

Qu'avons-nous fait de la médecine ? À l'heure de la médecine du 21^e siècle, de quoi prenons-nous soin ?

*What have we done to medicine?
In this 21st-century era of medicine, what is it that we are caring for?*

DEVAUX F.

Ethicien, Vice-Président de Comité d'Ethique, coordinateur de la Fonction « maladies rares »,
Hôpital Universitaire de Bruxelles (H.U.B.), Hôpital universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)

RÉSUMÉ

La médecine contemporaine est marquée par une contradiction : alors qu'elle s'enrichit de savoirs et de techniques, elle tend à oublier celles et ceux qui la portent. Les soignants, longtemps perçus comme invulnérables, sont exposés à une souffrance profonde, issue de l'exigence constante de disponibilité, d'abnégation et d'endurance. Or, cette vulnérabilité - structurelle, existentielle - n'est ni reconnue ni accompagnée. Elle est refoulée au nom d'un idéal sacrificiel hérité du XIX^e siècle, renforcé par une organisation du travail fragmentée, technicisée et insensible à la relation. Face à cette impasse, la pensée du *care* de Joan Tronto offre un cadre éthique et politique précieux : elle rappelle que le soin n'est pas un acte technique, mais un engagement à traverser les vulnérabilités ensemble, dans un réseau de responsabilités partagées. Le soin aux soignants devient alors une exigence démocratique : il ne s'agit pas seulement de prévenir l'épuisement, mais de garantir la qualité même du soin en réaffirmant la dignité de celles et ceux qui le rendent possible. Un soin qui détruit ses soignants se retourne contre sa propre promesse. Réhabiliter le sens du soin, c'est donc refonder nos institutions sur l'attention, la justice et la reconnaissance mutuelle. Et peut-être, enfin, répondre à la question centrale : **de qui, et de quoi, prenons-nous soin - et à quel prix ?**

Rev Med Brux 2025 ; 46: 444-452

Mots-clés : Mots-clés : vulnérabilité, humanité en soins de santé, éthique du care, souffrance des soignants, soin aux soignants

ABSTRACT

Contemporary medicine is marked by a deep contradiction: while it continues to grow in knowledge and technology, it increasingly forgets those who sustain it. Healthcare professionals, long perceived as invulnerable, are in fact exposed to profound suffering, driven by constant demands for availability, self-sacrifice, and endurance. This vulnerability - structural and existential - is neither acknowledged nor supported. It is repressed under the weight of a sacrificial ideal inherited from the 19th century, and reinforced by a fragmented, technicalized work organization that ignores the relational core of care. Against this backdrop, Joan Tronto's ethics of care offers a valuable ethical and political framework: it reminds us that care is not a task, but a commitment to navigate vulnerability together, within a network of shared responsibilities. Caring for caregivers is therefore a democratic imperative: not merely to prevent burnout, but to ensure the very quality of care by upholding the dignity of those who provide it. A healthcare system that destroys its caregivers betrays its own promise. To restore meaning to care is to rebuild our institutions on the foundations of attentiveness, justice, and mutual recognition. And perhaps, finally, to respond to the essential question: **whom do we care for, and at what cost?**

Rev Med Brux 2025 ; 46: 444-452

Keywords : vulnerability, humanity in healthcare, ethics of care, caregiver suffering, care for caregivers



**Vous étiez inscrit au congrès ?
SCANNEZ ce QR-Code pour accéder
aux diapositives des présentations**

Si vous n'avez pas pu assister au congrès, retrouvez ces séances en e-learning (avec accréditation INAMI)
Plus d'infos sur notre site internet : <https://www.amub-ulg.be/evenement/59e-congres-de-l-amub>

INTRODUCTION

« Article 10 : [le professionnel de soin de santé] est attentif à sa propre santé. [Le professionnel de soin de santé] s'efforce de maintenir un équilibre entre ses activités professionnelles et sa vie privée. » Extrait adapté du Code de Déontologie médicale commenté du 31 décembre 2024 de l'Ordre des Médecins¹.

Les soignants sont-ils des patients comme les autres ?

La médecine, dit-on, est une vocation, c'est-à-dire la réponse à un appel¹. Et c'est peut-être là que le mal commence, car cette vocation, souvent invoquée comme source de dévouement, s'est muée en un sacerdoce : un appel qui exige tout, jusqu'à l'effacement de soi¹. Le soignant est celui qui doit répondre toujours présent, s'oublier pour les autres, supporter sans rompre. Progressivement, cette figure s'est transformée : de la vocation humaniste à la disponibilité sacrificielle, la frontière est mince, et trop souvent franchie.

Dans la tradition médicale, la posture du médecin fort, endurant, disponible en toutes circonstances n'a pas seulement été tolérée : elle a été valorisée. Même malades, épuisés, en souffrance, nombreux sont encore ceux qui poursuivent leur activité - mus par le refus de faillir, par loyauté envers leurs collègues, ou simplement parce qu'il n'y a pas d'espace pour dire « *je n'en peux plus* »^{2,3}. Pourtant, cette éthique du dépassement, que l'on pourrait croire issue d'un autre temps, reste profondément enracinée dans les institutions et les représentations : « *Les malades du XXI^e siècle sont encore soignés par des médecins du XIX^e* » - la médecine est une vieille dame, toujours en avance sur son temps mais terriblement en retard sur son siècle⁴.

Or, cette logique du don sans limites n'est pas sans conséquences. Elle épuise les corps, déchire les subjectivités, altère les relations. Elle participe à une invisibilisation structurelle de la souffrance des soignants, perçue comme secondaire, voire inconvenante, face à celle des patients⁵. Mais faut-il vraiment choisir entre soigner et être soigné ? Peut-on encore défendre une médecine du soin sans prendre soin de celles et ceux qui la portent au quotidien ?

Le rappel, presque timide, du Code de Déontologie révèle surtout la gravité de la situation, car pour qu'un texte déontologique doive formuler ce qui devrait être une évidence - qu'un soignant doit lui aussi prendre soin de lui - c'est bien que le soin s'est égaré. Lorsque l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée devient un luxe, lorsqu'un soignant n'a plus le droit de tomber malade sans culpabiliser, le soin cesse d'être une relation pour devenir un mécanisme vide de sens.

