu embêtante, et ce qui est assez paradoxal, c'est que souvent c'est des personnes qui elles-mêmes peuvent exprimer leurs difficultés et qui ont du mal à accueillir les difficultés des autres* »¹⁰⁴. Elle reconnaît elle-même avoir parfois des jugements critiques sur des collègues en difficulté.

Il semblerait donc que si les soignants sont attentifs à la bienfaisance et qu'ils valorisent l'humanité dans la relation de soin, ils continuent dans le même temps à exiger de leurs collègues force et maîtrise des compétences et des émotions.

¹⁰⁰ Ibid

¹⁰¹ Entretien N°4

¹⁰² Entretien N°5

¹⁰³ Entretien N°2

¹⁰⁴ Entretien N°5

Malgré ces tensions, les témoignages montrent l'importance fondamentale du soutien du collectif pour les soignants. Les collègues de travail apparaissent à la fois comme un relai en cas de difficulté et comme une possibilité de *dépôt émotionnel*. Il est important de préciser que quand les professionnels évoquent leur collectif, ils se réfèrent d'abord et avant tout à leurs collègues qu'ils soient infirmiers, aides-soignants ou médecins. Ainsi, Camille nous dit que les collègues « *comprennent* »¹⁰⁵ sans que l'on ait besoin d'expliquer. Aurélie affirme : « *l'équipe, toujours* »¹⁰⁶. Claire ajoute : « *on vit les mêmes choses* ». Elise peut s'appuyer sur l'équipe : « *...mais comme on est beaucoup dans l'accompagnement humain, moi j'ai jamais eu de moment où je me suis dit "j'ose pas trop le dire". Souvent au contraire les collègues viennent demander si ça va, si la situation . n'a pas été trop difficile. Donc non moi je me suis toujours sentie plutôt bien entourée par rapport à ça* »¹⁰⁷. Sofia va dans le même sens : « *Voilà je suis quelqu'un qui va bien vers mes collègues. Donc ça veut dire que par exemple si il y a eu un décès qui vous a particulièrement touché, s'il y a quelque chose que vous avez pas maîtrisé ou une erreur que vous avez commise spontanément, vous pouvez en discuter avec vos collègues* »¹⁰⁸. Ben explique : « *on se sert les coudes quoi* »¹⁰⁹.

Le collectif peut être une ressource pour les soignants. Les professionnels sont toutefois prudents et choisissent les collègues à qui ils confient leurs difficultés, en fonction du niveau de confiance et de non-jugement.

L'analyse des entretiens montre que, lorsqu'on l'interroge, le soignant ne se perçoit pas comme vulnérable. Pour lui la vulnérabilité est du côté du patient. Mais le récit qu'il fait de son exercice et de son activité de soins met en évidence une vulnérabilité à la fois ontologique et situationnelle qu'il a du mal exprimer et à reconnaître.

Cette vulnérabilité du soignant constitue une dimension intrinsèque de la relation de soin. Les soignants s'accordent pour dire que la sensibilité à l'autre est un facteur de bienfaisance car elle favorise l'empathie, l'écoute et l'engagement. Ils sont toutefois attentifs à maîtriser et contrôler leurs émotions pour préserver le patient dont ils ont la responsabilité. Pour les soignants interrogés, se laisser envahir ou déborder par une situation émotionnellement éprouvante constitue un vrai risque de malfaisance pour le patient. Ainsi, si les soignants parlent sans difficulté de la vulnérabilité du patient, il est bien plus difficile pour eux d'évoquer leur propre vulnérabilité.

¹⁰⁵ Entretien N°1

¹⁰⁶ Entretien N°5

¹⁰⁷ Entretien N°3

¹⁰⁸ Entretien N°8

¹⁰⁹ Entretien N°6

Ils semblent soumis à une tension éthique permanente :

- Etre suffisamment sensible et ouvert à l'autre pour rester humain et bienfaisant
- Etre suffisamment solide et fort pour protéger le patient et maintenir un cadre de soin non malfaisant

Enfin, le collectif est à la fois un espace d'écoute et un lieu d'exigence où la vulnérabilité reste souvent perçue comme une faiblesse et un manque de professionnalisme. Ainsi, les soignants doivent prendre soin du patient tout en maîtrisant leur propre fragilité.

Pour finir, nous n'avons mis en évidence aucune différence significative dans les réponses des professionnels en fonction de leur ancienneté ou de la taille de l'établissement dans lequel ils exercent.

IV. Discussion

A. Humanité, l'autre nom de la vulnérabilité ?

1) Une vulnérabilité difficile à nommer et à assumer

Si pour les soignants la vulnérabilité est reconnue comme faisant partie de la réalité de chaque être humain, cette vulnérabilité demeure en tension avec leur représentation du « bon soignant » et a du mal à s'inscrire dans leur identité professionnelle. Ce qui nous a interpellé c'est que les professionnels parlent plus volontiers de leur **humanité**, que de leur vulnérabilité. Cette reconnaissance et revendication de leur humanité est sans doute à traduire comme une reconnaissance, malgré eux, de leur vulnérabilité ontologique. Il est en effet frappant de constater que les professionnels décrivent de nombreuses expériences de vulnérabilité sans jamais, ou presque, utiliser ce terme. Si les professionnels reconnaissent l'existence de situations difficiles qui peuvent les déstabiliser et qui ont un impact émotionnel sur eux, ils peinent à parler de vulnérabilité. Ils se définissent plus volontiers comme « humains » que comme vulnérables. La vulnérabilité étant pour eux, exclusivement du côté des patients. Cette difficulté à nommer et à reconnaître sa propre vulnérabilité traduit sans doute la persistance d'une représentation professionnelle dans laquelle la vulnérabilité reste associée à la faiblesse, à la perte de contrôle et au final à un manque de compétence. Le soignant vulnérable ne serait pas capable d'assurer sa mission de soin et sa vulnérabilité le disqualifierait immédiatement auprès du patient et de ses pairs. Le terme vulnérabilité revêt donc une forte connotation négative pour les professionnels interrogés.

La vulnérabilité du soignant apparaît en filigrane dans chacun des récits et des témoignages de notre enquête. Même si elle n'est pas nommée, on peut la reconnaître à travers les expériences vécues que les soignants nous livrent. Les professionnels préfèrent parler de leur « humanité », occultant ainsi la notion de vulnérabilité. Mais elle ne disparaît pas pour autant, elle est simplement déplacée, reformulée ou rendue invisible, dans leurs discours en tout cas.

Cette posture des professionnels peut être éclairée par la pensée de Paul Ricoeur. Pour lui l'être humain est à la fois « *capable* » et « *fragile* »¹¹⁰. Sa capacité n'efface pas sa vulnérabilité. Les soignants en reconnaissant leur vulnérabilité ne faillissent pas, ils s'inscrivent simplement dans le lien d'interdépendance humaine. Aussi, cette vulnérabilité qu'ils récusent est pourtant la condition même de cette humanité qu'ils revendiquent.

¹¹⁰ Ricoeur, Paul. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Judith Butler¹¹¹, à son tour, nous rappelle que la vulnérabilité est une condition relationnelle essentielle pour que la rencontre avec l'autre puisse avoir lieu. L'être humain, dont le soignant, est exposé aux autres et dépendant d'eux pour exister et avancer. Les soignants fondamentalement attachés à la relation de soin sont donc inévitablement et intrinsèquement vulnérables. S'ils ne l'étaient pas, ils ne pourraient rencontrer leur patient. Et c'est à travers cette vulnérabilité que peut s'exprimer leur humanité. Ils sont dépendants et « *affectables* » par la rencontre et les interactions avec l'autre. Cette exposition est la condition sine qua non de la relation. Lorsque l'on s'expose à l'autre ou que l'on est exposé à l'autre, il y a une nécessité que l'autre nous reconnaisse. Butler, rejoint ici la pensée de Levinas : « *le visage de l'autre qui m'oblige* »¹¹². Selon elle, la relation à l'autre est essentielle et constitutive du sujet. Le soignant en tant que sujet est donc lui aussi exposé à autrui. Autrui, étant ici le patient. Il peut être affecté de différentes manières par cette exposition. Pour Butler, tout être humain est d'abord exposé « *corporellement* », c'est-à-dire à travers la fragilité de son corps. Et d'ailleurs, cette exposition, nous dit Butler, n'est pas sans risque. Les soignants reconnaissent donc leur exposition à l'autre mais ne traduisent pas pour autant cette exposition comme une confirmation de leur vulnérabilité.

Les travaux de Jean-Philippe Pierron¹¹³ permettent aussi de mieux comprendre le positionnement des soignants. En effet, le philosophe nous explique que le soin implique la rencontre entre deux vulnérabilités. L'une se présente au grand jour sous le visage d'un patient malade et en souffrance. L'autre, celle du soignant, exposé à la détresse du patient, à l'incertitude et à la responsabilité reste encore invisibilisée. A. Zielinski¹¹⁴ considère pour sa part que la vulnérabilité du soignant est un impensé de la relation de soin. Lors d'une récente conférence, Jean-Philippe Pierron dira même que pendant longtemps il était « *indécent* »¹¹⁵ d'évoquer la vulnérabilité ou la souffrance des soignants.

On se rend compte que la vulnérabilité du soignant, même si elle n'est pas nommée en tant que telle, est tolérée uniquement sous certaines conditions. Il ne faut pas qu'elle vienne déstabiliser ou perturber les représentations et le fonctionnement du collectif. Elle ne doit pas non plus avoir un impact sur la relation de soin, au risque de devenir malfaisant. La vulnérabilité est admise par les professionnels de santé tant qu'elle s'inscrit dans un cadre professionnel qui continue à valoriser l'endurance, la maîtrise de soi et une disponibilité émotionnelle permanente.

¹¹¹ Butler, Judith, *Vie précaire*, Paris, Amsterdam, 2005.

¹¹² Levinas, Emmanuel. (1961). *Totalité et Infini*. Paris : Le Livre de Poche / Seuil

¹¹³ Pierron J.P., *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*, PUF, 2010

¹¹⁴ Zielinski, A (2011), *La vulnérabilité dans la relation de soin* : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

¹¹⁵ ESPACE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES (EREARA). *Faire ensemble et bien vivre ensemble : défis éthiques et nouvelles solidarités*. Colloque, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, 29 mai 2026. Lyon : EREARA, 2026.

On peut donc en déduire que lorsque les soignants évoquent leur humanité plutôt que leur vulnérabilité, ils expriment indirectement cette condition inhérente à la communauté humaine : une vulnérabilité ontologique. On peut se dire que, sans doute, cette revendication d'humanité est pour eux une manière professionnellement et socialement plus acceptable de parler de leur vulnérabilité. La vulnérabilité étant vécue comme une insuffisance professionnelle.

L'humanité quant à elle est plébiscitée par les soignants et s'inscrit pleinement dans une identité professionnelle construite autour des principes du care comme nous l'avons vu plus haut.

De fait, le soin n'est-il pas un « *humanisme* »¹¹⁶ ?

2) Vulnérabilité situationnelle : une relation de soin éprouvée

A la vulnérabilité ontologique peut s'ajouter, pour le soignant, une vulnérabilité situationnelle. C'est-à-dire une vulnérabilité en lien avec les situations rencontrées et vécues dans son exercice professionnel. La vulnérabilité ontologique peut être exacerbée par les conditions particulières dans lesquelles s'exerce l'activité de soin. Le soignant est confronté régulièrement à la douleur, à la détresse psychologique, à la déchéance physique et à la mort des patients.

En effet, les soignants nous ont confié qu'à cette confrontation répétée à des situations émotionnellement éprouvantes, s'ajoutent bien souvent les difficultés liées à la charge de travail, aux contraintes organisationnelles, au manque de temps ou de ressource. Le soignant se retrouve pris dans tensions éthiques auxquelles il ne trouve pas de réponse simple.

Ainsi, cette substitution lexicale de la *vulnérabilité* par *l'humanité* n'est pas anodine. Elle reflète une préoccupation majeure des soignants qui voient leurs conditions d'exercice évoluer. Ils voient leur environnement et leurs conditions de travail qui évoluent inexorablement depuis de nombreuses années. Ils constatent une augmentation et une intensification de la charge de travail, une accélération de la technicisation des soins, une augmentation des tâches administratives qui les éloignent de plus en plus du patient.

En nous évoquant leurs conditions de travail tendues, les soignants, une fois de plus, sans le savoir, nous parlent de leur vulnérabilité. Il s'agit ici d'une vulnérabilité situationnelle. Les contraintes organisationnelles pèsent sur les professionnels de santé et les fragilisent.

¹¹⁶ Fleury, Cynthia. (2013). Le soin est un humanisme. Paris : Gallimard.

Ainsi, selon François-Xavier Schweyer¹¹⁷, l'hôpital aujourd'hui est avant tout un lieu où technicisation et instrumentalisation sont au service du soin. Sa mission principale est résolument tournée vers la production et la dispensation de soins médicaux. Et l'irruption de toute cette technicité dans les soins modifie les pratiques des soignants et la relation de soin.

Philippe Svandra, de son côté, observe que *« l'hôpital [...] est devenu aujourd'hui un plateau technique dans lequel les pratiques médicales, même les plus habituelles [...] présentent un caractère de plus en plus technique »*¹¹⁸. En effet, si la technique a permis d'indéniables progrès médicaux et contribue efficacement à l'amélioration de l'état de santé des malades, elle s'immisce souvent dans la prise en charge. Le malade, en tant que personne est parfois éclipsé par la notion de cas clinique ou de résultats biologiques. La dimension relationnelle du soin est phagocytée par l'acte technique.

