

La remobilisation des capacités du soignant : une réponse à sa vulnérabilité

Erichbert Tambou Kamgue

Volume 7, numéro 2-3, 2024

Numéro hors-thème & Ateliers de la SCB
Open Issue & CBS Workshops

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1112280ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1112280ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Kamgue, E. T. (2024). La remobilisation des capacités du soignant : une réponse à sa vulnérabilité. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 7(2-3), 67–74. <https://doi.org/10.7202/1112280ar>

Résumé de l'article

Aborder la question de la vulnérabilité du soignant dans la relation de soin peut paraître déplacé voire illusoire. En effet, la figure commune du soignant est celle d'une personne forte, qui n'est pas affectée par la maladie et la souffrance du malade; une personne qui ne laisse pas transparaître le malaise et le mal-être liés à son activité. La pandémie de la Covid-19, qui a marqué notre monde ces dernières années, nous a révélé à suffisance que le soignant n'est pas un dieu vêtu en blouse blanche/bleue/rose/violette. L'expérience du quotidien nous montre que le soignant, tout comme le malade, peut être en situation de vulnérabilité. Quand le soignant est abandonné à sa souffrance et que sa vulnérabilité est ignorée, l'impact d'une telle expérience peut être néfaste pour les soins prodigués. Il s'agit dans cet article de considérer la notion de capacité comme paradigme de compréhension de la prise en charge de la vulnérabilité du soignant. Suivant cette logique, répondre à la vulnérabilité du soignant revient à promouvoir un environnement de soin capacitant qui puisse lui permettre de développer ses capacités. L'approche par les capacités nous rappelle ainsi la nécessité de prendre en compte les aspirations morales et humaines des soignants dans la pratique médicale.

© Erichbert Tambou Kamgue, 2024



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

La remobilisation des capacités du soignant : une réponse à sa vulnérabilité

Ericbert Tambou Kamgue^a

Résumé

Aborder la question de la vulnérabilité du soignant dans la relation de soin peut paraître déplacé voire illusoire. En effet, la figure commune du soignant est celle d'une personne forte, qui n'est pas affectée par la maladie et la souffrance du malade; une personne qui ne laisse pas transparaître le malaise et le mal-être liés à son activité. La pandémie de la Covid-19, qui a marqué notre monde ces dernières années, nous a révélé à suffisance que le soignant n'est pas un dieu vêtu en blouse blanche/bleue/rose/violette. L'expérience du quotidien nous montre que le soignant, tout comme le malade, peut être en situation de vulnérabilité. Quand le soignant est abandonné à sa souffrance et que sa vulnérabilité est ignorée, l'impact d'une telle expérience peut être néfaste pour les soins prodigués. Il s'agit dans cet article de considérer la notion de capacité comme paradigme de compréhension de la prise en charge de la vulnérabilité du soignant. Suivant cette logique, répondre à la vulnérabilité du soignant revient à promouvoir un environnement de soin capacitant qui puisse lui permettre de développer ses capacités. L'approche par les capacités nous rappelle ainsi la nécessité de prendre en compte les aspirations morales et humaines des soignants dans la pratique médicale.

Mots-clés

vulnérabilité, soignant, capacités, malade, soin

Abstract

Addressing the question of the caregiver's vulnerability in the care relationship may seem out of place, even illusory. Indeed, the common image of the carer is that of a strong person, unaffected by the patient's illness and suffering; a person who does not allow to show through the discomfort and unease associated with their activity. The Covid-19 pandemic that has marked our world in recent years has made it abundantly clear that the carer is not a god in a white/blue/pink/purple gown. Everyday experience shows us that the carer, like the patient, can be vulnerable. When caregivers are abandoned to their suffering and their vulnerability is ignored, the impact of such an experience can be detrimental to the care they provide. The aim of this article is to consider the notion of capability as a paradigm for understanding how to deal with caregiver vulnerability. Following this logic, responding to caregivers' vulnerability means promoting an enabling care environment that enables them to develop their capabilities. The capability approach thus reminds us of the need to take into account the moral and human aspirations of caregivers in medical practice.

Keywords

vulnerability, caregiver, capabilities, patient, care

Affiliations

^a Département de Philosophie, École Normale Supérieure-Université de Bertoua, Bertoua, Cameroun

Correspondance / Correspondence: Ericbert Tambou Kamgue, ericbertk@outlook.fr

INTRODUCTION

Aborder la question de la vulnérabilité du soignant dans la relation de soin peut paraître déplacé voire illusoire pour certaines personnes. Généralement, lorsqu'on réfléchit sur les défis éthiques de la relation soignante, l'accent est mis sur la vulnérabilité du malade. En effet, la figure commune du soignant¹ est celle d'une personne forte, qui n'est pas affectée par la maladie et la souffrance du malade²; une personne qui ne laisse pas transparaître le malaise et le mal-être liés à son activité. Bien que le soignant soit la personne à qui nous confions les malades de notre société, il nous est souvent difficile de nous rendre compte, au regard de nos multiples attentes à son égard, que la souffrance qu'il rencontre dans la pratique de son art peut l'atteindre comme être humain et l'user au fil du temps. La pandémie de la Covid-19, qui a marqué notre monde ces dernières années, nous a révélé à suffisance que le soignant n'est pas un dieu vêtu en blouse blanche/bleue/rose/violette. Elle nous a montré qu'il est un être humain comme chacun de nous; qu'il peut connaître la souffrance, la maladie, l'angoisse, la peur; qu'il peut, à cause des conditions difficiles dans lesquelles il pratique son art, être diminué et se questionner sur le sens même de son être-soignant. L'expérience du quotidien nous révèle que le soignant peut être en situation de vulnérabilité (1). Quand le soignant est abandonné à sa souffrance et que sa vulnérabilité est ignorée, l'impact d'une telle expérience peut être néfaste pour les soins prodigués dans la mesure où ils peuvent n'être plus de qualité: d'où la nécessité de prendre en compte sa vulnérabilité et de lui apporter une aide suffisante afin qu'il puisse d'abord s'assumer comme être humain et, ensuite, continuer d'assumer dignement sa mission de veilleur de l'humain-souffrant.