Car la vraie question reste toujours la même : **De qui, et de quoi, prenons-nous soin ? Et à quel prix ?**

COMPLEXIFICATIONS DU SOIN

La médecine contemporaine s'est construite dans un mouvement d'expansion des savoirs et des techniques. Ce progrès, indéniable, a toutefois engendré une dynamique de sur-spécialisation qui fragmente l'approche soignante. Chaque segment du corps humain, chaque catégorie de pathologie, chaque temporalité de l'existence a désormais ses experts, ses codes, ses protocoles. Or, à mesure que s'est affirmée la spécialisation, la compétence transversale du soin - celle qui permet de tenir ensemble les dimensions biologiques, psychiques, sociales et existentielles - s'est estompée. La médecine devient un patchwork de diagnostics, une addition de prescriptions, une mosaïque de prestations. Mais le soin, lui, se dilue, car il ne trouve plus de lieu ni d'identité partagée dans cette partition ultra-technique. Le risque est grand que chacun maîtrise une partie, sans que personne n'en voie l'ensemble^{6,7}.

En hyperfocalisant l'attention sur un organe, une fonction, un symptôme, la sur-spécialisation fait courir un autre risque : perdre de vue la personne derrière le patient⁸. Or, la maladie n'est jamais seulement localisée ; elle est vécue, habitée, racontée⁹. Le patient est plus que la somme de ses symptômes. Pourtant, dans des systèmes de santé segmentés, le patient passe d'un service à l'autre, d'un dossier à un autre, en ne rencontrant que rarement un interlocuteur unique qui recueille son récit dans sa cohérence. Cette déconnexion peut produire une forme d'errance médicale, mais aussi une atteinte éthique : être vu comme une pathologie plutôt qu'être entendu comme une personne^{10,11}.

Mais cette réduction est illusoire : le patient déborde toujours le cadre de soin qui l'accueille⁸. Son vécu excède les murs de l'hôpital, les heures de consultation, les disciplines mobilisées. Il entre avec son histoire familiale, ses croyances, ses peurs, ses rapports au langage, à l'autorité, à la douleur, à la mort. Il est à la fois porteur de symptômes et de récits, de besoins et de résistances, d'émotions et de silences. Cette complexité n'est pas une exception : elle est la condition normale du soin. La réduire, c'est fragiliser l'alliance thérapeutique et négliger l'impact structurel de la maladie sur la personne dans ses environnements. Il s'agit alors moins de « gérer » un patient que d'entrer en relation avec un sujet situé dans une constellation de sens^{12,13}.

Cette dérive technicienne s'incarne aussi dans le langage. L'usage de plus en plus courant de l'expression « prestataire de soins de santé » témoigne d'un glissement. Là où l'on parlait de « professionnels de santé » - renvoyant à une profession au sens classique : une activité à haute technicité, fondée sur une éthique propre, un engagement social et une responsabilité durable - on parle désormais de « prestataires », terme issu de la logique économique, réduisant l'acte à une prestation, la relation à une

(i) Ordre des médecins (<https://ordomedic.be/fr>)

transaction. Cette mutation lexicale n'est pas anodine. Elle révèle une transformation du soin en produit, un effacement progressif du sens profond du mot « soigner » : prendre soin d'autrui dans sa vulnérabilité. Le soin ne saurait se confondre avec l'acte.

On peut poser un acte sans soigner ; mais on ne peut soigner sans relation¹⁴.

Face à cette complexité, des modèles holistiques ont été proposés, en particulier le modèle bio-psycho-social, étendu depuis aux dimensions spirituelle, écologique, juridique et de protection des données. Ce cadre élargi permet de penser l'individu dans ses dimensions internes (biologiques, affectives, cognitives), mais aussi dans ses ancrages sociaux, ses croyances existentielles, son environnement et dans ses droits. Les enjeux écologiques (environnement de soin, impact climatique), les obligations juridiques (droits du patient, protection des données) et les exigences de respect des libertés fondamentales ne sont plus périphériques : ils façonnent les conditions du soin lui-même. Un soin de qualité ne peut faire abstraction de cette interconnexion entre la personne, ses milieux et les normes qui en garantissent la reconnaissance. Ce modèle intégré exige une posture interdisciplinaire, mais surtout une pensée systémique du soin^{15,16}.

VULNERABILITE ET DIGNITE DES SOIGNANTS

Le soin repose sur un mythe : celui d'un soignant solide, disponible, résilient. Ce modèle a pourtant des effets délétères. Car les soignants sont eux aussi vulnérables - non pas malgré leur fonction, mais à cause de la nature même de la relation de soin. Levinas rappelle que cette relation n'est jamais neutre, jamais symétrique¹⁷. Elle s'ouvre dans une exposition : être affecté par l'autre dans une sensibilité plus passive que toute passivité²⁰. Le soignant, en ce sens, est *blesé de l'autre*. Cette blessure est à la fois la condition et le prix de la rencontre. Elle l'expose - les nerfs à vifs - à ce qui lui importe et à ce qui lui est difficile.

Or cette vulnérabilité est occultée, refoulée par un système qui valorise l'endurance, l'abnégation, et une fausse équation entre vocation et sacrifice. Comme le rappelle le Conseil de l'Ordre des Médecins, l'équilibre personnel du médecin est une exigence déontologique ([CDM 2024, art. 10]). Cela reste valable pour tout soignant, mais trop souvent, cet équilibre est impossible à maintenir face aux injonctions paradoxales du système.

Soigner, ce n'est pas seulement faire : c'est ressentir. Per Nortvedt, infirmier anesthésiste et professeur à l'Université d'Oslo, insiste sur le fait que le professionnel de santé est affecté, touché par la souffrance de l'autre^{21,22}. Ce n'est pas une perception

distante, mais un choc affectif direct. Le soin passe par le corps, l'intuition, l'attention fine au non-dit, aux micro-gestes. Il mobilise ce que nous appelons une compétence sensible du soin : la capacité d'éprouver ce que l'autre traverse, sans se l'approprier, mais en y répondant par une présence éthique et incarnée²³.