Jean-Philippe Pierron va plus loin et affirme que la technicisation du soin favorise progressivement la *« dissociation »*¹¹⁹ entre le geste technique et le prendre soin. Le soignant disparaît derrière ses instruments. La médecine moderne est capable de soigner ou de diagnostiquer sans que le contact physique entre soignant et soigné soit nécessaire. Le développement de la télémédecine semble aller dans ce sens. Pourtant, la distance physique est un premier pas vers la distance relationnelle. Les soignants ont une conscience aigüe de cette menace.

La relation de soin demande du temps et de l'engagement de la part des soignants. Cette relation, ajoute François Xavier Schweyer¹²⁰, est fortement contrainte par les nouvelles organisations : réduction des durées de séjour, développement de l'ambulatoire, temps de travail allongé des professionnels, manque de ressource.

La Haute Autorité de Santé dans un rapport de 2017 alerte : *« Les contraintes de rythme se sont accentuées à l'hôpital, entre 1998 et 2003, avec un impact sur les aides-soignants, les agents de services hospitaliers ou les infirmiers (14). Durant cette même période, les rythmes et délais à respecter ont été en augmentation, selon les soignants (ils sont 24 % à déclarer en 1998 un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure ou plus et 48 % en 2003). La part des soignants estimant ne pas avoir le temps de faire correctement leur travail est passé de 32 à 41 % (15) »*¹²¹.

¹¹⁷ SCHWEYER, François-Xavier. L'hôpital sous tension, Revue *Sciences Humaines*, Mai 2005, Hors série N°48.

¹¹⁸ SVANDRA, Philippe. Le soignant et la démarche éthique. Editions Estem. 2009

¹¹⁹ Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé* [Internet]. 2007 [cité le 30 juin 2026];25(2):43-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1684/ss.2007.0203>

¹²⁰ SCHWEYER, François-Xavier. L'hôpital sous tension, Revue *Sciences Humaines*, Mai 2005, Hors série N°48

¹²¹ Haute Autorité de Santé (HAS). (2017). La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins : de l'idée à la mise en œuvre dans les établissements de santé. Saint-Denis La Plaine : HAS.

Ainsi, ces conditions de travail difficiles favorisent la vulnérabilité situationnelle des soignants. C'est-à-dire la vulnérabilité induite par leurs conditions de travail et les situations de soins parfois complexes et éprouvantes.

On constate que la vulnérabilité situationnelle n'est pas distincte de la vulnérabilité ontologique. Elle en constitue simplement une autre forme d'expression, mise en exergue par les conditions concrètes de l'exercice des soignants.

Enfin même si les professionnels de santé n'identifient pas clairement leur vulnérabilité situationnelle, ils identifient parfaitement le risque qu'elle fait peser sur la relation de soin.

B. Le risque de déshumanisation : rester bienfaisant, ne pas être malfaisant

Les soignants tentent de préserver la relation de soin en s'appuyant sur leur humanité. Cynthia Fleury¹²² confirme que le risque de déshumanisation est bien présent : « *dans un univers du soin de plus en plus technicisé, le sentiment de déshumanisation peut être fort...* ». Pour elle « *le soin est un humanisme* » et les soignants souscrivent à cette affirmation.

Ainsi, les soignants nous ont expliqué qu'à la violence émotionnelle de certaines situations vient parfois s'ajouter la violence verbale ou physique des patients et des familles. Cette exposition permanente à la souffrance représente une charge émotionnelle importante qu'il peut être difficile à surmonter. Les soignants s'efforcent alors de rester bienfaisants et de ne pas devenir malfaisants malgré eux. On pourrait penser que c'est dans ces moments que les soignants s'autorisent à exprimer une certaine vulnérabilité. Or, il n'en est rien. Ils considèrent au contraire, que pour surmonter ces difficultés, ils doivent faire preuve de professionnalisme et maîtriser à tout prix leurs émotions.

Pourtant, pour Pierre Canoui¹²³, ne pas reconnaître la vulnérabilité des soignants peut constituer une menace pour la relation de soin. Lorsque, nous dit-il, l'épuisement ou la fatigue des professionnels de santé ne sont pas pris en compte cela peut conduire à une « *déshumanisation de la relation à l'autre* ». L'auteur parle « *d'une sécheresse relationnelle* » traduisant le fait que le sens relationnel du soignant s'est tari et qu'il laisse place à l'indifférence à l'autre. Ainsi, explique-t-il, le « *John Wayne syndrome* » est identifié et documenté depuis de nombreuses années outre-Atlantique. En français on pourrait le traduire de la manière suivante : « *cowboy solitaire et invulnérable à toute émotion* ». En éthique, on parlera de « *réification de la*

¹²² Fleury, Cynthia. (2013). *Le soin est un humanisme*. Paris : Gallimard.

¹²³ CANOUI, Pierre, « La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », *InfoKara*, vol. 18, n° 2, 2003, p. 101-104

personne ». C'est Kant, nous dit Canoui, qui consacre cette expression et qui nous rappelle qu'une personne, un être humain doit avant tout être considéré comme « *une fin en soi* »¹²⁴ et jamais comme un instrument ou une chose. La réification d'une personne, d'un patient, conduit inexorablement à nier sa subjectivité, sa liberté ou encore sa dignité morale.

A. Zielenski¹²⁵, quant à elle, observe que l'exposition à l'autre si elle constitue une condition inhérente à la relation revêt également une possibilité et un risque de violence. Lorsque l'on s'expose à l'autre ou que l'on est exposé à l'autre, il y a une nécessité que l'autre nous reconnaisse. Lorsque cette reconnaissance n'est pas effective, le risque d'être nié ou invisibilisé est réel. Puisqu'il n'identifie pas et ne reconnaît pas sa vulnérabilité, le soignant peut avoir du mal à considérer le patient comme son semblable. Son invulnérabilité supposée ne lui permet pas de soutenir la relation de soin en développant son empathie et sa bienveillance envers le patient.

Enfin, nous dit Nathalie Zaccaï-Reyners¹²⁶, sociologue, si le soignant n'intègre pas qu'il est lui aussi vulnérable, il peut être confronté à un sentiment de toute puissante. D'après elle, la relation asymétrique comporte de nombreux risques dont le risque d'ascendance du plus fort sur le plus faible. Elle parle de possibilité « *d'emprise* », « *d'influence* », « *de domination* ». Le soignant invulnérable, est alors celui qui sait tout, qui peut tout, face à un patient vécu uniquement par le prisme de sa vulnérabilité. Pour la sociologue, il est donc essentiel de reconnaître que la relation de soin « *présente des risques* »¹²⁷ pour le soignant.

Les soignants ne se posent donc pas la question de l'impact de la reconnaissance de leur vulnérabilité sur la relation de soin. Ils ont déjà leur réponse. Pour eux, cette vulnérabilité n'a pas vraiment sa place dans leur exercice professionnel. Être vulnérable signifie surtout être faible, inadapté voire incompetent. Les professionnels interrogés estiment que l'expression de la vulnérabilité n'est pas compatible avec l'exigence de bienfaisance et de non-malfaisance qu'ils ont envers le patient, qui reste la figure centrale de vulnérabilité. De plus, le regard et le jugement des pairs, des patients et de la hiérarchie, annihile bien souvent toute velléité d'exprimer ou de partager cette vulnérabilité, pourtant prégnante dans les nombreux témoignages.

¹²⁴ KANT, E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Traduction de Victor Delbos. Paris : Librairie Générale Française, coll. « Le Livre de Poche », 1993.

¹²⁵ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

¹²⁶ Zaccaï-Reyners, N. (2006). Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. Esprit, (321), 95-108.

<https://doi.org/10.3917/espri.0601.0095>

¹²⁷ Ibid

C. Soignant et soigné : vers une redéfinition des rôles

Cette question de la reconnaissance de la vulnérabilité des soignants doit être replacée dans le contexte plus large des réformes et de la transformation progressive de notre système de santé. En effet, la relation autrefois fondamentalement asymétrique entre le patient et le soignant a subi ces dernières décennies, une profonde mutation.

François Xavier Schweyer¹²⁸ explique que la reconnaissance progressive de droits des patients avec notamment le droit à l'information et à la décision a entraîné une modification profonde de la relation soignant-soigné. Le patient, profane mais informé de ses droits, discute les traitements et prend part à la décision médicale. Il invoque le respect de ses droits consacrés par la loi du 4 mars 2002¹²⁹. L'objectif de cette loi était de rééquilibrer la relation entre usagers et professionnels de santé afin de garantir le principe d'autonomie et d'égalité. Les soignants doivent maintenant compter avec des usagers qui réclament qualité, sécurité et confort dans leur prise en charge. Mieux informés et avertis ils doivent désormais être considérés comme des partenaires. La relation de soin ne peut plus être envisagée comme une application verticale du savoir médical mais elle suppose un dialogue permanent et ajusté avec le patient. C'est la fin du paternalisme.

Cet empowerment du patient a créé de nouvelles attentes envers les soignants. Les professionnels de santé doivent être compétents, efficaces, disponibles, empathiques et présents à chaque instant. Leur vulnérabilité n'est à aucun moment envisagée ni par le législateur ni par le patient. Dès lors, comment le soignant soumis à toutes ces injonctions de performances techniques et relationnelles pourrait-il exprimer ou montrer une quelconque vulnérabilité ? En droit comme nous le rappelait plus haut Pascal Puig¹³⁰, les soignants ne sont pas autorisés à être vulnérables. Dans le même temps, le soignant est peu à peu déchu de sa figure d'autorité toute-puissante. Autrement dit, la reconnaissance de l'autonomie du patient transforme les modalités de la relation de soin et conduit à un partage différent des places et des responsabilités. De façon simpliste, on pourrait se dire que si le patient devient plus fort, le soignant ne devient-il pas, en miroir, moins fort, plus vulnérable ?

¹²⁸ SCHWEYER, François-Xavier. L'hôpital sous tension, Revue Sciences Humaines, Mai 2005, Hors série N°48

¹²⁹ Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF 2002:4118—29. [4]

¹³⁰ PUIG, Pascal. « Vulnérabilité, santé et soins ». Revue des droits et libertés fondamentaux, 2019. Disponible sur : Revue des droits et libertés fondamentaux – Vulnérabilité, santé et soins

Jean-Philippe Pierron, lors d'une conférence sur Le Travail du Consentement¹³¹ a affirmé que nous étions les contemporains de nouveaux codes relationnels. Selon lui, dans notre société post-moderne on assiste à une évolution évidente des rapports intrasociaux. Tous les rapports humains sont revisités : dans la sphère familiale et professionnelle. Tous les accords jusque-là tacites ou indiscutables sont questionnés.

Alors, la reconnaissance de la vulnérabilité du soignant ne serait-elle pas le dernier tabou de notre système de santé ?

D. La vulnérabilité comme compétence professionnelle ?

1) La vulnérabilité comme rempart à la malfaisance

La question de l'identité professionnelle du soignant est un élément prégnant de notre travail de recherche. En effet, on voit bien que les professionnels de santé sont soumis au poids des représentations et des injonctions. L'injonction à l'invulnérabilité étant à la fois prescrite par leurs pairs, leurs institutions et les patients.

Comme nous l'avons vu, traditionnellement les soignants associent la compétence professionnelle à une maîtrise des connaissances, des compétences techniques et relationnelles, à une efficacité des actions ainsi qu'à la capacité de garder son sang-froid face aux situations complexes. Nous avons pourtant montré, au fil de notre travail, que la reconnaissance de la vulnérabilité du soignant pouvait constituer une véritable ressource pour la qualité de la relation de soin.

C'est ainsi que Lemoine, Lange, Chapuis et Vassal, attirent notre attention sur le fait que reconnaître sa vulnérabilité : « ...*prémunie le soignant d'un sentiment de toute puissance qui pourrait entraîner une tentation de domination, d'humiliation ou même de banalisation de la souffrance* »¹³². Frédéric Worms va dans le même sens lorsqu'il écrit : « *Il n'y a pas de soin sans une relation entre une faiblesse qui appelle de l'aide, mais qui peut devenir une soumission, et une capacité qui permet le dévouement mais qui peut devenir un pouvoir, et même un abus de pouvoir* »¹³³. En effet, le soignant peut basculer dans la malfaisance car en occultant sa vulnérabilité, c'est son humanité qu'il occulte. La vulnérabilité reconnue et assumée permet au soignant de rester profondément humain.

¹³¹ PIERRON, Jean-Philippe. Le travail du consentement. Conférence inaugurale de la 25e édition du DIU « Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé », organisée par l'Espace de Réflexion Éthique Auvergne-Rhône-Alpes, Faculté de Médecine Laënnec, Lyon, 4 septembre 2025

¹³² Lemoine, E., Lange, L., Chapuis, F., Chapuis, F. R., & Vassal, P. (2014). Relation soigné-soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. *Éthique & Santé*, 11(2), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2014.03.002>

¹³³ Frédéric Worms, « Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales », *Esprit*, n° 321, janvier 2006, p. 142.