C'est à ce niveau que peut être intéressante l'approche par les capacités développée notamment par le philosophe et économiste indien Amartya Sen. Il s'agit dans cet article de considérer la notion de capacité comme paradigme de compréhension de la prise en charge de la vulnérabilité du soignant. Suivant cette logique, répondre à la vulnérabilité du soignant revient à promouvoir un environnement de soin capacitant qui puisse lui permettre de développer ses capacités. Il s'agit à ce niveau de lui donner des ressources, des aptitudes, des compétences, des opportunités et des soutiens pour rendre

¹ Par « soignant » j'entends la personne dont la profession consiste à délivrer les soins médicaux. Ainsi, sont pris en compte ici médecin, infirmier(ière), sage-femme, aide-soignant etc. On peut à ce niveau parler de soignant ou professionnel de la santé.

² Par « malade » j'entends toute personne souffrante ou dont la santé est altérée qui se rend à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux.

possible des choix raisonnés et des fonctionnements valorisés : ce qui lui permettra d'offrir des soins de qualité et surtout d'être épanoui dans son activité. L'approche par les capacités nous rappelle ainsi la nécessité de prendre en compte les aspirations morales et humaines des soignants dans la pratique médicale. Dans une institution de soins, on retrouve des hommes et des femmes traversés d'angoisses et d'espérances, de joies et de douleurs qui se mettent au service des malades. Ces hommes et femmes luttent chaque jour contre la souffrance, la solitude, la maladie et la mort : d'où la nécessité de prendre soin d'eux afin qu'ils puissent continuer à donner sens à nos sociétés. Ainsi, l'augmentation des capacités du soignant le rend moins vulnérable face aux divers risques encourus dans l'exercice de son art.

LA VULNÉRABILITÉ DU SOIGNANT : UNE RÉALITÉ DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

La notion de vulnérabilité renferme une notable complexité. La définition communément admise affirme qu'est vulnérable, celui qui peut être atteint physiquement ou psychologiquement (1). Sur le plan philosophique, la notion de vulnérabilité humaine ne se trouve pas en tant que corpus. Toutefois, la mort et la souffrance, questions théologiques et philosophiques, renvoient à la dimension humaine de la vulnérabilité. Pour Pascal Ide, la vulnérabilité peut être comprise comme « "la capacité d'être blessé". (...) La vulnérabilité signifie donc une triple compétence : entrer dans une relation de dépendance, subir le manque et souffrir » (2, p.50). Être vulnérable c'est être exposé à des menaces externes plus ou moins pénibles qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes ou des communautés. La vulnérabilité peut également être la conséquence d'une menace interne. C'est le cas des personnes qui ont des problèmes psychologiques. Elle peut aussi être définie comme « un principe qui prescrit au fondement de l'éthique, le respect, le souci et la protection d'autrui et du vivant en général, sur la base du constat de la fragilité, de la finitude et de la mortalité des êtres » (3, p.103). Il y a dans cette définition de De Betremieux, la nécessité d'une dépendance c'est-à-dire vivre sa vulnérabilité dans une forme d'abandon entre les mains d'experts en humanité. De Betremieux met l'accent sur l'implication éthique de la vulnérabilité dans les rapports sociaux.

Toutefois, rappelons tout de même que si l'on peut guérir de la maladie, il n'en est pas de même pour la vulnérabilité. Il y a, pour ainsi dire, une inscription de la vulnérabilité en chacun de nous. Dans le *Protagoras*, Platon soulignait déjà que l'être humain a été créé à partir d'un manque. La vulnérabilité exprime de manière persuasive la finitude de la condition humaine. La vie humaine est fragile et ne tient qu'à un seul fil ; un fil qui peut se rompre sans prévenir et même surprendre les plus forts et puissants parmi les hommes. Ce fil est tellement sensible qu'il peut s'abîmer et s'altérer si l'on ne prend pas soin de lui. C'est en cela que consiste la vulnérabilité humaine. Ce constat concerne tous les humains, petits comme grands, riches comme pauvres. Nous sommes tous des êtres vulnérables. La vulnérabilité est intrinsèque à la vie humaine. Elle marque la fragilité de l'existence humaine. On peut parler, avec Agatha Zielinski (1, p.89), de la vulnérabilité comme étant le « fonds commun d'humanité ». Ainsi, parce qu'elle participe à la condition humaine, « la vulnérabilité, loin de caractériser un état transitoire qui devrait être dépassé dans l'accès à l'autonomie, ou un état pathologique résultant de l'impossibilité d'un tel accès doit (...) être pensée comme une modalité irréductible de notre rapport au monde » (4, p.5-10).

Dans la relation de soin, la vulnérabilité du malade est la chose la plus évidente qui soit. Il est l'humain souffrant. Il fait l'expérience de la limitation ou réduction de ses champs de possibilités. Comme le souligne Zielinski (1, p.90), le malade est « exposé à la maladie, à l'altération physique, à la douleur, au bouleversement psychique. Ultimement à la mort. Mais encore, être exposé à l'intrusion du soin ». Contrairement à celle du malade, la vulnérabilité du soignant est souvent la plus difficile à visualiser socialement dans la relation de soin. Cependant, deux éléments majeurs peuvent être considérés comme étant les signes de l'épiphanie de sa vulnérabilité dans la relation soignante.

L'exposition au malade

Pour Zielinski, le propre de la vulnérabilité du soignant est « d'être exposé à la souffrance de l'autre. (...) Exposé à l'altération, à la mort de l'autre, exposé au refus, à l'échec parfois de la relation » (1, p.90). En effet, quand nous nous rendons à l'hôpital, nous sommes généralement accueillis par un soignant. Il est le premier à faire face à notre souffrance. Sa vulnérabilité est donc d'être exposé à l'autre souffrant. À partir d'une lecture levinassienne, on peut dire que la vulnérabilité du soignant est « l'immédiat à fleur de la peau de la sensibilité » (5, p.104). L'immédiateté du sensible est exposition à la blessure de l'autre, à sa souffrance, à son dénuement. Elle peut se comprendre aussi comme exposition à l'altérité c'est-à-dire ouverture à ce que l'autre souffrant vit et ressent. De fait, le soignant est celui qui écoute la plainte du malade et le récit de sa souffrance pour lui donner sens selon les canons de la médecine. Le visage du malade s'impose par une pure nudité et le soignant y est exposé car « la nudité du visage est un dépouillement sans aucun ornement culturel – une absolution – un détachement de sa forme au sein de la production de la forme » (6, p.52). La nudité du visage du malade n'est pas ce qui s'offre au soignant parce qu'il le dévoile ; c'est-à-dire qu'elle n'est pas livrée à lui, à son pouvoir médical. Le visage du malade s'est tourné vers le soignant : « et c'est cela sa nudité même. Il est par lui-même et non point par référence à un système » (7, p.47). Le visage du malade s'impose au soignant et ce dernier ne peut « rester sourd à son appel, ni l'oublier » (6, p.52) ; car le visage parce qu'il se manifeste comme supplication, est exigence. C'est à ce niveau que se situe, selon Levinas (6), la dimension éthique de sa visitation.