Cette compétence est invisible, pas suffisamment reconnue, médiocrement valorisée, mais elle est au cœur du soin. Elle est aussi ce qui expose le plus le soignant : car à force d'être perméable, il s'épuise, il s'use dans la répétition des confrontations à la douleur, à l'impuissance, à la mort. Le soin se communique. Il est une forme d'éveil à l'autre, mais cet éveil est aussi une mise à nu.

Chez Levinas, la responsabilité à l'égard d'autrui précède toute décision. Elle est une assignation existentielle, un : *je suis responsable avant même d'avoir consenti à l'être*²⁴. Cela signifie que le soignant ne choisit pas d'être responsable : il est responsable parce que l'autre le regarde, l'appelle, l'exhorte silencieusement.

Mais cette exigence, infinie et asymétrique, entre parfois en tension avec les limites de l'expérience vécue²⁵. La philosophie impose une responsabilité sans bornes. La clinique, elle, confronte à l'impuissance, à l'ambivalence, à la fatigue. La promesse éthique peut devenir une charge écrasante lorsque les moyens manquent, lorsque l'institution n'écoute pas, lorsque les collectifs s'effritent. On en vient à ressentir une forme de culpabilité institutionnelle intériorisée : ne pas en faire assez, ne pas y arriver, même quand tout a été tenté.

Le soin devient alors l'espace d'un désajustement entre ce que l'on ressent devoir et ce que l'on peut faire. Cette tension est éthiquement féconde, mais aussi psychologiquement épuisante. Elle nourrit ce que Levinas nomme un « retard ontologique » du soi face à l'appel de l'autre - un retard qui ne se comble jamais et qui fait de la responsabilité une blessure autant qu'un engagement.

Dès lors, la souffrance des soignants n'est pas un simple coût humain du système de santé : elle en est un indicateur éthique. Elle dit la faillite des collectifs, des cadres, des protections. Elle dit la perte de sens du soin quand la technique l'emporte sur la relation. Comme le rappellent Robin-Vinat et Texier :

« *Comment une société peut-elle tolérer que celles à qui elle confie ses malades et ses mourants souffrent tant en tentant d'apporter des soins ?* »²⁶.

Cette question n'est pas rhétorique : elle est fondatrice. Elle interroge la légitimité éthique du système dans son ensemble. Un soin qui détruit ses soignants est un soin qui se retourne contre lui-même.

(ii) Évoquer Emmanuel Levinas dans le cadre du soin ne vise pas à extraire son éthique de l'absolue métaphysique à laquelle elle était vouée – méta-éthique, condition de possibilité de toute éthique, mais bien de mettre en évidence comment le soin s'en est réapproprié le vocabulaire pour mettre en évidence l'expérience vécue de la vulnérabilité des soignants¹⁷⁻¹⁹.

« Prendre en charge », « prendre soin » et « soigner »

Croiser et jongler avec des concepts dans plusieurs langues est un exercice tentant. Cela évite les erreurs et imprécision de traduction (*Traduttore, traditore*). Cela offre autant de richesses et de contrastes dans l'abord de certaines questions clefs. Cependant, cela expose également à une forme de drame culturel : celui de ne plus être capable que comprendre ou de connaître les origines et les sens des mots et expressions de notre propre langue. Cette perte sémantique, fait également perdre de vue le sens de ses nuances, leurs richesses, mais également leurs motivations, mobiles et mise en garde.

Ainsi, la distinction entre **prise en charge** (*taking care of*) et **prise en soin** (*caregiving*) ne relève pas uniquement d'un choix lexical : elle engage une éthique du soin. Dans la pensée de Joan Tronto, que nous allons bientôt aborder, ces deux phases du *care* sont complémentaires mais non superposables. La prise en charge désigne l'étape de mobilisation des moyens, des ressources, des structures. La prise en soin, elle, est celle du contact, de la présence, de la réponse située à la vulnérabilité de l'autre.

Or, la confusion fréquente entre la personne et ses soins - autrement dit, la réduction métonymique de la personne soignée à sa charge - constitue un danger éthique majeur. On ne prend pas « la personne soignée en charge », mais bien ses soins. Réduire la personne à sa charge, c'est risquer une réification : elle devient pathologie, dossier, organe déficient, lit numéroté. Cette synecdoque institutionnelle, si elle n'est pas interrogée, efface la subjectivité de la personne derrière la logique de gestion. Même les modèles partenariaux risquent également de reconduire cette réduction dès lors qu'ils traduisent le *taking care* en une *prise en soin* mal différenciée, sans reconnaître la spécificité de chaque phase du processus de *care*.

Cette confusion appauvrit l'éthique du soin sur plusieurs plans :

- Elle occulte l'altérité : la personne soignée n'est plus une interlocutrice singulière, mais un agrégat de besoins ;
- Elle neutralise la parole : on parle « du patient » ou « à propos de », rarement « avec » ; ce qui rend impossible l'émergence d'une subjectivité reconnue dans le soin ;
- Elle uniformise la réponse soignante, en niant les différences fondamentales entre mobiliser des moyens (prise en charge) et s'exposer à la relation (prise en soin) ;
- Elle alimente une maltraitance systémique, en installant des rôles sans reconnaissance des postures réelles et des charges vécues.

On le verra, Joan Tronto appelle à éviter de fonder une politique du *care* sur une affectivité naïve. Il faut reconnaître les phases du soin comme différenciées,

dotées de leurs logiques propres, chacune portant ses exigences : d'écoute, de ressources, de gestes, de réceptivité. Et c'est cette rigueur qui permet d'en faire un levier politique, et non une simple posture morale.

Ainsi, on pourrait dire que : « *La charge ne déshonore pas la personne qu'elle ne soutient ni n'honore celle qui l'assume.* », elle engage, tout simplement, à faire place à l'autre sans l'y dissoudre.