A travers ses nombreux travaux Christophe Dejours¹³⁴, quant à lui, met en évidence les effets que peut produire la négation de la souffrance psychique dans le monde du travail. Selon lui, toute activité professionnelle confronte l'individu à des contraintes et des difficultés qui peuvent générer de la souffrance. Pour les professionnels de santé, cette affirmation est encore plus vraie car ils sont confrontés au quotidien à la souffrance des malades.

Desjours¹³⁵ affirme que lorsque cette vulnérabilité n'est pas reconnue, les professionnels peuvent se réfugier dans des mécanismes de défense destinés à préserver leur équilibre psychique mais extrêmement délétères pour la relation de soin.

Ces mécanismes peuvent prendre différentes formes. Certains professionnels peuvent adopter une posture de retrait émotionnel, d'autres banalisent leurs difficultés et minimisent la souffrance des patients ou de leurs collègues. Si ces stratégies permettent de faire face ponctuellement aux situations difficiles, elles peuvent également avoir des conséquences sur la qualité de la relation de soin. La bienfaisance, l'écoute et la confiance risquent de s'affaiblir au profit de logiques de protection individuelle.

Dejours nous invite donc à considérer la vulnérabilité non comme une faiblesse qu'il conviendrait de dissimuler, mais comme une compétence professionnelle. Reconnaître ses limites, ses doutes ou ses difficultés peut constituer une ressource pour l'action plutôt qu'un obstacle. Cette reconnaissance favorise des relations plus authentiques ainsi qu'une meilleure compréhension des situations de soins. Reconnaître ses limites, ses émotions et accepter ses incertitudes constitue, alors, non pas une faiblesse mais une compétence professionnelle à développer.

Ainsi, l'expertise des soignants ne repose plus uniquement sur des savoirs formels et techniques mais également sur une intelligence émotionnelle qui leur permet d'être au plus près des besoins des patients. La vulnérabilité devient une ressource professionnelle à cultiver et non plus une faiblesse à dissimuler.

2) La vulnérabilité du soignant au service de la qualité des soins

Comme nous l'avons vu c'est par son humanité que le soignant peut garantir les principes de bienfaisance et de non malfaisance. Les professionnels de santé estiment que leur humanité constitue un rempart contre la déshumanisation des soins et donc la malfaisance. Ils reconnaissent qu'un soignant touché par la situation ou l'histoire de vie d'un patient est un soignant plus à l'écoute et attentif. Cette humanité partagée est un véritable levier pour une relation plus attentive et ajustée aux besoins des patients. Le fait d'être affecté par le patient est vécue comme une ressource relationnelle et appelle les soignants à une exigence de bienfaisance et de non malfaisance. Les professionnels interrogés nous ont confié que pour eux la

¹³⁴DEJOURS, Christophe. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris : Seuil, 1998.

proximité émotionnelle avec le patient est l'occasion d'une relation plus authentique et plus juste. Le soin devient un moment où patient et soignant se parlent d'humain à humain et la relation de soin un espace de vulnérabilité partagé.

Dans la relation de soin énoncent les auteurs de l'article « Relation soignant soigné : réflexion sur la vulnérabilité et l'autonomie »¹³⁶, le patient et le soignant sont interdépendants. Le patient a besoin des connaissances et des compétences techniques du soignant pour traiter sa maladie et le soignant a besoin de connaître le patient, d'accéder à lui, pour pouvoir le soigner. Reconnaître cette « *dépendance partagée* » nuance l'asymétrie de la relation et rééquilibre les postures. Le soignant doit comprendre que le patient et lui se ressemblent. Ils partagent la même dépendance et la même vulnérabilité ontologique. Ce postulat prémunie le soignant d'un sentiment de toute puissance qui pourrait entraîner « *une tentation de domination, d'humiliation ou même de banalisation de la souffrance* »¹³⁷. La vulnérabilité du soignant devient non pas une menace mais une promesse de bienveillance et de construction équilibrée du lien.

Lorsque le soignant reconnaît sa propre vulnérabilité, il s'ouvre à l'opportunité de « *comprendre et rejoindre le vécu* »¹³⁸ du patient. Reconnaître ses propres failles et fragilités permet « *d'être plus attentif* »¹³⁹ à celles des autres et de développer son empathie. S. Perruchoud¹⁴⁰ postule qu'un soignant bienfaisant avec lui-même pourra être bienfaisant avec les autres. Face à la charge de travail, aux contraintes de leur exercice, ou encore au manque de moyens, les professionnels de santé sont parfois poussés « *à minimiser leur investissement émotionnel et relationnel* »¹⁴¹. Reconnaître que les capacités du professionnel de santé peuvent être fragilisées par les conditions concrètes d'exercice, permet une vigilance individuelle et collective quant au maintien et au respect des exigences éthiques du soin que sont la bienfaisance et la non malfaisance.

Stéphanie Perruchoud considère donc que reconnaître la vulnérabilité des soignants constitue une nécessité éthique. Selon elle, les professionnels de santé peuvent, à *l'image du chêne dans la tempête*¹⁴², perdre leurs repères, leur motivation et le sens de leur travail. Reconnaître cette vulnérabilité ne remet en cause ni leurs compétences ni leur engagement, mais permet au contraire de mieux comprendre les conditions nécessaires à l'exercice d'un soin de qualité.

¹³⁵ DEJOURS, Christophe. Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Nouvelle édition augmentée. Paris : Bayard, 2008.

¹³⁶ Lemoine, E., Lange, L., Chapuis, F., Chapuis, F. R., & Vassal, P. (2014). Relation soigné-soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. *Éthique & Santé*, 11(2), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2014.03.002>

¹³⁷ Ibid

¹³⁸ Perruchoud, Stéphanie (2024). Considérer la vulnérabilité des soignants dans une approche d'éthique intégrative. *PSN 2024/2 (vol22)*, pp.85-100 - CAIRN

¹³⁹ Ibid

¹⁴⁰ Ibid

¹⁴¹ Ibid

¹⁴² Ibid

De plus, reconnaître la vulnérabilité du soignant permet de « *corriger l'asymétrie* »¹⁴³ de la relation en y introduisant la dimension de « *réciprocité* »¹⁴⁴. Le soignant peut alors s'engager dans une relation de soin plus ajustée et équilibrée. Loin d'affaiblir le soignant et de l'empêcher d'agir, reconnaître sa vulnérabilité serait un élément moteur pour le soignant.

A. Zielinski¹⁴⁵, partage la pensée de Ricoeur. Ricoeur, soutient que si le soignant se laisse affecter par le patient, il ne doit pas « *souffrir* » pour autrui mais bien avoir « *le souci pour autrui* ». Pour lui, la sollicitude consiste à considérer la personne malade comme « *un homme capable* » et pas comme une victime ou une personne diminuée.

A. Zielinski complète cette définition de la sollicitude en précisant que celle-ci ne consiste pas que dans le fait « *de donner* »¹⁴⁶, mais également dans le fait de recevoir. Le soignant donne de son temps, de son écoute au patient mais il doit également s'ouvrir à recevoir ce que le patient lui offre. C'est de cette manière que la sollicitude s'inscrit comme « *un correctif à la dimension asymétrique de la relation de soin* ». Et c'est seulement s'il reconnaît qu'il n'est pas invulnérable, qu'il peut être touché, que le soignant peut accéder à cette sollicitude.

A. Zielinski nous invite à introduire la notion de réciprocité dans la relation de soin. Elle cite Levinas qui lui va beaucoup plus loin en considérant que « *c'est le plus vulnérable qui a le pouvoir sur le plus autonome* »¹⁴⁷. C'est le patient vulnérable qui « *oblige* »¹⁴⁸ le soignant par « *son autorité désarmée mais impérative* »¹⁴⁹. Pour autant pour Lévinas, le soignant ne doit pas attendre de réciprocité. L'asymétrie de la relation de soin reste le fondement de sa responsabilité de soignant.

A. Zielinski conclut que « *la dimension éthique de la relation de soin consisterait à accepter de rencontrer l'autre à partir de ma vulnérabilité et non à partir de ma puissance* »¹⁵⁰. La reconnaissance de la vulnérabilité du soignant éloigne le risque de toute puissance et favorise « *une action ajustée à la situation et à autrui* »¹⁵¹.

Enfin, L. Marmilloud¹⁵², infirmière en soins palliatifs, propose une vision un peu plus nuancée de la notion de réciprocité. Pour elle, la réciprocité ne doit pas s'entendre comme « *une attente d'un soin mutuel* » entre le soignant et la personne soignée mais comme un équilibre dans les liens relationnels. Cette réciprocité est avant tout « *l'expression d'une dynamique d'échange sans nécessité d'équivalence* ». Il est effectivement

¹⁴³ Ibid

¹⁴⁴ Ibid

¹⁴⁵ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

¹⁴⁶ Ibid

¹⁴⁷ Ibid

¹⁴⁸ Ibid

¹⁴⁹ Ibid

¹⁵⁰ Ibid

¹⁵¹ Ibid

¹⁵² MARMILLOUD, Laure. « Quelle réciprocité dans la relation de soin ? ». Jusqu'à la mort accompagner la vie, 2021/3, n° 146, p. 89-97. DOI : 10.3917/jalmaalv.146.0089.

important de rappeler que la reconnaissance d'une vulnérabilité partagée ne supprime ni l'asymétrie des savoirs ni celle des responsabilités.

L. Marmilloud propose donc de faire rimer asymétrie et réciprocité. Selon elle, il faut associer et non exclure ces deux termes. Cela permettrait de « *nous ajuster encore mieux* »¹⁵³ à la relation de soin. Elle avance que la relation définit d'une part ce qui nous lie à l'autre mais aussi ce qui nous « *distingue* »¹⁵⁴, nous « *sépare* »¹⁵⁵. Se distinguer de l'autre me permet de ne pas me confondre avec l'autre, au risque que l'autre n'existe plus. L. Marmilloud constate que si le soignant donne beaucoup il peut également s'ouvrir « *à recevoir du patient* »¹⁵⁶. Elle nous encourage à considérer que le patient ne doit pas « *être envisagé uniquement sous l'angle de la vulnérabilité...et ne pas voir le soignant uniquement sous l'angle de la responsabilité...qui devrait limer, voire empêcher, tout éprouvé ou matière de vulnérabilité ou de manque ?* »¹⁵⁷ Cette posture rappelle le soignant à l'humilité exigée par sa condition humaine.

Finalement, reconnaître la vulnérabilité du soignant lui permet d'aborder la relation de soin de personne à personne. On introduit dans la relation de soin une forme de réciprocité qui transcende la place et la fonction initiale de chacun. C'est donc pour le soignant reconnaître qu'il donne mais également qu'il reçoit. Et pour le patient, c'est la possibilité d'être reconnu en tant qu'être humain capable malgré la maladie et la faiblesse.

Cette vulnérabilité reconnue permet une relation de soin empreinte d'empathie, d'écoute, de présence à l'autre et de meilleure compréhension de la souffrance de l'autre. Cette approche peut constituer un rempart contre le sentiment d'omnipotence, le retrait émotionnel ou encore la réification du patient.

Enfin, c'est le soignant lui-même qui doit d'abord reconnaître sa vulnérabilité, condition d'un soin humaniste. En effet, il doit sortir du déni et envisager cette vulnérabilité non pas comme un signe d'insuffisance ou de manquement mais bien au contraire comme une compétence professionnelle. L'acceptation de cette vulnérabilité doit être encouragée et accompagnée par les institutions de soins afin de permettre aux soignants d'exprimer toute leur humanité au service des patients.

¹⁵³ Ibid

¹⁵⁴ Ibid

¹⁵⁵ Ibid

¹⁵⁶ Ibid

¹⁵⁷ Ibid

Aux termes de notre discussion, nous pourrions citer Aristote¹⁵⁸ et convenir que si l'on ne peut affirmer que la vulnérabilité est une vertu, la capacité pour les professionnels de santé à reconnaître cette vulnérabilité peut, quant elle, être envisagée comme vertu. En effet, pour Aristote la vertu est caractérisée par :

- Une disposition : un comportement qui vise le bien, une capacité à m'adapter à une situation
- Un apprentissage : elle s'acquière par l'expérience. Pour le soignant il s'agit de la somme des expériences de soins partagées avec les patients et les pairs.
- Un juste milieu : elle évite les excès et le défaut. Pour le soignant il s'agit de trouver une manière ajustée de répondre aux besoins des patients et de s'impliquer dans la relation de soin.

Cette conception de la vertu nous apporte un éclairage supplémentaire sur la nécessité pour les professionnels de s'engager dans une démarche vertueuse : reconnaître, élaborer et intégrer leur propre vulnérabilité dans leurs pratiques.

Nous avons donc vu que la non reconnaissance de la vulnérabilité du soignant peut fragiliser la relation de soin car elle peut conduire à l'épuisement, au retrait ou à l'usure émotionnelle. A contrario, reconnaître cette vulnérabilité participe d'une forme d'humanité du soin en permettant aux soignants de continuer à répondre aux exigences de bienfaisance et de non malfaisance malgré un contexte difficile.

On peut se dire que si historiquement l'éthique biomédicale a consacré la vulnérabilité du côté du patient, l'évolution de notre système de santé et plus généralement de notre société moderne, tend à requestionner cette construction.

