

Mémoire de fin d'études en soins infirmiers

Quand la vulnérabilité ouvre la rencontre
Ce que la nuit du soignant éclaire



UE 56 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directrice de mémoire : **NICOLAS Séverine**

Date de rendu : 26 mai 2026

Note aux lecteurs :

*« Ce dossier, est un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication
en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».*

« Il y a dans les hommes plus de choses à admirer que de choses à mépriser. »

Albert Camus La Peste, 1947

« There is a crack in everything, that's how the light gets in. »

« Il y a une fissure dans toute chose ; c'est ainsi qu'entre la lumière. »

Léonard Cohen, Anthem, 1992

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans un certain nombre de personnes.

Madame Nicolas, ma directrice de mémoire. Merci pour votre accompagnement, votre disponibilité et vos conseils tout au long de ce travail. Vous avez su me guider sans jamais me dicter le chemin.

Madame Florindo, ma référente pédagogique. Merci pour votre écoute, votre soutien et pour avoir cru en moi dans les moments où j'en avais le plus besoin.

Merci à mes camarades, à mon groupe, à mon binôme de formation. Pour les échanges, l'entraide, et tout ce qu'on a traversé ensemble ces trois ans.

Je remercie également les quatre soignants qui ont accepté de me recevoir et de partager leur expérience. Leurs témoignages ont nourri ce travail bien au-delà de ce que j'espérais.

Ma famille et mes amies.
Vous m'avez beaucoup soutenue pendant que je portais ça.

Ma mère, surtout. Tu as été mon moteur. Malgré tes propres épreuves et combat, tu n'as jamais lâché. Je ne l'oublie pas.

Mon père. Merci pour ta présence, ton soutien, et pour m'avoir aidé à rester accroché quand c'était dur.

Ma sœur. Tu as toujours cru en moi. Vraiment. Ça compte plus que tu ne le sais.
À vous tous, merci.

Et enfin, mon neveu, pour son aide et sa participation pour mon image en page de garde.

Sommaire

Introduction	1
1 Situation d'appel.....	3
2 Questionnement.....	5
3 Question de départ	7
4 Cadre de référence	8
4.1. Le handicap entre normes et environnement	8
4.1.1. Du modèle médical à une approche interactionnelle et sociale	8
4.1.2 Le désavantage construit par le regard	11
4.1.3 L'environnement comme levier ou comme obstacle.....	13
4.2. Le soin : au-delà du simple geste technique	15
4.2.1. Soigner : un art qui précède tous les autres	15
4.2.2. Une rencontre humaine : la relation de soin.....	17
4.3. L'impensé dans la relation de soin : la vulnérabilité du soignant	20
4.3.1. Un fonds commun d'humanité.....	20
4.3.2. Les normes professionnelles face aux handicaps	22
4.3.3. La reconnaissance des limites du soignant	23
5. L'enquête exploratoire : démarche et méthode.....	26
5.1. Choix de la méthode d'entretien : l'entretien semi-directif	26
5.2. La population ciblée et la logique d'échantillonnage	26
5.3. Les conditions de réalisation et les garanties éthiques.....	27
5.4. Le positionnement méthodologique et les limites	27
6. Analyse des données	28
6.1. Quatre soignants, quatre regards	28
6.2. Analyses individuelles des entretiens.....	29
6.3. Tableau d'analyse croisée	29

7. Analyse croisée des entretiens	30
7.1. Le handicap, ou l'art de remplir les cases.....	30
7.2. De la blessure à la compétence.....	34
7.3. Quand la vulnérabilité enrichit la rencontre	36
7.4. La vulnérabilité ignorée	38
7.5. De l'obligation légale à la pratique concrète.....	40
7.6. Synthèse : Ce que le terrain nous apprend	42
8. Conclusion.....	44
9. Bibliographie.....	46
10. Annexes.....	48

Introduction

Tout a commencé au cours de mon troisième stage de première année au sein d'un service d'éveil post-réanimation, des patients avec un handicap lourd, une luminosité tamisée et moi, étudiant infirmier avec un handicap visuel, me demandant si j'avais ma place dans ce milieu. Est-ce qu'on soigne différemment quand on est soi-même en situation de handicap ? C'est la question qui s'est imposée, dans ce couloir précis, ce matin-là. Elle est personnelle. Elle porte mes doutes, mon histoire, ma façon maladroite d'entrer dans ce métier. Et c'est justement pour cela que j'ai voulu l'explorer plus sérieusement, pas seulement pour répondre avec mon expérience, mais pour explorer ce que les autres pensaient. J'en ai discuté avec ma directrice de mémoire, qui m'a encouragé à creuser cette piste. En cherchant de la documentation sur le sujet, j'ai été frappé par quelque chose : le patient en situation de handicap, on en parle beaucoup, mais le soignant face à son handicap, beaucoup moins ou presque pas. Ce silence-là m'a questionné. Pourquoi personne ne se pose vraiment cette question ? Peut-être parce qu'elle dérange. Peut-être parce qu'on ne sait pas comment s'y prendre, moi le premier. Alors je me suis documenté et j'ai lu. Le handicap, le soin, la vulnérabilité du soignant, trois notions qui m'ont semblé inséparables dès le début.

Ces lectures ont fait émerger cinq axes d'analyse : les représentations du handicap, les ressources produites par le vécu du handicap, la place de la vulnérabilité dans la relation de soin, la façon dont l'institution reconnaît ou ignore cette réalité, et l'écart entre obligation légale et pratique concrète. Le soin, c'est une rencontre. Levinas dit que « l'éthique est une optique » (Levinas, 1961/2000, p. 11). Voir l'autre vraiment. J'ai longtemps tourné cette phrase dans ma tête et je me suis demandé si vivre soi-même avec une limitation changeait cette façon de voir.

C'est en cherchant mes mots pour dire tout cela que je suis tombé sur Leonard Cohen. « There is a crack in everything, that's how the light gets in. » (Anthem, The Future, Columbia Records, 1992.) La fissure qui laisse entrer la lumière. Le soignant qui porte quelque chose et qui soigne quand même. C'est exactement ce que j'explore et analyse dans ce travail.

L'image qui ouvre ce travail, en page de garde, a été réalisée par mon neveu. Elle veut raconter la même chose. On y voit un soignant de dos, en tenue blanche, qui monte un escalier vers la lumière. Il avance. On ne voit pas son visage. On ne sait pas ce qui l'attend.

Mais il continue, avec tout ce qu'il porte en lui. J'ai choisi cette image parce qu'elle dit, montre, ce que ce mémoire essaie de mettre en mots. Le soignant qui porte quelque chose. La lumière qui attend au bout. Et cet escalier qu'on gravit sans savoir exactement où il mène, comme dans toute vraie relation de soin.

Tout est parti du questionnement que ma situation d'appel a généré. C'est lui qui a tout déclenché. Mon cadre de référence m'a donné les outils pour nommer et structurer ces thèmes, et c'est sur le terrain que j'ai pu ensuite questionner et analyser à leur lumière grâce à des entretiens. J'ai donc interrogé quatre infirmiers de services différents. Quatre façons de vivre et de connaître le handicap dans le soin. Ce travail ne prétend pas avoir tout résolu, mais il a changé quelque chose en moi. Notamment ma façon de penser le soin, et ma façon de me voir comme futur soignant. Je n'avais pas en tête les questions les plus essentielles que j'ai posées au départ. Elles sont venues à travers les lectures, les entretiens et le chemin parcouru depuis le début de cette formation.

1. Situation d'appel

Ma situation d'appel s'est déroulée au cours de mon troisième stage de première année, dans un service d'éveil post-réanimation. Le service composé de huit lits, assure une prise en charge spécialisée entre la réanimation et la rééducation, accueillant des patients présentant un handicap lourd nécessitant une prise en soins particulièrement lourds. L'atmosphère y est singulière : les lumières sont volontairement tamisées, les bruits étouffés, le rythme différent de celui qu'on imagine en entrant en formation. Dès les premiers jours, j'ai senti que ce service fonctionnait selon ses propres codes, ses propres exigences. Le travail en binôme demande de la confiance, de la coordination, une vraie capacité à s'ajuster à l'autre. Mais le manque de personnel et de moyens rendait tout cela difficile. Le rythme était serré. Chaque erreur comptait double. C'est dans ce contexte que tout s'est joué.

L'équipe m'a accueilli, fait visiter. Et très vite j'ai réalisé que la situation allait être difficile. Me retrouver face à des patients en situation de handicap sévère a fait remonter quelque chose d'inattendu. Ma propre vulnérabilité. La luminosité réduite, pensée pour les patients, devenait un obstacle pour moi. J'aurais dû le dire. Je ne l'ai pas fait. Je voulais faire mes preuves. Être là pour soigner, pas pour être soigné. Les écrans, les polices trop petites, les logiciels inadaptés. Modifier l'affichage aurait gêné les collègues. Alors j'ai compensé autrement. Vérifier deux fois, prendre plus de temps, redoubler d'attention. La fatigue s'est accumulée, le stress aussi. Et sans vraiment m'en rendre compte je me suis mis à l'écart. Moins de communication, plus d'isolement.

Un jour, sous la supervision d'un infirmier intérimaire, j'ai dû réaliser un soin pour la première fois. Le contexte était déjà tendu : le service manquait de bras ce jour-là, le rythme était soutenu, et je sentais le poids de cette pression sur chacun. Le stress et la précipitation m'ont conduit à commettre des erreurs. L'infirmier, manifestement agacé, a réagi de manière brusque. Il a lâché une remarque blessante à mon égard, une de ces phrases qu'on n'oublie pas. Une phrase qui ne visait pas seulement mes erreurs techniques. Elle visait ma différence. Elle visait ce que j'étais en train de vivre et que j'avais choisi de taire. Il a renversé le matériel très brusquement devant le patient, puis a quitté la chambre, me laissant seul auprès du patient. Ce qui s'est passé ensuite, je ne m'y attendais pas. Le patient, malgré sa situation, malgré ses

propres limitations, a regardé la scène avec attention. Et il a parlé. Pas de l'incident directement, mais de ce qu'il avait observé depuis le début de ma présence dans sa chambre. Il a dit, à sa façon, que j'avais été là pour lui. Que j'avais pris le temps, que j'avais été doux, attentif, présent. Il a critiqué le comportement du soignant. Il n'a pas utilisé de grands mots. Juste la simplicité de quelqu'un qui passe ses journées dans un lit et qui sait faire la différence. Ce moment-là je ne l'oublierai pas. Il m'a montré que le soin ne se résume pas à la technique. Que les patients voient ce que les équipes ne voient pas. Dans le couloir, seul. Les larmes sont venues là, pas devant le patient, pas devant l'équipe, avec le sentiment de porter quelque chose de trop lourd et de ne pas savoir où le poser. Ce n'était pas seulement la honte d'avoir commis des erreurs, c'était l'humiliation d'avoir été désigné, d'avoir été réduit à ma différence devant un patient, par quelqu'un qui était censé m'encadrer. C'était aussi, peut-être, le soulagement d'un patient qui avait choisi mon camp et la confusion de ne pas savoir quoi faire de tout cela. L'incident a entraîné des répercussions dans l'équipe. La plupart des soignants ont pris mon parti. Ils ont exprimé leur désaccord face à la réaction de leur collègue, certains directement, d'autres à travers des gestes de soutien discrets. Mais tous n'ont pas réagi de la même façon. Certains sont restés neutres, ont défendu la réaction du soignant en la contextualisant avec la pression, la fatigue, le manque de moyens. Comme si le contexte difficile du service pouvait excuser ce qui avait été dit. Ces dynamiques-là, je ne les avais pas vues venir, elles m'ont appris que le handicap du soignant ne questionne pas seulement la relation avec le patient. Il questionne aussi la relation avec l'équipe, et les normes implicites de ce que doit être un soignant.

Le soir même, l'infirmier est revenu vers moi. Il a dit qu'il était désolé, brièvement, sans grands mots, sans explication, puis il est reparti. Ce geste-là, aussi, m'a laissé avec des questions. Est-ce que des excuses suffisent quand la blessure a été faite devant un patient ? Est-ce que le regret efface la stigmatisation ? Je ne crois pas. Mais il m'a montré autre chose : que même dans les réactions les plus brusques, il y a parfois une conscience. Que les soignants, eux aussi, portent quelque chose. Et que la vulnérabilité ne circule pas seulement dans un sens. Cet événement m'a appris quelque chose que je ne savais pas encore nommer. La stigmatisation peut venir de l'intérieur même du soin, d'un collègue dans une chambre, devant un patient. Ce n'est pas parce qu'elle est involontaire qu'elle blesse moins.

2. Questionnement

Mon expérience soulève des questions importantes sur la place des soignants en situation de handicap dans le milieu hospitalier. Ces questions ne sont pas abstraites, elles sont nées d'une situation concrète, vécue, dans un service précis, avec des personnes précises. C'est à partir de là que le questionnement s'est construit. Pas immédiatement, mais progressivement et parfois douloureusement. La première chose que j'ai réalisée, c'est que la stigmatisation ne vient pas toujours de là où on l'attend. On imagine le regard du patient, ses représentations, mais pas celui d'un collègue. Quelqu'un formé comme moi, engagé dans le même soin que moi. Pourtant c'est de là que la blessure est venue. Comment un soignant en situation de handicap peut-il exercer dans un environnement où ses propres pairs peuvent être source de stigmatisme ? Et si ce n'est pas de la malveillance mais juste une norme implicite, une idée de ce que doit être un soignant, comment parvenir à exercer dans ces conditions ?

Ce qui s'est passé dans l'équipe m'a aussi interrogé, la plupart ont pris mon parti, mais pas tous. Certains ont contextualisé, invoqué la pression, la fatigue, le manque de moyens. Comme si cela suffisait à tout expliquer. Cette division-là m'a surpris. La question du handicap du soignant ne se limite pas à la relation avec le patient. Il en dit long sur l'équipe, sur ce qu'elle accepte, sur ce qu'elle considère comme normal. Et cela m'a autant dérangé que l'incident lui-même.

Il y a aussi la question du silence. Je n'avais pas parlé de mon handicap. Le soignant n'a pas expliqué sa réaction et ses excuses ont été brèves, sans suite. Toute la situation s'est déroulée dans le non-dit, avec le silence comme langue par défaut. Et ce silence n'était pas neutre. Il a produit de l'isolement, de l'incompréhension, un froid dans l'équipe qui a duré. Pourquoi est-ce si difficile de nommer le handicap du soignant dans une équipe ? Est-ce que ce silence protège ou est-ce qu'il aggrave ?

Une autre interrogation m'a surpris : celle du patient. C'est lui qui a pris ma défense. C'est lui qui a observé, qui a reconnu ma présence, ma bienveillance, mon engagement dans le soin. Ce renversement m'a interpellé. Le patient qui défend le soignant. Ce n'est pas ce qu'on apprend en formation, et pourtant c'est ce qui s'est passé. Alors la question s'est posée d'elle-même : et si la vulnérabilité du soignant rendait la relation plus vraie ?

Le handicap du soignant change aussi quelque chose dans la relation avec le soigné. Je ne l'avais pas vu venir. Il peut créer quelque chose de particulier, un espace où la vulnérabilité circule dans les deux sens. Mais il influence aussi, et peut-être avant tout, la perception que le soignant a de lui-même. D'un côté il y a la volonté de démontrer ses compétences. De l'autre il faut reconnaître ses limites pour garantir des soins sécurisés. L'équilibre est étroit. Comment accepter ses propres difficultés sans que cela soit vécu comme un aveu d'incompétence ?

Il y a aussi la question de la légitimité. La remarque du soignant dépassait mes simples erreurs de pratique. Elle ciblait ce que j'étais, ma différence, ce que j'avais choisi de taire. Cette question de la légitimité professionnelle du soignant en situation de handicap, je l'ai ressentie ce jour-là dans ma chair. Elle ne s'est pas dissipée avec les excuses du soir. Elle est restée et elle est devenue l'une des lignes directrices de ce travail.

Cette situation m'a aussi amené à penser à la vulnérabilité dans le soin de façon plus large. Le stress, l'anxiété, les larmes dans ce couloir, c'était mon vécu de soignant ce jour-là. Peut-elle devenir une ressource ? Et qui est censé aider le soignant à faire ce chemin-là ? J'ai fait ce qui était nécessaire, c'est-à-dire me débrouiller seul avec ce que je porte, et c'est vraiment épuisant. L'ensemble de ces éléments m'a conduit à formuler une question de départ.

3. Question de départ

Toutes ces interrogations sans réponses claires m'ont conduit quelque part, vers une question centrale qui les rassemble toutes :

« Comment la situation de handicap d'un soignant peut-elle influencer la relation de soin avec le soigné ? »

4. Cadre de référence

Avant d'aller sur le terrain, il m'a fallu construire une base. Pas pour avoir les réponses à l'avance. Mais pour savoir de quoi je parlais vraiment. Parce que des mots comme handicap, soin, vulnérabilité, on les utilise tout le temps sans forcément les définir. On croit les connaître. Et puis on creuse, et on réalise qu'ils ont une histoire, qu'ils se sont transformés, qu'ils ne veulent pas dire la même chose selon qui les utilise. Je commence par le handicap. Puis le soin et la relation de soin. Et je termine par la vulnérabilité du soignant, ce concept que j'avais vraiment besoin de nommer, parce que c'est lui qui est au cœur de tout ce que j'ai vécu. Ces trois notions ne se séparent pas. Elles se répondent. Et c'est à leur croisement que la question du soignant en situation de handicap prend tout son sens.

4.1. Le handicap entre normes et environnement

4.1.1. Du modèle médical à une approche interactionnelle et sociale

En préparant ce travail, j'ai cherché ce que voulait dire le mot handicap. Je m'attendais à une définition simple, posée, évidente. Ce que j'ai trouvé m'a surpris. À l'origine, le handicap n'avait rien à voir avec une déficience. Hamonet le montre : le terme *hand in cap* désignait au XVII^e siècle un jeu d'échange pour compenser une inégalité entre deux parties. Et il précise qu'« en 1827, le terme traverse la Manche avec une terminologie spécifique de course de chevaux... On voit ainsi apparaître la notion d'égalisation des chances » (Hamonet, 2022, p. 15). C'était un mécanisme pour rétablir l'équilibre. La société produisait l'inégalité, et c'est elle qui devait la corriger. La notion était sociale avant d'être médicale. Mais alors, si c'était cela le handicap à l'origine, comment en est-on arrivé à en faire une affaire de corps défaillant ? C'est après la Seconde Guerre mondiale que quelque chose a changé. Avec la médecine de réadaptation, née des séquelles de guerre, le handicap a progressivement été relocalisé dans le corps de la personne. La réponse consistait à réparer, compenser ou rééduquer (Hamonet, 2022, p. 114). C'est ce qu'on appelle le modèle médical. Ce modèle a tellement dominé qu'il a fini par sembler naturel, comme s'il avait toujours été ainsi. La Classification internationale des handicaps de l'OMS en 1988 l'a formalisé en distinguant déficience, incapacité et désavantage dans une logique linéaire : l'un entraîne l'autre (OMS, 1988). Tout part de la personne. L'environnement n'existe pas. Et c'est là qu'une question s'est imposée à moi : est-ce que c'est vraiment la personne qui pose un problème, ou le monde dans lequel elle évolue

qui n'a pas été pensé pour elle ? Dans mon service d'éveil, si on pousse ce raisonnement jusqu'au bout, c'est moi le problème. C'est mon œil. Pas les écrans mal adaptés, pas la luminosité insuffisante, pas l'absence totale de réflexion sur comment m'accueillir. Moi. Et cela, je ne pouvais pas m'en satisfaire.