En second lieu, l'expression « **prendre soin** », aujourd'hui largement utilisée en philosophie, en éthique, en santé publique et en psychologie du développement, n'apparaît en fait que très tardivement dans la langue française. Le *Dictionnaire historique de la Langue française* d'Alain Rey signale que l'expression *prendre soin de* est attestée à partir du XVI^e siècle, dans un sens d'abord proche de « *être soucieux de, veiller à* »¹. Dans un premier temps, elle ne désigne donc pas un acte médical, mais un geste de vigilance, une attention appliquée, une implication concrète à l'égard d'un être ou d'une chose fragile.

Soigner : une perspective du faire

Le verbe soigner, toujours selon Alain Rey, s'inscrit lui historiquement dans le registre de l'action réparatrice. Il renvoie à un ensemble de gestes techniques, cliniques, thérapeutiques, visant à soulager une souffrance, restaurer une fonction, prévenir une aggravation. Soigner, c'est faire quelque chose à ou pour quelqu'un, dans un but déterminé : « *services dispensés par un professionnel des soins de santé en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie* » (extrait de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient telle que modifiée par la loi du 6 février 2024). Cette action implique un savoir, une compétence, une rationalité. Elle est centrée sur le symptôme, la pathologie, la fonction altérée.

En cela, *soigner* s'inscrit dans une logique du faire bien, du geste juste, du protocole efficace.

Mais *soigner*, isolé de toute visée relationnelle, risque la technicisation : le soin devient un acte, un acte devient un geste, un geste devient une procédure et la personne concernée disparaît derrière le symptôme traité.

Prendre soin : une perspective du faire-avec

À l'inverse, prendre soin désigne une posture, une attitude, une manière d'être en relation avec la vulnérabilité de l'autre. Il ne s'agit pas uniquement de réparer un corps, mais d'accompagner une personne, dans toutes les dimensions de son être - psychique, émotionnelle, sociale, existentielle. *Prendre soin*, c'est s'exposer à l'autre dans sa singularité, ajuster son agir à sa réception, à ses récits, à ses silences. C'est une action *avec* et *pour* l'autre, qui inclut la reconnaissance de sa voix, de son rythme, de son altérité.

Dans cette perspective, *prendre soin* ne contredit pas

soigner : il le prolonge et l'approfondit. Il refuse que le soin soit seulement une fonction ; il en fait une relation. La rencontre du faire et du faire-avec : là où le soignant devient incarné, là où le soin se fait humanisme partagé.

C'est dans la rencontre entre soigner et prendre soin que le soignant advient comme sujet incarné de la relation de soin. Si *soigner* renvoie au geste juste, *prendre soin* renvoie à l'ajustement éthique de ce geste à la singularité de l'autre. Ensemble, ils fondent le soin comme acte technique et moral, relationnel et situé.

On peut alors dire :

- *Soigner*, c'est agir sur une atteinte ;
- *Prendre soin*, c'est s'engager avec une personne ;
- *Prendre en charge*, c'est organiser tout ce qui est nécessaire pour permettre cette rencontre et ce partage.

Et c'est la tenue conjointe de ces trois dimensions qui rend le soin vraiment humain.

Dans cette tension féconde, le soin cesse d'être une prestation pour devenir une présence, et le soignant cesse d'être un exécutant pour devenir un interlocuteur éthique, traversé lui aussi par la vulnérabilité, l'incertitude, et la responsabilité.

Ainsi, Joan Tronto, politologue et philosophe féministe, propose une définition centrale du *care*, qui structure toute sa pensée éthique et politique :

« *Le care est une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre 'monde', de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* »²⁷.

Le *care* ne se réduit donc ni à une émotion, ni à un geste technique, ni à une disposition morale individuelle. Il est une pratique sociale, une responsabilité collective, enracinée dans notre condition d'êtres vulnérables, interdépendants. Cette définition élargit la notion de soin au-delà du cadre médical ou familial, pour en faire un principe structurant de la vie démocratique, de la justice sociale et de l'organisation du monde commun. Elle structure l'architecture ouverte du *care* en une série de phases et d'éléments déterminants.

- La première phase du *care* est celle du *caring about*, ou « se soucier de ». Elle désigne le moment de l'attention : l'éveil à la vulnérabilité d'autrui. Il s'agit de reconnaître qu'un besoin existe, qu'un manque appelle une réponse. C'est le soin de l'écoute, du regard, de la reconnaissance. Pour Tronto, cette étape est la plus fondamentale, car elle rend visible ce que les systèmes de pouvoir, les routines professionnelles ou les normes sociales tendent à invisibiliser : la parole des vulnérables, la voix de celles et ceux qui demandent à être entendus. « Se soucier de » consiste dans l'ouverture proactive d'un espace de parole que l'on concède du privilège de notre voix à la libre

expression de la personne soignée²⁷.

- La deuxième phase est celle du *taking care of*, que l'on peut traduire par « prendre en charge » (ou assumer la responsabilité du soin). Elle suppose la mobilisation de moyens, de ressources, de compétences pour répondre aux besoins reconnus. Cette étape implique les institutions, les directions, les systèmes logistiques et politiques. Pour Tronto, la responsabilité ici ne peut se limiter à l'intention : elle appelle une mise en œuvre. Elle engage les cadres, les managers, les décideurs à ne pas se défaire du soin au nom de la rationalisation ou de l'objectivation des besoins²⁷.
- La troisième phase est celle du *caregiving*, la pratique concrète du soin. Elle correspond au travail de chevet, à l'acte soignant, à l'attention portée par une infirmière, une aide-soignante, un médecin, un psychologue, éducateur, etc. Cette phase est souvent marginalisée, invisibilisée, mal rémunérée, alors qu'elle est la manifestation tangible de la responsabilité assumée. Elle implique des gestes, une présence, une compétence, mais surtout une capacité à adapter le soin à chaque personne, dans sa singularité. Elle donne chair à l'attention formulée dans les phases précédentes²⁷.
- Enfin, le *care-receiving* désigne la phase du retour, de la réception du soin par la personne concernée. Elle est centrale : seul le retour de la personne soignée permet d'évaluer la qualité réelle du soin. Cette phase rappelle que le soin n'est pas ce que l'on fait, mais ce que l'autre reçoit. Elle rend possible une évaluation continue, une adaptation permanente, une posture d'humilité. Elle rappelle aussi que tout soin peut échouer - et que cet échec ne clôt pas la relation, mais engage une nouvelle boucle éthique²⁷.