E. Vers une implication ajustée : une condition de la bienfaisance

A ce stade de notre travail, il devient évident que la question n'est pas tant de rejeter ou de valoriser la vulnérabilité du soignant mais surtout de réfléchir aux conditions dans lesquelles cette vulnérabilité peut être prise en compte et intégrée dans leur exercice et leurs pratiques.

Les résultats de notre travail montrent que la vulnérabilité du soignant ne constitue pas en elle-même un risque de malfaisance pour la relation de soin. Tout dépend en réalité de la manière dont cette vulnérabilité est reconnue, admise et intégrée dans la pratique des soignants.

Pour citer une fois de plus Ricoeur¹⁵⁹, la relation à l'autre ne peut être authentique que si chacun reconnaît à la fois sa propre vulnérabilité et celle d'autrui. Dans le soin, c'est sans doute encore plus vrai. Ricoeur nous

¹⁵⁸ Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Traduction de Richard Bodéüs. Paris : Flammarion, coll. GF, 2004 (plus récente).

invite à renoncer au mythe du professionnel tout-puissant, censé maîtriser en permanence ses émotions et surmonter seuls tous les obstacles. La relation de soin doit être fondée sur la reconnaissance mutuelle de notre « *fond commun d'humanité* »¹⁶⁰, sans pour autant remettre en cause la compétence, l'engagement ou la responsabilité du soignant.

La relation de soin est un équilibre fragile. Il faut être vigilant à ce que chacun soit à sa bonne place tout en ayant la même vulnérabilité en partage. C'est la question de la juste distance. Pour Jean-Philippe Pierron¹⁶¹, accompagner une personne vulnérable exige de trouver un équilibre entre proximité et juste distance. Le soignant doit être suffisamment impliqué pour comprendre la situation du patient mais il doit également conserver une distance nécessaire à l'exercice de son jugement professionnel et pour ne pas substituer au patient. Il n'est donc pas question d'effacer ou de sur-exposer les émotions des soignants mais d'apprendre à les reconnaître et à les mobiliser de manière ajustée au service de la relation de soin.

F. Vers une symétrie des attentions : bienfaisance et non malfaisance pour tous

On se rend compte également que la vulnérabilité du soignant ne peut être pensée uniquement comme une problématique individuelle. La vulnérabilité des soignants si elle est d'abord ontologique, est indéniablement majorée par une vulnérabilité situationnelle en lien avec un environnement de travail complexe.

Ainsi, Joan Tronto¹⁶² défend l'idée que la qualité de la relation de soin est corrélée au contexte dans lequel ce soin est réalisé. Prendre soin des patients exige de prendre soin des soignants. Il est nécessaire de reconnaître la souffrance et la vulnérabilité des soignants afin de les accompagner et leur permettre de mener à bien leur mission de « *veilleur de l'humain souffrant* »¹⁶³ nous dit E. Kamgue. Il cite, l'économiste et philosophe Amartya Sen, il est impératif de « *donner des ressources, des aptitudes, des compétences, des opportunités et du soutien* » *aux soignants afin qu'ils produisent des soins de qualité* »¹⁶⁴.

Emmanuel Hirsch¹⁶⁵, quant à lui, pense que l'éthique du soin ne peut être dissociée des réalités concrètes du travail. Pour lui, une institution qui ne tient pas compte de la souffrance ou de l'épuisement de ses professionnels risque progressivement d'affaiblir les valeurs qu'elle cherche pourtant à promouvoir. Il est

¹⁵⁹ Ricœur, Paul. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil

¹⁶⁰ Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « *Fonds commun d'humanité*. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn

¹⁶¹ PIERRON, Jean-Philippe. *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

¹⁶² Tronto, Joan. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte

¹⁶³ Kamgue, E. T. (2024). La remobilisation des capacités du soignant : une réponse à la vulnérabilité dans la relation de soin. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 7(2-3), 65-74. <https://doi.org/10.7202/1112280ar>

¹⁶⁴ Ibid

¹⁶⁵ HIRSCH, Emmanuel. *L'hospitalité : une éthique du soin*. Paris : Fondation pour l'innovation politique (Fondapol), décembre 2011, 32 p. Disponible sur : Fondapo

en effet difficile de préserver une relation de soin de qualité lorsque ceux qui la portent ne trouvent eux-mêmes ni soutien ni reconnaissance. Tronto¹⁶⁶ dit la même chose lorsqu'elle parle de l'interdépendance des professionnels du care et explique que les conditions humaines d'exercice des soignants influencent directement la qualité de la relation de soin.

Garantir la bienfaisance pour le patient implique de donner les moyens aux soignants de « *bien faire* ». De même, ne pas nuire au patient implique de ne pas nuire aux soignants. La responsabilité individuelle du soignant envers le patient s'accompagne de la responsabilité des institutions envers les soignants. Le soignant tente de préserver le patient de sa propre vulnérabilité. Réduire l'asymétrie de la relation soignant-soigné ne signifie pas que le patient doit prendre soin du soignant. C'est, semble-t-il, le rôle des institutions au sens large.

En effet, à l'issue de notre travail, on peut supposer que lorsque les professionnels disposent de temps, d'espaces d'échange et de conditions de travail respectueuses de leurs besoins, ils sont davantage en mesure d'offrir une présence attentive et bienveillante aux patients.

Cette idée rejoint le principe de « *symétrie des attentions* »¹⁶⁷. Le fondement de ce concept est le suivant : « *la symétrie des attentions est une éthique relationnelle, un principe de cohérence qui relie la qualité vécue à l'intérieur à celle perçue à l'extérieur* »¹⁶⁸.

Ce concept initialement développé dans le champ du management des entreprises, trouve une résonance particulière dans le domaine du soin où les conditions de travail apparaissent comme une condition de la qualité des soins qui seront prodigués. Appliqué au domaine du soin, cela veut donc dire que l'attention portée aux patients ne peut être dissociée de celle portée aux équipes.

On pourrait dire que la symétrie des attentions, dans notre contexte de soin, serait une traduction organisationnelle de l'éthique du care. Il s'agit de rappeler que la qualité de la relation de soin ne peut s'affranchir de l'attention portée simultanément aux besoins des patients et à ceux des professionnels qui les soignent.

Il faut donc à la fois :

- Prendre soin du patient,
- Prendre soin du soignant
- Prendre soin de la relation soignant-soigné.

¹⁶⁶ Tronto, Joan. (2009). Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Paris : La Découverte

¹⁶⁷ MEYRONIN, Benoît. Du management au marketing des services. Paris : Dunod, 2015,
https://www.edinstitut.com/blog/qvt/attentions/?utm_source=chatgpt.com

La vulnérabilité du soignant apparaît donc moins comme une faiblesse que comme une réalité inhérente à toute rencontre de soin. Lorsqu'elle peut être reconnue, pensée et accompagnée collectivement, cette vulnérabilité favorise la réflexion éthique, la qualité de la relation et l'attention portée à l'autre. En revanche, lorsqu'elle est niée ou laissée dans l'isolement, elle peut conduire à l'épuisement, au repli ou à des pratiques défensives susceptibles d'altérer la relation de soin et de remettre en cause les principes de bienfaisance et de non malfaisance.

Ainsi, la vulnérabilité ne s'oppose nullement à la compétence professionnelle mais au contraire elle peut en constituer l'une des conditions. Le soin est avant tout une rencontre entre deux personnes humaines, chacune porteuse de ses forces, de ses limites et de sa propre fragilité. C'est dans cette reconnaissance mutuelle et partagée que peut se construire une pratique véritablement éthique, attentive à la fois aux besoins des personnes soignées et à ceux des professionnels qui les accompagnent.

Il est donc peut-être temps de changer de paradigme et de comprendre que le « bon soignant » n'est pas celui qui maîtrise sa vulnérabilité mais celui qui l'assume. Ainsi, le professionnel de santé, à son tour, peut devenir un sujet à part entière et non seulement une fonction.

¹⁶⁸ Ibid

V. Conclusion

Ce travail de recherche est né d'une interrogation issue de ma pratique de soignante et de responsable. À partir d'une situation qui m'a profondément marquée, je me suis demandée si la vulnérabilité du soignant ne représentait pas un risque pour la relation de soin. Mon hypothèse de départ était qu'elle pouvait probablement altérer la capacité du professionnel à agir conformément aux principes de bienfaisance et de non-malfaisance. En y repensant, je comprends que la détresse du Dr T. m'a profondément émue. Dans le même temps, je me suis sentie démunie car je ne savais pas comment réagir à cette soudaine vulnérabilité qu'elle « *m'exposait* » et qui « *m'affectait* ».

Et c'est aux termes de ce travail que, je m'aperçois que moi-même, en tant que soignante et responsable hiérarchique de près de cinq cents professionnels, je m'inscrivais, comme les soignants que j'ai interrogés, dans une vision essentiellement péjorative et réductrice de la vulnérabilité du soignant. En effet, pour moi la vulnérabilité n'était envisageable que comme une menace, un risque ou une faiblesse, jamais comme une ressource éthique susceptible d'enrichir et de transformer la relation de soin.

Notre revue de la littérature et l'enquête de terrain ont mis en évidence la persistance d'une représentation encore très ancrée dans le monde du soin : le patient est quasi systématiquement associé à la vulnérabilité tandis que le soignant se pense avant tout comme responsable, compétent et protecteur. La vulnérabilité du professionnel est difficile à appréhender, à nommer. Notre enquête, la vulnérabilité est pourtant présente dans chacun des récits, dans chacune des expériences. Les soignants ne parlent pas de leur vulnérabilité, ils préfèrent évoquer leur humanité, leurs émotions ou encore leur fatigue. L'exigence d'invulnérabilité demeure très présente et continue de structurer leur identité professionnelle. Ainsi, on se rend compte que s'ils rejettent massivement la figure du soignant héroïque, ils n'abandonnent pas pour autant les normes et les exigences qui lui sont associées. Les professionnels continuent de s'imposer une maîtrise émotionnelle et une disponibilité, comme s'ils avaient l'injonction implicite d'être des héros, des héros ordinaires.

L'enquête de terrain a mis en lumière une tension éthique particulièrement forte. D'une part, les professionnels considèrent que leur sensibilité est indispensable pour comprendre la souffrance du patient, faire preuve d'empathie et instaurer une relation de soin authentique. Dans le même temps, ils estiment devoir maîtriser ou occulter cette même sensibilité afin de ne pas compromettre leur capacité à prendre soin. Les soignants font donc face à un paradoxe : être suffisamment vulnérables pour être bienfaisants, mais suffisamment solides pour ne pas devenir malfaisants.

L'analyse de la littérature et des résultats de notre enquête nous a conduit à déplacer notre questionnaire initial. Le risque majeur pour la relation de soin ne semble finalement pas résider dans la reconnaissance de la vulnérabilité du soignant, mais plutôt dans son déni. En effet, lorsque le professionnel est contraint de nier ses propres limites, il peut progressivement s'éloigner de la relation, se protéger par le retrait émotionnel ou développer des attitudes de désengagement qui nuisent à la relation de soin.

On a constaté, qu'à l'inverse, reconnaître sa vulnérabilité, reconnaître ses limites et accepter d'être affecté sont des conditions nécessaires pour une pratique plus ajustée et plus humaine du soin. Malgré ses représentations, le soignant doit comprendre que cette reconnaissance ne remet en cause ni sa compétence, ni son engagement, ni sa responsabilité. Au contraire, cette reconnaissance de sa vulnérabilité peut être une ressource et une compétence professionnelle qui lui permettent de rester attentif à l'autre, de préserver son empathie et de se prémunir contre les risques de toute-puissance, de déshumanisation ou de réification du patient.

On peut se dire que si, l'éthique biomédicale a consacré la vulnérabilité du côté du patient et la responsabilité du côté du soignant, l'évolution de notre système de santé et, plus largement, de notre société moderne, nous invite à requestionner nos certitudes. Il apparaît nécessaire de faire évoluer notre regard sur la vulnérabilité des soignants. Le bon professionnel n'est sans doute pas celui qui prétend échapper à toute vulnérabilité, mais celui qui est capable de la reconnaître, de l'élaborer et de l'intégrer de manière ajustée dans sa pratique. Le soignant peut alors être reconnu non seulement comme un professionnel en blouse blanche, mais également comme un sujet à part entière, porteur de sa propre vulnérabilité et donc de sa propre humanité.

Finalement, ce travail m'amène à renverser la question que je me posais au départ. Le véritable risque éthique n'est-il pas moins la reconnaissance de la vulnérabilité du soignant que le refus ou le déni de cette reconnaissance ? Je comprends que prendre soin de l'autre suppose peut-être et avant tout d'accepter l'idée que celui qui soigne est lui aussi un être vulnérable. Je pourrai aujourd'hui répondre au Dr T. qu'elle n'a pas failli mais qu'au contraire, c'est précisément grâce à cette vulnérabilité, qu'elle semblait déplorer, qu'elle a pu instaurer une relation authentique et empreinte d'humanité avec sa patiente.

VI. Bibliographie

Chanial P. Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin. Revue du MAUSS. 2010;(35):135-50.

Inspection générale des affaires sociales. Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? Rapport n°2024-069R [Internet]. Paris : IGAS; 2024 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://igas.gouv.fr>

Zielinski, A (2011), La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques, 125 – Cairn.

Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990.