Le soignant ne peut donc s'empêcher dans cette relation d'être responsable pour le malade, c'est-à-dire responsable pour la misère du malade, pour sa souffrance. Cette relation qui s'établit avec l'autre souffrant, le met en question, le vide de lui-même. Car la vulnérabilité du malade lui intime un ordre, celui de ne pas rester indifférent et par conséquent de tout faire pour répondre à cet appel c'est-à-dire apporter des soins nécessaires pour le soulager. Aussi, avant d'être exposé à la souffrance

du malade, le soignant est en premier lieu affecté par l'irruption de ce dernier dans son existence. Bien qu'étant formé à prendre soin, l'arrivée du malade est un signe d'angoisse, un nouveau *challenge* pour le soignant à cause de la singularité de chaque cas. Face à chaque malade, il faut adopter une nouvelle posture, une nouvelle attitude.

Il est important de souligner ici la nécessité de faire une distinction claire entre l'exposition dont parle Levinas et l'idée de thématization. En effet, dans la thématization, il y a réduction de l'Autre au Même c'est-à-dire méconnaissance de l'altérité mieux encore, suppression ou possession de l'Autre. À ce niveau, l'Autre – le malade – perd son altérité et devient un objet. Levinas (7, p.14) écrit : « la neutralisation de l'Autre, devenant thème ou objet – apparaissant, c'est-à-dire, se plaçant dans la clarté – est précisément sa réduction au Même ». Cette idée de thématization, Levinas la situe au niveau de la connaissance. La connaissance est liberté car elle consiste à ne rien recevoir d'Autrui mais à prendre en compte ce qui se trouve en moi : « Connaître, revient à saisir l'être à partir de rien ou à le ramener à rien, lui enlever son altérité » (7, p.14). Or, le malade ne se révèle pas au soignant dans le registre de la connaissance. C'est sur la base de la rencontre de l'Autre – le malade – à travers son visage, que se noue la relation de soin. Cette rencontre est présence. Dans la thématization il y a une possession de l'Autre qui nie son indépendance. Or, l'enjeu est tout autre chose dans l'exposition car à ce niveau, nous dit Levinas (5, p.83), « l'un s'expose à l'autre comme une peau s'expose à ce qui la blesse, comme une joue offerte à celui qui frappe ». L'exposition renvoie à l'idée de passivité, passivité à l'outrage, à l'offense et à la blessure. La vulnérabilité du soignant se situe dans cette passivité où le sujet (soignant) reçoit de l'autre (malade) un affect, une émotion, une plainte, une demande. C'est dans ce sens qu'on dit que le soignant est exposé au malade. Il y a, à travers cette rencontre, l'intrusion du malade dans l'univers du soignant, dans ses savoirs faire et ses pouvoirs faire. Se sentir impuissant face à une telle responsabilité peut être cause de frustrations, de déceptions, d'échec et même d'abandon dans la prise en charge des malades.

Le poids de cette passivité ou exposition à autrui-souffrant vient du fait que le soignant n'aura jamais fini de mettre fin à cette souffrance car « la vulnérabilité, exposition à l'affection, sensibilité, passivité plus passive que toute passivité, (...) [est] exposition toujours à exposer, exposition à exprimer » (5, p.85). Le soignant est condamné à être responsable, condamné à rencontrer la vulnérabilité du malade parce que « être moi [soignant] signifie, dès lors, ne pas pouvoir se dérober à la responsabilité, comme si tout l'édifice de la création reposait sur mes épaules » (6, p.53). C'est dans l'exposition à l'autre-souffrant, à son dénuement, que se trouve – selon une lecture levinassienne – la responsabilité éthique à son égard. La responsabilité du soignant « n'a de sens que comme un "prendre soin du besoin de l'autre", de ses malheurs et de ses fautes, c'est-à-dire comme un donner » (5, p.119). Très souvent conscients de cette responsabilité, les soignants s'impliquent dans le soin en assumant autant que possible leur mission, ce qui les emmène parfois à faire l'expérience du *burnout*.

L'expérience du burnout

L'idée d'un soignant fort, toujours souriant et que la douleur du malade ne peut affecter est une idée bien répandue dans la mentalité commune. Déjà au IV^e siècle avant J.-C., Hippocrate s'exprimait en ces termes : « le médecin aura une couleur et de l'embonpoint [...]. Car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas en aussi bon état ne sauraient pas soigner convenablement les autres » (8, p.26). Cependant, ce fantasme s'écroule au quotidien au vu de la réalité et du vécu du personnel soignant dans les institutions hospitalières. Il est clair que le soignant comme toute autre personne est faillible et vulnérable. Il est souvent confronté dans sa pratique à l'expérience de l'épuisement professionnel communément appelée « *burnout* » (9). Reprenant les conclusions d'un article de *The Lancet*, le HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) dans son livre blanc souligne que le « burnout chez les médecins a atteint un niveau épidémique mondial. [...] 80% des médecins interrogés dans le cadre d'une enquête de l'association médicale britannique (British Medical Association) en 2019 présentaient un risque élevé ou très élevé d'épuisement professionnel, les jeunes médecins étant les plus exposés, suivis des médecins généralistes » (9, p.4).