Cette question a fini par déranger d'autres personnes que moi. En 2001, la Classification internationale du fonctionnement propose une vision radicalement différente : le handicap comme résultat négatif de l'interaction entre un individu et son environnement, qu'il soit physique, social ou institutionnel (OMS, 2001). Le déplacement est total. Ce n'est plus la personne qui pose problème. C'est l'inadéquation entre ce qu'elle est et un monde qui n'a pas été pensé pour elle. Hamonet le formule de manière frappante : « le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société... Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par la société » (Hamonet, 2022, p. 63). En lisant cela, j'ai eu l'impression qu'on mettait enfin des mots sur ce que j'avais vécu sans pouvoir le nommer. Ce n'était pas moi qui étais inadapté. C'est le cadre qui ne s'était pas adapté.

Mais si c'est le cadre qui produit le désavantage, alors qui est responsable de le changer ? La loi du 11 février 2005 s'inscrit dans cette même évolution. Elle définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement » (Loi n° 2005-102, 2005). Ce mot, environnement, il change tout. Ce n'est plus une nuance de définition. C'est un changement de responsabilité. Le Rapport mondial sur le handicap le confirme : « les environnements physiques, sociaux et attitudinaux peuvent soit limiter, soit faciliter la participation » (Organisation mondiale de la Santé & Banque mondiale, 2011, p. 4). Une même limitation produit donc des effets radicalement différents selon que l'environnement a été pensé pour accueillir la différence ou non. Les chiffres de la DREES (2024) le rappellent : plusieurs millions de personnes déclarent des limitations susceptibles d'entraîner des restrictions de participation. Ce n'est pas une réalité marginale. C'est une dimension significative de la société, et donc du monde professionnel dans lequel on exerce. Une question s'est alors imposée : pourquoi l'institution hospitalière, qui accompagne chaque jour des personnes vulnérables, semble si peu préparée à accueillir ses propres professionnels qui le sont aussi ? C'est précisément là que cette réflexion prend tout son sens pour ce travail.

Les organisations reposent sur des attentes implicites de performance et de disponibilité qui peuvent creuser les écarts entre les capacités d'une personne et les exigences du cadre de travail. La Convention relative aux droits des personnes handicapées rappelle la nécessité de garantir une participation pleine et effective à la société (Nations Unies, 2006). La loi du 11 février 2005 affirme le principe d'égalité et reconnaît l'importance des aménagements nécessaires (Loi n° 2005-102, 2005). Le handicap apparaît ainsi comme une question d'adaptation réciproque entre la personne et son contexte. Et c'est précisément cette réciprocité qui était absente dans mon stage. Personne n'avait pensé à adapter quoi que ce soit. J'étais censé m'adapter seul, en silence, sans même dire que j'en avais besoin. Et quand j'y repense, ce silence-là dit quelque chose. Il dit qu'on n'avait pas prévu que quelqu'un comme moi puisse être là.

Ce glissement du modèle médical vers le modèle interactionnel change profondément la façon dont on pense la place du soignant en situation de handicap. La question n'est plus seulement de savoir si ce soignant est capable d'exercer. Elle devient : est-ce que l'institution a fait ce qu'il fallait pour que cette capacité puisse s'exprimer ? Dans mon expérience, la réponse était clairement non. C'est ce constat qui ouvre la réflexion sur les représentations sociales.

4.1.2. Le désavantage construit par le regard

Mais comprendre que le handicap se construit dans l'interaction entre une personne et son environnement ne suffit pas encore à expliquer tout ce que j'ai vécu dans ce service. Il y a quelque chose de plus profond, de plus diffus. Quelque chose que les lois et les classifications ne capturent pas complètement. Ce quelque chose, c'est le regard. Le regard que les autres portent sur la différence. Et ce regard ne s'improvise pas. Il est construit, nourri, transmis. Il vient de quelque part. Goffman définit le stigmate comme « un attribut qui jette un discrédit profond, réduisant celui qui le porte d'une personne complète et normale à une personne entachée, diminuée » (Goffman, 1975, p. 13). Ce qui me frappe là-dedans, c'est que la différence seule ne provoque pas l'exclusion. C'est l'écart entre ce que la personne est et ce que les autres attendent d'elle qui crée le discrédit. Le stigmate modifie la façon dont on perçoit quelqu'un, en faisant passer sa limitation avant tout le reste (Goffman, 1975). On distingue ainsi l'identité sociale réelle de l'identité sociale virtuelle. Deux dimensions qui, lorsqu'elles ne coïncident pas, produisent quelque chose de dévastateur. Dans le monde professionnel, cela peut conduire à accorder plus d'importance à la limitation visible qu'aux compétences effectives de la personne. Et quand j'y repense, c'est exactement ce qui s'est passé ce jour-là. Mon handicap a été plus visible que mon engagement dans le soin. Mais d'où vient ce regard-là ? Pourquoi la différence déclenche-t-elle si spontanément le discrédit ?

Ce mécanisme s'inscrit dans ce que Moscovici appelle les représentations sociales. Dans *Psychologie des représentations sociales*, il explique que ces représentations sont des systèmes d'idées et d'images partagées par un groupe pour donner du sens à la réalité (Moscovici, 2019). Ce ne sont pas des opinions personnelles. Ce sont des cadres collectifs qui s'imposent avant même que l'on ait eu le temps de regarder vraiment qui est en face de soi. Ils fonctionnent par ancrage et objectivation : un phénomène complexe est simplifié, rangé dans des catégories connues. Le handicap se retrouve ainsi associé à la fragilité ou à la dépendance, même lorsque cette association ne correspond pas à la réalité de la personne. Ces représentations orientent les jugements, souvent de manière si implicite qu'on ne les perçoit pas. Et si elles sont si puissantes, si invisibles, si naturalisées, comment peut-on espérer les déconstruire ?

C'est précisément là que le validisme entre en jeu. Paccaud le définit comme « des attitudes discriminatoires adoptées à l'encontre des personnes dites "handicapées" ou "en situation de handicap" » (Paccaud, 2024, p. 471). Mais au-delà des attitudes visibles, le validisme renvoie à une norme implicite qui valorise certaines capacités, comme l'autonomie complète, l'endurance ou la performance constante. Cette norme paraît naturelle. Elle sert pourtant de référence pour évaluer les personnes. Dès lors, toute situation qui s'en écarte peut-être perçue comme un défaut, même si les compétences professionnelles sont bien présentes.

Ces trois notions s'articulent. Les représentations sociales diffusent une image collective du professionnel idéal, que le validisme transforme en norme implicite. Le stigmat apparaît alors lorsqu'une personne est perçue comme ne correspondant pas à cette norme. Le désavantage ne découle donc pas uniquement d'une limitation fonctionnelle, mais du décalage entre la situation réelle de la personne et les attentes collectives qui l'entourent. Et lorsque le handicap concerne un soignant, cette tension devient particulièrement visible. Le professionnel se situe à la croisée de deux images sociales difficilement conciliables : celle de l'aidant compétent, fiable et autonome, et celle de la personne associée à une vulnérabilité. Dans le champ infirmier, l'organisation du travail repose sur des exigences fortes : la continuité des soins, la réactivité, l'endurance physique et psychique. Ces exigences sont nécessaires au métier, mais elles contribuent aussi à construire une norme professionnelle implicite qui laisse peu de place à la différence. Les analyses de Molinier mettent en évidence les attentes morales importantes qui entourent le travail de soin, notamment l'idée d'un engagement constant auprès des personnes accompagnées. Le travail de care mobilise une implication relationnelle et émotionnelle forte qui dépasse la simple réalisation d'actes techniques (Molinier, 2013). La profession peut être socialement idéalisée, voire héroïsée. Alors que se passe-t-il lorsque le soignant lui-même porte une limitation ? Est-ce que cette image héroïsée laisse de la place pour cela ?

Le cadre juridique a tenté de répondre à ces inégalités. La loi du 10 juillet 1987 instaure l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (Loi n° 87-517, 1987). La loi du 11 février 2005 affirme l'égalité des droits et la participation à la société (Loi n° 2005-102, 2005). Pourtant, les données de la DREES indiquent qu'un tiers des salariés reconnus handicapés travaillent à temps partiel, très majoritairement pour des raisons de santé (2024, p. 92). Les textes existent. Les regards, eux, n'ont pas changé. Le handicap d'un soignant ne peut donc

pas être réduit à une déficience individuelle. Il s'inscrit dans un ensemble de représentations, de normes implicites et d'attentes professionnelles qui orientent la reconnaissance des compétences. Cette dimension sociale et symbolique est nécessaire à comprendre. Mais elle ne suffit pas encore à expliquer comment certaines situations deviennent plus difficiles que d'autres dans le quotidien du travail. Il est donc nécessaire d'examiner le rôle de l'environnement professionnel dans la production ou la réduction du désavantage

4.1.3. L'environnement comme levier ou comme obstacle

Jusqu'ici, j'ai cherché à comprendre comment le handicap se construisait socialement, à travers les représentations, les normes implicites et le regard des autres. Mais une question reste entière, et elle me semble pourtant centrale pour ce travail : comment tout cela se traduit-il dans l'environnement institutionnel ? C'est précisément là que ma situation d'appel prend tout son sens. Hamonet le formule ainsi : « le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société... Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par la société » (Hamonet, 2022, p. 63). Cette formulation dit quelque chose d'essentiel. Le désavantage n'est pas dans la personne. Il apparaît quand le cadre institutionnel ne prévoit pas les ajustements nécessaires. Ce n'est pas mon handicap visuel qui m'a empêché de soigner correctement dans ce service. C'est l'absence totale d'aménagement, l'absence de réflexion sur comment m'accueillir, qui ont transformé ma différence en obstacle. Mais si c'est l'environnement qui est responsable, qu'est-ce qu'il peut faire concrètement pour changer les choses ? L'OMS le confirme en définissant le handicap comme « les aspects négatifs de l'interaction entre un individu ayant un problème de santé et des facteurs contextuels, personnels et environnementaux » (OMS, 2001). Les facteurs environnementaux peuvent donc constituer des obstacles, mais aussi des leviers. L'environnement n'est pas un décor neutre. Il produit ou réduit les inégalités. Et le Rapport mondial sur le handicap insiste sur le poids des barrières organisationnelles et attitudinales dans les restrictions de participation sociale et professionnelle (OMS & Banque mondiale, 2011). Ce ne sont pas seulement les architectures qui posent problème. Ce sont aussi les attitudes, les habitudes, les façons de faire qui se sont installées sans qu'on les questionne. Et dans un service de soins, ces habitudes-là peuvent peser très lourd.

Dans le champ de la formation soignante, cette dimension se traduit par des dispositifs d'accompagnement structurés. Marquis et Enouf précisent que « cette formation doit être identique dans son contenu, mais aménagée pour la réussite des élèves concernés » (2025, p. 12). Et ils ajoutent que « la présence d'un référent handicap est indispensable au sein des centres de formation, permettant à tous les apprenants et notamment aux élèves aides-soignants d'avoir un parcours adapté à leurs besoins » (Marquis & Enouf, 2025, p. 14). L'inclusion ne repose pas sur une reconnaissance administrative. Elle suppose un travail concret, porté par une personne identifiée, qui fait le lien entre l'étudiant, l'équipe pédagogique et l'institution. Il ne s'agit pas de diminuer les exigences. Il s'agit d'ajuster les modalités. Ce dispositif illustre le modèle interactionnel : ce n'est pas la formation qui est allégée, c'est le cadre qui s'adapte pour que la formation reste possible. On peut se demander ce que cela aurait changé si quelqu'un avait joué ce rôle-là dans mon service. Marquis et Enouf soulignent d'ailleurs que l'accessibilité dépasse l'architecture ou les outils techniques. Elle suppose une réflexion globale sur l'organisation et la culture institutionnelle (Marquis & Enouf, 2025). Sans cette réflexion, les dispositifs risquent de rester ponctuels, voire de renforcer les formes de stigmatisation qu'ils prétendent corriger. Lorsque le handicap concerne un soignant, la question ne porte plus uniquement sur ses capacités individuelles. Elle interroge la capacité de l'institution à adapter ses pratiques, à répartir les tâches différemment, à reconnaître les compétences autrement. L'environnement professionnel peut accentuer l'écart entre la norme implicite du métier et la situation individuelle, ou au contraire le réduire par des aménagements ajustés. La différence entre ces deux scénarios ne tient pas à la personne. Elle tient à ce que l'institution a choisi de faire, ou de ne pas faire.

L'ensemble des éléments analysés dans cette première section montre que le handicap est une réalité relationnelle et contextualisée. Il se construit à l'articulation entre une situation personnelle, des représentations sociales et un environnement institutionnel plus ou moins inclusif. Lorsque cette situation concerne un soignant, elle ne questionne pas seulement l'accès à l'emploi ou à la formation. Elle interroge plus largement la définition même de la compétence professionnelle, de la normalité et de la performance dans le champ du soin. Et c'est précisément cette question qui va conduire vers le concept de soin lui-même. On ne peut pas penser la place du soignant en situation de handicap sans d'abord comprendre ce que soigner veut vraiment dire.

4.2. Le soin : au-delà du simple geste technique

4.2.1. Soigner : un art qui précède tous les autres

Maintenant que j'ai cherché à comprendre ce que le handicap veut dire, d'où il vient et comment l'environnement le construit, il me faut m'arrêter sur un autre mot que j'employais sans vraiment le définir. Le soin. Parce que si je pose la question du handicap du soignant, je dois d'abord savoir ce que soigner veut dire. Et là encore, en creusant, j'ai réalisé que ce mot cache quelque chose de bien plus profond que ce qu'on imagine quand on est étudiant et qu'on apprend les gestes techniques. « Soigner... cet art qui précède tous les autres, sans lequel il ne saurait être possible d'exister » (Collière, 2001, p. 1). Cet art qui précède tous les autres. Pas une technique. Pas un protocole. Un art. Et surtout quelque chose qui précède, qui était là avant la médecine, avant les hôpitaux, avant les diplômes.

Le soin comme condition de l'existence humaine. Tronto va dans le même sens en définissant le soin comme « 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 » (Tronto, 2009, p. 143). Ce qui me frappe dans cette définition, c'est le mot monde. Pas le corps. Pas la maladie. Le monde. Le soin ne concerne donc pas uniquement la prise en charge d'un corps malade. Il participe au maintien des conditions qui rendent la vie possible, qu'elles soient matérielles, sociales ou relationnelles. Et cette idée-là change tout à la façon dont on pense la compétence soignante. Parce que si soigner, c'est maintenir le monde, alors la technique n'est qu'une partie de la réponse. Mais alors comment le soin est-il devenu si fortement associé à la maîtrise technique ? C'est avec Florence Nightingale que la professionnalisation du soin commence à s'organiser. Elle indique que le soin ne consiste pas d'abord à guérir directement, mais à mettre en place des conditions environnementales favorables pour atteindre cette guérison (Nightingale, 1860/1862). Le soignant agit sur l'environnement, observe, ajuste, prévient. Le soin devient une pratique organisée, fondée sur l'attention et la vigilance. Et puis progressivement, avec la naissance de la clinique moderne, quelque chose se déplace. « Le regard médical s'organise sur un mode nouveau. D'abord, il n'est plus simplement le regard de n'importe quel observateur, mais celui d'un médecin supporté et justifié par une institution, celui d'un médecin qui a pouvoir de décision et d'intervention » (Foucault, 1963, p. 129). La maladie devient un objet d'étude. Le corps est examiné, décrit, classifié. Ce déplacement est déterminant.

Il installe progressivement la technicité et l'objectivation comme critères centraux de légitimité professionnelle. Et quelque part, cette évolution a laissé des traces durables dans la façon dont on pense encore aujourd'hui ce qu'est un bon soignant. Un soignant qui maîtrise, qui contrôle, qui agit avec assurance. Mais est-ce vraiment cela, soigner ? « Le malade n'est pas la maladie qu'il a » (Hesbeen, 2018, p. 27). Cette phrase courte dit beaucoup. Elle rappelle que derrière chaque pathologie il y a une personne, une histoire, une singularité que la technicité seule ne peut pas atteindre. Si la professionnalisation a permis une montée en compétence scientifique indéniable, elle a aussi rendu nécessaire un rééquilibrage pour ne pas dissocier le geste technique de la relation humaine. Et c'est précisément cet équilibre-là qui est au cœur de la pratique infirmière. Les relations de soin s'organisent autour de la dépendance et de la vulnérabilité (Paperman, 2010, p. 52).

La vulnérabilité n'est pas une situation exceptionnelle. Elle est inhérente à la condition humaine. Molinier va encore plus loin en montrant que le travail de care implique une dimension matérielle et corporelle souvent invisibilisée dans l'organisation du travail. Elle décrit notamment un quotidien de soins pouvant être « saturé par les odeurs, le contact avec les corps, les excréments et l'urine », dimension pourtant fréquemment sous-estimée par la hiérarchie (Molinier, 2013, p. 115). Ce que dit Molinier ici, c'est que le travail réel du soin, celui qui se passe vraiment au lit du patient, est souvent le moins reconnu. Et cela fait écho à quelque chose que j'ai ressenti dans ce service d'éveil. J'étais là, j'essayais de soigner au mieux malgré mes difficultés, et c'est précisément cette présence-là que le patient a reconnue, pas ma technique mais ma présence. Cara et O'Reilly soulignent que le caring constitue le fondement de la pratique infirmière et l'essence de l'identité professionnelle des soignants (2008). Zielinski précise que le care ne relève pas d'une simple attitude affective, mais d'une position éthique fondée sur la reconnaissance de la vulnérabilité (Zielinski, 2010). Ces apports montrent que la compétence soignante ne peut être comprise uniquement à partir de la performance technique. Elle suppose également une capacité à reconnaître et à accompagner la vulnérabilité, ce qui implique une présence, une attention et un ajustement constant. Cette tension mérite cependant d'être examinée.

L'organisation hospitalière est marquée par des exigences d'efficacité, de rapidité et de performance. Et comme le montre Foucault, « la naissance de la clinique moderne a profondément reconfiguré non seulement les savoirs médicaux, mais aussi la façon dont la maladie est pensée, nommée et évaluée » (Foucault, 1963, p. 17). Le soin s'inscrit donc dans un cadre institutionnel où la manière de voir, de nommer et d'évaluer est déjà organisée. Et dans ce cadre-là, la compétence professionnelle peut progressivement être associée à la maîtrise technique et à la capacité d'intervention rapide. Molinier le montre clairement : les cadres traditionnels d'analyse du travail ont du mal à reconnaître pleinement la valeur du travail de care. Les activités liées à l'attention aux personnes et au soutien quotidien restent ainsi souvent insuffisamment valorisées dans les organisations, malgré leur rôle essentiel dans le maintien du soin (Molinier, 2013). Ce qui signifie que lorsque la technicité devient le principal critère d'évaluation, la dimension relationnelle du soin risque d'être reléguée au second plan. Et alors, qu'est-ce qui reste de la définition de Collière, de Tronto, de Nightingale ? Qu'est-ce qui reste de cet art qui précède tous les autres ?

C'est précisément là que la question du handicap du soignant prend toute sa dimension. Si la légitimité professionnelle est majoritairement associée à la maîtrise technique et à la rapidité d'exécution, toute situation qui vient limiter ou ralentir cette dimension peut être perçue comme une fragilisation de la compétence. Or, si l'on reconnaît que le soin repose aussi sur la relation, la présence et l'attention à la vulnérabilité, alors la définition même de la compétence soignante mérite d'être interrogée. La situation d'un soignant en situation de handicap ne questionne donc pas seulement son aptitude fonctionnelle, elle questionne sur ce que l'institution a choisi de valoriser dans le soin et conduit naturellement vers la relation de soin elle-même.