Centre national de ressources textuelles et lexicales. Relation [Internet]. Nancy: CNRTL; [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

Alexandre Manoukian, & André Masseboeuf. (2008). *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Paris : Inter Editions, Masson, 1997

Rogers CR. Devenir personne. La relation d'aide et la psychothérapie centrée sur la personne. Paris: Dunod; 2005.

Paillard C. Dictionnaire humaniste infirmier : approche et concepts de la relation soignant-soigné. Noisy-le-Grand : Setes; 2013. 400 p

Espace de Réflexion Éthique Bourgogne-Franche-Comté. Journée d'étude sur les enjeux éthiques de la fin de vie ; 2018 Jun 29 ; Besançon, France. Intervention de Régis Aubry. Besançon : EREBFC ; 2018.

Fleury C. Le soin est un humanisme. Paris : Gallimard ; 2019.

Worms F. Le moment du soin. À quoi tenons-nous ? Paris : Presses Universitaires de France ; 2010.

Hirsch E. L'hospitalité : une éthique du soin [Internet]. Paris : Fondation pour l'innovation politique ; 2011 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.fondapol.org>

Brugère F. L'éthique du care. Paris : Presses Universitaires de France ; 2011.

Levinas E. Totalité et infini. Essai sur l'extériorité. Paris : Le Livre de Poche; 1990.

Levinas E. Éthique comme philosophie première. Paris : Payot et Rivages; 1998.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford : Oxford University Press; 2013.

Hippocrate. Épidémies I et III. Traduit par Littré E. Paris : J.-B. Baillière; 1846.

Gilligan C. Une voix différente. Pour une éthique du care. Paris : Flammarion ; 2008.

Tronto JC. Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Paris : La Découverte; 2009.

Svandra P. Le soignant et la démarche éthique. Paris : Estem; 2009.

Conseil national de l'Ordre des médecins. Serment d'Hippocrate : texte revu par l'Ordre des médecins en 2012 [Internet]. Paris: CNOM; 2012 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. Code de la santé publique. Art. R4312-1 à R4312-92. Journal officiel de la République française. 2016 Nov 27.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la République française. 2002 Mar 5:4118-29.

Code de la santé publique. Art. L1111-4 [Internet]. Paris : Légifrance [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel de la République française. 2005 Apr 23 :7089-92.

Russ J, directeur. Dictionnaire de philosophie. Paris : Armand Colin ; 2018.

Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe. Terminologie pour la réduction des risques de catastrophe : entrée « Vulnérabilité » [Internet]. Genève : Nations Unies; 2017 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.undrr.org>

Puig P. Vulnérabilité, santé et soins. Revue des droits et libertés fondamentaux [Internet]. 2019 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur: <https://revuedlf.com>

Espace de Réflexion Éthique Bourgogne-Franche-Comté. La souffrance des soignants : quels enjeux éthiques ? [Internet]. Besançon : EREBFC; 2022 Mar [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.erebfc.fr/documentation/ressource/>

Lemoine E, Lange L, Chapuis F, Chapuis FR, Vassal P. Relation soigné-soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. Ethique Santé. 2014 ;11(2):85-90. doi:10.1016/j.etiqe.2014.03.002.

Butler J. Vie précaire. Paris : Amsterdam ; 2005.

DREES. Les établissements de santé en 2022: édition 2024 [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2024 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023.

Pierron JP. Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.

Espace de Réflexion Éthique Auvergne-Rhône-Alpes. Faire ensemble et bien vivre ensemble: défis éthiques et nouvelles solidarités. Colloque; 2026; Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France. Lyon: EREARA; 2026.

Schweyer FX. L'hôpital sous tension. Sciences Humaines. 2005;(48 Hors-série).

Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé [Internet]. 2007 [cité le 30 juin 2026];25(2):43-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1684/ss.2007.0203>

Haute Autorité de Santé. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins: de l'idée à la mise en œuvre dans les établissements de santé [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017 [cité le 30 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>

Canouï P. La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. InfoKara. 2003 ;18(2) :101-4.

Kant I. Fondements de la métaphysique des mœurs. Traduit par Delbos V. Paris: Librairie Générale Française; 1993.

Zaccaï-Reyners N. Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. Esprit. 2006;(321):95-108. doi:10.3917/espri.0601.0095.

PIERRON, Jean-Philippe. Le travail du consentement. Conférence inaugurale de la 25e édition du DIU « Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé », organisée par l'Espace de Réflexion Éthique Auvergne-Rhône-Alpes, Faculté de Médecine Laënnec, Lyon, 4 septembre 2025

Dejours C. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil; 1998.

Dejours C. Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Nouv éd augm. Paris: Bayard; 2008.

Worms F. Les deux concepts du soin : vie, médecine, relations morales. Esprit. 2006;(321):141-56.

Perruchoud S. Considérer la vulnérabilité des soignants dans une approche d'éthique intégrative. PSN. 2024;22(2):85-100.

Marmilloud L. Quelle réciprocité dans la relation de soin ? Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2021;(146):89-97. doi:10.3917/jalmalv.146.0089.

Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Traduction de Richard Bodéüs. Paris : Flammarion, coll. GF, 2004.

Kamgue ET. La remobilisation des capacités du soignant : une réponse à la vulnérabilité dans la relation de soin. Can J Bioeth. 2024;7(2-3):65-74. doi:10.7202/1112280ar.

Meyronin B. Du management au marketing des services. Paris : Dunod; 2015.

VII. Annexes

Annexe 1 : Grille d’entretien.....63

Annexe 2 : Déroulement des entretiens.....64

Annexe 2 : Entretien N°1.....65

Annexe 3 : Entretien N°3.....69

Annexe 4 : Entretien N°4.....74

Annexe 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de recherche en éthique de la santé.

L'objectif est de mieux comprendre les expériences vécues par les soignants et la manière dont elles influencent la pratique et la relation avec les patients.

Professionnel interrogé :

- Pouvez-vous vous présenter brièvement ?
- Depuis combien de temps êtes-vous infirmier
- Dans quel service travaillez-vous actuellement ? Décrivez moi rapidement l'organisation de votre service
- Avez-vous une formation en éthique ? en soins palliatifs ?

La relation de soin

- Quelle place occupe la relation avec le patient dans votre travail ?
- Qu'est-ce qu'une bonne relation de soin selon vous ?
- Si vous deviez décrire un patient en trois mots, lesquels choisiriez-vous ?

Représentation du bon soignant

- Qu'est-ce qu'un bon soignant pour vous ?
- Quelles sont les qualités d'un bon soignant ?
- Si vous deviez décrire un soignant en trois mots, lesquels choisiriez-vous ?
- Si je vous dis que les soignants sont des héros, qu'est-ce que cette phrase vous inspire ?

Difficultés dans la relation de soin

- Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir faire ce que vous considérez comme juste pour un patient ?
Pouvez-vous me donner un exemple ?
- Que ressentez-vous dans ces moments ?
- Arrivez-vous toujours à maîtriser vos émotions ? Si non, comment cela se traduit-il pour vous ?
- Pourriez-vous me décrire une situation où vous avez été particulièrement affectée/dépassée par la relation avec un patient ?

Expression et reconnaissances de ces difficultés

- Selon vous, est-il acceptable pour un soignant de ressentir et d'exprimer des difficultés dans le cadre de son travail ?
- Lorsque vous traversez des situations difficiles dans votre exercice, vers qui vous tournez-vous le plus souvent pour en parler ?
- Comment l'expression de vos difficultés sont-elles généralement perçues par :
 - ✓ votre environnement professionnel ?
 - ✓ par les patients ?
- Y a-t-il, selon vous, des situations ou émotions qu'il est plus difficile d'exprimer en tant que soignant ?
- Avez-vous le sentiment que les difficultés vécues par les soignants sont suffisamment reconnues ?
Et par qui ?

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Annexe 2 : Déroulements des entretiens

	Date	Durée	Prénom modifié	Fonction	Etablissement	Date de Diplôme d'Etat IDE
Entretien N°1	7/05	20 minutes	Camille	Infirmier	Etablissement 2	2023
Entretien N°2	7/05	24 minutes	Claire	Infirmier	Etablissement 1	2013
Entretien N°3	11/05	26 minutes	Élise	Infirmier	Etablissement 1	2021
Entretien N°4	11/05	24 minutes	Nicolas	Infirmier	Etablissement 1	2020
Entretien N°5	18/05	31 minutes	Aurélié	Infirmier	Etablissement 2	2009
Entretien N°6	18/05	25 minutes	Ben	Infirmier	Etablissement 2	2023
Entretien N°7	29/05	34 minutes	Justine	Infirmier	Etablissement 1	2010
Entretien N°8	29/05	21 minutes	Sofia	Infirmier	Etablissement 1	2011

Annexe 2 : Entretien 1 - Camille

Professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

Ok d'accord. Je sais pas ce que vous voulez savoir. Alors... je m'appelle Camille, j'ai 25 ans et je suis infirmière.

Depuis combien de temps êtes-vous infirmière ?

Ben ça va faire ... deux ans et demi, non 3 ans à peu près, oui c'est ça

Dans quel service travaillez-vous actuellement ?

Je travaille XXX. J'ai commencé directement dans le service XXX après mes études, donc j'ai pas connu d'autre service pour l'instant. J'ai fait mon pré-pro là-bas et j'y suis restée.

Décrivez-moi rapidement l'organisation de votre service ?

En fait, on accueille un peu de tout : des personnes âgées, des accidents, des détresses respi, des problèmes psychiatriques... enfin vraiment tout.

L'organisation... euh... ça dépend beaucoup de l'activité, mais souvent on est deux ou trois infirmiers par secteur avec des aides-soignants. Et puis le nombre de patients ça varie énormément. Il y a des jours où ça va, et d'autres où on court partout toute la journée. En vrai, on court tout le temps ! Des fois on peut avoir... j' sais pas... dix patients ou plus chacun, donc forcément on a l'impression de faire les soins un peu à l'arrache tout le temps, enfin vous voyez ce que je veux dire.

Oui, je vois très bien, j'ai moi-même été infirmière dans un service comme le votre.

Avez-vous une formation en éthique ? En soins palliatifs ?

Pas vraiment de formation pour ça non. Enfin si, on a eu des cours pendant l'école, mais sur le terrain c'est quand même très différent. Et dans le service XXX, c'est encore plus compliqué les situations parce que, on a beaucoup de souffrance, y a beaucoup de gens qui souffrent et nous on essaye de les aider mais bon...

Quelle place occupe la relation avec le patient dans votre travail ?

Pour moi c' est.. elle est essentielle, même dans mon service où tout va très vite. C'est pour ça que j'ai fait ce métier. C'est peut être bête (rire) mais moi ce que je voulais c'était aider les autres. En vrai, les patients arrivent souvent stressés, angoissés, énervés aussi parce qu'ils ont peur ou juste parce qu'ils pensent que les l'hôpital c'est comme au Mac Do... Mais bon, nous on fait attention à la façon dont on leur parle, ça change beaucoup de choses. Même quand on a pas beaucoup de temps, juste prendre... euh... trente secondes pour expliquer ou rassurer, ça peut vraiment apaiser une situation.

Qu'est-ce qu'une bonne relation de soin selon vous ?

C'est une bonne question. Pour moi, euh, je dirais que c'est quand le patient se sent écouté et respecté. Enfin... qu'il se sente considéré comme une personne et pas juste comme "le patient du box 3". Après, on peut pas toujours passer autant de temps qu'on voudrait, mais le minimum c'est d'être présent quand on est avec lui. J'aime bien aussi quand je sens que le patient me fait confiance. Y a des patients avec qui c'est plus facile qu'avec d'autres...Mais bon c'est comme avec les collègues (rire) !

Si vous deviez décrire un patient en trois mots, lesquels choisiriez-vous ?

C'est difficile comme question...Euh... vulnérable... souffrance... et humain. C'est quelqu'un de malade et qui est pas bien, alors il veut qu'on l'aide.

Ok

Qu'est-ce qu'un bon soignant pour vous ?

(Rire), celle-là elle est encore plus dure ! Pour moi, c'est quelqu'un qui a de bonnes compétences techniques pour pouvoir gérer les situations mais ça peut pas être qu'un bon technicien, y a besoin aussi qu'il y ait de la relation, qu'il soit pas autiste quoi. Euh, en fait... il faut quelqu'un qui soigne la personne, pas juste la pathologie.

Je vois

Moi par exemple, au début j'étais beaucoup sur les soins techniques, parce que je voyais que mes collègues maîtrisaient et moi je galérai. Mais maintenant, je me dis que c'est sûr que certains collègues sont très bons pour poser des KT ou des sondes mais qu'au niveau humain, des fois c'est très limite. Et moi je veux pas être comme ça, je trouve ça pas top.

Quelles sont les qualités d'un bon soignant ?

Justement, c'est un peu ce que je voulais...J'sais pas, je dirai : l'écoute déjà... l'empathie... et puis la capacité à s'adapter. Dans le service XXX il faut aussi savoir gérer son stress parce qu'on peut passer d'une situation calme à quelque chose de très grave en quelques secondes. Et donc pas paniquer sinon ça devient vite compliqué !

Si vous deviez décrire un soignant en trois mots, lesquels choisiriez-vous ?

Pour moi en tout cas je dirai sûrement : Bienveillant... rigoureux... et... euh... résilient je pense.

Résilient ?

Ben oui, il faut pas se laisser abattre parce que les patients ils comptent sur nous. Alors, ouais on doit être résilient. C'est bien ça que ça veut dire ?