L'expression *burnout* a été inventée en 1974 par le psychanalyste Freudenberger pour désigner un épuisement professionnel. Il écrivait à ce sujet : « En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, les ressources internes viennent à se consumer comme sous l'action l'actio des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». (10, p.352). Pour Philippe Svandra, l'expression *burnout* peut être comparable à une « maladie de l'âme en deuil de son idéal » (11, p.46). Elle renvoie à l'idée de l'épuisement professionnel. De manière générale, l'épuisement survient lorsqu'un seuil a été franchi. Selon Claude Veil cité par Olié et Légeron (10, p.352), « l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives ».

L'épuisement professionnel survient de l'accumulation (dans notre contexte par le soignant) des facteurs de stress. Il est donc une conséquence de multiples réactions de stress qui l'ont usé pendant une longue période. Dans le cadre de la relation de soin, en donnant ce qu'il a en termes de compétence, de temps, d'émotions, d'énergie, sans très souvent recevoir en retour de son entourage (de l'institution hospitalière, du malade et de ses proches), le soignant court le risque de se vider au point d'assécher sa vie. L'expérience de l'épuisement professionnel du soignant peut aussi correspondre à un sentiment d'impuissance ; impuissance face à la souffrance du malade, impuissance due à la difficulté ou incapacité de le soulager et de trouver un traitement adéquat. L'épuisement du soignant peut également être la résultante d'une fatigue émotionnelle ou fatigue de compassion. En effet, selon Rifkin (12, p.121), « la surréaction empathique permanente peut épuiser l'affectivité, émousser l'empathie et aboutir à un retrait émotionnel de la situation ». On peut retenir que le *burnout* est la conséquence d'un malaise entre l'attendu et le vécu dans la pratique soignante d'une part, et l'usure d'une dynamique de don asymétrique

(référence faite ici à l'éthique levinassienne où le soignant est appelé à faire le nécessaire pour prendre soin du malade sans toutefois rien attendre en retour) dans des conditions souvent difficiles de travail, d'autre part. Par conditions difficiles de travail, on peut noter le manque d'effectif, un plateau technique non qualifié, le temps de travail assez important, etc. Il faut noter également que l'épuisement professionnel du soignant peut être causé par la détresse morale (13). Cette dernière se définit comme « un sentiment vécu par [le soignant] qui ne peut poser l'action [qu'il] considère en accord avec ses valeurs personnelles et professionnelles » (13, p.66). L'expérience de la détresse morale a un impact sur la santé mentale et psychique du soignant, la qualité de son travail et des soins prodigués, ainsi que sur sa relation avec le malade.

Le *burnout*, manifestation visible de la vulnérabilité du soignant, représente aujourd'hui un problème de santé publique dans plusieurs pays car le malaise et le mal être des soignants semblent s'accroître de plus en plus dans les institutions hospitalières. La pandémie à coronavirus a dévoilé à quel point soigner peut devenir stressant, voire contraignant pour les soignants. Elle a surtout mis en lumière des éléments qui contribuent au *burnout* des soignants, considéré ici selon Galam (14, p.124) comme « une véritable épidémie à bas bruit » chez ces derniers. Aussi, comme le soulignent Fleury et Gateau (15), cette pandémie nous invite, sous la base du vécu des soignants, « à repenser les conditions d'accueil de notre vulnérabilité commune (dont le burnout est une modalité), mais aussi à revoir les conditions concrètes de la reconnaissance des métiers de soin et l'organisation du travail soignant ». En effet, le *burnout* est néfaste pour le soignant, le malade ainsi que pour l'institution hospitalière. Il a un impact négatif (11) sur la performance professionnelle et sur la qualité de soins prodigués. Également, il est l'indicateur que notre société, dans son fonctionnement, semble ignorer les souffrances des personnes qui prennent soin de notre humanité souffrante. Les personnes qui ont pour mission de soutenir les plus vulnérables se trouvent laissées à leur sort ; leur santé et leur épanouissement se trouvent ainsi menacés. D'où la nécessité de leur venir en aide afin qu'elles puissent continuer de rester fidèles à leur mission sociale. Nous devons reconnaître cependant que la vulnérabilité des soignants dans les institutions hospitalières « a trait aux questions existentielles qui concernent l'expérience humaine dans sa complexité et qui reposent, selon la formule de Ricoeur, la question de la visée éthique : celle d'une vie bonne, avec et pour autrui dans des institutions justes » (15, p.64).

On peut conclure à ce niveau que ces différentes formes de vulnérabilité peuvent être considérées comme génératrices de privation de capacités du soignant car elles l'empêchent de réaliser la vie dont il peut avoir des raisons de se féliciter. Par conséquent, une institution qui se veut juste ne saurait rester muette et sourde face à la souffrance de l'un de ses membres. Elle doit se mobiliser afin de lui offrir des « possibilités réelles de vivre » (16) dans cet environnement de soin qui est le sien.

POUR UNE « CAPABILISATION » DES SOIGNANTS

Comme nous venons de le montrer, dans la relation de soin, la vulnérabilité n'est pas seulement celle du malade. Le soignant peut aussi être vulnérable. Et par conséquent, une aide doit lui être apportée afin qu'il puisse bien assumer la mission qui est la sienne en toute dignité. Cette aide peut être faite, selon nous, à travers la remobilisation de ses capacités. L'approche par les capacités nous paraît être un modèle théorique et pratique qui peut permettre de prendre soin des soignants.

Développée par l'économiste et philosophe Amartya Sen, l'approche par les capacités est une théorie de la justice sociale qui se fonde sur les libertés réelles dont disposent les individus pour réaliser ce qu'ils désirent réellement. Selon Sen (16, p.309), « l'idée de capacité est liée à la liberté concrète. Elle attribue un rôle crucial à l'aptitude réelle d'une personne à effectuer les diverses activités qu'elle valorise ». Ainsi, la capacité d'un individu « représente les diverses combinaisons de fonctionnement (états et actions que la personne peut accomplir) » (17, p.66). Elle évoque la fin d'une vie comprise comme un bien-être qu'il faut acquérir à partir de la combinaison de différents états allant des plus simples aux plus complexes. Sont pris en compte dans les capacités ce que les individus possèdent, leur capacité et leur liberté à mettre à profit leurs biens afin de choisir eux-mêmes le mode de vie qui les intéresse. De manière précise, il s'agit pour Sen de ne plus se focaliser sur les moyens d'existence pour définir le développement ou la félicité des individus, mais sur les « possibilités réelles de vivre » (16) dont ils disposent. Par « possibilités réelles de vivre », on doit entendre la liberté de choisir ses fins et de les atteindre.