4.2.2. Une rencontre humaine : la relation de soin

Si le soin ne peut être réduit à une succession d'actes techniques, si sa dimension relationnelle est constitutive et non accessoire, alors il faut s'arrêter sur ce que cette relation veut vraiment dire. Parce que le mot relation, dans le monde du soin, on l'entend partout. On dit qu'il faut avoir une bonne relation avec le patient, qu'il faut être à l'écoute, qu'il faut créer du lien. Mais qu'est-ce que cela signifie concrètement ? Et surtout, qu'est-ce que cela engage ? « Une relation d'attention particulière à autrui », c'est ainsi qu'Hesbeen définit la relation de soin

dans son ouvrage *Relation de soin*, en la distinguant de la relation de soins, centrée elle sur les actes techniques (Hesbeen, 2018, p. 26). Cette distinction peut sembler subtile. Elle ne l'est pas. Elle dit que la relation de soin n'est pas un plus qu'on ajoute si on a le temps, que c'est une posture, une manière d'être présent à l'autre qui traverse tout le soin, indépendamment du geste technique. Et Hesbeen va encore plus loin en précisant que « la relation de soin se vit, se ressent, et ne nous laisse pas le choix, ni de sa présence, ni de son absence » (Hesbeen, 2018, p. 26). Ce qui est saisissant dans cette formulation, c'est qu'il dit qu'on ne choisit pas. La relation est là, qu'on le veuille ou non. Elle est là quoi qu'il arrive, alors la question n'est plus de savoir si on entre en relation avec le patient. La question est de savoir quelle relation nous devons créer. Cela m'a profondément interrogé par rapport à mon vécu dans ce service. Est-ce que la relation que le soignant intérimaire a créée avec moi ce jour-là, était la relation qu'il voulait créer ? Ou est-ce que quelque chose lui avait échappé ?

Mais cette relation, aussi essentielle soit-elle, ne s'établit pas dans une configuration d'égalité parfaite. C'est important de le dire, parce que l'on a parfois tendance à idéaliser la relation de soin comme si elle était une rencontre entre deux personnes sur un pied d'égalité. Ce n'est pas le cas. Certaines relations sociales sont qualifiées d'asymétriques dans la mesure où l'un des interlocuteurs ne peut pas prendre la place de l'autre sans que la nature même de la relation n'en soit modifiée (Zaccaï-Reyners, 2006, p. 96). Dans le soin, les positions ne sont pas interchangeables. Le patient se trouve souvent en situation de vulnérabilité, tandis que le professionnel dispose d'un savoir et d'un pouvoir d'agir. Cette asymétrie ne signifie pas inégalité de valeur. Elle fonde la responsabilité du soignant et c'est précisément cette responsabilité-là que Levinas place au cœur de la rencontre avec autrui. Dans *Totalité et Infini*, il écrit que « le visage appelle ma liberté à la responsabilité et l'instaure » (Levinas, 1961/2000, p. 222). La rencontre avec l'autre ne laisse pas le soignant indemne. Elle le transforme en quelqu'un qui doit répondre. Pas seulement agir, répondre. Cette nuance-là, entre agir et répondre, me semble fondamentale. Parce qu'agir, on peut le faire de loin, de façon mécanique, sans vraiment regarder la personne. Répondre, cela suppose qu'on l'a vue. Il est important de noter que répondre ne signifie pas se substituer à l'autre. Rogers, tel que le présente Alves Tassinari (2008), conçoit la relation d'aide non comme une substitution à l'autre, mais comme un soutien permettant à la personne de mobiliser ses propres ressources internes.

La responsabilité ne consiste donc pas à tout faire à la place de l'autre. Elle suppose un ajustement constant, une capacité à sentir jusqu'où aller et où s'arrêter. Et cet ajustement-là repose sur quelque chose que Winnicott nomme la fiabilité : « nous devenons fiables d'une manière qu'il n'est possible de maintenir que dans le travail professionnel » (Marin & Worms, 2015, p. 29). Il ajoute que « lorsque nous sommes professionnellement fiables, nous protégeons nos patients de l'imprévisible » (Marin & Worms, 2015, p. 29). Ce qui est frappant dans ces mots, c'est que la fiabilité n'est pas présentée comme une qualité innée. C'est une chose qui se construit dans le cadre professionnel. Elle a une fonction précise : protéger le patient de l'imprévisible. Marin va dans le même sens en évoquant, à propos du soin, la nécessité pour chacun de pouvoir trouver « quelqu'un sur qui compter » (Marin & Worms, 2015, p. 49). Ce quelqu'un sur qui compter, est peut-être la définition la plus simple et la plus juste du soignant. Ce n'est pas le technicien parfait, ni le héros disponible en permanence. Mais quelqu'un sur qui compter. Et Hesbeen complète cette réflexion en évoquant « la reconnaissance de l'être singulier et irremplaçable » (Hesbeen, 2018, p. 26) comme dimension éthique centrale du soin.

Reconnaître l'autre comme sujet singulier suppose d'accepter sa vulnérabilité. Or cette vulnérabilité n'est pas seulement un état clinique. Elle renvoie à la condition humaine elle-même. Et c'est là que la situation du soignant en situation de handicap invite à déplacer le regard. L'asymétrie demeure, la responsabilité demeure. Mais la représentation implicite d'une maîtrise totale peut être questionnée. Si la relation repose sur la réponse à la vulnérabilité, cette vulnérabilité n'est plus uniquement associée à la personne soignée. Elle peut également apparaître du côté du professionnel, sans pour autant annuler sa responsabilité. La présence d'un handicap chez le soignant ne supprime pas la relation de soin. Elle oblige plutôt à repenser ce que l'on entend par compétence, maîtrise et fiabilité. Et cette question-là mène directement vers quelque chose que la littérature soignante nomme peu, quelque chose que j'avais pourtant besoin de nommer pour comprendre ce que j'avais vécu : la vulnérabilité du soignant lui-même.

4.3. L'impensé dans la relation de soin : la vulnérabilité du soignant

4.3.1. Un fonds commun d'humanité

Jusqu'à présent, j'ai cherché à comprendre le handicap et les soins de manière distincte. Néanmoins, en me concentrant sur ces deux idées, quelque chose m'a progressivement interpellé. Elles se rejoignent autour d'un même impensé. Quelque chose qu'on ne nomme pas assez, qu'on préfère laisser dans l'ombre parce que cela dérange l'image qu'on se fait du soignant. La vulnérabilité, non celle du patient celle du soignant. Parce que dans le champ du soin, la vulnérabilité est spontanément attribuée au patient. Elle semble découler naturellement de la maladie, de la dépendance, de l'atteinte corporelle. Pourtant, une telle lecture demeure partielle. Avant d'interroger la situation du soignant en situation de handicap, il me fallait clarifier ce que recouvre réellement cette notion. Dans une perspective bioéthique, la vulnérabilité a d'abord été pensée comme un critère de protection. Tinland rappelle qu'elle a été définie comme une « absence ou diminution présumée de la capacité à consentir ou à protéger ses propres intérêts » (Tinland, 2023, p. 5). Cette conception vise à sécuriser certaines personnes jugées plus exposées aux risques d'abus. Mais elle repose sur une catégorisation : certains seraient vulnérables, d'autres non. Et c'est précisément là que cette approche trouve ses limites. Tinland met en garde contre les effets « paternalistes » et « stigmatisants » d'un tel usage (Tinland, 2023, p. 5). En désignant un groupe comme vulnérable, on risque de figer son identité dans la fragilité. La vulnérabilité devient alors une propriété attachée à la personne plutôt qu'une caractéristique d'une situation. La vulnérabilité est-elle vraiment réservée à certains ? Ou nous concerne-t-elle tous ? Tinland ouvre une autre lecture en soulignant que la vulnérabilité est « à la fois universelle et plurielle » (Tinland, 2023, p. 6). Universelle, parce qu'aucun individu n'échappe à la finitude ou à la dépendance. Plurielle, parce qu'elle se manifeste différemment selon les contextes.

Cette double caractérisation empêche de réserver la vulnérabilité à certaines figures, notamment celle du patient. Elle invite à la penser comme une dimension constitutive de l'existence humaine. Cette perspective entre cependant en tension avec une tradition éthique marquée par l'asymétrie. Levinas affirme que « mieux j'accomplis mon devoir, moins j'ai de droits » (Levinas, 1961/2000, p. 273). Cette formule radicalise la responsabilité du soignant face à la vulnérabilité d'autrui. Elle fonde l'exigence morale du soin. Toutefois, elle peut laisser dans l'ombre la condition vulnérable du professionnel lui-même. Et c'est précisément

là que Zielinski vient introduire quelque chose d'essentiel. Zielinski propose de « mettre à jour l'impensé de cette relation : la vulnérabilité du soignant » (Zielinski, 2011, p. 89). Elle reconnaît que « la vulnérabilité dans la relation de soin est manifeste du côté de la personne malade » (Zielinski, 2011, p. 89), mais elle refuse d'en faire une exclusivité. Le soignant est « exposé non seulement à la souffrance, mais à toute l'existence d'autrui, jusqu'à sa mort » (Zielinski, 2011, p. 89). Cette notion d'exposition introduit un élément décisif : la vulnérabilité n'est pas l'opposé de la compétence. Elle est la condition de la rencontre. Et Zielinski souligne aussi que la vulnérabilité constitue un fonds commun d'humanité partagé entre soignant et soigné, permettant de corriger l'asymétrie initiale de la relation de soin pour y introduire une dimension de réciprocité (Zielinski, 2011). Autrement dit, la relation de soin ne met pas en présence un sujet fragile face à un sujet invulnérable. Elle met en présence deux sujets engagés depuis une condition humaine partagée, bien que située différemment. Cette reconnaissance n'abolit pas l'asymétrie démontrée par Levinas, mais elle la nuance.

La responsabilité ne s'exerce pas depuis une position de toute-puissance, mais depuis une vulnérabilité assumée. Et quand j'y repense, c'est exactement ce que le patient a reconnu ce jour-là dans ce service. Pas ma maîtrise technique. Ma présence. Ma façon d'être là malgré ce que je traversais. Cependant, cette vulnérabilité du soignant demeure souvent invisibilisée dans les organisations. « La figure commune du soignant est celle d'une personne forte » (Tambou Kamgue, 2024, p. 67). Cette représentation normative rend difficile la reconnaissance des fragilités professionnelles. Pourtant, « l'expérience du quotidien nous révèle que le soignant peut être en situation de vulnérabilité » (Tambou Kamgue, 2024, p. 67). Et l'auteur souligne également que « quand le soignant est abandonné à sa souffrance et que sa vulnérabilité est ignorée, l'impact peut être néfaste pour les soins prodigués » (Tambou Kamgue, 2024, p. 67). La vulnérabilité du professionnel ne constitue donc pas un enjeu strictement individuel. Elle engage la qualité même du soin. Ignorer cette dimension revient à fragiliser l'institution. Et dans mon expérience, personne ne me l'avait dit. Personne ne m'avait dit que ma vulnérabilité, si elle était reconnue et accompagnée, pouvait devenir quelque chose d'autre qu'un problème.

Ainsi comprise, la vulnérabilité ne peut plus être attribuée exclusivement au patient. Elle apparaît comme une dimension constitutive de la relation de soin, inscrite dans la condition humaine et modulée par l'environnement institutionnel. La reconnaître ne fragilise pas la

profession. Elle oblige au contraire à interroger les normes implicites de performance et de maîtrise qui structurent l'exercice du soin. Dès lors, la question du soignant en situation de handicap prend une portée particulière. Le handicap rend visible ce que l'institution tolère tant qu'il reste implicite : la vulnérabilité du professionnel. Il ne s'agit plus seulement d'admettre une fragilité relationnelle. Il s'agit de penser l'articulation entre condition personnelle, exigences professionnelles et cadre organisationnel. C'est cette articulation qu'il convient désormais d'examiner.

4.3.2. Les normes professionnelles face aux handicaps

Si la vulnérabilité apparaît comme une dimension partagée de la relation de soin, sa reconnaissance devient plus complexe lorsqu'elle concerne le professionnel lui-même. Parce qu'elle entre alors en tension avec quelque chose de très puissant : les normes qui définissent ce qu'est un soignant compétent. Et ces normes-là, elles ne sont pas écrites. Elles ne figurent dans aucun référentiel. Mais elles sont là, présentes dans chaque équipe, dans chaque service, dans chaque regard posé sur celui qui ralentit, qui demande de l'aide, qui ne correspond pas tout à fait à l'image attendue. Dans ce cadre, le handicap ne crée pas la vulnérabilité du soignant. Il la rend visible. Et c'est précisément cette visibilité-là qui dérange. Foucault le montre : « le regard médical n'est plus simplement le regard de n'importe quel observateur, mais celui d'un médecin supporté et justifié par une institution, celui d'un médecin qui a pouvoir de décision et d'intervention » (Foucault, 1963, p. 129). Cette évolution a durablement associé la compétence à la capacité de diagnostiquer, décider et agir avec assurance. Le professionnel est attendu comme celui qui comprend et qui contrôle la situation. Cette représentation a laissé des traces profondes. Elle participe encore aujourd'hui à la définition implicite du bon soignant. Et lorsqu'on la regarde de près, on réalise qu'elle ne laisse pas beaucoup de place pour la vulnérabilité. Ni celle du patient, qu'on cherche à traiter. Ni celle du soignant, qu'on préfère taire. Pourtant, cette image ne correspond pas à la réalité du travail. Les professionnels de la santé sont confrontés quotidiennement à la dépendance, à la vulnérabilité, à des situations émotionnellement exigeantes (Molinier, 2013). Le professionnel est exposé à des situations difficiles. Cette exposition ne signifie pas un manque de compétence, elle fait partie du métier. La pratique du soin ne repose donc pas uniquement sur la maîtrise technique, mais aussi sur la capacité à agir malgré cette exposition. Qu'est ce qui est alors reconnu comme compétence? Certaines

dimensions du soin, notamment relationnelles, sont essentielles, mais elles sont parfois moins visibles, moins valorisées, moins reconnues dans l'organisation du travail. Et c'est précisément là que le problème se pose. Parce que si la compétence est définie uniquement par ce qui est mesurable et rapide, alors tout ce qui sort de cette définition risque d'être perçu comme une défaillance. Tambou Kamgue propose de penser autrement en s'appuyant sur la notion de capacités. Il écrit que la vulnérabilité appelle une « remobilisation des capacités » (Tambou Kamgue, 2024, p. 70). Autrement dit, la question n'est pas seulement de savoir si un professionnel correspond à un modèle idéal, mais de savoir s'il peut exercer ses capacités dans les conditions concrètes de son travail. Cette nuance-là change tout. Molinier montre que toutes les dimensions du soin ne sont pas reconnues de la même manière. Tambou Kamgue rappelle que la capacité d'agir dépend du cadre dans lequel le professionnel évolue. La compétence apparaît ainsi comme une réalité à la fois personnelle et liée à l'environnement. Elle n'est pas uniquement individuelle, ni uniquement institutionnelle. Elle tient aux deux ensembles.

Dans ce contexte, le handicap peut être perçu comme une difficulté. Non pas uniquement en raison des limites qu'il implique, mais parce qu'il ne coïncide pas toujours avec l'image attendue du professionnel. Si la compétence est associée à l'endurance physique ou à une disponibilité permanente, certaines situations risquent d'être lues comme incompatibles avec l'exercice du métier. Mais cette lecture mérite d'être questionnée. Le handicap ne remet pas nécessairement en cause les compétences du soignant. Il questionne plutôt les critères à partir desquels ces compétences sont reconnues. Une organisation capable d'adapter ses modalités de travail peut permettre l'exercice effectif des capacités professionnelles. À l'inverse, un cadre rigide peut transformer une différence en obstacle. Et j'en sais quelque chose. Ce n'est pas mon handicap qui m'a empêché de soigner. C'est l'absence d'adaptation du cadre autour de moi. La situation du soignant en situation de handicap conduit à déplacer le regard. Elle invite à interroger les normes qui définissent la légitimité professionnelle et à réfléchir aux conditions dans lesquelles la compétence peut s'exprimer. Il reste à examiner ce que produit cette visibilité du handicap dans la relation de soin et dans les dynamiques d'équipe. C'est précisément là que l'on touche à quelque chose que les organisations ont encore du mal à considérer en face. La reconnaissance des limites du soignant.

Si la vulnérabilité traverse la relation de soin et si elle entre en tension avec les normes professionnelles qui valorisent la maîtrise et la disponibilité, cette tension ne demeure pas

théorique. Elle se manifeste concrètement dans l'expérience des soignants, sous la forme de limites éprouvées dans l'exercice même de leur engagement. Ces limites, je les ai malheureusement ressenties. Dans ce couloir tamisé, seul, avec les larmes qui venaient sans qu'on me les ait demandées. Ce n'était pas une faiblesse, mais la réalité des soins prodigués à celui qui les prodigue. « Un risque humain » inhérent au travail de soin, c'est ainsi que Canouï pense la souffrance des soignants (Canouï, 2003, p. 101). Elle ne résulte pas d'une faiblesse individuelle, mais d'une confrontation continue à la vulnérabilité d'autrui. Et cette confrontation peut progressivement atteindre le professionnel dans sa propre subjectivité. Canouï souligne que l'épuisement professionnel représente une forme de souffrance singulière, difficilement réductible aux catégories habituelles de la psychopathologie, tant elle engage à la fois le corps et le psychisme du soignant (Canouï, 2003, p. 101).

Ce constat montre que la limite du soignant ne relève pas uniquement d'une fatigue ponctuelle. Elle peut traduire une usure plus profonde, liée à l'engagement relationnel répété. La souffrance n'est alors plus seulement celle du patient. Elle « prend corps dans le cadre de l'interaction entre le patient et le soignant » (Dany et al., 2006, p. 93). La relation apparaît ainsi comme un espace de circulation de la vulnérabilité, où le professionnel peut lui aussi être affecté. Mais si la relation circule dans les deux sens, alors pourquoi fait-on comme si elle ne circulait que dans un seul ? Face à cette exposition, le soignant ne reste pas sans ressources. Pour continuer à exercer, il mobilise des formes de régulation destinées à préserver un équilibre psychique. Brun met en évidence que certains professionnels décrivent une mise à distance émotionnelle comme un moyen de « tenir » dans la durée (Brun, 2020). Cette distance n'est pas synonyme d'indifférence. Elle constitue une tentative de protection face à l'intensité des situations rencontrées.

Elle peut prendre la forme d'une focalisation accrue sur les tâches techniques, d'une rationalisation de la situation clinique ou d'un partage humoristique au sein de l'équipe. Ces ajustements permettent de transformer une charge affective potentiellement débordante en un cadre plus supportable. Mais ces mécanismes demeurent ambivalents. Dany et ses collègues montrent que la relation de soin joue un rôle central dans la possibilité de donner sens à la souffrance (2006, p. 101). Si la mise à distance devient importante et peut appauvrir la rencontre et réduire la qualité de la présence. À l'inverse, une absence de régulation peut conduire à un épuisement progressif, voire à un retrait professionnel. La vulnérabilité du

soignant se situe ainsi dans un équilibre fragile entre engagement et protection, entre implication et préservation. Et cet équilibre-là, on ne nous apprend pas vraiment à le tenir. On le découvre souvent seul, dans un couloir, après une situation qui vous a dépassé. Cependant, il est impossible de limiter la question à une gestion individuelle des émotions. Lorsque la vulnérabilité du soignant est ignorée, ses effets dépassent la sphère personnelle. « Capabiliser le soignant c'est donc prendre soin de lui ; ce qui, en dernière analyse, revient à prendre soin des malades » (Tambou Kamgue, 2024, p. 73). Ne pas reconnaître les limites professionnelles ne protège donc ni le soignant ni le patient. L'auteur insiste sur la nécessité de promouvoir « un environnement de soin capacitant » permettant au professionnel de développer ses ressources et de maintenir sa capacité d'agir (Tambou Kamgue, 2024, p. 67). La vulnérabilité n'est alors plus pensée comme un échec. Elle est une réalité à accompagner collectivement. Et cette idée-là, j'aurais eu besoin de l'entendre bien avant d'entrer dans ce service d'éveil. Ainsi comprise, la limite du soignant ne constitue ni une défaillance ni une contradiction avec sa responsabilité professionnelle. Elle apparaît comme une dimension inhérente au soin, révélée par l'exposition répétée à la souffrance et régulée par des mécanismes d'ajustement plus ou moins efficaces. La façon dont ces limites sont reconnues, soutenues ou niées influence directement la qualité de la relation et l'équilibre du professionnel.