Oui tout à fait

Si je vous dis que les soignants sont des héros, qu'est-ce que cette phrase vous inspire ?

Franchement... je suis pas très à l'aise avec ça. Je comprends pourquoi les gens disent ça, surtout depuis le Covid, mais... enfin... ça donne l'impression qu'on devrait toujours être forts, toujours tenir, jamais craquer. Alors qu'en vrai on reste des humains. On fatigue, on doute, on sait pas et on fait pas tout bien. Des fois... Des fois nous-même on est mal aussi.

Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir faire ce que vous considérez comme juste pour un patient ?

Oui... même souvent malheureusement.

Pouvez-vous me donner un exemple ?

Par exemple, les personnes âgées qui restent des heures sur un brancard parce qu'on trouve pas de place... c'est tous les jours dans mon service. On sait qu'elles sont pas bien, que c'est pas normal de les laisser comme ça....Mais bon, on n'a pas d'autre solution. Et ça... c'est difficile parce moi j'ai l'impression de mal faire mon travail, même si je sais que c'est pas ma faute. En tout cas c'est vraiment un problème.

Que ressentez-vous dans ces moments ?

Comme je vous l'ai dit : j'aime pas ! Je me sens mal, je me sens impuissante. Moi ce que j'aimerais c'est pouvoir aider les gens, du coup c'est frustrant, c'est frustrant pour tout le monde.

Continuez

Des fois aussi je me sens coupable même si... en vrai... je sais que c'est à cause du manque de moyens et pas forcément à moi directement. Mais on est tous comme ça, on le vit mal des fois.

Arrivez-vous toujours à maîtriser vos émotions ? Si non, comment cela se traduit-il pour vous ?

J'aimerais bien mais bon, non, pas toujours.

Comment vous faites du coup ?

Sur le moment j'essaie de rester concentrée parce qu'on peut pas se permettre de craquer pendant qu'on soigne le patient. Mais après... euh... ça ressort. Je peux rentrer chez moi complètement vidée, ou parfois pleurer pour des choses qui peuvent paraître débiles.

Pourriez-vous me décrire une situation où vous avez été particulièrement affectée par la relation avec un patient ?

Attendez, il faut que je réfléchisse ! Y'en plein en fait, mais bon, euh. Oui... il y a quelques mois on a pris en charge une jeune femme qui avait fait un arrêt cardiaque. Elle avait à peu près mon âge. On a essayé de la réanimer pendant longtemps mais... ça n'a pas marché. Et après, il y a eu l'arrivée du compagnon... enfin le moment où on lui annonce le décès. Je crois que c'est surtout ça qui m'a marquée. Il était tellement dans le mal... Sur le moment j'ai tenu parce qu'il fallait tenir, mais après je me suis effondrée dans ma voiture.

Je pense qu'il y avait aussi c'est à cause... c'est, parce qu'elle avait mon âge à peu près, ça aurait pu être moi et mon mari ...Comme quoi on est pas si fort en fait !

Selon vous, est-il acceptable pour un soignant de ressentir et d'exprimer des difficultés dans le cadre de son travail ?

En vrai, oui, carrément. Après, euh Enfin... ça devrait être normal en tout cas. On voit des choses difficiles tous les jours donc faire comme si ça nous touchait jamais, c'est pas possible, à un moment, euh, comment dire, ben on est humain quoi.

Lorsque vous traversez des situations difficiles dans votre exercice, vers qui vous tournez-vous le plus souvent pour en parler ?

Surtout mes collègues. Parce qu'ils comprennent sans qu'y ait besoin de tout expliquer, vu qu'on vit les mêmes choses. Mes proches aussi des fois, mais... euh... je filtre parce que je veux pas qu'ils s'inquiètent parce que des fois c'est vraiment chaud : les patients agressifs, surtout, tout ça quoi.

Du coup

Comment l'expression de vos difficultés est-elle généralement perçue par votre environnement professionnel ?

Déjà moi, j'évite. Mais ça dépend vraiment des personnes. Y a des collègues très sympas, avec qui on peut parler sans problème. Mais bon, on doit quand pas trop montrer qu'on a du mal à gérer. On a pas le choix, il faut, prendre sur soi, pour pas trop montrer quand ça va pas.

Et par les patients ?

Je pense que les patients apprécient qu'on reste humains. Après il faut garder une certaine distance aussi... enfin... on peut pas tout montrer non plus.

Vous pensez que les patients réagirez mal ?

Non c'est pas, enfin j'sais pas...mais bon, faut pas inverser les choses.

Y a-t-il, selon vous, des situations ou émotions qu'il est plus difficile d'exprimer en tant que soignant?

Oui... la peur, la fatigue par exemple. Dire qu'on arrive pas à gérer une situation je pense que c'est difficile des fois. C'est dommage, mais bon ; Y a certains collègues qui vont vous faire sentir que vous êtes pas capable par exemple, et ça des fois c'est dur à vivre, alors je fais gaffe à qui je dis les choses.

Avez-vous le sentiment que les difficultés vécues par les soignants sont suffisamment reconnues ? Et par qui ?

Ca dépend par qui..entre collègues on se comprend beaucoup. Mais au niveau de la direction ou de notre cadre... non, pas vraiment. Enfin, les cadres, en vrai ça dépend, y'en a qui sont vraiment avec nous. En tout cas, j'ai l'impression qu'on parle beaucoup des soignants pendant les crises, mais qu'après on nous oublie aussi sec.

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Ouais... euh... je pense qu'on manque surtout de temps.

Parce qu'au fond, beaucoup de souffrance vient du fait qu'on aimerait faire mieux pour les patients mais qu'on peut pas toujours et ça qui est dure pour nous.

Merci beaucoup.

On a fini ?

Oui.

Ok.

Annexe 3 : Entretien 3 - Elise

Dans un premier temps, est-ce que vous pourriez vous présenter brièvement s'il vous plaît ?

Bah du coup moi je suis Élise, je suis infirmière depuis 5 ans.

D'accord. Dans quel service vous travaillez actuellement ?

Avant j'ai fait de la diabéto et du libéral et là je travaille aux XXX, ça fait déjà un peu plus de deux ans que je travaille dans le service. Dans le service on voit des patientes qui viennent pour des douleurs, des saignements, des fausses couches, des grossesses extra-utérines, des IVG parfois, ou même des consultations d'urgence liées à des violences ou des situations compliquées.

D'accord. Est-ce que vous avez eu une formation en éthique ou en soins palliatifs spécifique ?

Non, à part un peu à l'IFSI, mais ça date. Mais bon, dans le service, on a des temps d'échange autour de certaines situations difficiles qui nous posent questions.

D'accord, on va commencer les questions. Quelle place occupe selon vous la relation avec le patient dans votre travail ?

C'est la première place. Surtout aux XXX parce qu'on est très proche des patientes, souvent avant même qu'elles voient le médecin. Même quand elles ont besoin de se confier ou quoi, souvent on est la première personne. Donc moi je dirais que c'est primordial.

D'accord, primordial pour les patientes et pour vous aussi ?

Et pour moi aussi oui bien sûr, c'est pour ça que je fais ce métier.

Ok.

Qu'est-ce que c'est pour vous une bonne relation de soin ?

Une bonne relation de soin je dirais que c'est une relation où on se sent à égalité, où les gens sont capables de se parler, de dire ce qu'ils pensent et ce qu'ils ressentent sans inquiétude d'être jugés. Ouais, c'est ça que je dirais.

D'accord, et quand vous dites à égalité, vous pouvez préciser un peu ?

Bah qu'il n'y a pas de supériorité du soignant sur le patient.

D'accord.

On est là pour les conseiller et les aider à prendre des décisions pour leur santé. On n'est pas là pour leur imposer.

D'accord, très bien.

Si vous deviez décrire un patient en trois mots, qu'est-ce que vous choisiriez comme mots ?

Moi je dirais... une personne. Je dirais vulnérabilité aussi. Et... un parcours de vie.

Vous pouvez préciser ?

Ben un patient c'est une personne malade, c'est sûr mais avant tout c'est un être humain. Il est vulnérable quand nous on le rencontre parce qu'à l'hôpital on vient pas quand on est en pleine forme et que tout va bien. Donc oui le patient est faible physiquement et psychologiquement souvent. ça veut dire que nous on doit tenir compte de son histoire de vie, on doit essayer de savoir ce qui l'amène ici pour pouvoir l'aider au mieux.

Est-ce que ça vous arrive de ne pas pouvoir faire ce que vous considéreriez comme juste pour un patient ?

Oui. En tant qu'infirmière, y a quand même des situations où on ne peut pas toujours faire comme on le souhaiterait. Parce qu'il y a le fonctionnement du service, le manque de temps, les décisions médicales aussi parfois. Donc oui ça arrive que j'aie un avis différent ou que je trouve qu'on pourrait faire autrement, sans forcément pouvoir changer les choses.

D'accord, et du coup des fois ce qui est fait vous paraît pas forcément le plus juste en tout cas de votre point de vue ?

Je dirais... je sais pas s'il y a des choses vraiment injustes que j'ai vues faire, mais plus des fois où je trouve qu'il manque des choses.

Est-ce que vous pouvez me donner un exemple ?

Un exemple ça va être assez général, mais par exemple aux XXX parfois c'est vrai qu'on manque de temps parce qu'on a énormément de patientes et quand on reçoit des femmes qui ont vécu des violences ou qui ont un parcours difficile. Je pense notamment à certaines patientes qui ont un parcours migratoire compliqué ou des situations de précarité importantes, parfois avec des grossesses non désirées ou des violences derrière... bah parfois j'ai l'impression qu'on a besoin d'aller vite et donc on n'écoute pas vraiment tout ce qu'elles auraient potentiellement à dire. Et donc on ne les accompagne pas assez là-dedans.

Après je remets pas forcément la faute sur les professionnels, mais en tout cas l'organisation ne permet pas toujours de le faire.

D'accord.

Et qu'est-ce que vous ressentez dans ces moments-là quand c'est un peu comme ça ?

Bah je dirais de l'inquiétude pour la patiente et de la frustration en tant que soignante quand même de pas toujours pouvoir aller plus loin.

Par exemple aussi je pense à des patientes qu'on voit revenir plusieurs fois parce qu'elles sont dans des situations sociales très compliquées, parfois elles repartent dans des conditions très difficiles et on sait qu'on ne peut pas faire grand-chose de plus. On peut appeler l'assistante sociale, essayer de trouver des solutions, mais des fois il n'y a pas de place, pas de solution immédiate, donc on n'a pas vraiment le choix quoi.

D'accord donc c'est compliqué.

Est-ce que vous arrivez toujours à maîtriser vos émotions ?

J'essaye. Après en vrai on voit quand même beaucoup de situations émotionnellement fortes. Donc forcément ça nous touche.

Je dirais que souvent les émotions qu'on peut ressentir ça peut être de la tristesse, de l'inquiétude, parce qu'une patiente nous touche particulièrement dans son histoire ou dans sa manière de vivre les choses.

Donc dans certaines situations, c'est vrai qu'on peut être amené à montrer un peu plus nos émotions parce qu'il y a beaucoup d'humanité dans la relation.

Par contre c'est vrai que dans les situations très difficiles on essaye quand même de garder la tête froide et puis si on sent que c'est difficile pour nous, on essaie de ne pas le montrer devant la patiente. On sort après.

D'accord.

Pourriez-vous me décrire une situation où vous avez été dépassée par la relation avec le patient ?

Oui... moi c'est vrai que je pense toujours à la même situation.

C'était une patiente qui était venue pour une fausse couche tardive. Elle était arrivée complètement effondrée avec son conjoint. Et en fait à un moment donné, l'interne qui était avec moi ce jour-là s'est sentie, je pense, complètement dépassée par la situation.

Et donc à un moment où c'était trop difficile pour elle, elle est sortie comme je parlais tout à l'heure de ce qu'on pouvait être amené à faire. Elle est sortie et c'est vrai qu'elle m'a laissée seule face à la patiente et son mari.

Et là c'était compliqué parce que déjà d'un point de vue purement médical et de l'accompagnement, c'était pas forcément une situation que j'avais déjà beaucoup vécue donc je savais pas forcément quoi faire. Et puis émotionnellement parlant... enfin elle est partie en pleurant quoi.

D'accord.

Donc c'est vrai que niveau gestion...Bah moi je suis plus restée... J'ai essayé de rester assez pragmatique à ce moment-là et de rester aussi disponible pour la patiente, heureusement qu'il y a d'autres collègues qui m'ont aidée après parce que c'est vrai que c'était pas simple.

Mais je pense que du coup pour l'interne, parce que j'en ai reparlé avec elle après, elle s'est excusée bien évidemment, mais c'est vrai que je pense que gérer ses émotions ce n'est pas quelque chose qui s'apprend forcément si facilement en fait.

Et vous en pensez quoi de la réaction de cette interne ?

Bah je peux comprendre que des fois ça évoque des choses personnelles. C'est ce qu'elle me disait d'ailleurs, que ça lui rappelait beaucoup de choses de sa vie personnelle. Bah parfois c'est vrai que c'est pas toujours facile, même si c'est ce qu'on est censé faire, de faire la différence entre notre situation personnelle et notre situation professionnelle. Mais dans cette situation-là, moi je pense qu'elle a quand même manqué un peu de professionnalisme.