Suivant cette logique, on peut dire que dans la relation de soin, le fait que le soignant soit celui qui apporte une solution à la souffrance du malade, ne signifie pas qu'il doit être jugé plus avantageux par rapport à ce dernier. Bien que disposant de l'art et du savoir-faire médical, le soignant est souvent confronté à la difficulté d'avoir une vie dont il ne pourrait avoir des raisons de s'en féliciter à cause des infortunes de sa vulnérabilité. En effet, les éléments sus évoqués de la vulnérabilité du soignant peuvent affecter négativement son épanouissement personnel et professionnel. Ce qui doit être pris en compte c'est la possibilité pour le soignant de réaliser, s'il fait ce choix, le style de vie qu'il désire mener au sein de la relation de soin ainsi que dans l'institution hospitalière : la possibilité pour lui de valoriser son activité et la liberté d'atteindre cette fin. L'échec d'un soignant de se réaliser peut conduire à une frustration qui réduit son bien-être et accroît son malaise. Ce qui est en jeu ici, c'est la liberté du soignant d'atteindre ce bien-être. L'approche par les capacités est intéressante dans la mesure où elle permet de « comprendre que les *moyens* d'une vie humaine satisfaisante ne sont pas en eux-mêmes les *fins* du bien-vivre » (16, p.288). La capacité du soignant « peut se définir comme liberté de bien-être (celle d'améliorer son propre bien-être) et liberté d'action (celle de faire progresser tous les objectifs et valeurs qu'il souhaite promouvoir) » (16, p.349).

Se focaliser sur les capacités est d'une importance capitale dans la mesure où cette approche attire l'attention sur les décisions à prendre, non pas pour égaliser les capacités des individus, mais pour analyser l'aptitude nécessaire pour la réalisation des combinaisons des fonctionnements à réaliser par les individus. En effet, Amartya Sen (17) distingue la capacité du fonctionnement. Le fonctionnement est la réalisation particulière, tandis que la capacité est la condition de cette

réalisation. Il écrit à ce sujet : « un fonctionnement est une réalisation, tandis qu'une capacité est une aptitude à la réalisation » (17, p.43) Ainsi, pour avoir une vie dont il peut se féliciter, l'individu doit être capable de transformer en fonctionnement ses capacités individuelles. Selon Sen (17), la vie est faite des fonctionnements qui sont liés entre eux. Ils sont constitutifs de l'existence humaine. L'espace de fonctionnement comprend tout ce qui est possible de faire dans la vie, les façons d'être et d'agir des personnes. Ainsi, l'accomplissement d'une vie peut être comprise comme le vecteur de ces fonctionnements. Dans la perspective de l'approche par les capacités, les revendications des soignants ne doivent pas être jugées en fonction de leurs ressources, mais de la liberté qu'ils disposent à choisir une vie dont ils peuvent avoir des raisons de valoriser. Dans les discussions philosophiques sur la justice sociale, les ressources, identifiées à ce que les personnes possèdent ou peuvent obtenir, sont la variable principale sur laquelle elles sont jugées. Or, Sen critique cette approche et pense que l'accent doit être mis sur les capacités et les fonctionnements, car les ressources ne sont utiles que si elles sont convertissables et si elles permettent d'exercer librement des choix. Selon Sen (17), ce n'est pas la quantité des ressources que possède une personne qui détermine son bien-être, mais ce qu'elles lui permettent d'accomplir ou de réaliser en accord avec ce qu'il désire être et faire. Le bien-être ou la réussite d'une personne s'évalue non à partir des biens (ressources) qu'elle possède, mais à partir de la liberté réelle. En effet, « c'est cette liberté réelle qu'on appelle la "capacité" de l'individu d'accomplir diverses combinaisons possibles de fonctionnements » (17, p.122). Bien que tous les soignants puissent avoir les mêmes capacités, ils peuvent à cause de leur liberté arriver à des résultats différents, car « ils auront exercé leurs libertés dans le cadre de stratégies et de tactiques différentes » (17, p.123).

À travers cette théorie de la justice que nous utilisons comme paradigme de compréhension de la prise en charge des soignants, il est question de ne pas mettre uniquement l'accent sur ce que le soignant finit par réaliser dans la relation de soin, mais sur ce qu'il est vraiment en mesure de faire, sa liberté réelle à se réaliser. Malgré la capacité de résilience du soignant (comme ce fut le cas durant la crise du Covid-19), il peut finir par prodiguer les soins sans toutefois avoir (ou être dans) les possibilités réelles de le faire. La remobilisation des capacités des soignants peut se situer à plusieurs niveaux. Loin d'être exhaustifs, nous évoquerons ici seulement quelques aspects qui nous paraissent importants.