Ce processus ne se fige donc pas sur une définition qui s'arrêterait au soin de chevet d'un médecin à son patient. Elle est d'emblée holistique et comprend le *care* dans sa définition la plus large. Ainsi, faire des soignants des patients comme les autres exhorte à les accompagner dans la réalisation d'une suite de cycles de soin, allant de l'éveil à leur voix à l'écoute de leur réponse aux soins reçus.

Et, en regard de processus, **quatre éléments éthiques vont définir les balises de ce cheminement.**

- Ainsi, le premier élément éthique du *care* est **l'attention à l'autre**. Elle ne relève pas d'un simple souci empathique, mais d'un acte moral de disponibilité, qui consiste à suspendre ses propres schèmes d'interprétation pour laisser place à la voix de l'autre. Tronto reprend ici Simone Weil : « *L'attention consiste à suspendre sa pensée pour la laisser traverser par la vérité nue de l'autre* »²⁸. Cette attention est le contraire de l'indifférence ; elle est l'amorce de toute justice.
- Deuxième élément : **la responsabilité**. Tronto critique les conceptions purement formelles ou juridiques de la responsabilité. Pour elle, être responsable signifie accepter de répondre à

l'appel de l'autre, dans un contexte social, culturel, genré et politique. La responsabilité ne se décrète pas ; elle se construit, se partage, se rend possible. Elle appelle un engagement situé, différencié, non hiérarchique. Elle est relationnelle et distribuée²⁷.

- Troisième élément : **la compétence**, entendue non seulement comme capacité technique, mais comme exigence morale. Il ne suffit pas d'agir, encore faut-il agir de manière adéquate, appropriée, ajustée. Tronto insiste sur la formation continue, sur le refus des excuses fondées sur la seule bonne volonté. Le *care* incompetent peut faire du mal. La compétence est donc un devoir moral autant qu'un savoir-faire²⁷.
- Enfin, **la réceptivité** : la capacité à accueillir et intégrer la réponse de l'autre, dans son altérité, sa singularité, voire son silence. C'est là que se joue l'asymétrie du soin : ne pas imposer un modèle, mais se laisser affecter par la manière dont l'autre reçoit (ou rejette) ce que l'on propose. La réceptivité est le test de vérité du soin, son moment le plus vulnérable, mais aussi le plus juste²⁷.

Ainsi, ces quatre phases du *care* décrivent le déroulement d'une pratique de soin dans le temps, tandis que les quatre éléments (attention, responsabilité, compétence, réceptivité) en formulent les exigences morales fondamentales. Il ne s'agit pas de deux dimensions parallèles, mais de deux registres intimement imbriqués : l'un structure les étapes, l'autre qualifie la manière dont ces étapes doivent être habitées.

Chaque phase appelle donc un ou plusieurs éléments éthiques spécifiques, sans que l'on puisse en établir une correspondance mécanique :

- Le *caring about* exige une attention fine à ce qui n'est pas immédiatement visible ou audible ;
- Le *taking care of* suppose l'exercice d'une responsabilité concrète, assumée, située ;
- Le *caregiving* engage une compétence réelle : technique, mais aussi relationnelle ;
- Le *care-receiving* requiert une réceptivité pleine à la réponse de l'autre, fût-elle silencieuse ou critique.

Cette coordination ne va pas de soi : elle requiert un effort continu, une vigilance morale, une capacité à maintenir ensemble la cohérence de l'action et la consistance de l'engagement. Dès qu'un élément fait défaut - attention absente, responsabilité évitée, compétence lacunaire, réceptivité fermée - la dynamique du soin se dérègle et le *care* se vide de sa substance.

Joan Tronto insiste ainsi sur une éthique systémique du soin : un soin juste est un soin complet, continu, articulé, dans lequel chaque phase est portée par une exigence éthique rigoureuse. Penser les soins aux soignants à partir du *care*, c'est donc reconnaître que l'éthique du soin ne se limite ni à un geste, ni à une intention, ni à un protocole, mais s'inscrit dans une dynamique relationnelle, politique et collective. Dans la perspective de Joan Tronto, soigner suppose un

engagement traversé d'attention, de responsabilité, de compétence et de réceptivité - des exigences qui valent autant pour les patients que pour celles et ceux qui les accompagnent. Or, dans le système de santé tel qu'il se déploie aujourd'hui, cette symétrie est brisée : les soignants sont exposés, vulnérables, parfois à bout, sans que leur fragilité soit pensée, accueillie ou protégée. Levinas nous rappelle que la responsabilité naît de cette exposition même : le soignant est blessé de l'autre. Et cette blessure, si elle n'est pas reconnue, devient un lieu de silence, d'isolement, voire de rupture. La souffrance des soignants n'est pas un simple dommage collatéral : elle est le symptôme éthique d'un soin désaccordé, d'un système qui exige sans soutenir, qui invoque la vocation pour justifier l'abandon. Face à cela, prendre soin des soignants devient une condition de possibilité du soin lui-même. C'est permettre au soin de ne pas se retourner contre lui-même, d'échapper à la logique sacrificielle, et de redevenir ce qu'il promet : un acte juste, incarné, humain. C'est aussi poser une exigence de justice structurelle : aucune société ne peut se dire soignante si elle détruit celles et ceux à qui elle confie ses vulnérables.