D'accord. Vous comprenez l'émotion mais...

Je comprends, mais ce n'était pas adapté. Oui c'est ça. Ou en tout cas elle aurait dû anticiper le fait qu'elle allait peut-être ne pas pouvoir gérer cette situation. Et donc demander à une collègue de prendre le relais, ce qui est quelque chose qu'on peut faire dans ces situations-là.

Selon vous, est-ce qu'il est acceptable pour un soignant de ressentir et d'exprimer des difficultés dans le cadre de son travail ?

Ah bah oui bien sûr.

C'est ce que je disais juste avant du coup c'est un peu contradictoire parce que là vous disiez qu'elle aurait dû...

Oui, je sais, voilà en même temps. Bah elle aurait dû être professionnelle dans le sens où elle aurait dû se rendre compte qu'elle n'était pas capable de gérer ça et connaître ses limites. Pour moi c'est ça. Parce que s'effondrer devant la patiente, c'était pas adapté. Et puis me laisser seule aussi. Parce que du coup son rôle c'était aussi de travailler avec moi.

Mais du coup est-ce que finalement c'est acceptable ou pas, ça dépend de la situation. C'est auprès de qui peut-être... je sais pas. C'est vrai que c'est pas facile, mais je dirais quand même que c'est normal de ressentir des difficultés, c'est normal d'en parler. Après il faut essayer de les gérer ou en tout cas de les exprimer en amont : dire "cette situation me met en difficulté".

Je pense qu'elle aurait peut-être pu aller voir une collègue parce qu'on avait quand même accompagné la patiente pendant plusieurs heures avant que ça se passe.

D'accord.

Et donc elle a dû sentir que l'émotion montait j'imagine. Donc à ce moment-là elle aurait pu l'exprimer à une collègue et demander un relais peut-être.

Donc si je comprends bien ce que vous me dites, c'est acceptable d'exprimer auprès de ses collègues sa difficulté et de demander à prendre un relais. Mais par contre devant le patient non ?

Bah c'est pas à lui de gérer nos difficultés.

ok

Mais je pense que le patient non, c'est pas... enfin pas pour moi en tout cas.

Lorsque du coup vous traversez ces situations difficiles dans votre exercice, vers qui vous vous tournez le plus souvent ?

Pour en parler ?

Oui.

Bah souvent on en reparle entre collègues déjà.

D'accord.

Parce que c'est les personnes qui ont vécu la situation avec nous et qui comprennent le mieux. Après moi j'en parle aussi à mes proches souvent parce qu'on rentre le soir et on a besoin d'évacuer un peu. Et on a aussi parfois des cadres ou des psychologues du service qui sont disponibles pour en parler.

D'après vous l'expression de ces difficultés ou de ces émotions, elles sont perçues comment généralement d'abord par l'environnement professionnel ?

Bah plutôt bien moi je trouve. Je sais pas si c'est propre à mon service mais comme on est beaucoup dans l'accompagnement humain, moi j'ai jamais eu de moment où je me suis dit "j'ose pas trop le dire". Souvent au contraire les collègues viennent demander si ça va, si la situation n'a pas été trop difficile. Donc non moi je me suis toujours sentie plutôt bien entourée par rapport à ça.

Et par les patients ?

C'est-à-dire par les patients ?

En fait comment l'expression de vos difficultés est perçue par les professionnels et par les patients.

Je pense que c'est un peu différent parce qu'en général quand on est en difficulté on essaye justement de ne pas trop le montrer aux patientes. Après oui ça arrive d'avoir des patientes mécontentes ou agressives.

Vous avez déjà été en difficulté par rapport à un patient qui était mécontent ou...

Si si bien sûr. Mais du coup on est rarement seul pour gérer ça dans mon service.

D'accord.

Enfin il y a toujours des collègues autour. Mais oui souvent c'est un truc qu'on remarque : les patientes les plus difficiles, c'est souvent aussi celles qui ont les situations les plus compliquées derrière. Je pense à des patientes qui arrivent agressives, en retard, qui refusent des soins parfois... et finalement derrière il y a beaucoup de violence, de précarité ou de souffrance.

Et c'est pas toujours facile parce qu'on le sait, mais mettre ses émotions de côté sur le moment, c'est pas toujours simple. Mais c'est vrai que j'ai jamais été complètement seule face à une situation comme celle-ci.

D'accord. Et vous avez l'impression que vos collègues elles le gèrent comment ?

Ça dépend vraiment des infirmières. Enfin moi je vois vraiment les deux. Il y a des infirmières qui sont très attentives à ça, qui vont essayer de comprendre ce qu'il y a derrière l'agressivité ou le comportement difficile. Et du coup elles vont creuser un peu plus et la patiente finit parfois par se confier. Une vraie relation de confiance peut se créer.

Et c'est assez impressionnant parce qu'au début on se dit "elle est très fermée" ou "très agressive" et puis d'un seul coup on passe complètement à l'opposé.

D'accord.

Et à l'inverse il y a des infirmières qui vont moins aller plus loin parce qu'elles sentent qu'elles n'arriveront pas à créer cette relation avec la patiente. Donc parfois elles restent plus dans le technique.

D'accord. Y a-t-il selon vous des situations ou des émotions qu'il est plus difficile d'exprimer en tant que soignant ?

Je pense que l'énervement c'est compliqué à exprimer. Enfin oui moi je pense. Ça m'est jamais vraiment arrivé de perdre patience, mais oui il y a des patientes qui peuvent être irritantes entre guillemets.

Mais en fait on arrive quand même souvent à rester compréhensif au vu du fait qu'elles sont dans la douleur ou dans des situations compliquées.

Mais après à part ça...Non, je pense que montrer un peu d'émotion ou être triste pour une patiente, ça peut être normal aussi. C'est de l'empathie. Mais il faut rester dans une certaine maîtrise quand même.

Ok

Je crois que ça m'est jamais vraiment arrivé à moi mais de voir une collègue pleurer avec la patiente oui mais c'est très rare. Par contre oui bien sûr il y a des gens qui sortent en disant "excuse-moi, tu peux prendre le relais parce que je me sens pas bien ?" et puis ils vont pleurer après en sortant. Mais je crois pas avoir déjà vu quelqu'un vraiment pleurer avec la patiente. Mais si ça arrivait, bah je me dirai qu'elle est en difficulté et je lui proposerais mon aide je pense.

Ok

C'est vrai, Bah on est humains quand même. Ça peut arriver d'être dépassé par une situation et de pas réussir à le gérer. L'important c'est surtout de rattraper derrière entre guillemets et de proposer qu'un collègue prenne le relais si c'est devenu trop difficile.

D'accord. Très bien. Est-ce que la dernière question :

Est-ce que vous avez le sentiment que les difficultés vécues par les soignants sont suffisamment prises en compte ?

Ah... moi je trouve que dans le service les gens ne se rendent pas toujours compte de ce qu'on vit. Souvent quand on parle des urgences, les gens pensent surtout au côté technique ou à l'urgence médicale. Mais ils pensent moins à toute la charge émotionnelle qu'il peut y avoir derrière.

Et du coup sur ce point-là je dirais que pas toujours. En tout cas je pense que les gens ne réalisent pas forcément tout ce qu'on accompagne comme situations compliquées humainement.

D'accord. Là vous parlez de l'opinion publique en règle générale c'est ça ?

Oui, parce que entre nous, entre professionnels et dans l'équipe je trouve que c'est largement pris en compte parce que les gens y sont exposés eux aussi. Donc là-dessus je pense que les difficultés sont entendues. Oui je pense quand même, même au niveau de l'hôpital. Je sais que selon les hôpitaux il y a des dispositifs différents, mais chez nous y a quand même des cellules de soutien, des psychologues, des groupes de parole parfois après des situations difficiles. Moi on m'a déjà proposé d'en parler après certaines situations compliquées donc j'imagine qu'il y a quand même une prise en compte.

D'accord. Très bien.

Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?

Merci beaucoup.

Pas de souci.

Annexe 4 : Entretien 4 - Nicolas

Pouvez-vous vous présenter brièvement svp?

Oui, bonjour, je m'appelle Nicolas, je suis donc infirmier depuis 6 ans.

D'accord,

Actuellement vous travaillez dans quel service ?

J'ai principalement travaillé avec les personnes âgées en gériatrie et aujourd'hui je travaille avec les enfants, je suis passé d'un extrême à l'autre, mais c'est cool.

Est-ce que vous avez une formation en éthique ou en soins palliatifs ?

Alors j'ai eu des cours dans mon cursus, il y a longtemps. Je me souviens notamment pendant ma première année de médecine, ou j'ai fait une PACES. On avait vu le référentiel du collège de soins palliatifs. Mais depuis que suis infirmier, non, rien.

Très bien. On va débiter les questions.

Quelle place occupe la relation avec le patient dans votre travail au quotidien ?

Bah une place primordiale puisque c'est sur ça que se base tout notre métier, c'est de la relation avec le patient et dans mon service avec les parents également dont on va dépendre la bonne adhésion avec les soins, la bonne prise des traitements et puis aussi le bon interrogatoire et la bonne prise en charge sans ça on peut rien faire.

Très bien

Qu'est-ce que c'est pour vous une bonne relation de soin ? En quoi ça consiste ?

Bah ça consiste dans une relation de confiance d'une part que les patients aient confiance en nous, mais que nous aussi on puisse avoir confiance en les patients Que ce soit à la fois dans leur compréhension et dans le fait qu'ils vont adhérer au traitement. Puis une relation où le patient peut se sentir soutenu et peut se livrer, sur... enfin qu'il n'y ait pas de tabou et de choses qui se sentent pas de dire qui pourraient entraîner des informations qui nous manquent.

Si vous deviez décrire un patient en trois mots, lesquels vous choisiriez.

Un patient en particulier ?

Non, enfin un patient en règle générale, pas forcément pédiatrie, voilà pour vous c'est quoi ?

Bah je dirais : personne Histoire et maladie.

D'accord, donc quand vous pensez au patient, c'est les trois mots qui vous viennent en tête. Ok.

Qu'est-ce qu'un bon soignant pour vous ?

C'est quoi être un bon soignant ? Bah c'est un soignant qui fait bien son travail quoi, qui soigne ses patients, mais qui oublie pas non plus la part humaine de son métier qui prend quand même le temps de discuter avec ses patients. Je pense que c'est un soignant qui est bon en termes de sa prise en charge et de ce qu'il fait, mais qui oublie pas que justement s'il a pas une bonne relation avec le soignant, en fait il peut faire tous les traitements qu'il veut rien ne se passera s'il a pas pris le temps d'expliquer au patient, de l'interroger sur son ressenti sur ses a priori etc. Voilà un soignant qui se contente pas de balancer ses traitements et de se dire bon bah j'ai fait ce que j'avais à faire. Parce qu'on en voit des fois, et on se demande ce qu'ils font là !

D'accord

Quelles sont les qualités d'un bon soignant ?

Déjà la qualité technique, enfin la qualité technique de connaître ses prises en charge. Les compétences techniques et les connaissances, qui restent au centre évidemment et puis après donc la capacité d'écoute et je dirais la capacité de s'adapter aussi à son patient, c'est-à-dire qu'on va pas expliquer les choses de la même façon ou pas présenter forcément les choses de la même façon en fonction de la personne qu'on a en face de nous, il faut savoir s'adapter aux patients à leurs a priori à ce que eux ils recherchent dans cette relation de soin aussi.

D'accord,

Pareil, maintenant, si vous deviez décrire un soignant en trois mots, lesquels choisiriez-vous ?

Quels mots je choisirais ? écoute peut-être rigueur. Et C'est compliqué en troisième. Un adjectif, c'est pas forcément... je sais pas, non je vois pas.

Ok, c'est pas grave.

Si je vous dis que les soignants sont des héros, qu'est-ce qu'elle vous inspire cette phrase ?

Elle m'inspire une vision un peu romancée, pas forcément très réaliste de ce qu'on fait. Je trouve que ce qu'on fait c'est très bien mais de là à dire qu'on est des héros. Ça me paraît un peu un peu romancé.

C'est pas c'est pas mal un peu de romance, non ?

Ouais, peut-être. Mais c'est vrai, mais pour moi ça implique surtout enfin ça implique aussi des fausses représentations et ça peut induire aussi des attentes que ce soit pour les soignants ou pour les patients. Les soignants qui pensent qu'ils doivent pouvoir soigner tout le monde, être impliqués, pas dans le sens impliqué dans son travail, mais aussi impliqués émotionnellement à 100 % dans chaque relation avec son patient. Et pareil pour les patients, ça veut dire une attente d'une personne qui est impliquée à 100 % qui peut avoir réponse à tout, qui peut tout faire. Et en fait souvent on est, je trouve, qu'on est confronté à des patients qui sont très très surpris de se rendre compte que en fait on n'a pas de solution miracle et que voilà quoi souvent on est quand même assez souvent réduit à attendre, à espérer que ça aille, à surveiller, mais qu'on n'a pas de miracle à réaliser quoi. Donc je trouve que cette vision un peu romancée, ça décale un peu les attentes par rapport à la réalité du terrain.

Oui, continuez.

Bah je pense que ça peut créer de la frustration quand même de ne pas pouvoir... Enfin je pense qu'on peut pas sauver tout le monde donc forcément ça peut induire de la frustration, je pense chez les soignants.