Ainsi, suivant l'approche des capacités, la prise en compte des « possibilités réelles de vivre des soignants » peut se faire à travers une amélioration significative de leurs conditions de travail. En effet, la réalité du *burnout* est souvent la résultante des conditions difficiles de travail. Cette amélioration passe dans un premier moment par la réduction du nombre d'heures de travail. Selon une étude menée par le HIMSS dans près d'une dizaine de pays, « il est scientifiquement prouvé que le fait de travailler plus de 40h par semaine, contribue au sentiment d'épuisement » (9, p.6). Dans de nombreux pays industrialisés, l'évolution des techniques de soin, des mentalités et des exigences des malades, l'apparition des nouveaux modes d'hospitalisation et la complexité du travail hospitalier ont de manière considérable augmenté le temps de travail des soignants dans les hôpitaux. Prendre conscience de la diminution du temps passé par les soignants au travail est indispensable pour la remobilisation de leurs capacités. Il s'agit à ce niveau pour les responsables des structures de soins de garantir au soignant une charge horaire de travail raisonnable, pouvant lui permettre d'harmoniser vie de famille, vie sociale et vie de travail : éléments indispensables pour son équilibre et son bien-être. Dans son livre blanc, le HIMSS met en évidence les résultats d'une étude menée à l'Université de Saragosse qui révèle « qu'une charge de travail hebdomadaire supérieure à 40 heures est associée à une prédisposition accrue au risque de souffrir d'épuisement professionnel » (9, p.12). Un temps raisonnable passé au travail permet au soignant de « pouvoir maintenir un équilibre entre vie privée et vie professionnelle » (18, p.8). Il est donc nécessaire de revoir les politiques de gestion des institutions de soins, car elles doivent prendre en compte les souhaits et les besoins des soignants. Remobiliser les capacités des soignants signifierait aménager et réduire le temps de travail, procéder à une réorganisation du travail dans les institutions de soins afin que les soignants puissent assurer efficacement leur mission et améliorer les prestations de soins. La réorganisation du travail à l'hôpital pourrait passer par l'instauration d'un climat de confiance et de dialogue entre soignants et administrateurs afin de leur donner la possibilité de s'exprimer et ainsi rendre plus agile l'organisation. Elle passe également par le renforcement du travail d'équipe qui exige « une composition stable de l'équipe, composée de collègues de confiance, afin d'éviter les frictions et de favoriser les échanges de connaissances et d'émotions » (9, p.18). Une équipe stable et bien organisée favorise le partage des tâches et permet d'éviter la redondance et les chevauchements des tâches. Aussi, le Dr Clair Sullivan, Responsable de programme groupe de recherche de l'académie de santé numérique du Queensland Université du Queensland et Directrice de la santé numérique, et Services de la santé Hôpital Metro North en Australie, interrogée dans les enquêtes menées par le HIMSS, préconise d'« investir dans des solutions et processus numériques pour alléger la bureaucratie, par exemple en réduisant la charge de travail liée à la documentation » (9, p.19). La diminution du temps de travail doit s'accompagner de l'augmentation des effectifs. Très souvent dans nos institutions de soins, le nerf de la guerre se trouve dans le *ratio* nombre de personnels soignants par malades. Moins sont nombreux les soignants, plus sont grands le temps et la charge de travail à l'hôpital.

La « capabilisation » des soignants passe également par une dotation en ressources matérielles de travail. Quand le plateau technique n'est pas de bonne qualité, il n'est pas facile pour le soignant de bien prendre soin des malades. Cette incapacité à pratiquer son art peut être source d'angoisse et de *burnout*. Si en Occident, les structures sanitaires ont souvent un matériel adéquat et à la pointe de la technologie, en Afrique subsaharienne, un effort considérable doit être fait par les pouvoirs publics pour doter les structures sanitaires d'un plateau technique qui facilite une bonne prise en charge des malades. Lisier (19, p.1), souligne si bien cette différence lorsqu'elle écrit : « en Europe, l'hôpital, techniquement bien équipé, ne l'est pas au plan humain. A contrario, dans les pays en développement, l'hôpital n'est pas suffisamment pourvu en moyens techniques et la dimension humaine laisse fortement à désirer ». Au Cameroun par exemple, le ministre de la Santé publique lors d'une de ses visites dans trois hôpitaux de la banlieue de Yaoundé (Capitale politique), faisait déjà le constat selon lequel les soignants n'arrivaient pas à prendre soin des malades à cause du caractère défectueux et souvent inexistant du plateau technique. Il a

donc préconisé une cure de jouvence des plateaux techniques de ces hôpitaux (20). Toutefois, quand bien même l'hôpital est doté d'un plateau technique performant, l'absence d'entretien ou le mauvais entretien le rend généralement inutilisable (21). D'où la nécessité de mettre l'accent non pas seulement sur la dotation en plateau technique de qualité mais, également, sur la qualité de la maintenance afin que celui-ci puisse être toujours au service du soignant et des malades. La cure de jouvence des plateaux techniques va de pair avec une amélioration de l'environnement de travail. En effet, avant d'être un lieu de soins, l'hôpital est un lieu de vie pour les soignants comme pour les malades. Un cadre convivial et propre, des salles de repos appropriés etc. sont autant d'éléments indispensables pour humaniser les structures sanitaires et pour « capabiliser » les soignants. Il est clair que « l'amélioration des conditions de travail est à l'évidence centrale dans un secteur où le travail est particulièrement exigeant, physiquement et mentalement, et provoque une usure professionnelle précoce » (22, p.155).

Outre les éléments suscités, la remobilisation des capacités des soignants passe également par une revalorisation salariale. Pendant la crise de Covid-19, les soignants ont exigé dans un certain nombre de pays que leur salaire soit revalorisé à la hauteur de la pénibilité de leur travail et des compétences exigées. Selon des études faites par la Fondation Jean Jaurès en France et le Fed Médical, les bas salaires sont souvent sources de démotivations de certains soignants, d'absence au poste et voire de fuite ou reconversion professionnelle (23,24). Comme autre conséquence des bas salaires, on peut ajouter la corruption (les pots-de-vin) à l'hôpital telle que nous révèle une étude faite dans un hôpital public de la ville de Douala au Cameroun (25). Cette corruption devient dès lors une menace à la performance hospitalière et à la qualité du soin. Bayemi (25, p.37-38) écrit :

le pouvoir discrétionnaire dont jouit le médecin lui permet de collecter les pots-de-vin auprès des patients en contrepartie des soins de santé offerts. (...). Dans la radiologie et le laboratoire, la pratique la plus courante consiste à faire croire au patient que le service ne possède plus de consommables ou que les machines sont en panne. Les techniciens de la radiologie ou ceux du laboratoire lui suggèrent alors le paiement d'une certaine somme afin d'obtenir par exemple un film pour la radio ou un réactif pour le laboratoire. Les patients qui ne passent pas par ces circuits subissent des retards dans la réalisation de leurs examens de santé. (...), certains médecins exigent que les malades leur versent une somme additionnelle en plus du paiement du droit officiel à la consultation. (...), d'autres exigent que chaque malade leur verse une somme irrégulière et ne cherchent pas à savoir si le malade s'est acquitté du versement de la somme officielle demandée à cet effet.