LES FRONTIÈRES DU SOIN

Cependant, pour soignants comme pour soignés, l'un des obstacles majeurs à l'institutionnalisation du *care* comme norme repose sur ce que Joan Tronto identifie comme trois frontières systémiques. La première est celle qui sépare morale et politique, comme si les considérations éthiques relevaient du domaine privé, alors que l'organisation du soin serait du ressort exclusif de la gestion publique. Or, dans la perspective du *care*, le déploiement d'une éthique relationnelle, attentive et juste est un enjeu politique à part entière, et les institutions ne sauraient être neutres dans leur manière de faire (ou d'empêcher) le soin. La deuxième frontière est celle du rétrécissement du point de vue moral, dominé par des conceptions rationalistes, abstraites et universalistes : on y dévalorise l'émotion, la subjectivité, le contexte et l'expérience comme indignes de fonder un jugement moral. Le *care*, à l'inverse, revendique une morale située, incarnée, traversée d'émotions et de circonstances, sans renoncer pour autant à des exigences de justice. Enfin, la troisième frontière repose sur la séparation entre sphère publique et sphère privée : le *care*, historiquement confiné au domaine domestique, féminin, affectif, est ainsi exclu du champ politique et décisionnel, comme s'il était inexportable hors du foyer. Ces trois clivages - entre morale et politique, entre raison et émotion, entre privé et public - maintiennent le soin dans une position subalterne, là où Tronto propose au contraire d'en faire le principe structurant d'une démocratie véritablement attentive à la vulnérabilité de toutes et de tous²⁷.

Ainsi, « *Les outils du maître ne démantèleront jamais la maison du maître* » disait Audre Lorde²⁹. Au sens le plus strict du terme, le *care* tel que formulé par Joan Tronto appelle donc à un véritable changement de paradigme

- un renversement profond de nos manières de penser la morale, la politique, les institutions et la démocratie elle-même. Il ne s'agit pas d'ajouter une nouvelle morale à celles déjà en place, mais de révéler les angles morts de nos principes actuels, souvent abstraits, désincarnés, et fondés sur l'illusion d'une autonomie radicale. Le *care* ne détruit pas ces fondements, mais les expose comme incomplets, en rappelant que toute vie humaine est prise dans des relations d'interdépendance. Il ne cherche pas à dissoudre les conflits ou à uniformiser les identités, mais à proposer un cadre politique pour leur reconnaissance, en liant la vulnérabilité, l'inégalité, la pluralité et la justice. Dès lors, le soin devient une valeur publique, une exigence institutionnelle, un critère de démocratie. Il ne s'agit plus simplement de réparer ou d'atténuer les effets de systèmes injustes, mais de refonder ces systèmes à partir de l'attention portée à celles et ceux qui en subissent les défaillances : « *si nous voulons mettre fin à une histoire jonchée de cadavres et de ruines* », disait Virginia Woolf³⁰. En articulant l'intime et le structurel, l'individuel et le collectif, l'affectif et le politique, le *care* déplace les frontières entre privé et public, sans les abolir, mais en les transformant en zones de passage et de responsabilité partagée. C'est en cela qu'il constitue une matrice critique d'émancipation et une boussole éthique pour les institutions du soin^{27,31}.

De plus, à ces obstacles se joignent une série d'« impensés du soin », dont l'un des majeurs, en contexte institutionnel, réside dans la persistance de rapports de pouvoir asymétriques, nourris par des logiques paternalistes. Sous couvert de bienveillance ou d'expertise, le paternalisme institutionnel prétend savoir ce qui est bon pour les autres sans les écouter, marginalisant ainsi tant les soignants et les soignés dans leur propre histoire. Ce geste, pourtant issu d'une prétendue intention de protection, empêche l'émergence de l'altérité comme lieu de co-construction du soin. Les savoirs expérientiels sont disqualifiés, les voix minorées, les vulnérabilités réinterprétées comme des résistances, voire des fautes professionnelles. Ce paternalisme, souvent implicite, dénote une irresponsabilité structurante de la part des groupes dominants : ceux qui détiennent les ressources, les statuts, les privilèges, refusent de se reconnaître comme parties prenantes dans la co-responsabilité du soin. Il en résulte un double silence : celui des soignants affectés, et celui des institutions qui ne veulent pas ou ne peuvent pas entendre.

Un second impensé est que les représentations dominantes du soin oscillent entre deux pôles : la famille et le marché³². Dans le premier, le soin est vu comme un acte affectif, gratuit, intime, naturellement assumé au sein des proches - souvent par les femmes. Ce modèle renforce la naturalisation du *care*, sa dévalorisation économique et l'invisibilisation de ses coûts réels. Dans le second modèle, le soin devient une marchandise, échangeable contre rémunération, mesurable en actes et en efficacité. Ici, le soigné devient client, et le soignant, prestataire. Ces deux modèles - l'un familial, l'autre marchand - échouent à penser le soin comme un acte relationnel, politique et moral,

pris dans des conditions concrètes de reconnaissance, de pouvoir, de responsabilité partagée. Ni la logique du don, ni celle du contrat ne suffisent à fonder une éthique juste du soin.

Enfin, le soin véritable suppose toujours un dépassement de la stricte fonction, une part d'« extra », qui ne se laisse ni programmer ni contractualiser^{33,34}. Ce surplus n'est pas un luxe : il est le lieu même de l'éthique du soin. C'est le geste ajusté, la présence pleine, la reconnaissance de la singularité de l'autre, au-delà des grilles et des normes. L'« extra » se manifeste dans l'attention portée aux silences, dans la souplesse face aux protocoles, dans la capacité à être affecté. Cet extra est aussi ce qui éprouve les soignants, car il implique une mise en jeu du soi dans la relation, mais il est aussi ce qui sauve le soin de sa routinisation, ce qui permet la reconnaissance réciproque, ce qui fonde la possibilité d'un soin humain, vivant, juste. Il ne s'agit donc pas d'une surcharge, mais d'une indication du soin comme présence véritable.