Ce cadre de référence a mis en évidence que le handicap, le soin et la vulnérabilité ne peuvent pas être pensés séparément. Le handicap ne se réduit pas à une déficience individuelle. Il se construit dans l'interaction entre une personne, un environnement et des représentations collectives qui définissent implicitement ce qu'est un professionnel légitime. Le soin, quant à lui, ne se limite pas à la maîtrise technique. Il repose sur une relation, sur une responsabilité envers la vulnérabilité d'autrui et sur une présence ajustée à la singularité de chaque situation. Enfin, la vulnérabilité n'est pas une faiblesse exceptionnelle réservée au patient. Comme le souligne Zielinski, elle constitue un « fonds commun d'humanité » (2011, p. 89) qui traverse la relation de soin dans son ensemble, y compris du côté du professionnel. Lorsque le soignant se trouve lui-même en situation de handicap, cette tension devient plus visible et interroge les normes implicites du métier, les représentations collectives et les conditions concrètes d'exercice. Toutefois, même si ces apports théoriques permettent de structurer la réflexion, ils ne précisent pas encore comment les professionnels vivent concrètement ces tensions.

5. L'enquête exploratoire : démarche et méthode

5.1. Choix de la méthode d'entretien : l'entretien semi-directif

Mon travail de recherche s'inscrit dans une démarche qualitative à visée compréhensive. Je n'arrive pas avec des certitudes à confirmer. Je pars avec une interrogation et je veux comprendre comment les professionnels de la santé la gèrent de l'intérieur. C'est pour cela que j'ai choisi l'entretien semi-directif. C'est l'outil qui laisse le plus de place à la parole de l'autre. Il y a une structure, un guide, des questions de relance. Mais il y a surtout de l'espace pour que la personne en face de moi puisse aller là où elle veut aller. Je voulais rencontrer des personnes dans un espace-temps délimité où leur parole serait considérée comme l'expression de leur vérité. Non comme des données à classer mais comme des expériences à comprendre. Après avoir recueilli toutes ces données, j'ai analysé le contenu de leurs énoncés. Il m'est apparu que ce que j'ai découvert a parfois dépassé ce que j'avais imaginé en préparant les entretiens.

5.2. La population ciblée et la logique d'échantillonnage

J'avais initialement prévu cinq entretiens. Le cinquième ne s'est pas fait : la personne ne s'est pas présentée au rendez-vous. Ce retard m'a d'abord déçu. Ensuite, j'ai réalisé que quatre entretiens bien menés sont plus efficaces que cinq entretiens bâclés. J'ai donc réalisé quatre entretiens auprès de quatre infirmiers diplômés d'État, désignés par des prénoms d'étoiles ou de constellations pour respecter leur anonymat : Orion, infirmier en psychiatrie ; Lyra, infirmière en USLD ; Véga, infirmière jeune diplômée en médecine interne ; et Andromède, infirmière aux urgences, elle-même en situation de handicap visible. Chaque extrait cité est suivi du prénom du soignant, du numéro de son annexe et du numéro de ligne entre parenthèses.

5.3. Les conditions de réalisation et les garanties éthiques

Avant de réaliser les entretiens, j'ai sollicité les directeurs des soins et les cadres des services concernés pour obtenir les autorisations nécessaires. Chaque soignant a été informé des objectifs du travail, du caractère volontaire de sa participation et de la possibilité de se retirer à tout moment. L'anonymat a été garanti dès le départ. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et fidèlement pour permettre une analyse approfondie des discours. Cette vigilance éthique s'imposait d'autant plus que la question du handicap du soignant touche à des dimensions sensibles liées à l'identité professionnelle et au regard des pairs.

5.4. Le positionnement méthodologique et les limites

Je dois préciser ma position dans cette recherche, je ne suis pas un observateur neutre. Je suis moi-même étudiant infirmier en situation de handicap. Cette proximité avec le sujet a orienté mon regard, influencé mes questions, coloré mon écoute. Je l'assume. Ce positionnement ne biaise pas l'analyse. Il l'informe. La différence est que j'ai essayé d'en être conscient à chaque étape, afin de distinguer ce que les soignants exprimaient de ce que moi j'avais envie d'entendre. Plusieurs limites méritent d'être nommées. Quatre entretiens ne permettent pas de généraliser. Les discours recueillis traduisent des expériences précises, inscrites dans des contextes spécifiques. Le troisième entretien, avec Véga, a été interrompu pendant plus de quarante-cinq minutes par une urgence survenue dans le service, ce qui a influencé sa durée et la qualité de l'échange, en particulier dans la seconde partie. Et comme dans toute enquête qualitative, les discours peuvent être influencés par la désirabilité sociale : on dit parfois ce qu'on pense qu'on devrait dire, plutôt que ce qu'on a vraiment vécu. Ces limites rappellent que les résultats ne constituent pas des vérités universelles, mais des éléments d'analyse. Ce que ces entretiens m'ont appris dépasse ce que j'avais anticipé en les préparant. C'est peut-être là, le signe qu'une enquête qualitative a fonctionné : quand le terrain vous surprend.

6. Analyse des données

6.1. Quatre soignants, quatre regards

Avant de commencer l'analyse des entretiens, j'aimerais d'abord présenter brièvement chacun des quatre soignants que j'ai rencontrés. Non pas pour les résumer à leur profil, mais parce que le contexte dans lequel chacun exerce a clairement influencé la façon dont il pense et vit le sujet. Cette différence de contexte est, en elle-même, analytiquement intéressante.

- Orion est infirmier depuis 2019 en unité psychiatrique fermée. Il a travaillé avec un collègue en situation de handicap et c'est à partir de cette expérience concrète qu'il développe une réflexion qui dépasse rapidement le seul cas de ce collègue pour s'ouvrir sur des enjeux plus larges. Ce qui m'a intéressé chez lui, est ce lien qu'il fait entre le handicap et la relation thérapeutique en psychiatrie, un lien que je n'avais pas anticipé.
- Lyra est infirmière depuis quatre ans et demi, actuellement en USLD. Son parcours est diversifié : médecine interne, soins à domicile, USLD. Elle a exercé des fonctions de tutrice et a été confrontée à plusieurs reprises à des élèves en situation de handicap. Elle fait également part de son propre vécu face au handicap. C'est ce double regard qui m'a poussé à la choisir.
- Véga est infirmière jeune diplômée depuis juillet, en poste depuis septembre dans le service de médecine interne. Elle est donc en exercice depuis quelques mois seulement au moment de l'entretien. Ce profil m'intéressait précisément pour cela : voir comment un soignant débutant considère le handicap du soignant, sans les années d'expérience qui parfois modifient le regard.
- Andromède présente un profil atypique. Issue de la formation continue professionnelle, elle a travaillé plus de dix ans comme aide-soignante aux urgences avant de passer le concours infirmier, d'intégrer l'IFSI en 2021 et d'obtenir son diplôme en juillet 2024. Elle est la seule à témoigner à la première personne d'une situation de handicap visible vécue de l'intérieur. Son témoignage a changé beaucoup de choses dans mon analyse.

6.2. Analyses individuelles des entretiens

Avant d'entrer dans l'analyse croisée, j'ai choisi d'analyser chaque entretien individuellement. Ce choix s'explique par la nature même des témoignages recueillis. Les quatre soignants que j'ai rencontrés ont des expériences du handicap tellement différentes que les présenter d'emblée de façon comparative aurait risqué d'effacer ce qui fait la singularité de chacun. Orion parle d'un collègue malentendant qu'il a côtoyé de nuit. Lyra parle de son propre vécu d'une maladie invalidante. Véga parle d'un collègue dont elle ne connaît même pas le handicap. Andromède parle de son propre vitiligo vécu de l'intérieur. Ces quatre situations méritent d'être entendues chacune pour ce qu'elles sont, avant d'être mises en relation. C'est l'analyse croisée qui viendra ensuite faire ce travail de comparaison et de mise en tension. Les analyses individuelles complètes de chaque entretien figurent en Annexe 9

6.3. Tableau d'analyse croisée

Le tableau qui suit présente une synthèse transversale des quatre entretiens, organisée autour des cinq thèmes qui structurent l'analyse croisée. Il ne prétend pas résumer l'intégralité des propos recueillis, mais identifier les points de convergence et de divergence entre les soignants sur chacun de ces axes. Ce tableau constitue un outil de lecture préparatoire à l'analyse croisée développée en 7^{ème} partie. Pour chaque thème, les positions de chaque soignant sont présentées dans leur singularité, avant d'être mises en tension dans la partie suivante. Le tableau complet figure également en Annexe 10.

7. Analyse croisée des entretiens

Quatre entretiens, quatre soignants aux parcours très différents et pourtant, quelque chose de cohérent a émergé. Pas une vérité universelle, pas une réponse définitive, mais des mécanismes récurrents, des tensions communes, des idées que ni le cadre de référence ni les analyses individuelles ne pouvaient produire seuls. C'est précisément cela, le sens de l'analyse croisée : faire émerger ce que la comparaison révèle et que le regard individuel ne voit pas. Avant d'aller plus loin, une précision s'impose sur la méthode. Cette analyse ne cherche pas à prouver une hypothèse. Elle cherche à comprendre, à mettre en tension les discours recueillis avec les apports théoriques du cadre de référence. Mais aussi à nommer ce qui est relevé, même quand cela ne figurait pas dans les questions initiales. Certains concepts qui vont suivre n'étaient pas prévisibles. Ils se sont imposés par les données elles-mêmes. C'est le signe que le terrain a effectué son travail. Les quatre entretiens ont mis en évidence cinq thèmes : les représentations du handicap, les ressources que le handicap peut produire, la place de la vulnérabilité dans la relation de soin, la façon dont l'institution reconnaît ou ignore cette réalité, et ce que la loi ne fait pas. Une synthèse viendra ensuite faire émerger la question de recherche.

7.1. Le handicap, ou l'art de remplir les cases

Le premier résultat qui ressort de ces entretiens est peut-être le plus surprenant. Les quatre soignants définissent spontanément le handicap de manière interactionnelle, c'est-à-dire en lien avec l'environnement, sans qu'on leur ait suggéré cette approche. Aucun ne parle d'abord de déficience ou de pathologie. Tous, à des degrés divers, font intervenir l'environnement, le regard de l'autre ou la question de l'adaptation réciproque. Orion est le plus direct dans sa formulation. Il décrit le handicap comme « le fait de ne pas arriver à remplir totalement ces cases-là » (Orion, Annexe 1, Lignes 12-14), les cases étant les attentes que la société construit autour de ce qu'un individu est censé produire. Cette métaphore est analytiquement puissante. Elle dit que le handicap n'est pas un état. C'est une inadéquation entre un individu et un système de normes. Ce n'est pas la personne qui est en faute. C'est l'écart lui-même qui pose des problèmes. Et si c'est l'écart qui pose un problème, alors c'est le système de normes qui doit être interrogé, autant que la limitation elle-même.

Lyra rejoint cette intuition en affirmant qu'« il y a une nécessité d'adaptation pour la personne porteuse du handicap et pour l'interlocuteur » (Lyra, Annexe 2, Lignes 39-40). Ce petit mot, « et pour l'interlocuteur », change tout. L'adaptation n'est plus seulement l'affaire de la personne en situation de handicap. Elle engage aussi l'entourage, le collectif, l'environnement. Sans le savoir, Lyra et Orion rejoignent les travaux de l'OMS sur la Classification internationale du fonctionnement, qui définit le handicap non pas comme une propriété de la personne, mais comme le résultat de l'interaction entre un individu et un monde qui n'a pas été pensé pour lui (OMS, 2001). La loi du 11 février 2005 s'inscrit dans cette même logique en définissant le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement » (Loi n° 2005-102, 2005).

On peut faire l'hypothèse que cette vision spontanément interactionnelle du handicap n'est pas un hasard. Elle vient peut-être de leur pratique elle-même. Côtayer quotidiennement des personnes vulnérables oblige à penser le handicap autrement que comme une simple déficience. Le terrain formerait ainsi, même informellement, une certaine façon de voir. Et cette façon de voir est déjà, en elle-même, une ressource. Cet accord général cache pourtant une tension que les entretiens ont mise au jour.

L'ensemble des discours révèle un phénomène que le cadre de référence ne présentait pas directement : la désirabilité sociale. Il s'agit d'une tendance bien documentée en psychologie sociale, qui pousse une personne à donner la réponse qu'elle pense être attendue plutôt que ce qu'elle a vraiment vécu ou observé. Véga en est l'exemple le plus net. Quand on lui demande si le handicap d'un collègue peut poser des difficultés dans l'équipe, elle répond que « ça peut arriver, mais ce n'est pas censé arriver » (Véga, Annexe 3, Ligne 27). Elle ne s'appuie sur aucune situation concrète. Elle dit ce qu'il convient de dire. Et c'est précisément là que réside l'intérêt analytique de cette réponse : non pas dans ce qu'elle exprime, mais dans ce qu'elle révèle. Véga n'avait pas exercé de fonction de tutrice. Elle ne connaissait pas le handicap de son collègue. Elle n'avait aucune expérience directe pour répondre autrement. Moscovici le montre bien : quand on manque d'expérience directe sur un sujet, ce sont les représentations collectives qui guident les réponses.

Ces représentations se forment dans le vide laissé par l'absence d'information, d'échanges, de situations vécues. Et elles résistent. Elles ne disparaissent pas parce qu'on veut bien faire. Ce constat n'est pas une critique envers Véga. C'est un constat analytique : la bonne volonté ne remplace pas la formation et l'expérience. Ce qui pose une question directe à l'institution : que se passe-t-il dans une équipe quand personne n'a les mots pour nommer ce qui se passe vraiment . Dans le même registre, le validisme décrit par Paccaud comme « des attitudes discriminatoires adoptées à l'encontre des personnes dites handicapées » (2024, p. 471) ne se manifeste pas uniquement dans des comportements délibérément agressifs. Il se glisse dans des formulations sincèrement bienveillantes. Véga décrit l'attitude de son équipe avec la phrase « comme avec une personne normale » (Véga, Annexe 3, Ligne 22). Andromède elle-même emploie une formulation similaire. Il n'y a aucune méchanceté dans ces mots. Mais ils révèlent que la référence implicite reste toujours le corps valide. C'est ce que Goffman nomme le stigmate : « un attribut qui jette un discrédit profond, réduisant celui qui le porte d'une personne complète et normale à une personne entachée, diminuée » (1975, p. 13). En disant « comme une personne normale », on sous-entend involontairement que la personne en situation de handicap n'est pas tout à fait dans la norme. Personne ne cherche à blesser. Et c'est précisément ce décalage entre l'intention et l'effet qui rend ce type de validisme si difficile à désamorcer. À l'inverse, Orion et Lyra évitent soigneusement ce mot. Orion parle de collègue compétent. Lyra parle d'adaptation et de transformation. Cette différence de langage correspond à une ancienneté et à une expérience de tutorat qui ont construit une réflexivité que Véga n'a pas encore eu l'occasion de développer. Ce que les entretiens suggèrent, c'est que le langage n'est pas neutre. Il révèle des normes. Et ces normes ont des effets concrets sur la façon dont le soignant en situation de handicap est reçu dans son équipe. Un autre résultat qui émerge de la comparaison des quatre entretiens concerne la question du handicap visible et du handicap invisible. Trois configurations différentes apparaissent. Andromède vit avec un handicap visible qu'elle ne peut pas dissimuler : son vitiligo se voit avant qu'elle ait pu se positionner.

Dans le même registre, le validisme décrit par Paccaud comme « des attitudes discriminatoires adoptées à l'encontre des personnes dites handicapées » (2024, p. 471) ne se manifeste pas uniquement dans des comportements délibérément agressifs. Il se glisse dans des formulations

Ces trois situations ne forment pas une hiérarchie. Elles forment une complexité. Andromède subit le regard avant même d'avoir pu se positionner. Lyra choisit quand et comment elle parle de sa situation. Cette différence de contrôle sur son propre récit est fondamentale. Tinland rappelle d'ailleurs que la vulnérabilité est « à la fois universelle et plurielle » (2023, p. 6) : elle ne se vit pas de la même façon selon les contextes et les personnes. On peut faire l'hypothèse que le handicap invisible protège parfois le soignant du regard tout en l'enrichissant cliniquement, là où le handicap visible l'expose sans qu'il ait choisi de le faire. Ces configurations produisent des dynamiques très différentes dans l'équipe et dans la relation de soin. Ce qui conduit à une question centrale : est-ce que cette différence peut devenir une ressource dans la pratique professionnelle ?

7.2. De la blessure à la compétence

Le cadre de référence de ce travail permettait de comprendre les difficultés et les obstacles liés au handicap du soignant. Mais les entretiens ont fait émerger quelque chose que ce cadre ne présentait pas : des ressources professionnelles produites par le handicap lui-même, pas automatiquement ni sans conditions. Dans certains cas, de façon très concrète deux mécanismes distincts ont apparu des données. La compétence adaptative peut être définie comme le développement de capacités nouvelles pour compenser ou contourner une limitation. Quand une voie d'accès est bloquée, d'autres voies se développent. Lyra en donne l'exemple le plus clair : « On compense un handicap en développant d'autres compétences. Un malvoyant développe davantage l'ouïe ou le toucher. J'avais une collègue malentendante qui lisait sur les lèvres, elle avait transformé sa vulnérabilité en force » (Lyra, Annexe 2, Lignes 52-54) Ce que décrit Lyra n'est pas seulement une adaptation fonctionnelle c'est aussi une transformation : la limitation devient le point de départ d'une nouvelle compétence. Ce passage ne se fait pas tout seul. Il demande du temps, parfois un accompagnement, et un environnement qui ne rajoute pas de pression.

Tambou Kamgue souligne d'ailleurs que « quand le soignant est abandonné à sa souffrance et que sa vulnérabilité est ignorée, l'impact peut être néfaste pour les soins prodigués » (2024, p. 68). La compétence adaptative, c'est exactement l'inverse : le soignant prend appui sur sa situation pour développer quelque chose de nouveau. Andromède en décrit une autre forme : la vigilance accrue. Connaître ses limites pousse à anticiper davantage, à s'organiser différemment, pour que le soin n'en pâtisse pas (Andromède, Annexe 4, Lignes 48-49). Ce n'est pas de la compensation, c'est de la stratégie professionnelle.