Face à certains dysfonctionnements du système de santé publique camerounais, la corruption devient « une huile nécessaire pour dégraisser les rouages d'une machine hospitalière trop lourde, lente et difficilement accessible. Elle permet ainsi de contourner les difficultés liées à l'accès de certains personnels et services médicaux, d'accroître la rapidité des procédures administratives (procédures d'entrée et de sortie à l'hôpital, etc.) et de réduire les temps d'attente » (26, p.252). Comme conséquence, la corruption contribue à diminuer les ressources financières de l'hôpital, car les pots-de-vin qui sont donnés au soignant pour bénéficier des soins auraient servi à remplir les caisses de l'hôpital et être utilisés pour sa bonne gestion.

Une autre conséquence des bas salaires peut être le détournement des patients des structures de santé publique pour celles privées (25,26). En effet, dans le système de santé camerounais, un médecin de l'hôpital public peut, à ses heures libres, rendre service dans les hôpitaux privés où il est généralement payé au prorata du nombre de malades consultés. Ainsi, pour se faire plus d'argent, le médecin détourne certains malades de l'hôpital public vers le privé où il travaille. Certains les détournent pour leurs domiciles privés où ils ont ouvert un centre de santé illégal. Ces mots de Nga Nkouma (26, p.256) nous donnent une idée de ce phénomène :

Les détournements sont des recommandations des personnels médicaux, des vols et confiscation des matériels et produits de santé à des fins privées. Ils se manifestent de plusieurs manières : les ventes illicites des médicaments extorqués à d'autres malades ; les détournements des malades vers les autres cliniques privées des médecins ou vers leurs domiciles en vue des consultations et autres prestations sanitaires ; les détournements des matériels de santé à des fins privées ; les récupérations des produits de santé et non utilisés par les malades ; les locations des équipements hospitaliers à titre privé (tels que des paiements supplémentaires effectués pour l'obtention d'un lit prétendu réservé).

L'inconvénient de ces différentes pratiques est que le malade paye désormais plus pour recevoir des soins, et l'hôpital public de son côté souffre d'un manque à gagner. Il est donc souhaitable de revoir les rémunérations salariales des soignants afin qu'ils puissent exercer de manière juste et digne leur profession.

Un autre aspect qui nous semble intéressant dans cette dynamique de remobilisation des capacités des soignants est en effet la formation continue de ces derniers. En effet, les techniques et les connaissances dans le champ médical changent régulièrement. La pratique médicale évolue chaque jour grâce aux innovations technoscientifiques qui améliorent et facilitent les prises en charge des patients. L'arrivée des nouvelles techniques de soins et d'équipements nouveaux, les changements intervenants dans les systèmes de santé et le sens nouveau de la prestation de soins, sont autant d'indices qui imposent la formation continue du personnel soignant. À cet effet, si le soignant n'est pas remis à jour dans sa pratique, il court le risque de se voir confronté à la difficulté d'apporter des soins de qualité au malade. Cette incapacité peut être source de démotivation, de *burnout* et d'abandon. Ainsi, la finalité de la formation continue est d'améliorer les compétences des soignants, d'entretenir et de parfaire leurs qualifications professionnelles afin d'améliorer l'offre et la qualité des soins. Tout en relevant le niveau de

prise en charge des malades, elle renforce l'efficacité de l'agir soignant. Elle permet une remise en question du soignant à travers une sorte de remise à niveau. Aussi, « pouvant être conçue comme un complément à la formation initiale et comme une occasion de structurer les apprentissages expérimentiels, la formation continue modifiée, au travers des nouveaux apports, la construction globale de l'édifice personnel » (27, p.84). En clair, la formation continue est un outil nécessaire pour prévenir le *burnout* du soignant, car elle lui permet de garder l'enthousiasme pour sa profession tout en mettant à jour ses connaissances sur l'évolution des soins.

CONCLUSION

Au demeurant, la pratique médicale reste une activité stressante, tant les attentes de la société à l'égard des soignants sont énormes (28). C'est pourquoi, comme le souligne Pierre Canouï, « aborder la souffrance [la vulnérabilité] du soignant est devenu (...) une préoccupation telle pour les soignants et certains observateurs des systèmes de santé qu'il faut l'envisager en termes de problème de santé publique » (29, p.101). En effet, confronté à la fragilité humaine, le soignant est renvoyé à sa propre fragilité d'être humain qui peut l'ébranler et le déstabiliser. La vulnérabilité du soignant le rend avant tout humain et les émotions qu'il exprime en sont l'expression, même si dans nos institutions hospitalières, elles sont souvent ignorées ou non prises en compte : c'est ce qui peut justifier les multiples grèves des personnels soignants observées dans plusieurs pays dans le monde. Ainsi, la vulnérabilité du soignant est bien réelle et plus fréquente qu'on ne peut l'imaginer ; mais il y a souvent dans nos sociétés une méconnaissance ou une invisibilisation de cette réalité. Toutefois, le soignant, en ce qu'il a de profondément humain, primera d'une façon ou d'une autre sur le rôle qu'il joue dans la société. En effet, c'est son humanité qui lui permet de panser, de reconforter, de consoler, de soulager, d'être résilient, de soigner et d'insuffler l'espoir d'une éventuelle guérison. Or, s'il est abandonné à lui-même, si son malaise et son mal-être sont ignorés, c'est toute la société qui va en pâtir, car il ne pourra plus prendre soin de notre humanité souffrante. L'approche par les capacités vise à renforcer le pouvoir du soignant à choisir lui-même la vie qu'il aspire mener ; elle nous donne de comprendre que des conditions et un climat de travail favorables, dignes et humains sont des éléments qui constituent des soins à accorder aux soignants. Une politique managériale des institutions qui promeut la capabilisation des soignants crée des conditions qui les motivent et les responsabilisent, et qui assurent la qualité et la continuité des soins. Assurément, la mission des soignants « en faveur d'un autre vulnérable, leur donne le droit à un soutien de la collectivité » (30, p.73). Un soignant qui a une évaluation positive de son travail est motivé à être présent et à offrir un service de qualité : « si les soignants étaient moins épuisés, ils seraient peut-être plus efficaces, plus rigoureux dans leur travail, moins exposés à des erreurs professionnelles, plus stables à leur poste » (29, p.101). Vivre dans une institution juste, pour reprendre Ricoeur (31), c'est vivre dans une institution qui met l'accent sur la prise en charge des personnes vulnérables et qui donne à ceux et celles qui prodiguent les soins, des ressources, des moyens et des opportunités pour mieux exercer leurs compétences au bénéfice des vulnérables. Si le soignant se sent bien à l'hôpital, lieu où il passe la majeure partie de son temps, il se sentira mieux dans sa vie, dans sa peau et dans sa tête. Répondre à la vulnérabilité du soignant c'est prendre soin de lui en le valorisant, en considérant la pénibilité de sa fonction, en lui donnant des outils réels pour travailler et en le mettant dans des conditions idoines. C'est en dernier ressort lui offrir un environnement de soins capacitant c'est-à-dire « un environnement porteur de capacités, les capacités étant un trait d'union dynamique entre dispositions personnelles et dispositions organisationnelles pour (s')accomplir » (32, p.132). Ainsi, promouvoir un environnement capacitant dans le domaine des soins médicaux favorise le développement des capacités du soignant et peut contribuer à une meilleure prise en charge des personnes malades. Capabiliser le soignant c'est donc prendre soin de lui ; ce qui, en dernière analyse, revient à prendre soin des malades.