En parallèle des obstacles et des impensés, Joan Tronto identifie **sept signes systémiques révélant qu'une institution ne prend pas bien soin**³². Le premier consiste à croire que le soin ne s'active qu'en situation de crise. Cela revient à nier l'omniprésence du besoin de soin, fondé sur l'interdépendance humaine. Le deuxième est la prétention à connaître les besoins sans les interroger. Cela produit des réponses inadaptées, déconnectées de la réalité vécue. Le troisième est la réduction du soin à une marchandise. Cela fait des soignés des consommateurs, et des soignants des ressources instrumentalisées, niant leur humanité. Le quatrième est l'exclusion des personnes concernées du processus d'évaluation du soin, au nom d'une expertise prétendument supérieure. On prive ainsi les soignés et les soignants de leur droit à la parole. Le cinquième est la limitation du soin à une prestation, sans prise en compte du processus global, relationnel et éthique. Tronto appelle ici à reconnaître explicitement les rôles de « personnes attentives » et de « personnes responsables des soins ». Le sixième est l'expérience des soignants selon laquelle les exigences organisationnelles deviennent des obstacles au soin plutôt que ses soutiens. La gestion se sépare du soin, et la structure devient un frein. Enfin, le septième signe est l'inégale répartition du soin selon la classe, la race, le genre, le statut. Certaines personnes n'ont accès au soin que par délégation, tandis que d'autres le reçoivent en position de domination. Cette inégalité touche aussi bien les soignants que les soignés.

Ces sept signes sont autant de symptômes de conflits éthiques structurels, enracinés dans les formes contemporaines de la gestion du soin. Pour y répondre, Tronto propose donc une vision inclusive, démocratique et juste du *care*. Aucune opportunité de soin, aucune qualité de vie ne devrait y être déterminée par la race, le genre, l'orientation sexuelle, ou la classe. Les arrangements intimes doivent être respectés, le travail du soin valorisé, rémunéré équitablement, reconnu comme central dans l'édifice social. Les institutions devraient être organisées pour

accueillir les vulnérabilités, offrir des alternatives concrètes et permettre à toute personne d'exprimer et de négocier ses besoins. Le soin devrait y être source d'épanouissement et de reconnaissance mutuelle, non de subordination. Il doit pouvoir intégrer les affects, les croyances, les limites corporelles ou spirituelles. Enfin, il doit ouvrir, et non enfermer : nul ne devrait être condamné à sa seule vulnérabilité. Le soin juste est celui qui crée des espaces de liberté, de narration, et de transformation partagée³².

COMMENT RETROUVER LE SENS HUMAIN DU SOIN ?

« Appelons « visée éthique » la visée de la « vie bonne » avec et pour autrui dans des institutions justes. » - Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*³⁵.

Le soin, dans sa vérité la plus nue, n'est pas d'abord une fonction, un geste ou un métier. Il est l'épreuve vécue de notre relation à l'autre - cette mise en mouvement de l'attention, de la responsabilité, de la compétence et de la réceptivité, dans le tissu concret de nos existences vulnérables. Il est ce que nous devons aux autres, non pas parce qu'ils sont faibles, mais parce qu'ils sont là, face à nous, en partage d'humanité.

Dans cette perspective, le soin aux soignants n'est pas un enjeu secondaire ni un objet de gestion, mais le test de vérité de l'institution qui se prétend soignante. Il est la mesure silencieuse de sa justesse : une organisation qui néglige, use ou écrase celles et ceux qui prennent soin n'est pas seulement inefficace - elle est éthiquement disqualifiée. Elle manque à sa promesse.

Repenser les structures, les temporalités, les rôles et les paroles pour accueillir le soin des soignants, ce n'est pas seulement améliorer leur confort : c'est permettre au soin lui-même d'être fidèle à ce qu'il promet. C'est reconnaître que la sollicitude n'est pas unidirectionnelle, qu'elle circule, qu'elle exige des relais, des appuis, des reconnaissances. C'est accepter que l'éthique du soin engage aussi les institutions à se réformer : dans leur langage, leur organisation, leurs logiques de pouvoir.

La question n'est donc plus de savoir si les soignants méritent qu'on prenne soin d'eux. Elle est de savoir si l'on peut encore parler de soin là où ceux qui en sont les garants sont eux-mêmes laissés sans recours, sans espace, sans reconnaissance.

C'est en ouvrant un véritable espace politique du soin, au croisement de la morale et de la justice, du quotidien et du système, que nous pourrions enfin répondre à cette question : Qu'avons-nous fait de la médecine, si nous avons oublié de soigner celles et ceux qui soignent ?

« Appelons « visée éthique » la visée de la « vie bonne » avec et pour autrui dans des institutions justes. » - Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*³⁵.

Le soin, dans sa vérité la plus nue, n'est pas d'abord une fonction, un geste ou un métier. Il est l'épreuve vécue de notre relation à l'autre - cette mise en mouvement de l'attention, de la responsabilité, de la compétence et de la réceptivité, dans le tissu concret de nos existences vulnérables. Il est ce que nous devons aux autres, non pas parce qu'ils sont faibles, mais parce qu'ils sont là, face à nous, en partage d'humanité.

Dans cette perspective, le soin aux soignants n'est pas un enjeu secondaire ni un objet de gestion, mais le test de vérité de l'institution qui se prétend soignante. Il est la mesure silencieuse de sa justesse : une organisation qui néglige, use ou écrase celles et ceux qui prennent soin n'est pas seulement inefficace - elle est éthiquement disqualifiée. Elle manque à sa promesse.

Repenser les structures, les temporalités, les rôles et les paroles pour accueillir le soin des soignants, ce n'est pas seulement améliorer leur confort : c'est permettre au soin lui-même d'être fidèle à ce qu'il promet. C'est reconnaître que la sollicitude n'est pas unidirectionnelle, qu'elle circule, qu'elle exige des relais, des appuis, des reconnaissances. C'est accepter que l'éthique du soin engage aussi les institutions à se réformer : dans leur langage, leur organisation, leurs logiques de pouvoir.

La question n'est donc plus de savoir si les soignants méritent qu'on prenne soin d'eux. Elle est de savoir si l'on peut encore parler de soin là où ceux qui en sont les garants sont eux-mêmes laissés sans recours, sans espace, sans reconnaissance.