L'expertise expérientielle est un savoir construit non pas à travers la formation ou les protocoles, mais à travers le vécu direct de la maladie ou du handicap. C'est un savoir incarné, que le corps possède et que l'esprit clinique apprend à mobiliser. Ce type de savoir n'apparaît dans aucun référentiel de compétences. Pourtant, son impact peut être cliniquement mesurable. Lyra le décrit ainsi : « J'ai eu une endométriose sévère et ça m'a permis de suspecter plus rapidement un diagnostic chez une patiente jeune avec douleurs pelviennes. On a peut-être gagné plusieurs années de diagnostic » (Lyra, Annexe 2, Lignes 58-60). Ce qu'elle décrit ici dépasse la simple empathie. Il est important de distinguer bienveillance et

empathie, deux notions souvent confondues dans le langage soignant. La bienveillance est une disposition générale : vouloir le bien de l'autre. L'empathie est quelque chose de plus précis : la capacité de se connecter à ce que l'autre vit, sans s'y perdre. Cara et O'Reilly rappellent que le caring est « l'essence du nursing » (2008, p. 37) et qu'il suppose de se laisser affecter par la situation de l'autre. Ce que décrit Lyra va encore plus loin : son corps était déjà préparé à reconnaître ce que la patiente vivait. Ce n'est plus seulement une capacité relationnelle mais un savoir spécifique, produit par une expérience spécifique. Zielinski parle d'un « fonds commun d'humanité » (2011, p. 89) entre soignant et soigné. L'expertise expérientielle, c'est peut-être cela : une version clinique et incarnée de ce fonds commun. Andromède pose cependant une limite importante : « La bienveillance, on l'a ou on ne l'a pas. Ce n'est pas le fait d'avoir un handicap qui va rendre quelqu'un plus bienveillant » (Andromède, Annexe 4, Lignes 26-27). Ce que suggère Andromède, c'est que cette situation ne produit pas automatiquement l'empathie. Néanmoins le vécu élaboré d'une situation difficile peut l'affiner, la rendre plus incarnée, plus précise. Ce n'est pas le handicap qui encourage l'empathie, c'est le travail accompli sur le handicap. Lyra le dit à travers la notion de deuil : accepter ce qu'on ne peut plus faire pour construire autre chose. Un deuil d'une image de soi, d'une façon de travailler, de ce qu'on pensait être capable de faire. Ce processus est rarement nommé dans les équipes, rarement accompagné et pourtant il conditionne tout ce qui vient après. Andromède l'exprime différemment : « Il ne faut pas choisir un métier pour se guérir soi-même » (Andromède, Annexe 4, Lignes 32-34). Utiliser la relation de soin pour résoudre ses propres blessures, c'est confondre le soin et la thérapie personnelle. Cette confusion peut produire exactement l'effet inverse de ce qui a été décrit.

Ces deux mécanismes suggèrent que le handicap peut produire des compétences réelles, à condition que le soignant ait effectué le travail sur lui-même. Mais comment ce travail se traduit-il concrètement dans la rencontre avec le patient ?

7.3. Quand la vulnérabilité enrichit la rencontre

L'un des points qui revient dans plusieurs entretiens concerne l'effet positif que peut avoir le handicap assumé sur la relation avec le patient. Orion le décrit à travers son collègue malentendant, qui demandait aux patients de se repositionner pour faciliter la communication, en leur disant : « Excuse-moi, parce que je n'entends pas bien de cette oreille, est-ce que tu peux te mettre là ? » Et selon Orion, « ça dégage une espèce de bienveillance de la part du patient et justement, ça noue une relation peut-être même plus égalitaire » (Orion, Annexe 1, Lignes 64-67). Ce que décrit Orion est une rupture de l'asymétrie habituelle entre soignant et soigné. Zaccai-Reyners analyse cette asymétrie : « certaines relations sociales peuvent être qualifiées de relations asymétriques au sens où les termes qui y sont impliqués ne peuvent être permutés sans que leur nature même n'en soit modifiée » (2006, p. 96). En demandant au patient de s'adapter, le soignant montre lui aussi une vulnérabilité, et de fait le patient devient, pour un instant, celui qui peut aider. C'est le « fonds commun d'humanité » décrit par Zielinski (2011, p. 89) : quand la vulnérabilité est partagée, la rencontre devient plus réelle. Hesbeen le confirme : la relation de soin est avant tout « une relation d'attention particulière à autrui » (2018, p. 27). Ce n'est pas la technique qui compte ici. C'est la qualité de la présence. Ce que dit Orion mérite d'être prolongé. L'empathie circule ici dans les deux sens. On forme les soignants à être empathiques envers les patients. On parle rarement de l'empathie que les patients peuvent éprouver envers les soignants. Or, c'est précisément ce qu'Orion décrit. Peut-on se demander si cette réciprocité n'est pas ce qui rend la relation réellement égalitaire : non pas parce que les positions sont identiques, mais parce que chacun voit l'autre dans sa vulnérabilité ? Et si montrer sa faille pouvait, dans certains contextes, créer plus de confiance que de la dissimuler ?

Le cadre de référence ne mentionne pas directement le principe du contre-transfert. C'est pourtant un phénomène que Lyra décrit très clairement, sans le nommer ainsi. Le contre-transfert désigne en clinique ce qui se passe quand le vécu personnel du soignant interfère avec sa relation au patient. Quand la situation du patient résonne avec quelque chose de non résolu dans l'histoire du soignant, cette résonance peut devenir un obstacle. Lyra le formule ainsi : « Ça peut être positif ou négatif. Si le soignant traverse mal sa situation, il peut être en difficulté face à un patient ayant la même pathologie. Il faut alors passer le relais » (Lyra,

Annexe 2, Lignes 56-57). C'est exactement le contre-transfert. Le soignant ne voit plus vraiment le patient. C'est son propre vécu non élaboré qui prend le dessus.

Ce concept est directement lié à l'expertise expérientielle : le même vécu peut être une ressource si le soignant l'a travaillé, ou un obstacle s'il ne l'a pas fait. C'est le même point de départ. Deux destinations opposées. Levinas écrit que « le visage appelle ma liberté à la responsabilité et l'instaure » (Levinas, 1961/2000, p. 222) : être responsable envers l'autre, c'est aussi savoir quand on ne peut pas être la bonne personne. Passer le relais, ce n'est pas échouer mais une posture professionnelle lucide. Cette lucidité-là, peu de formations y préparent explicitement.

Ces deux réalités, la relation enrichie quand le handicap est assumé et le contre-transfert quand il ne l'est pas, suggèrent que ce qui se joue dans la relation de soin dépend avant tout de ce que le soignant a fait de sa propre vulnérabilité, et cette vulnérabilité, elle n'est pas toujours reconnue.

7.4. La vulnérabilité ignorée

Pour comprendre les réactions que peut susciter le handicap d'un soignant dans son équipe, il faut d'abord s'interroger sur le contexte dans lequel ces réactions se produisent. L'hôpital est un environnement structuré autour de l'efficacité, de la rapidité et de la performance. Molinier évoque la figure du soignant idéal : disponible, réactif, endurant (2013, p. 9). Dans ce cadre, toute situation qui ralentit ou complique la prise en charge peut être perçue comme un problème. Qu'est-ce que cela signifie concrètement d'être « trop lent » dans un service d'urgences lorsqu'on vit avec un handicap moteur ? Cela signifie que chaque tâche un peu plus longue que la moyenne devient visible. Que les collègues le remarquent. Que cela peut créer de la frustration collective, pas forcément dirigée contre la personne, mais produite par la pression du système. Ce n'est pas de la malveillance. C'est l'usure collective dans un cadre qui valorise la performance avant tout. On peut se demander si la norme du soignant idéal, valide, disponible, sans limite visible, n'est pas elle-même une forme de validisme institutionnel (au sens de Paccaud, 2024) : non pas délibéré, mais produit mécaniquement par un système qui n'a jamais été pensé pour accueillir la différence.

C'est dans ce contexte qu'Andromède introduit une distinction que les autres entretiens n'ont pas formulée aussi clairement. Elle distingue deux types de réactions négatives dans une équipe : « Il peut y avoir de l'agacement quand on est pressé ou quand on ne comprend pas tout de suite. Mais si quelqu'un s'en prend à un collègue spécifiquement à cause de son handicap, pour moi c'est de la malveillance » (Andromède, Annexe 4, Lignes 35-37). Brun parle de mise à distance émotionnelle comme stratégie de protection dans les métiers du soin (2020). Andromède accepte l'agacement situationnel. Mais elle pose une frontière morale claire : quand la réaction vise spécifiquement le handicap, quelque chose bascule. Paccaud décrit ces attitudes comme des manifestations du validisme non conscient (2024, p. 471). Ce qui est analytiquement important ici, c'est qu'Andromède elle-même fait cette distinction. Elle ne nie pas l'agacement. Elle le contextualise, elle le comprend. Et c'est précisément cette capacité à distinguer l'intention de l'effet qui révèle un niveau de réflexivité que tous les soignants n'ont pas encore eu l'occasion de développer. Andromède est la seule à témoigner d'une expérience de handicap visible vécue depuis l'intérieur. Elle rapporte qu'un collègue a remarqué devant un patient que ses mains étaient très tachées. Il n'y avait pas de méchanceté. Et pourtant l'impact a été réel (Andromède, Annexe 4, Lignes 65-66). C'est exactement

l'écart entre l'intention et l'effet. Ce témoignage montre que le problème n'est pas uniquement dans la malveillance. Il est aussi dans l'absence de conscience de ce que l'autre peut ressentir. Ce qui pose une question directe : comment une équipe peut-elle éviter ce type de situation si personne n'en parle ?

Comment le soignant peut-il alors faire de sa vulnérabilité une force plutôt qu'une charge ? Les quatre entretiens s'accordent sur un point fondamental : tout dépend du travail accompli sur soi. Orion dit que cela dépend de la personnalité (Orion, Annexe 1, Lignes 78-80). Andromède parle d'une question de positionnement (Andromède, Annexe 4, Lignes 65-67). Lyra décrit un processus plus profond : « Ce n'est pas binaire. Ça dépend de l'histoire personnelle, de l'acceptation, du deuil éventuel. Mais la vulnérabilité acceptée peut être une grande force, car elle pousse à chercher d'autres chemins pour aller vers l'autre » (Lyra, Annexe 2, Lignes 65-66). Le mot deuil qu'elle utilise est analytiquement important. Ce n'est pas le deuil d'une personne. C'est le deuil d'une image de soi, d'une façon de travailler, de ce qu'on ne peut plus faire. Ce deuil est silencieux, souvent non accompagné, rarement nommé dans les équipes. Et pourtant il conditionne tout ce qui vient après. Tinland rappelle que la vulnérabilité est « à la fois universelle et plurielle » (2023, p. 6). Zielinski le formule directement : la vulnérabilité du soignant est « l'impensé de la relation de soin » (2011, p. 89). Elle existe. Elle agit. Mais on ne la nomme pas assez. Orion assume sa vulnérabilité en psychiatrie et la met au service de la relation thérapeutique. Lyra a travaillé sur la sienne à travers sa maladie et en a fait une ressource clinique. Véga ne l'a pas encore élaborée, faute d'expérience et d'outillage. Andromède la vit de l'intérieur, exposée quotidiennement au regard des autres. Ces quatre parcours montrent que la vulnérabilité ne devient une force qu'à une condition : l'environnement doit la reconnaître et la soutenir. Sans cela, elle reste une charge. Tambou Kamgue l'exprime clairement : « capabiliser le soignant, c'est prendre soin de lui, ce qui revient à prendre soin des malades » (2024, p. 68). Ce n'est pas un argument philanthropique mais un argument de qualité des soins. Cela pose directement la question de ce que l'institution fait, ou ne fait pas.

7.5. De l'obligation légale à la pratique concrète

Les quatre soignants s'accordent sur un point : informer l'équipe est le premier geste concret pour favoriser l'inclusion. Pas une note administrative. Mais une information orale et explicite, donnée à toute l'équipe, au bon moment. Lyra a observé quelque chose de précis : « J'ai remarqué que quand la cadre venait voir uniquement les infirmiers et pas le reste de l'équipe, le reste était parfois dans le jugement ou l'incompréhension. Tant qu'on n'en fait pas un secret et que la personne a le courage de dire j'ai cette difficulté, ça enlève le tabou » (Lyra, Annexe 2, Lignes 28-30). Le mot tabou mérite qu'on s'y arrête. Quand une équipe ne sait pas qu'un collègue est en situation de handicap, elle interprète ses comportements à partir de ce qu'elle connaît. Un soignant plus lent, moins réactif, qui refuse certaines tâches sans explication : ces comportements peuvent facilement être lus comme du désengagement. Ce n'est pas de la malveillance. C'est le fonctionnement normal d'un groupe humain qui interprète ce qu'il ne comprend pas. Moscovici le montre : en l'absence d'information, les représentations sociales comblent le vide (2019). Dans un service sous pression, ce jugement peut aller très vite. C'est pourquoi l'information change tout : elle remplace l'interprétation par la compréhension. Andromède le confirme avec simplicité : « Une fois que les mots sont posés, c'est plus simple » (Andromède, Annexe 4, Ligne 82). Mentionner son handicap dans une équipe, c'est s'exposer. C'est accepter de ne plus contrôler entièrement la façon dont on est perçu et faire confiance au collectif. Cette confiance ne se décrète pas. Elle se construit progressivement, à travers des signes concrets que l'institution envoie. On peut faire l'hypothèse que lorsque cette communication est bien menée, elle profite à toute l'équipe : elle crée une culture du collectif où la vulnérabilité peut être nommée sans être stigmatisée.

Un frein important apparaît dans les entretiens. Tous les services sont soumis à la même loi du 11 février 2005. Et pourtant les réalités sont radicalement différentes. Pour Orion : hormis le passage de nuit de son collègue, l'institution n'a rien mis en place (Orion, Annexe 1, Lignes 22-26). Véga ne sait même pas quelles formations existent. Lyra a construit quelque chose, mais à sa propre initiative, dans son rôle de tutrice. Andromède est la seule à décrire un service qui propose un vrai dispositif structuré : « Nous avons une boîte avec différents outils : une couverture lestée, une tablette pour traduire certaines langues, une ardoise, la règle des émotions pour les patients non communicants et une liste de référents. Cela a été mis en place par la référente handicap » (Andromède, Annexe 4, Lignes 52-54). Cette différence

vient de la présence ou de l'absence d'une personne qui porte cette mission. Là où il y a une référente handicap identifiée, les aménagements existent. Là où il n'y en a pas, tout repose sur la bonne volonté de chacun. Marquis et Enouf le montrent : « le rôle du référent handicap consiste à impulser une culture d'inclusion » (2025, p. 12). Sans lui, la loi reste un texte sans traduction concrète. Ce que le cas de Lyra illustre bien, c'est le coût de l'absence de soutien institutionnel. Elle a fait seule ce que l'institution aurait dû organiser. Cette compensation a peut-être été efficace dans son service. Mais elle n'est pas généralisable. On ne peut pas faire reposer l'inclusion sur le courage de quelques individus. Sur ce point, les quatre soignants s'accordent sans exception. Orion reconnaît ne pas avoir beaucoup lu sur le sujet. Lyra dit clairement qu'on compte trop sur l'empathie individuelle. Véga ne connaît pas les formations disponibles. Andromède propose une piste concrète : « Il serait aussi utile de proposer un accompagnement psychologique accessible et de parler plus ouvertement du handicap dans les équipes. Une fois que les mots sont posés, c'est plus simple » (Andromède, Annexe 4, Lignes 81-82). Ce constat est peut-être le plus fort de ces entretiens : on compte trop sur l'empathie individuelle. La formation ne se résume pas à des cours magistraux. Elle passe par la parole, par des échanges, par la capacité à nommer ce qui se passe dans une équipe. Tambou Kamgue parle d'« environnement de soin capacitant » (2024, p. 68) permettant au soignant de développer ses propres ressources. Cela suppose une formation structurée, des espaces de parole pensés, et un référent identifié. L'empathie ne s'enseigne pas directement. Et elle ne remplace pas une politique claire. Ces entretiens suggèrent que beaucoup de soignants en situation de handicap exercent actuellement dans des services où rien n'a été pensé pour eux. C'est un écart entre la lettre de la loi et la réalité du terrain que ces quatre voix rendent visible.

7.6. Synthèse : Ce que le terrain nous apprend

Au terme de cette analyse, je peux dire que la question de départ était à la fois juste et incomplète. Juste, parce que le handicap du soignant influence bien la relation de soin. Incomplète, parce qu'elle ne disait pas dans quel sens, ni sous quelles conditions. Et c'est précisément cette incomplétude qui a rendu l'enquête nécessaire. Ce qui traverse ces quatre entretiens, c'est une idée que je n'avais pas anticipée en commençant ce travail : tout dépend de ce que le soignant a fait de son propre vécu. La compétence adaptative, l'expertise expérientielle, la capacité à créer une relation plus égalitaire avec le patient. Aucune de ces ressources n'est automatique. Elles n'existent que lorsque le soignant a travaillé sur sa propre histoire, accepté ce qu'il ne peut plus faire, et construit quelque chose à partir de ce qu'il est. C'est ce processus que Lyra nomme le deuil. Et c'est ce même processus qui empêche le contre-transfert de prendre le dessus dans la relation de soin. Le même vécu, selon qu'il a été élaboré ou non, peut produire des effets diamétralement opposés. Ce n'est pas rien. Mais ce travail intérieur ne peut pas reposer uniquement sur le soignant. Il suppose un environnement qui le rend possible : de la formation, de l'information partagée à toute l'équipe, des espaces de parole pensés, et une personne ressource identifiée. Ce que ce travail montre très concrètement, c'est que cet environnement n'existe pas partout. Orion, Lyra, Véga et Andromède sont soumis à la même loi. Mais leurs réalités sont radicalement différentes. Ce n'est pas une question de bonne volonté, c'est une question de structure. Cette asymétrie entre services pose une question directe : comment peut-on travailler à transformer sa vulnérabilité en ressource quand l'institution ne vous y aide pas ?

Les concepts émergés du terrain : la compétence adaptative, l'expertise expérientielle, le contre-transfert, la désirabilité sociale, le validisme institutionnel (au sens de Paccaud, 2024), l'inégalité entre services permettent de relier ce que les entretiens ont chacun apporté. Ils forment un modèle simple mais solide : le handicap du soignant ne produit pas d'effet neutre dans la relation de soin. Il peut l'enrichir ou la fragiliser. Ce qui fait la différence, ce n'est pas la nature du handicap mais le travail accompli sur lui ainsi que le cadre institutionnel qui le soutient ou non. La question de départ demandait comment le handicap du soignant pouvait influencer la relation de soin. En restant large, elle ne permettait pas d'interroger les conditions de cette influence. L'ensemble des entretiens a permis de la déplacer et de faire éclore la question de recherche suivante :

« En quoi l'élaboration du vécu du handicap par le soignant, soutenue par l'institution, peut-elle transformer la vulnérabilité en ressource dans la relation de soin ? »

Cette question dit deux choses essentielles. D'une part, ce n'est pas le handicap en lui-même qui compte mais ce que le soignant en fait. D'autre part, ce travail ne peut pas reposer sur lui seul. Il a besoin d'un cadre, et ce cadre, comme le montrent ces quatre entretiens, n'est pas encore présent partout. Ce travail a changé ma façon de penser ma propre situation. Je ne suis plus seulement étudiant infirmier en situation de handicap qui se demande si cela va poser un problème, je suis une personne qui a commencé à comprendre que ce vécu peut devenir une ressource, à condition de le travailler. De même, l'institution peut soit m'assister, soit me laisser seul avec cela. Ces quatre entretiens ne répondent pas à toutes les questions, mais ils les posent de manière suffisamment solide pour que d'autres puissent les explorer. Ce que je sais, une fois ce travail achevé, c'est qu'il est impossible de continuer à ne pas se les poser.

8. Conclusion

Ce travail a commencé dans un couloir tamisé, seul, avec des larmes que personne n'avait vues. Il se conclut par quelque chose que je n'avais pas anticipé au départ : une façon différente de me percevoir en tant que soignant. La question initiale était de savoir comment la situation de handicap d'un soignant pouvait influencer la relation de soin avec le soigné. Elle était juste mais incomplète. Elle ne précisait pas dans quel sens, ni sous quelles conditions. Et c'est précisément ce que ce travail a permis de faire émerger. Le cadre de référence a d'abord posé les bases : le handicap ne se réduit pas à une déficience individuelle, il se construit dans l'interaction entre une personne et son environnement. Le soin ne se résume pas à la technicité, il repose sur une relation, sur la responsabilité face à la vulnérabilité d'autrui et la vulnérabilité n'appartient pas qu'au patient. Comme le souligne Zielinski, elle constitue un fonds commun d'humanité qui traverse la relation de soin dans son ensemble (2011, p. 89).