Reçu/Received: 12/10/2023

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Publié/Published: 21/06/2024

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Marie-Alexandra Gagné & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Marianne Dion-Labrie & Catherine Bert

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue Canadienne de Bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

RÉFÉRENCES

1. Zielinski A. [La vulnérabilité dans la relation de soin. « Fonds commun d'humanité »](#). Cahiers philosophiques. 2011;2(125):89-106.
2. Ide P. L'homme vulnérable et capable. Une alternative au dilemme puissance-fragilité. Dans : Ars B, éditeur. Fragilité dis-nous ta grandeur ! Un maillon clé au sein d'une anthropologie postmoderne. Paris : Cerf, Coll. « Recherches morales »; 2013, p. 31-88.
3. De Betremieux P. Les figures de la vulnérabilité. Dans : Hirsch E, éditeur. Médecine, Éthique et société. Comprendre, réfléchir, décider. Paris : Vuibert, coll. Espace Éthique; 2007, p. 102-10.
4. Garreau M, Le Goff A. Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care. Paris : PUF; 2010.
5. Levinas E. Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. La Haye : Martinus Nijhoff, coll. Biblio essais; 1974.
6. Levinas E. Humanisme de l'autre homme. Montpellier : Fata Morgana, coll. Biblio essais; 1972.
7. Levinas E. Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité. 4^e édition. La Haye : Martinus Nijhoff; 1974.
8. Ravallec C, Brasseur G, Bandéelle A, Vaudoux D. Personnels soignants en milieu hospitalier. Des performances sous perfusion. Travail & Sécurité. 2009;25-39.
9. HIMSS. [De la surcharge de travail à l'épuisement professionnel. Ce que pensent les soignants](#). Livre blanc. Nuance Communications; 2021.
10. Olié J-P, Légeron P. Rapport 16-01. [Le burn-out](#). Bulletin Académie Nationale Médecine. 2016;200(2):349-65.
11. Svandra P. Le soignant et la démarche éthique. Paris : Estem; 2009.
12. Rifkin J. Une nouvelle conscience pour un monde en crise. Vers une civilisation de l'empathie. Paris : Les Lieux Qui Libèrent; 2011.
13. Poisson C, Alderson M, Caux C, Brault I. [La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances](#). Recherche en soins infirmiers. 2014;2(117):65-74.
14. Galam E. L'erreur médicale, le burn out et le soignant. Paris : Springer; 2000.
15. Fleury C, Gateau V. [La clinique philosophique du burn out des soignants à la lumière de la Covid-19](#). Soins. 2020;65(848):62-4.
16. Sen A. L'idée de justice. Traduction Chemla P, Laurent É. Paris : Flammarion; 2009.
17. Sen A. Repenser l'inégalité. Traduction Chemla P. Paris : Seuil; 2000.
18. Bopda Negueu A, Nambile Cumber S, Donatus L, et al. [Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé](#). Pan African Medical Journal. 2019;34:126.
19. Luisier V. « J'ai mal à l'hôpital » : les promesses non tenues de la médecine hospitalière. Centrale Sanitaire Suisse Romande. 2011;5:1.
20. Ngapout A. [Plateau technique de trois hôpitaux : le Minsanté promet des améliorations](#). Cameroon Tribune. 13 mai 2019.
21. Baliq H. [L'hôpital public francophone](#). Médecine Tropicale. 2004;64:545-51.
22. Benallah S, Domin J-P. [Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?](#) La revue de l'Ires. 2017;1-2(91-92):153-83.
23. Aviragnet J, Califer É, Delaporte A, Guedj J, Rumel-Sixdenier S. [Un plan de reconstruction de l'hôpital public](#). 14 juin 2023.
24. FED Medical. [Etude : la reconversion des soignants, une conséquence de la crise sanitaire ?](#) 22 avril 2021.
25. Bayemi V. Corruption et crise des hôpitaux publics à Douala : le schéma d'une organisation tripolaire. Dans: Sama M, Nguyen VK, éditeurs. Governing Health Systems in Africa. Dakar : Codesria; 2008. p. 34-43.
26. Nga Nkouma Tsanga R. [Effets de la corruption en milieu hospitalier camerounais sur la performance hospitalière](#). Revue Repères et Perspectives. 2020;4(2):244-64.
27. Lasserre Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lagger G, Golay A. [Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue des soignants en éducation thérapeutique du patient](#). Pédagogie Médicale. 2008;9(2):83-93.
28. Vigneras B. [Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité ?](#) Espace éthique Poitou Charentes. May 2014.
29. Canoui P. [La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques](#). Revue internationale des soins palliatifs. 2003;18(2):101-4.
30. Brugère F. L'éthique du « care ». Paris : PUF, « Coll. Que sais-je ? » ; 2011.
31. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris : Seuil; 1990.
32. Cuvelier L, Fernagu S. [Sujets capables et environnements capacitants : des cadres pour penser les situations d'apprentissage pour et dans le travail](#). TransFormations – Recherches en Éducation et Formation des Adultes. 2023;1(25):130-47.