D'accord

Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir faire ce que vous considérez juste pour un patient ?

Ça m'est déjà arrivé, oui.

Est-ce que vous pouvez me donner un exemple

Un exemple, franchement c'est un exemple qui date, mais il m'a tellement marqué, que c'est celui qui me vient tout de suite à l'esprit. C'était lors de mon dernier stage infirmier, je me rappelle en réanimation. Je rentre dans le détail ?

Oui s'il vous plaît.

Donc c'était un stage en réanimation, donc c'était un patient qui était assez lourd, qui avait un pronostic qui était engagé qui était dans un coma artificiel. Et qui avait donc des limitations de thérapeutiques. Donc ce qui disait dans son cas, c'était on ne réanime pas en cas de défaillance multiviscérale. Ce patient. Sauf que ce qui se passait, c'est que le lundi il faisait une défaillance respiratoire, le mardi il faisait une défaillance circulatoire, le mercredi il faisait une défaillance infectieuse et qu'en fait il y avait un peu que tous les médecins de la garde se relayaient et personne n'avait envie que ce soit sur sa garde que le patient soit mort. Donc ça continuait, ça continuait, ça continuait jusqu'à ce que à la fin il était là peut-être depuis 30 jours quoi et donc tous les jours on voyait sa famille qui venait pendant 30 jours donc c'était un peu... Voilà moi là j'étais qu' étudiant donc j'avais pas forcément trop mon mot à dire, mais je trouvais que c'était pas juste pour lui et pour sa famille de leur imposer ça. Aujourd'hui, j'oserai dire ce que je pense, mais bon.

Qu'est-ce que vous ressentez dans ces moments-là ou qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là par rapport à cette situation ?

Bah de la frustration d'une part et aussi un peu de je pense de perte de sens par rapport à ce qu'on faisait pour ce patient ... parce que en fait je me disais que ce qu'on fait, c'est pas forcément pour le mieux pour lui donc on se demande un peu pourquoi on le fait quoi.

Est-ce que vous arrivez toujours à maîtriser vos émotions ?

Face à un patient oui ça va. J'arrive toujours à gérer mes émotions. Oui je trouve que ça va parce que tant qu'il y a ce rôle dans lequel on je suis le soignant et pas un proche qui peut accompagner pleurer avec la personne. Pour moi il y a cette distance que je maintiens en tant que soignant. Qui fait que j'arrive un peu à gérer, mais c'est vrai qu'après quand on enlève la blouse, des fois on est plus touché. Des fois ça arrive de quitter la chambre du patient et là d'être un peu plus touché quoi.

Est-ce que vous vous pourriez me décrire une situation où vous avez été dépassé par la relation avec un patient ?

Si ça vous est déjà arrivé ou ça vous est jamais arrivé ?

Oui ça m'est arrivé, je dirais c'était dans un donc je travaillais aux urgences pédiatriques à ce moment-là. Donc je recevais une patiente qui venait pour idées suicidaires. Donc moi je suis allé la voir en premier donc personne ne l'avait encore vu donc je recueille toutes les informations. C'était une patiente d'une quinzaine d'années, donc tu proposes toujours aux patients est-ce qu'ils veulent être vus avec ou sans leurs accompagnants donc là c'était sans. Et donc je fais mon interrogatoire et je récupère les papiers qu'elle me donne donc le courrier d'adressage de son médecin traitant. En fait quand elle me donne son courrier, c'est une espèce d'enveloppe et quand je la récupère, il y a plein de trucs qui tombent, il y a des feuilles qui tombent par terre, il y a des cachets qui tombent par terre. Et quand je récupère la feuille, en fait c'était une lettre où la patiente racontait sa vie et qui disait, qu'en gros, elle était malheureuse et qu'elle avait besoin d'aide, qu'elle voulait partir de chez ses parents parce qu'ils pouvaient pas l'accepter comme elle était et que voilà. C'était une lettre de la patiente. C'était pas une lettre du médecin. Non, c'était une lettre de la patiente.

Et donc là c'est vrai que je me suis senti un peu dépassé parce que en fait j'étais mis dans cette position à la fois un peu de confident par rapport à la patiente qui est une patiente jeune et qui confie ses inquiétudes d'adolescente etc. Et à la fois le côté médical et du coup je savais pas trop. Je savais pas trop, je savais pas trop comment réagir donc voilà je me suis senti un peu dépassé.

D'accord, et comment vous avez fait ?

Je suis allé chercher le médecin, j'ai dit là en vrai, je suis un peu dépassé donc voilà.

Ok selon vous, est-ce qu'il est acceptable pour un soignant de ressentir et d'exprimer des difficultés dans le cadre de son travail ?

Bah de ressentir évidemment que c'est acceptable de ressentir des difficultés, encore heureux, j'ai envie de dire. Et les exprimer oui aussi. Juste après c'est notre rôle. Certes, on a des moyens qui sont parfois réduits et puis des fois on fait de notre mieux avec le peu qu'on a. Mais notre rôle c'est d'essayer de pas faire ressentir ça aux patients et aux gens qu'on prend en charge quoi, d'essayer de pas relâcher sur eux le fait que on manque de moyens, que on manque de temps, qu'on est pressé. Notre rôle c'est de faire en sorte que ça se répercute pas sur les patients.

On prend sur nous en fait pour pas montrer qu'on est aussi vulnérable un moment donné et que face au patient, quoi qu'il arrive on doit tenir bon.

Vulnérable vous avez dit ?

Oui, oui, moi si j'étais patient, j'aimerais bien que mon médecin il se montre pas forcément vulnérable et que je sois rassuré d'avoir quelqu'un qui a pas l'air solide et rassurant. Enfin après on a le droit d'avoir l'air un peu débordé, mais pas l'air d'être sous l'eau ou complètement dépassé par les événements. Ouais, je pense que c'est une attente que j'aurais en tant que patient. Et donc c'est une attitude que j'essaye d'avoir en tant que soignant.

Lorsque vous traversez des situations difficiles vers qui vous vous tournez le plus souvent pour en parler ?

Bah ça dépend des moments, soit vers mes proches, soit vers mes collègues, mais ça dépend plus du contexte dans lequel on est si c'est dans un service où je suis plus ou moins proche des gens avec qui je travaille.

Comment l'expression de ces difficultés sont généralement perçues justement par vos collègues ?

Bah je dirais qu'il y a un peu de je trouve qu'il y a un peu du jugement dans l'expression de ces difficultés. Il y a un peu ce truc de quand on raconte une histoire de quelqu'un qui a pleuré ou qui était vraiment pas bien dans une situation. J'ai un peu l'impression qu'il y a ce truc de dire ah ouais lui il était pas bien. Moi ça va ça m'a pas trop affecté, mais c'est vrai que lui il était peut-être un peu un petit peu plus fragile ça l'a beaucoup affecté. Je trouve qu'il y a beaucoup cette... comme s'il était un peu défaillant. Voilà cette espèce d'attitude de juger un peu et de dire que ah bon bah c'est qu'il devait être peut-être un peu fragile, un peu voilà et pas trop adapté quoi alors que ça peut arriver.

Et comment c'est perçu par les patients ?

J'ai envie de dire ça dépend lesquels, il y en a qui sont très compréhensifs qui arrêtent pas de nous encourager de nous dire que c'est pas normal les conditions dans lesquelles on travaille. Et puis il y en a qui au contraire n'en ont rien à faire, qui trouvent que c'est inacceptable, que tout est de notre faute donc ça dépend quand même beaucoup de qui on est en face quoi.

Y a-t-il selon vous des émotions qui sont plus difficiles à exprimer que d'autres quand on est soignant ?

Qui sont moins bien acceptées ? Je sais pas, est-ce que quand on est en colère ou .. ? Non, pas spécialement. Je sais pas, je crois que j'ai déjà répondu non ?

D'accord, la dernière question

Est-ce que vous avez le sentiment que les difficultés vécues par les soignants sont suffisamment reconnues ?

Bah c'est une question intéressante parce que je trouve que, dans..euh par l'opinion publique, oui. Assez largement, enfin dès qu'on dit qu'on infirmier, on entend ah ouais c'est un super métier c'est difficile et tout ça. Voilà c'est très bien c'est reconnu dans l'opinion publique, je trouve par les gens à qui on parle à l'extérieur, par nos proches etc. Par les patients comme j'ai dit ça dépend desquels. Mais je trouve que par les soignants eux-mêmes, ça l'est pas trop.

Vous pouvez préciser ?

Par exemple, enfin par exemple la hiérarchie, je trouve reconnaît pas forcément les difficultés vécues par les soignants. On ignore beaucoup les conditions dans lesquelles on travaille. Mais que pour les infirmiers, pour tous les soignants. On vit des fois des situations très compliquées où en fait la hiérarchie on a un peu rien à faire. Des fois les soignants ils vont au casse-pipe et puis on les fait bosser jusqu'au bout et puis si ils cassent, ils cassent, mais c'est pas mon problème voilà quoi. Parce que en fait il y a un peu cette idée de c'est comme ça. Et en même temps c'est un peu vrai parce que quoi qu'il arrive il faut bien qu'on soigne les gens, on va pas le mettre dehors parce qu'on est pas assez ou qu'on est crevé. C'est triste c'est un peu vrai, mais du coup il y a un peu ces attentes de tout le monde qui est bon bah il faut qu'ils tiennent donc et voilà. C'est un peu... je trouve que c'est plus finalement voilà au sein même des soignants que c'est pas forcément reconnu et les soignant entre eux il y a pas de place pour la vulnérabilité. On attend des gens qu' ils donnent 120 % de leur vie, qu' ils ne voient pas leurs enfants qu' ils les récupèrent pas à l'école qu'ils ne prennent pas de pause. Tu ne peux pas te permettre d'avoir du temps, des moments où t'es un peu moins... je trouve que parmi les soignants, pas parmi tout Le monde, ça dépend évidemment des endroits, des services. Je trouve qu'y a des endroits où c'est pas du tout reconnu ces difficultés là. Mais en même temps, comme c'est notre réalité, on est des soignants et on doit avant tout prendre en charge des patients qui eux sont vulnérables et malades.

C'est compliqué.

Je me demande comment ça peut être compatible si le soignant lui aussi il est fragile et vulnérable Comment on fait ? C'est-à-dire, je sais pas trop, le propre du soignant, c'est d'accueillir une personne malade en général fragile, qui est affaiblit physiquement, qui est en souffrance Et quand ce patient il rencontre un soignant qui est lui-même pour des raisons personnelles ou peu importe qui est lui-même en situation de fragilité. Comment ça se passe ?

A votre avis ?

Ça se passe mal, je pense que ça induit des mauvaises prises en charge, des choses qui sont pas du tout optimales, mais c'est quelque chose qui est un petit peu accepté en soi, mais évidemment qu'un infirmier qui enchaîne les heures sup et qui prend sur lui toute la journée, au bout d'un moment c'est pas du tout optimal en termes de prise en charge et au final on fait et on fait moins ben c'est sûr. Et ça pas bon pour le patient ni pour personne

Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?

Non, non c'est bon.

Je vous remercie beaucoup.

Titre :

La relation de soin a l'épreuve de la vulnérabilité du soignant

Résumé :

La relation de soins s'est historiquement construite autour d'un patient vulnérable et d'un soignant protecteur. Le patient est presque toujours associé à la vulnérabilité. Le soignant, quant à lui, est le plus souvent pensé comme celui qui sait, qui agit, qui protège et qui prend soin. Pourtant, l'expérience quotidienne des professionnels de santé nous raconte autre chose : le soignant est lui aussi un être humain, susceptible d'être touché, éprouvé et fragilisé par la rencontre avec l'autre.

Ce travail se propose d'interroger la place de la vulnérabilité du soignant dans la relation de soin. Cette vulnérabilité constitue-t-elle un risque pour le patient et la relation de soin ? Est-elle compatible avec les exigences de bienfaisance et de non-malfaisance qui fondent l'éthique du soin ?

Les résultats de cette recherche montrent que les soignants peinent à se reconnaître comme vulnérables. Ils parlent plus volontiers de leur humanité, de leurs émotions, de leur fatigue ou de leur fragilité. Ils demeurent pris dans une tension permanente : être suffisamment sensibles pour comprendre la souffrance du patient, mais suffisamment solides pour continuer à prendre soin.

Ce travail de recherche s'appuie sur une revue de littérature ainsi que sur une enquête de terrain. Nous avons montré que la vulnérabilité des soignants est à la fois ontologique, en tant que « *fonds commun d'humanité* » mais également situationnelle au regard des expériences de soins qu'ils vivent au quotidien. Les résultats de l'enquête révèlent que le risque ne réside pas tant dans la reconnaissance de la vulnérabilité des soignants mais au contraire dans son déni. Cette vulnérabilité redoutée et souvent occultée par les soignants eux-mêmes peut pourtant devenir une véritable ressource professionnelle et relationnelle si elle est accompagnée et régulée. En effet, reconnaître sa propre vulnérabilité apparaît comme la condition d'un soin ajusté et plus éthique.

Mots clés

Relation de soin, bienfaisance, non-malfaisance, vulnérabilité, réciprocité, soignant-soigné, éthique du care, sollicitude

Adresse de l'auteur

Khadija Tanoukhi
6, alloyzi Kospicki – 38000 Grenoble
Ktanoukhi@chu-grenoble.fr