Ces trois notions, le handicap, le soin et la vulnérabilité, ne pouvaient pas être pensées séparément. C'est précisément à leur croisement que quelque chose s'est révélé. Pourtant, c'est le terrain qui a tout modifié, qui m'a surpris. Orion, Lyra, Véga et Andromède ne m'ont pas donné les réponses que j'attendais. Ils m'en ont donné de meilleures. Lyra m'a appris qu'une endométriose sévère pouvait permettre de gagner plusieurs années de diagnostic pour une patiente. Andromède m'a montré que la bienveillance, on l'a ou on ne l'a pas, et que le handicap n'est pas une source automatique de cette qualité. Orion m'a donné une formule que je n'oublierai pas : l'un des meilleurs indicateurs d'une société saine, c'est la façon dont elle aide les gens à remplir les cases. Les quatre participants, sans exception, m'ont dit qu'une formation manquait, que l'institution ne faisait pas assez et que la bonne volonté des collègues ne remplaçait pas un cadre. Le terrain m'a appris que la nature du handicap ne suffit pas à expliquer ce qui se passe dans la relation de soin. Ce qui fait la différence, c'est le travail que le soignant accomplit sur son propre vécu. Rien de ce que j'ai décrit n'est automatique, ni la compétence adaptative, ni l'expertise expérientielle, ni la capacité à créer une relation plus égalitaire avec le soigné. Elles naissent d'un travail sur soi, profond, d'une acceptation, d'un deuil parfois. Et ce travail, comme Lyra me l'a dit, ne peut pas reposer uniquement sur le soignant. Il a besoin d'un environnement qui le rend possible, d'une

institution qui ne se contente pas d'autoriser mais qui accompagne vraiment. Ce travail ouvre des pistes que je n'ai pas pu explorer entièrement. Comment former les soignants à accueillir la vulnérabilité de leurs pairs, pas seulement celle des patients ? Comment faire en sorte que le handicap d'un soignant soit nommé dans une équipe sans que cela devienne une étiquette ? Comment transformer la norme implicite du soignant invulnérable, performant, sans limite visible ? Toutes ces questions restent ouvertes. Je pense qu'elles méritent d'être posées, parce que si elles ne sont pas posées, on isole le soignant avec son poids, comme j'ai pu le vivre avec regret ce fameux jour, dans ce couloir.

Ce que j'ai pu apprendre depuis, c'est que ma vulnérabilité n'est pas un obstacle à ma pratique professionnelle mais une partie de ce que je suis vraiment. Si je réalise le travail nécessaire, celle-ci peut devenir une ressource, sans être automatique, ni sans effort, mais je sais que cela est tout à fait réalisable. Ce TFE ne changera peut-être pas les pratiques dans les services, néanmoins il a changé ma façon de penser le soin ainsi que ma façon de me penser comme futur soignant. C'est déjà une grande victoire.

9. Bibliographie

Alves Tassinari, M. (2008). La dimension politique des relations d'aide : La contribution de Carl Rogers. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6, 229–244. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0229>

Brun, C. (2020). De la vulnérabilité du soignant dans la relation au patient [Travail de fin d'études inédit].

Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *InfoKara*, 18(2), 101–104. <https://doi.org/10.3917/inka.032.0101>

Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37–45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>

Collière, M.-F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie*. Masson.

Dany, L., Dormieux, A., Futo, F., & Favre, R. (2006). La souffrance : représentations et enjeux. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 91–104. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0091>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2024). Le handicap en chiffres (éd. 2024). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*. Presses universitaires de France.

France. (1987, 10 juillet). Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. *Legifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000512481>

France. (2005, 11 février). Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Legifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647>

Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit.

Hamonet, C. (2022). *Les personnes en situation de handicap*. Presses universitaires de France.

Hesbeen, W. (2018). *La relation de soin*. Elsevier Masson.

Levinas, E. (1961). *Totalité et infini : Essai sur l'extériorité*. Martinus Nijhoff. (Réédition : Le Livre de Poche, 2000)

Marin, C., & Worms, F. (Dirs.). (2015). *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*. Presses universitaires de France.

Marquis, A., & Enouf, S. (2025). L'accompagnement inclusif en formation aide-soignante. *L'Aide-soignante*, 27(268), 12–13. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2025.04.006>

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. La Dispute.

Moscovici, S. (2019). *Psychologie des représentations sociales : Textes rares et inédits* (N. Kalampalikis, Éd.). Éditions des archives contemporaines.

Nations Unies. (2006, 13 décembre). Convention relative aux droits des personnes handicapées

Nightingale, F. (1862). *Des soins à donner aux malades : Ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter* (M. Daremberg, Trad.). Librairie académique Didier et Cie. (Œuvre originale publiée en 1860)

Organisation mondiale de la Santé. (1988). Classification internationale des handicaps : Déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. CTNERHI-INSERM.

Organisation mondiale de la Santé. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). <https://www.who.int/fr/standards/classifications>

Organisation mondiale de la Santé, & Banque mondiale. (2011). Rapport mondial sur le handicap 2011. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241564182>

Paccaud, L. (2024). Validisme. Dans B. Andrieu & G. Boëtsch (Dir.), *Les mots de demain : Un dictionnaire des combats d'aujourd'hui* (pp. 471–476). Atlande.

Paperman, P. (2010). Éthique du care : Un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 33(133), 51–61. <https://doi.org/10.3917/gs.133.0051>

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

Tinland, A. (Dir.). (2023). La vulnérabilité dans le soin [Numéro thématique]. *Médecine et philosophie*, 10.

Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*. La Découverte.
Zaccaï Reyners, N. (2006). Respect, réciprocité et relations asymétriques : Quelques figures de la relation de soin. *Esprit*, 1, 95–108.

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631–641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité ». *Cahiers philosophiques*, 125, 89–106. <https://doi.org/10.3917/caph.125.0089>

10. Annexes

Sommaire des annexes :

10.1.	<u>Annexe 1</u> : Retranscription entretien n°1 : Orion, service de psychiatrie.....	P.1
10.2.	<u>Annexe 2</u> : Retranscription entretien n°2 : Lyra, service d'USLD.....	p.5
10.3.	<u>Annexe 3</u> : Retranscription entretien n°3 ; Véra, service de médecine interne..	P.8
10.4.	<u>Annexe 4</u> : Retranscription entretien n°4 : Andromède, service des urgences...	p.11
10.5.	<u>Annexe 5</u> : Guide d'entretien semi-directif.....	p.14
10.6.	<u>Annexe 6</u> : Fiches d'autorisation d'entretiens.....	p.15
10.7.	<u>Annexe 7</u> : Demande de réalisation des d'entretiens.....	p.18
10.8.	<u>Annexe 8</u> : Autorisations d'entretiens.....	p.20
10.9.	<u>Annexe 9</u> : Analyses individuelles des entretiens.....	p.21
10.10.	<u>Annexe 10</u> : Tableau d'analyse croisée.....	p.30
10.11.	<u>Annexe 11</u> : Textes de lois.....	P.45
10.12.	<u>Annexe 12</u> : autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	P.48

10.1. Annexe 1 : Entretien infirmier N°1 en psychiatrie

1 *EIDE : Alors, du coup, dans le cadre de mon mémoire, tout d'abord, on va commencer par des*
2 *questions de présentation. Pouvez-vous vous présenter brièvement : votre fonction, votre*
3 *service et votre ancienneté ?*

4 *IDE : Alors moi je suis Orion. Je suis infirmier depuis 2019 au Lubéron 1, donc en unité fermée.*

5 *EIDE : Bon, nickel, très bien. Ensuite, on va rentrer un peu plus dans le cœur du sujet. Est-ce*
6 *que durant votre activité professionnelle en tant qu'infirmier, vous avez déjà été en contact*
7 *avec un soignant, que ce soit infirmier ou même aide-soignant ou autre, qui était en situation*
8 *de handicap ?*

9 *IDE : Oui. Quand j'étais de nuit, un collègue infirmier d'une soixantaine d'années avait un*
10 *problème de dos.*

11 *EIDE : D'accord. Un problème de dos, ok. Très bien. Donc, du coup, vous avez déjà été en*
12 *rapport avec quelqu'un en situation de handicap. Pour vous, qu'est-ce que c'est que le handicap*
13 *?*

14 *IDE : C'est très intéressant comme question. Le handicap, on va dire que si la société prévoit*
15 *qu'on remplit certaines cases, malheureusement, le handicap, c'est qu'on n'arrive pas à remplir*
16 *totalement ces cases-là. Du coup, on a besoin de systèmes ou de trouver des fonctionnements*
17 *pour pouvoir remplir ces cases-là. Donc quelque part faire un effort supplémentaire par*
18 *rapport à d'autres pour pouvoir s'adapter pleinement à la place qu'on veut tenir.*

19 *EIDE : Déjà, vous avez de bonnes connaissances à ce niveau-là. Du coup, j'en reviens sur votre*
20 *ancien collègue de travail qui était en situation de handicap. Est-ce que vous savez s'il avait eu*
21 *une adaptation ?*

22 *IDE : En fait, il avait un problème de dos et un problème de surdité.*

23 *EIDE : D'accord. Ah oui, intéressant.*

24 *IDE : C'est vrai que c'était pour ça qu'il était passé de nuit, pour l'adaptation. Et ensuite, je ne*
25 *crois pas qu'au niveau de... Enfin, nous, en tant que collègues, bien sûr qu'on y fait attention*
26 *parce que c'est normal. Mais l'institution n'a jamais fait d'aménagement. Enfin, hormis le faire*
27 *passer de nuit, il n'y a jamais eu d'aménagement particulier. Hormis pendant le Covid : il me*
28 *semble qu'il a pu s'arrêter quelques jours. Ils l'ont protégé.*

29 *EIDE : D'accord, ok. Et vous, par rapport à ça, c'est lui qui vous a dit qu'il avait un handicap*
30 *? Ou alors ce n'est pas la cadre ou une équipe qui est venue vous dire ?*

31 *IDE : Non, c'est lui qui me l'a dit au fur et à mesure. Je travaillais avec lui petit à petit.*

32 *EIDE : D'accord, ok. Très intéressant. Comment la situation de handicap d'un soignant peut-*
33 *elle influencer ou impacter le soin en général, que ce soit le soin technique ou dans la relation*
34 *de soin ?*

35 *IDE : Surtout dans le cadre de la psychiatrie, pour moi, c'est la relation qui soigne. C'est-à-*
36 *dire que c'est la relation à l'autre. Et c'est un peu difficile de dire ça, mais l'avantage du*
37 *handicap, c'est que ça peut permettre un certain vécu qui peut se rapprocher. De toute façon,*
38 *souvent pendant notre travail, on a des relations au miroir. Dans l'échange, on ressent toujours*
39 *quelque chose, on est des humains. Et je pense que ça crée un certain vécu qui permet une*
40 *accessibilité à certains profils de patients. Et qui peut être vraiment un plus dans le travail.*

41 *EIDE : Ok, très bien.*

42 *IDE : Je pense que c'est tellement vague et large. Je pense qu'il serait bien que tu scindes trois*
43 *axes de cette question et que tu puisses la décliner en trois questions différentes. Je pense que*
44 *tu peux avoir l'axe du vécu que ça te donne et que ça t'aide dans la relation soignant-soigné.*
45 *Ensuite, tu as l'axe dans la dynamique de groupe de l'équipe infirmière, de l'équipe soignante*
46 *: est-ce que tes collègues font attention, le rapport à l'autre, comment tu communicates ça. Et*
47 *en troisième point, tu peux faire une conclusion sur les soins techniques*
48 *: est-ce que tu es particulièrement désavantagé, quelles solutions peuvent être mises en place.*

49 *EIDE : Ok, très bien. Ça, c'était la dernière question, justement : quels éléments seraient*
50 *importants que vous voulez aborder ou que je devrais aborder prochainement. Donc ça, je me*
51 *le garde. Je veux juste rebondir sur une autre question que je n'avais pas vraiment mise dans*
52 *mon entretien : la question du handicap visible et invisible.*

53 *IDE : Oui.*

54 *EIDE : Par exemple, en revenant sur votre collègue de travail, on ne le voyait pas forcément*
55 *sur lui qu'il portait un handicap.*

56 *IDE : Hormis son appareil auditif, il était appareillé, mais c'était très discret. EIDE : Oui,*
57 *discret.*

58 *IDE : Oui, tu le voyais parce qu'il n'entendait pas trop. Il s'était vraiment centré sur une oreille.*
59 *Du coup, souvent, il te disait : « Attends, je me mets à ta droite comme ça. »*

60 *IDE : Oui, il s'adaptait lui aussi. Même avec les patients, du coup, ça met une autre dimension.*
61 *Le patient, il peut être centré sur son histoire, sur ses préoccupations, des choses qui peuvent*
62 *être très lourdes. Quand il communiquait avec eux, il disait : « Excuse-moi, parce que je*
63 *n'entends pas bien de cette oreille, est-ce que tu peux te mettre là ? » Ça dégage une espèce de*

64 *bienveillance de la part du patient. Et justement, ça noue une relation peut-être même plus*
65 *égalitaire.*

66 *IDE : Oui, tout à fait. Parce qu'on se trouvait dans la relation soignant-soigné. On peut dire*
67 *qu'il y a un avantage du soignant sur le soigné, qui est marqué bien sûr par la blouse, par tout*
68 *ça. Et surtout que moi, il y a des moments où j'aime ne pas mettre la blouse, pour justement*
69 *briser cette barrière-là. Et puis même, on le voit : sans être en situation de handicap, il y a des*
70 *moments où juste exprimer un ressenti difficile au patient va dégager une empathie de la part*
71 *du patient. Et surtout, dans les soins psychiatriques où on est longtemps avec eux, ça aide à*
72 *égaliser la relation, à montrer qu'il n'y a pas un...*

73 *EIDE : De toute façon, ce que vous venez de dire, c'est le cœur de mon sujet. Pour vous, le*
74 *handicap, pour un soignant, ça peut être plutôt un frein, une ressource ? Ou les deux dans la*
75 *relation de soins, ou au contraire une limite ?*

76 *IDE : C'est très individu-dépendant. Ça dépend beaucoup des personnalités, de comment elles*
77 *réagissent face à ça. Mais pour moi, ça peut aider, ça peut être un frein. L'important, c'est de*
78 *trouver les bons aménagements, en fait, pour que ça soit plus qu'une aide. Après, il y a une*
79 *situation idéale que je pense que tout le monde, en situation de handicap, vise, mais qui n'est*
80 *pas toujours forcément atteignable.*

81 *IDE : Viser un idéal pour tomber pas loin. EIDE : Oui.*

82 *EIDE : Du coup, on va conclure. Juste par rapport à ce qu'on a abordé, est-ce que vous voulez*
83 *ajouter un autre élément ?*

84 *IDE : J'aimerais bien ajouter une référence littéraire, mais je n'ai pas beaucoup lu sur le*
85 *handicap. J'ai un petit déficit là-dessus. Après, c'est tellement niche que...*

86 *IDE : Toi, t'as utilisé des références ? EIDE : Oui, oui, beaucoup.*

87 *IDE : T'as utilisé quoi ?*

88 *EIDE : Moi, j'ai lu du Claude Hamonette. Lui, c'est un docteur spécialisé dans le handicap. Ça*
89 *a été un des premiers à essayer de faire en sorte que la législation handicap en France... Il a*
90 *écrit beaucoup de livres dessus. Après, j'ai aussi beaucoup lu sur le stigmatisation et les*
91 *représentations sociales.*

92 *IDE : Ok.*

93 *IDE : Déjà, ça me montre aussi que le handicap, c'est un peu niche au niveau des connaissances*
94 *et des références. Et puis, on lit beaucoup sur la psy, mais c'est vrai qu'on ne lit pas trop sur le*
95 *handicap. Mais je peux faire justement un rapprochement entre le handicap et la psychiatrie.*
96 *C'est que les maladies psychiatriques, ça peut être considéré comme un handicap aussi. Pour*

97 *moi, c'est un handicap.*

98 *EIDE : C'est un handicap, oui.*

99 *IDE : Et souvent, dans le contact avec les patients, pour expliquer l'injustice de la maladie...*

100 *Quand une schizophrénie paranoïde, par exemple, est détectée et qu'on est chez des patients*

101 *suffisamment « cortiqués » pour qu'on puisse faire une éducation thérapeutique là-dessus, moi*

102 *je leur dis : malheureusement, il y a un pourcentage faible de la population qui peut être atteint*

103 *de cette maladie. Et c'est injuste. Mais franchement, c'est comme ça. La vie est injuste.*

104 *Justement, c'est à l'homme de faire en sorte de la rendre plus juste. Mais la vie, elle est injuste.*

105 *Donc là, malheureusement, tu as cette maladie. Mais on va essayer de faire en sorte de te*

106 *trouver les traitements et les aménagements pour que tu puisses profiter pleinement de ce que*

107 *tout le monde a. Et souvent, c'est un discours qui est... Parce qu'en plus, tu verras, on a de*

108 *moins en moins le temps en tant qu'infirmier. Et même en tant que médecin, de faire des*

109 *annonces médicales, du diagnostic. Les médecins, ils se couvrent de plus en plus. Donc c'est*

110 *impossible...*

111 *EIDE : Ok. Oui, en fait, ça s'inscrit dans la dynamique de la société.*

112 *IDE : C'est ça. C'est qu'on fait de moins en moins attention aux gens qui ne remplissent pas les*

113 *cases.*

114 *EIDE : Qui ne remplissent pas les cases, oui.*

115 *IDE : Une société développée... L'un des meilleurs indicateurs d'une société saine et*

116 *développée, c'est la façon dont elle aide les gens à remplir les cases.*

117 *EIDE : Oui, bien sûr. Très bien, on a fait le tour. Je vous remercie de m'avoir reçu pour cet*

118 *entretien.*

119 *IDE : Merci à vous.*

10.2. Annexe 2 : Entretien infirmier N°2 en Unité de soins de longue durée

1 *EIDE : Alors, dans le cadre de mon troisième entretien, je suis aujourd'hui en service de USLD.*
2 *Et je vais vous poser ma première question, donc présentez-vous : votre service, la fonction et*
3 *l'ancienneté.*

4 *IDE : Moi c'est Lyra, je suis infirmière, j'ai 37 ans, je suis infirmière depuis 4 ans et demi.*
5 *Avant, j'étais soignante au SMIAP en médecine interne pendant 7 ans. Avant ça, je faisais du*
6 *domicile. Et avant, j'étais ASH.*

7 *EIDE : D'accord, ok, très bien. Donc, du coup, on va rentrer vraiment maintenant dans le cœur*
8 *du sujet. Je vais déjà poser une question qui est assez globale et après on reviendra dessus au*
9 *fil de l'entretien. Avez-vous déjà été en contact avec un ou une soignante ou un étudiant en*
10 *situation de handicap durant votre parcours ?*

11 *IDE : Oui.*

12 *EIDE : Dans ce cas-là, vous savez c'était quoi le handicap ?*

13 *IDE : Alors, ça dépendait, ça m'est arrivé plusieurs fois, autant en étant tutrice aide-soignant*
14 *que tutrice infirmière.*

15 *EIDE : D'accord, intéressant.*

16 *IDE : Soit c'était ma cadre qui venait me voir en m'expliquant la situation, sans rentrer dans*
17 *de grands détails mais au moins pour qu'on ait un ordre d'idée de comment il fallait qu'on*
18 *essaye de s'adapter aux situations, les potentielles difficultés que la personne pouvait*
19 *rencontrer, mais aussi les ressources qu'on pouvait avoir vis-à-vis de cette personne et ce qu'il*
20 *fallait solliciter pour que la personne évolue favorablement. J'ai eu une élève qui avait un*
21 *TDAH et qui avait des soucis d'organisation, notamment pour fixer son attention. On avait mis*
22 *en place une procédure à chaque chambre : tu rentres, tu fais ça, tu fais ça, tu fais ça. En gros,*
23 *tu protocolises. La plupart du temps, je leur dis qu'il faut avoir une vision globale, faire une*
24 *photographie de ce qu'on va devoir faire dans la chambre. Dans le cas du TDAH, la*
25 *concentration étant plus difficile, soit ils notaient sur un bloc-notes, soit ils faisaient une ou*
26 *deux actions puis revenaient noter et retranscrire avant de continuer. Au début c'était plus*
27 *long, mais sur 4 à 8 semaines des automatismes arrivaient.*

28 *EIDE : Très intéressant, ça montre qu'on peut en tirer des ressources. Le reste de l'équipe avait*
29 *réagi comment par rapport à ces personnes ?*

30 *IDE : J'ai remarqué que quand la cadre venait voir uniquement les infirmiers et pas le reste de*
31 *l'équipe, le reste était parfois dans le jugement ou l'incompréhension. Tant qu'on n'en fait pas*

un secret et que la personne a le courage de dire « j'ai cette difficulté », ça enlève le tabou. Les collègues posent des questions et cherchent à comprendre. J'avais un élève avec une surdité d'une oreille, il expliquait qu'il fallait lui parler d'un côté précis. Quand on en parle, ce n'est pas banaliser, mais ça devient plus compréhensible.