C'est en ouvrant un véritable espace politique du soin, au croisement de la morale et de la justice, du quotidien et du système, que nous pourrions enfin répondre à cette question : Qu'avons-nous fait de la médecine, si nous avons oublié de soigner celles et ceux qui soignent ?



Implications pratiques (*take-home messages*)

La qualité des soins dépend aussi de la qualité de vie de celles et ceux qui les dispensent. Reconnaître la vulnérabilité des soignants, c'est préserver leur capacité à entrer en relation, à écouter et à ajuster leurs actes. Prendre soin des soignants, ce n'est pas un luxe mais une exigence éthique et organisationnelle. Cela implique des espaces de parole, une attention managériale aux charges émotionnelles, et une culture de la reconnaissance. Dans chaque pratique, même ambulatoire, cela commence par une vigilance simple : oser demander à un collègue comment il va - et lui laisser l'espace pour répondre vraiment.

L'humanité des soins offre l'opportunité de faire prévaloir à tout « il faut » la sollicitude d'un « et toi ? »ⁱⁱⁱ.

(iii) L'Ordre des Médecins, bien conscient des problèmes de santé psychologique des médecins, a développé depuis 2016 une plateforme de confiance pour un support psychologique aux médecins par leurs pairs (<https://www.medecinsendifficulte.be>)

BIBLIOGRAPHIE

1. Rey A, éditeur. Dictionnaire historique de la langue française: contenant les mots français en usage et quelques autres délaissés. Paris: Le Robert; 2016.
2. Longneaux JM. La souffrance des médecins et des soignants. *Ethica Clinica*. 2004;(35):24-33.
3. Bayet-Papin B, Héritier C. La souffrance des médecins, des infirmières et des aides soignants dans l'accompagnement de fin de vie à l'hôpital. *Revue internationale de soins palliatifs*. 2006;Vol. 21(1):35-6.
4. Blot F. Faut-il légaliser l'aide médicale à mourir? reconnaître la complexité. Paris: Hermann; 2023. 207 p. (Collection « Médecine humaine »).
5. Grandjean C, Villadieu R, Christiann F. Souffrance cachée des soignants: quelles réponses? *Médecine Palliative*. 2005;4(4):190-8.
6. Cremer R. Le médecin consultant, une chance pour l'interdisciplinarité. *Archives de Pédiatrie*. 2012;19(6, Suppl 1):H139-40.
7. Estryn-Behar M, Lassaunière JM, Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine Palliative*. 2012;11(2):65-89.
8. Devaux F, Bibard L. Ce qui n'est pas dit n'existe pas - balises narratives pour soigner en situations complexes. *Médecine Palliative*. 2025;S1636652225000315.
9. Frank AW. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Second edition. Chicago: The University of Chicago Press; 2013. 253 p.
10. Montello M. Narrative Ethics. *Hastings Center Report*. 2014;44(51):S2-6.
11. Montello M. It's all in the stories. *Hastings Center Report*. 2014;44(51):inside front cover-inside front cover.
12. Tronto J. *Le risque ou le care?* Paris: Presses Universitaires de France; 2012.
13. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, *et al*. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015;S1(HS):41-50.
14. Gilligan C. *In a human voice*. Cambridge, UK ; Hoboken, NJ, USA: Polity Press; 2023. 132 p.
15. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017;31(8):995-1004.
16. Saad M, de Medeiros R, Mosini A. Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". *Medicines*. 2017;4(4):79.
17. Nortvedt P. Levinas, justice and health care. *Med Health Care Philos*. 2003;6(1):25-34.
18. Benaroyo L. Emmanuel Levinas. La vocation médicale de l'homme. In : Lefève C, Canguilhem G, Benaroyo L, Worms F. *Les Classiques du soin*. PUF (Serie "Questions de soins"); 2015.
19. Maillard N. Emmanuel Lévinas et l'éthique médicale. *Éthique & Santé*. 2004;1(2):100-6.
20. Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Paris: Livre de Poche; 1974.
21. Nortvedt P. Immersed subjectivity and engaged narratives: clinical epistemology and normative intricacy. *Nurs Philosophy*. 2003;4(2):129-36.
22. Nortvedt P. Clinical sensitivity: the inseparability of ethical perceptiveness and clinical knowledge. *Sch Inq Nurs Pract*. 2001;15(1):25-43; discussion 45-8.
23. Nortvedt P. Needs and closeness-Defending a reasonable partiality in nursing care. *Nurs Philos* [Internet]. juill 2019 [cité 14 juin 2021];20(3). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nup.12256>
24. Lavoie M, De Koninck T, Blondeau D. The nature of care in light of Emmanuel Levinas. *Nursing Philosophy*. 2006;7(4):225-34.
25. Levinas E. *De l'existence à l'existant*. Paris: Vrin; 2004.
26. Robin-Vinat W, Texier G. Nous ne sommes pas des super-soignants: du principe de non-substitution à l'interdisciplinarité. *Médecine Palliative*. 2018;17(3):167-72.
27. Tronto JC. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge; 1993.
28. Weil S. *Attente de Dieu*. Paris: Albin Michel; 2016.
29. Lorde A, Browne ML. *Sister outsider*. New York: Penguin Books; 2019. 187 p.
30. Woolf V. *A room of one's own ; and Three guineas*. London: Vintage Publishing; 2016.
31. Tronto JC. *Caring democracy: markets, equality, and justice*. New York: New York University Press; 2013.
32. Tronto JC. *Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose*. *Ethics and Social Welfare*. juill 2010;4(2):158-71.
33. Fisher B. Alice in the Human Services: A Feminist Analysis of Women in the Caring Professions. In: *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. State University of New York Press:108-31.
34. Wold SJ, Brown CM, Chastain CE, Griffis MD, Wingate J. Going the Extra Mile: Beyond Health Teaching to Political Involvement. *Nursing Forum*. 2008;43(4):171-6.
35. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Points; 2015.

Travail reçu le 14 mai 2025 ; accepté dans sa version définitive le 1^{er} juillet 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

DEVAUX F.

E-mail : franck.devaux@hubruxelles.be