EIDE : Et au niveau des patients ?

IDE : Pas forcément au courant officiellement, mais certains patients avec leurs mots comprennent et s'adaptent. Par exemple ils disent qu'il faut parler plus fort ou d'un certain côté. Même avec des patients atteints de troubles cognitifs, parfois le non-verbal et l'intuition facilitent les choses.

EIDE : En quoi le handicap influence la posture du soignant ou de l'étudiant ?

IDE : C'est multifactoriel. Il y a une nécessité d'adaptation pour la personne porteuse du handicap et pour l'interlocuteur. Ça demande aussi un travail interne d'acceptation. Certaines personnes ont du mal à accepter leur handicap et n'arrivent pas à aller vers la résilience. D'autres acceptent et trouvent des stratégies. L'acceptation est essentielle pour pouvoir l'expliquer et permettre à l'autre de l'accepter aussi.

EIDE : Avez-vous des formations sur la prise en charge du handicap dans l'équipe ?

IDE : Non. On compte beaucoup sur l'empathie. Mais ça pourrait être bénéfique. Par exemple, une collègue diabétique faisait un malaise pendant une toilette. Le fait de connaître sa pathologie permet de gagner du temps et d'agir rapidement. On parle beaucoup d'handicap mais pas assez de formation. On va recevoir une patiente sourde et muette et j'ai tenté quelques signes. Mais combien d'agents savent signer ? Très peu.

EIDE : Pensez-vous qu'un soignant en situation de handicap peut développer des compétences particulières ?

IDE : Oui, j'en suis convaincue. On compense un handicap en développant d'autres compétences. Un malvoyant développe davantage l'ouïe ou le toucher. C'est pareil pour un soignant. J'avais une collègue malentendante qui lisait sur les lèvres, elle avait transformé sa vulnérabilité en force.

EIDE : Et au niveau de la relation de soins ?

IDE : Ça peut être positif ou négatif. Si le soignant traverse mal sa situation, il peut être en difficulté face à un patient ayant la même pathologie. Il faut alors passer le relais. Mais ça peut aussi être une force. J'ai eu une endométriose sévère et ça m'a permis de suspecter plus rapidement un diagnostic chez une patiente jeune avec douleurs pelviennes. On a peut-être gagné plusieurs années de diagnostic.

65 *EIDE : Avez-vous observé des réactions négatives dans l'équipe ?*
66 *IDE : Oui. Dans ces cas-là, il faut essayer de comprendre plutôt que juger. Souvent il y a des*
67 *mécanismes de défense. Comme face à la mort, certains évitent car ça renvoie à leur propre*
68 *vécu. Il faut savoir passer le relais et s'appuyer sur la diversité comme richesse.*
69 *EIDE : Selon vous, la vulnérabilité du soignant est-elle une faiblesse ou une ressource ?*
70 *IDE : C'est nuancé, ce n'est pas binaire. Ça dépend de l'histoire personnelle, de l'acceptation,*
71 *du deuil éventuel. Mais la vulnérabilité acceptée peut être une grande force, car elle pousse à*
72 *chercher d'autres chemins pour aller vers l'autre.*
73 *EIDE : Qu'est-ce qui pourrait améliorer l'inclusion d'un soignant en situation de handicap à*
74 *l'hôpital ?*
75 *IDE : L'information. Quand on ne connaît pas, on a peur. S'informer permet de réduire la peur*
76 *et d'accepter la différence. C'est valable pour toute pathologie, y compris la maladie mentale.*
77 *Il faut que les deux parties soient ouvertes et dans une volonté de compréhension.*
78 *EIDE : Je vous remercie pour cet entretien.*
79 *IDE : Merci.*

10.3. Annexe 3 : Entretien infirmier n°3 médecines interne

- 80 *EIDE : Alors, dans le cadre de mon mémoire, on va réaliser aujourd'hui un entretien. Pour*
81 *commencer, je vais juste vous laisser vous présenter : votre fonction et depuis combien de temps*
82 *vous êtes diplômée.*
- 83 *IDE : Je suis infirmière et je suis jeune diplômée depuis juillet. J'ai commencé à travailler en*
84 *septembre.*
- 85 *EIDE : D'accord, très bien. Donc on va rentrer directement dans le sujet pour ne pas faire trop*
86 *long. Même dans le cadre de vos études, que ce soit en stage ou dans le travail, avez-vous déjà*
87 *été en contact avec une personne en situation de handicap dans l'équipe soignante*
88 *?*
- 89 *IDE : Oui.*
- 90 *EIDE : Est-ce que vous savez quel était le handicap ?*
- 91 *IDE : Non, j'étais juste au courant qu'il avait un handicap. EIDE : Et c'était la cadre qui vous*
92 *l'avait signalé ?*
- 93 *IDE : Non, mais dans l'équipe on le sait, ça se voit.*
- 94 *EIDE : D'accord, vous le voyez en fonction de la personne. Très bien. Qu'est-ce que c'est le*
95 *handicap pour vous ?*
- 96 *IDE : Le handicap, ça peut se voir ou ne pas se voir. Ça ne se soigne pas forcément. Ça peut*
97 *atteindre tous les âges. Ça peut être physique ou mental.*
- 98 *EIDE : Par rapport au collègue en situation de handicap que vous avez connu, l'équipe*
99 *réagissait comment avec lui ?*
- 100 *IDE : Comme avec une personne normale.*
- 101 *EIDE : Donc pas de jugement particulier. Et selon vous, comment le handicap est perçu dans*
102 *une équipe de soins en général ?*
- 103 *IDE : Je ne sais pas trop.*
- 104 *EIDE : Est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir des préjugés ? IDE : Je pense que ça peut*
105 *arriver, mais ce n'est pas censé arriver*
- 106 *EIDE : Est-ce que vous pensez qu'un soignant en situation de handicap peut être perçu*
107 *différemment par ses collègues ou par les patients ?*
- 108 *IDE : Oui, je pense que certaines personnes peuvent être traitées différemment. EIDE : Quand*
109 *vous dites différemment, vous pensez à quoi ?*
- 110 *IDE : Peut-être qu'un patient pourrait penser qu'il comprend moins bien ou qu'il va être moins*

111 *en confiance.*

112 *EIDE : D'accord. Maintenant, au niveau de la posture du soignant, est-ce que vous pensez que*

113 *le handicap peut influencer la relation de soins ?*

114 *IDE : Oui, selon le handicap.*

115 *EIDE : Dans un sens positif ou négatif ?*

116 *IDE : Les deux. Positif parce qu'un patient peut être touché et être encore plus bienveillant.*

117 *Négatif parce qu'un patient stressé peut être encore plus inquiet.*

118 *EIDE : Est-ce que vous avez déjà vu ce collègue dans une situation particulière avec un patient*

119 *?*

120 *IDE : Non, les seules fois où je l'ai vu c'était pour discuter et ça s'est toujours bien passé.*

121 *EIDE : Selon vous, quelles pourraient être les difficultés concrètes qu'un soignant en situation*

122 *de handicap pourrait rencontrer dans un service ?*

123 *IDE : La communication, la compréhension si on lui demande quelque chose qu'il ne comprend*

124 *pas. L'organisation aussi, parce que certaines personnes sont très ritualisées et dès que ça*

125 *change c'est compliqué. Et si c'est un handicap physique, tout ce qui est transferts et*

126 *mobilisation des patients peut être difficile.*

127 *EIDE : Est-ce qu'il existe des formations pour sensibiliser au handicap des soignants ? IDE :*

128 *Je ne sais pas.*

129 *EIDE : Pensez-vous que le handicap d'un soignant peut avoir un impact sur la qualité ou la*

130 *réalisation d'un soin ?*

131 *IDE : Oui, par exemple pour les transferts.*

132 *EIDE : Si vous deviez travailler avec un collègue ou un étudiant en situation de handicap,*

133 *comment feriez-vous pour l'accompagner ?*

134 *IDE : On s'intègre comme une personne normale mais on adapte le travail. Au niveau de la*

135 *communication par exemple, parler plus lentement. Si c'est un trouble de communication,*

136 *écrire sur un papier. Tout dépend du handicap.*

137 *EIDE : Donc il faudrait adapter les choses à chaque situation. IDE : Oui.*

138 *EIDE : Selon vous, la vulnérabilité du soignant peut-elle être une ressource dans la relation*

139 *de soins ?*

140 *IDE : Oui et non. Ça peut être une ressource parce qu'on peut être plus impliqué dans la*

141 *relation et comprendre certaines situations. Mais ça peut aussi être négatif si on est trop*

142 *impacté émotionnellement.*

143 *EIDE : Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la reconnaissance et l'inclusion d'un*

144 *soignant en situation de handicap à l'hôpital ?*
145 *IDE : Des formations, parce qu'il en manque. Et aussi écouter les personnes en situation de*
146 *handicap et leurs besoins.*
147 *EIDE : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose pour conclure l'entretien ? IDE : Non.*
148 *EIDE : Merci pour votre participation. IDE : Merci.*

10.4. Annexe 4 : Entretien infirmiers n°4 aux urgences

1 *EIDE : Aujourd'hui, nous nous rencontrons dans le cadre de mon quatrième entretien réalisé*
2 *au sein du service des urgences. Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et préciser*
3 *depuis combien de temps vous êtes diplômée ?*

4 *IDE : Je suis issue de la formation continue professionnelle. J'ai travaillé pendant plus de dix*
5 *ans comme aide-soignante aux urgences. J'ai ensuite passé le concours, obtenu mon*
6 *financement et intégré l'IFSI en 2021. J'ai obtenu mon diplôme en juillet 2024 et j'ai eu*
7 *l'opportunité de revenir travailler dans mon service d'origine.*

8 *EIDE : Au cours de votre expérience professionnelle, même en tant qu'aide-soignante, avez-*
9 *vous déjà été amenée à travailler avec un soignant en situation de handicap ?*

10 *IDE : Oui. Je me souviens notamment d'une infirmière en stage qui était sourde et appareillée.*
11 *Parfois on lui parlait et elle ne répondait pas, ce qui nous surprenait au début. Puis je me suis*
12 *aperçue qu'elle portait des appareils auditifs. Il fallait donc l'interpeller ou se placer en face*
13 *d'elle pour communiquer avec elle.*

14 *IDE : Ici aussi, nous avons un ambulancier qui présente des troubles. Je pense que cela se*
15 *rapproche de l'autisme, même si je ne sais pas exactement. Pour moi, cela reste avant tout un*
16 *collègue de travail. Il a ça, mais cela ne l'empêche pas d'être compétent dans ce qu'il fait.*

17 *IDE : Au bout d'un moment, je pense qu'il faut passer au-dessus du handicap. Il ne faut pas le*
18 *cacher ou faire comme s'il n'existait pas, mais ce n'est pas non plus ce qui définit la personne.*

19 *EIDE : La hiérarchie vous avait-elle informée de la présence de professionnels en situation de*
20 *handicap dans l'équipe ?*

21 *IDE : Non. Je l'ai compris en observant et en discutant avec mes collègues. Quand je suis*
22 *revenue de congé maternité, ce collègue était déjà en poste mais je ne le connaissais pas. Je le*
23 *trouvais un peu particulier et mes collègues m'ont expliqué la situation.*

24 *EIDE : Pensez-vous qu'un soignant en situation de handicap puisse développer des*
25 *compétences ou une sensibilité particulière dans le soin ?*

26 *IDE : Je ne pense pas que cela soit forcément lié. La bienveillance, on l'a ou on ne l'a pas. Ce*
27 *n'est pas le fait d'avoir un handicap qui va rendre quelqu'un plus bienveillant.*

28 *IDE : Par contre, quelqu'un qui devient handicapé au cours de sa vie peut développer d'autres*
29 *choses. Mais cela dépend des personnes.*

30 *IDE : Et je pense aussi qu'il ne faut pas choisir un métier pour se guérir soi-même. Par exemple,*
31 *certaines personnes disent qu'elles veulent travailler avec les enfants parce qu'elles ont eu une*

32 *enfance difficile. Mais on ne se sert pas de son métier pour guérir ses propres blessures.*

33 *EIDE : Au niveau de l'équipe, avez-vous déjà observé des réactions négatives envers un*
 34 *soignant en situation de handicap ?*

35 *IDE : Il peut y avoir de l'agacement quand on est pressé ou quand on ne comprend pas tout de*
 36 *suite. Dans un service comme les urgences, on court beaucoup. Si la réactivité n'est pas celle*
 37 *attendue, cela peut provoquer de l'agacement.*

38 *IDE : Mais si quelqu'un s'en prend à un collègue spécifiquement à cause de son handicap, pour*
 39 *moi c'est de la malveillance.*

40 *EIDE : Dans un service comme les urgences, quelles difficultés concrètes un soignant en*
 41 *situation de handicap peut-il rencontrer ?*

42 *IDE : La rapidité d'action, déjà. Il faut se déplacer vite, comprendre rapidement les situations*
 43 *et anticiper. Il faut faire des liens très vite entre les informations pour savoir quoi faire.*

44 *IDE : Mais un soignant conscient de son handicap va souvent être très vigilant. Il va essayer*
 45 *de compenser cette difficulté pour que son travail n'en pâtisse pas.*

46 *EIDE : Pensez-vous qu'un soignant en situation de handicap puisse avoir un impact sur la*
 47 *qualité ou la sécurité des soins ?*

48 *IDE : Cela peut arriver, par exemple lors des mobilisations si la personne n'a pas la capacité*
 49 *physique nécessaire. Dans ce cas, il faut être conscient de ses limites et passer le relais à un*
 50 *collègue.*

51 *EIDE : Dans votre service, existe-t-il des aménagements ou des dispositifs pour accompagner*
 52 *les professionnels ?*

53 *IDE : Oui. Nous avons une boîte avec différents outils : une couverture lestée, une tablette pour*
 54 *traduire certaines langues, une ardoise, la règle des émotions pour les patients non*
 55 *communicants et une liste de référents. Cela a été mis en place par la référente handicap.*

56 *IDE : Nous avons aussi testé un gilet de soutien pour le dos pour les brancardiers, afin de*
 57 *réduire les douleurs liées au travail physique.*

58 *IDE : Il y avait également un casque de luminothérapie qui permettait à certains professionnels*
 59 *de prendre un moment pour se détendre avant de commencer le poste.*

60 *EIDE : Selon vous, la vulnérabilité du soignant est-elle plutôt une faiblesse ou une ressource*
 61 *dans la relation de soin ?*

62 *IDE : Cela dépend de ce que le soignant en fait. Il peut en faire une force ou se placer dans*
 63 *une position d'infériorité. La manière dont il se positionne influence aussi la manière dont les*
 64 *collègues vont le percevoir.*

65 *EIDE : Souhaitez-vous ajouter un exemple concret par rapport à une situation vécue ?*
66 *IDE : Oui. J'ai un vitiligo. Un jour, un collègue a remarqué devant un patient que mes mains*
67 *étaient très tachées. Il n'y avait pas de méchanceté, mais sur le moment je l'ai mal vécu.*
68 *IDE : Une autre fois, je suis entrée dans une salle de soins avec un patient qui avait aussi un*
69 *vitiligo. Un collègue a plaisanté en disant : « Tu as mis ton cousin ? ». Sur le moment je l'ai*
70 *mal pris et je leur ai dit que ce n'était pas drôle.*
71 *IDE : Ils m'ont expliqué ensuite qu'ils ne savaient pas que je le vivais mal et qu'il n'y avait*
72 *aucune intention de me blesser.*
73 *IDE : Le problème avec un handicap physique, c'est que cela se voit. Cela renvoie à la*
74 *différence entre handicap visible et handicap invisible.*
75 *IDE : Par exemple, une brûlure se voit et on va demander immédiatement si la personne a mal.*
76 *À l'inverse, certaines maladies invisibles peuvent être moins reconnues.*
77 *EIDE : Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la reconnaissance et l'inclusion des*
78 *soignants porteurs d'un handicap dans le milieu hospitalier ?*
79 *IDE : On pourrait aménager davantage les postes et faciliter les reclassements lorsque*
80 *certaines tâches deviennent trop difficiles. Cela pourrait éviter certains arrêts de travail et des*
81 *situations de souffrance.*
82 *IDE : Il serait aussi utile de proposer un accompagnement psychologique accessible et de*
83 *parler plus ouvertement du handicap dans les équipes. Une fois que les mots sont posés, c'est*
84 *plus simple.*
85 *EIDE : Merci pour votre participation.*
86 *IDE : Merci à vous et bonne continuation pour votre mémoire.*

10.5. Annexe 5 : Guide d'entretien semi directif

Guide d'entretien semi directif dans le cadre de mon TFE

Question de départ :

“Comment la situation de handicap du soignant peut-elle impacter/influencer la relation avec le patient ?”

Thèmes et concepts liés : le handicap, la relation de soin et la vulnérabilité.

Questions de présentation

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement (fonction, service, ancienneté) ?
2. Avez-vous déjà été en contact avec un(e) soignant(e) ou/et un(e) étudiant(e) en situation de handicap dans votre parcours ?

Guide du coeur de l'entretien

3. Qu'est-ce que le handicap pour vous ?
4. Comment la situation de handicap d'un soignant peut-elle influencer le soin et la relation soignant-soigné ?

Question de fin d'entretien :

5. Pour vous, le handicap du soignant est-il plutôt un frein, une ressource, ou les deux dans la relation de soin ?
6. Souhaitez-vous ajouter un élément important que nous n'avons pas abordé ?

Conclusion avec remerciement.

10.6. Annexe 6 : Fiches d'autorisation d'entretiens

10.6.1. Centre hospitalier d'Avignon



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. ... Ducos Guillaume
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 948 route de saint saturnin
84140 Montfavet

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.15.99.04.30
Mail : guducos@laposte.net

Avignon, le ...03/02/2026.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : **USLD et/ou Chir digestive-ORL**

auprès de la(des) population(s) : **Infirmier(e)s diplômé(e)s d'états**

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'influence du handicap d'un soignant sur le soin

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

.....
- **Qu'est ce que le handicap pour vous ?**

.....
- **Comment la situation de handicap d'un soignant peut elle influencer le soin et la relation soignant - soigné ?**

.....
- **ci-joint mon guide d'entretien**

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

10.6.2. Centre hospitalier de Montfavet



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Ducos Guillaume
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 948 route de saint saturnin
84140 Montfavet

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.15.99.04.30
Mail : guducos@laposte.net

Avignon, le ... 03/02/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : Luberon 1

auprès de la(des) population(s) : Infirmier(e)s diplômé(e)s d'états

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'influence du handicap d'un soignant sur le soin

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Qu'est ce que le handicap pour vous ?

- Comment la situation de handicap d'un soignant peut elle influencer le soin et la relation soignant - soigné ?

ci-joint mon guide d'entretien

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

10.6.3. Centre hospitalier de Carpentras



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. DUCOS Guillaume

Étudiant(e) en soins infirmiers

Adresse : 948 route de saint saturnin 84140
MONTFAVET

Téléphone : 0615990430

Mail : gducos@laposte.net

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 20/02/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : Urgence et médecine

auprès de la(des) population(s) : IDE

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'influence du handicap dans la relation de soin et la prise
en compte de la vulnérabilité

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

guide d'entretien en pièce jointe

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

10.7. Annexe 7 : Demande de réalisation des d'entretiens

10.7.1 Centre hospitalier d'Avignon

Demande d'entretien pour MFE

De : Moi
A : secretariat-ds@ch-avignon.fr

vendredi 6 Février, 11:33
1Mo

2 pièces jointes

[Télécharger tout \(zip\)](#) [Archiver tout vers Digiposte](#)

Guide d'entretien...
Lettre demande ...

Bonjour,
Etudiant en 3eme années à l'IFSI d'Avignon, je vous contact pour vous transmettre une demande d'entretien infirmier dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.
Vous trouverez ci-joint, mon courrier officiel de demande adresser à la direction des soins ainsi que mon guide d'entretien
Cordialement DUCOS Guillaume, ESI 3 ème année

Répondre Transférer Supprimer Organiser un événement

10.7.2. Centre hospitalier de Montfavet

Demande d'entretien dans le cadre du MFE

De : Moi
A : direction.soins@ch-montfavet.fr

vendredi 6 Février, 11:30
736Ko

2 pièces jointes

[Télécharger tout \(zip\)](#) [Archiver tout vers Digiposte](#)

Guide d'entretien...
Lettre demande ...

Bonjour,
Etudiant en 3eme années à l'IFSI d'Avignon, je vous contact pour vous transmettre une demande d'entretien infirmier dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.
Vous trouverez ci-joint, mon courrier officiel de demande adresser à la direction des soins ainsi que mon guide d'entretien.
Cordialement, DUCOS Guillaume, ESI 3 ème année

Outil Capture d'écran
Capture d'écran cc
Enregistrement au
captures d'écran.

Répondre Transférer Supprimer Organiser un événement

10.7.3. Centre hospitalier de Carpentras

demande d'entretien IDE dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude

G

De : Moi
A : m.chikh@ch-carpentras.fr

mercredi 25 Février, 10:35
736Ko

2 pièces jointes

[Télécharger tout \(zip\)](#)

 Archiver tout vers Digiposte


Lettre de deman...


Guide d'entretien...

Bonjour Monsieur, je suis Guillaume DUCOS, étudiant infirmier de 3^{ème} année au sein de l'IFSI d'Avignon. Je vous contacte ce jour afin de vous adresser une demande de réalisation d'entretien avec des infirmiers diplômés d'état au sein de votre établissement dans le cadre de mon travail de fin d'étude.

J'aimerais si possible pouvoir réaliser un entretien auprès d'une IDE des urgences et d'une IDE en médecine. C'est cet entretien permettrait de pouvoir développer mon analyse sur des services que je ne connais pas.

Je vous joint mon guide d'entretien qui présente mon thème. Et je vous transmet la demande d'entretien

Je vous prie d'agréer mes sincères salutations distinguées Monsieur.

Cordialement Guillaume Ducos EIDE.

10.8. Annexe 8 : Autorisations d'entretiens

10.8.1. Centre hospitalier d'Avignon

Direction Des Soins
Tél. 04 32 75 35 81
secrétariat

Monsieur DUCOS Guillaume
goducos@laposte.net

Affaire suivie par :
Vérane BREYSSE
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins
04 32 75 34 99

Avignon, 17/02/2026

OBJET : TFE
N/Réf.: VB/NC/26

Monsieur,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame LEPINE, cadre de santé en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) au 04 32 75 38 43
- Madame DE ALMEIDA, cadre de santé en Chirurgie Générale et Digestive au 04 32 75 33 83
- Madame BESSE, cadre de santé en Chirurgie ORL et Gastroentérologie au 04 32 75 33 63

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

10.8.2. Centre hospitalier de Montfavet

← RE: Demande d'entretien dans le cadre du MFE



De : Haddi Samia
A : Moi
Cc : Maturel Emilie

lundi 2 Mar

Bonjour,

Vous êtes autorisée à faire des entretiens dans le cadre de votre mémoire de fin d'études au sein du centre hospitalier de Montfavet.

10.8.3. Centre hospitalier de Carpentras

← RE: demande d'entretien IDE dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude



De : CHIKH Mohamed
A : Moi
Cc : BEL Sabine ; BOULANGER Sonia ; MESMEUR Carine ;
NOUGUIER Betty

jeudi 26 Février, 07:46
14KQ

Bonjour Mr Ducos,
je suis favorable à votre intervention auprès des IDE des services.
j'ai mis les cadres en copie de ma réponse.
merci de prendre contact avec elles pour l'organisation des entretiens.
bien à vous
Mr CHIKH

10.9. Annexe 9 : Analyses individuelles des entretiens

10.9.1. Entretien n°1 : Orion, service de psychiatrie

Avant même d'entrer dans le contenu de cet entretien, je veux m'arrêter sur la façon dont Orion s'est positionné dès les premières minutes. Quand je lui ai demandé comment la situation de handicap d'un soignant pouvait influencer le soin, il n'a pas répondu directement. Il m'a d'abord dit que ma question était trop large, et il m'a proposé spontanément de la scinder en trois axes distincts. « Je pense que tu peux avoir l'axe du vécu que ça te donne et que ça t'aide dans la relation soignant-soigné. Ensuite, tu as l'axe dans la dynamique de groupe de l'équipe infirmière. Et en troisième point, tu peux faire une conclusion sur les soins techniques » (Orion, Annexe 1, Lignes 39-45). Et c'est déjà analytiquement significatif. Orion ne répond pas. Il restructure. Il pense. Et cette façon de faire révèle une réflexivité professionnelle qui va traverser tout l'entretien.

Le collègue dont il me parle est un infirmier d'une soixantaine d'années, travaillant de nuit, avec un problème de dos et une surdité partielle appareillée. Ce qui m'a frappé d'emblée, c'est qu'Orion ne commence pas par me parler de difficultés. Il commence par me parler de la façon dont ce collègue gérait sa situation lui-même. « Souvent, il te disait : Attends, je me mets à ta droite comme ça » (Orion, Annexe 1, Ligne 54-55). Ce détail-là, en apparence anodin, dit beaucoup. Ce collègue n'attendait pas que l'institution s'adapte. Il prenait lui-même le contrôle de sa différence. Il organisait l'espace autour de lui pour que la communication reste possible. Et Orion le décrit non pas comme quelqu'un de limité, mais comme quelqu'un qui avait trouvé sa façon de fonctionner.

Pourtant, quand je lui demande si l'institution avait mis en place des aménagements, la réponse est sans ambiguïté. « Hormis le faire passer de nuit, il n'y a jamais eu d'aménagement particulier » (Orion, Annexe 1, Lignes 22-26). Ce constat est dit calmement, sans indignation. Orion ne le formule pas comme un scandale. Il le formule comme un fait. Et c'est peut-être cela qui est le plus parlant : que l'absence d'aménagement institutionnel soit perçue comme normale, comme allant de soi. On s'adapte entre collègues. On fait attention. Mais l'institution, elle, ne fait rien. Pourquoi cette absence de réaction ne questionne-t-elle personne ? Est-ce que le fait de ne pas nommer les choses, de ne pas les formaliser, permet de les tolérer sans les interroger ?

Ce qui m'a particulièrement touché dans cet entretien, c'est le passage sur la relation avec les patients. Orion décrit une scène précise : son collègue malentendant demandait aux patients de se repositionner pour faciliter la communication, en leur disant « Excuse-moi, parce que je n'entends pas bien de cette oreille, est-ce que tu peux te mettre là ? » (Orion, Annexe 1, Lignes 57-60). Et Orion observe que « ça dégage une espèce de bienveillance de la part du patient. Et justement, ça noue une relation peut-être même plus égalitaire » (Orion, Annexe 1, Lignes 61-63). Je me suis arrêté longtemps sur cette formulation. Plus égalitaire. Pourquoi le fait qu'un soignant montre sa vulnérabilité rendrait-il la relation plus égalitaire ? Parce que cela brise quelque chose. L'image du soignant qui sait, qui peut, qui maîtrise. En disant au patient qu'il n'entend pas bien, ce collègue ne perd pas son autorité professionnelle. Il la reconfigure. Il dit : je suis là pour toi, et j'ai besoin que tu m'aides un peu pour que cela fonctionne. Et le patient, dans ce mouvement-là, n'est plus seulement celui qui reçoit. Il devient aussi celui qui donne.

Orion va d'ailleurs plus loin. Il me dit que même sans être en situation de handicap, exprimer un ressenti difficile devant un patient peut produire ce même effet. « Sans être en situation de handicap, il y a des moments où juste exprimer un ressenti difficile au patient va dégager une empathie de la part du patient » (Orion, Annexe 1, Lignes 61-63). Ce n'est donc pas le handicap en lui-même qui crée cette dynamique. C'est la vulnérabilité assumée. Et cela, en psychiatrie plus qu'ailleurs peut-être, fait une différence réelle. Parce que comme Orion le dit lui-même, en psychiatrie, « c'est la relation qui soigne » (Orion, Annexe 1, Ligne 32). Dans un service où la relation est l'outil thérapeutique principal, montrer qu'on est humain, qu'on a des limites, qu'on peut aussi avoir besoin de l'autre, ce n'est pas une faiblesse. C'est peut-être la condition même du soin.

Sur la question de savoir si le handicap est un frein ou une ressource, Orion refuse la réponse tranchée. « C'est très individu-dépendant. Ça dépend beaucoup des personnalités, de comment elles réagissent face à ça. Mais pour moi, ça peut aider, ça peut être un frein. L'important, c'est de trouver les bons aménagements » (Orion, Annexe 1, Lignes 70-72). Cette réponse est peut-être la plus honnête. Parce qu'elle refuse la généralisation facile. Elle dit : cela dépend. Et ce cela dépend, c'est exactement ce que ce travail cherche à explorer. De quoi cela dépend-il ? De la personnalité du soignant, dit Orion. Mais aussi des aménagements

qui sont ou ne sont pas mis en place.

Pour finir, il y a une phrase d'Orion qui résonne avec quelque chose de très profond. « L'un des meilleurs indicateurs d'une société saine et développée, c'est la façon dont elle aide les gens à remplir les cases » (Orion, Annexe 1, Lignes 107-108). On est revenu à la métaphore des cases avec laquelle il avait défini le handicap au début de l'entretien. Ce retour n'est pas anodin. Il boucle quelque chose. Il dit que la question du handicap n'est pas seulement une question individuelle ou professionnelle. C'est une question de société. L'entretien d'Orion pose les premiers jalons. Lyra va les approfondir depuis un endroit plus personnel.

10.9.2. Entretien n°2 : Lyra, service d'USLD

Ce qui frappe d'emblée dans l'entretien de Lyra, c'est la richesse de son parcours. Plusieurs années d'infirmière, avec un passé important comme aide-soignante avant cela, dans des services différents. Ce n'est pas quelqu'un qui répond à partir d'une théorie. C'est quelqu'un qui répond à partir d'expériences multiples, et cette profondeur se sent dans chacune de ses réponses.

Dès le début, quand je lui demande comment l'équipe avait réagi face à des élèves en situation de handicap, elle pointe quelque chose de très précis. « J'ai remarqué que quand la cadre venait voir uniquement les infirmiers et pas le reste de l'équipe, le reste était parfois dans le jugement ou l'incompréhension. Tant qu'on n'en fait pas un secret et que la personne a le courage de dire j'ai cette difficulté, ça enlève le tabou » (Lyra, Annexe 2, Lignes 29-31). Je me suis arrêté sur le mot tabou. Parce qu'il dit quelque chose d'important : le handicap du soignant n'est pas seulement une question d'adaptation pratique. C'est quelque chose qui ne se dit pas. Quelque chose qu'on tait, qu'on contourne, dont on ne parle qu'à moitié et seulement à certaines personnes. Et cette économie de la parole produit exactement ce que Lyra décrit : du jugement, de l'incompréhension.

Sur la question des compétences que le handicap peut développer, Lyra est la plus convaincue de tous les soignants que j'ai interrogés. Elle ne le formule pas comme une hypothèse. Elle le formule comme une évidence issue de l'observation. « On compense un handicap en développant d'autres compétences. Un malvoyant développe davantage l'ouïe ou le toucher. J'avais une collègue malentendante qui lisait sur les lèvres, elle avait transformé sa vulnérabilité en force » (Lyra, Annexe 2, Lignes 52-54). Ce qui me frappe dans cette formulation, c'est le mot transformé. Pas compensé. Transformé. Comme si quelque chose de nouveau était né de la limitation elle-même. Ce n'est pas la même chose.

Et puis vient le passage que je n'attendais pas. Lyra me parle de sa propre expérience. « J'ai eu une endométriose sévère et ça m'a permis de suspecter plus rapidement un diagnostic chez une patiente jeune avec douleurs pelviennes. On a peut-être gagné plusieurs années de diagnostic » (Lyra, Annexe 2, Lignes 58-60). Quand j'ai entendu cela, j'ai réalisé que c'était exactement ce que le cadre de référence ne disait pas. Pas une empathie abstraite. Pas une bienveillance générique. Un savoir construit par l'intérieur, un savoir que le corps possède

et que l'esprit clinique apprend à mobiliser. Et qui a peut-être changé le cours de la vie d'une patiente. Mais Lyra ne s'arrête pas là. Elle pose aussi une limite que peu de soignants oseraient formuler aussi clairement. « Ça peut être positif ou négatif. Si le soignant traverse mal sa situation, il peut être en difficulté face à un patient ayant la même pathologie. Il faut alors passer le relais » (Lyra, Annexe 2, Lignes 56-57). Passer le relais. Ce n'est pas un aveu de faiblesse. C'est une posture professionnelle. Cela dit : je connais mes limites, je sais quand je ne peux pas être la bonne personne, et je prends la responsabilité de m'en écarter. C'est une des démonstrations les plus claires de ce que signifie vraiment la compétence soignante.

Sur la vulnérabilité, Lyra donne peut-être la réponse la plus nuancée et la plus profonde de tous les entretiens. « C'est nuancé, ce n'est pas binaire. Ça dépend de l'histoire personnelle, de l'acceptation, du deuil éventuel. Mais la vulnérabilité acceptée peut être une grande force, car elle pousse à chercher d'autres chemins pour aller vers l'autre » (Lyra, Annexe 2, Lignes 65-67). Le mot deuil. Pourquoi Lyra utilise-t-elle ce mot-là ? Parce que l'acceptation d'un handicap, d'une limitation, ce n'est pas une décision qu'on prend un matin. C'est un processus. Parfois long. Parfois douloureux. Un deuil d'une image de soi, d'une façon de travailler, de ce qu'on pensait être capable de faire. Et c'est seulement après ce travail-là que la vulnérabilité peut devenir une force. Pas avant.

Ce que je retiens surtout de l'entretien de Lyra, c'est qu'elle parle du handicap depuis plusieurs positions simultanément : tutrice, soignante, et personne concernée. Et cette pluralité de points de vue donne à ses réponses une densité particulière. Elle ne parle pas de ce qu'elle imagine. Elle parle de ce qu'elle a vécu. Véga, elle, arrive avec un regard différent. Celui de quelqu'un qui commence.

10.9.3. Entretien n°3 : Véga, service de médecine interne

L'entretien avec Véga est le plus court des quatre. Il faut le dire honnêtement : il a été interrompu pendant près de quarante-cinq minutes par une urgence dans le service. Cette interruption a influencé sa durée et probablement sa profondeur. Mais il reste analytiquement intéressant, précisément parce qu'il révèle quelque chose que les autres entretiens ne montrent pas de la même façon : ce que pense un soignant qui commence à peine, qui n'a pas encore beaucoup de recul, et qui répond avec sincérité à partir de ce qu'il sait.

D'abord, quand je lui demande comment l'équipe réagissait face au collègue en situation de handicap, Véga répond simplement : « Comme avec une personne normale » (Véga, Annexe 3, Ligne 22). Cette réponse m'a fait réfléchir. Parce qu'elle est bienveillante dans son intention. Elle veut dire : on ne l'a pas traité différemment, on l'a accueilli normalement. Mais elle révèle en même temps quelque chose d'implicite : que la référence, c'est toujours la personne normale. Le corps valide. La réactivité habituelle. Et en disant comme une personne normale, on sous-entend sans le vouloir que la personne concernée n'est pas tout à fait dans la norme. C'est ce glissement-là, discret, presque invisible, qui m'a interpellé.

Sur la question des préjugés dans les équipes, Véga donne une réponse qui dit beaucoup sur la façon dont on pense le handicap quand on n'en a pas fait l'expérience directe. « Je pense que ça peut arriver, mais ce n'est pas censé arriver » (Véga, Annexe 3, Ligne 27). Ce n'est pas censé arriver. Véga ne dit pas que cela n'arrive pas. Elle dit que cela ne devrait pas arriver. C'est une réponse normative. Elle dit ce qui est correct de penser, pas nécessairement ce qu'elle a observé. Et je ne dis pas cela pour critiquer Véga. Je le dis parce que c'est un mécanisme que j'ai reconnu. Quand on n'a pas les mots, pas l'expérience, pas le vécu, on s'appuie sur les normes collectives pour répondre. C'est humain. Et c'est révélateur d'une réalité : le manque de formation concrète sur ce sujet.

Ce qui m'a intéressé chez Véga, c'est aussi ce qu'elle n'a pas dit. Elle n'a pas évoqué spontanément les ressources que le handicap pouvait développer. Elle a pensé d'abord aux difficultés : la communication, l'organisation, le physique. Ce n'est pas un jugement. C'est un réflexe. Et ce réflexe dit quelque chose sur la façon dont le handicap est encore

majoritairement perçu dans le monde soignant : comme un obstacle avant d'être une ressource. Sur la vulnérabilité du soignant, Véga donne une réponse plus nuancée qu'on ne pourrait l'attendre. « Oui et non. Ça peut être une ressource parce qu'on peut être plus impliqué dans la relation et comprendre certaines situations. Mais ça peut aussi être négatif si on est trop impacté émotionnellement » (Véga, Annexe 3, Lignes 59-61). Le fait que cette intuition vienne d'une infirmière de quelques mois de pratique montre qu'elle n'est pas uniquement le produit de l'expérience. Elle peut être le produit d'une sensibilité naturelle. Ce qui m'a aussi touché, c'est que Véga ajoute spontanément la dimension de l'écoute comme levier d'inclusion. « Écouter les personnes en situation de handicap et leurs besoins » (Véga, Annexe 3, Lignes 64-65). Avant de décider à leur place. C'est une posture qui dit quelque chose sur la soignante qu'elle est en train de devenir. Andromède, elle, arrive avec une expérience d'une toute autre nature.

10.9.4. Entretien n°4 : Andromède, service des urgences

L'entretien d'Andromède est différent des trois autres. Pas parce qu'il est meilleur ou plus riche. Mais parce qu'il ajoute une dimension que les autres n'ont pas : le témoignage de l'intérieur. Andromède ne parle pas du handicap d'un collègue ou d'un étudiant. Elle parle du sien.

Mais avant d'arriver là, ce qui m'a d'abord frappé chez elle, c'est sa façon de parler de l'ambulancier présentant ce qu'elle pense être de l'autisme. « Pour moi, cela reste avant tout un collègue de travail. Il a ça, mais cela ne l'empêche pas d'être compétent dans ce qu'il fait » (Andromède, Annexe 4, Lignes 15-16). Cette formulation est très précise. Elle ne dit pas que le handicap n'existe pas. Elle dit que ce n'est pas ce qui définit la personne. Elle dit : d'abord un collègue. Ensuite, s'il y a lieu, un collègue qui a cela. Cet ordre n'est pas anodin.

Sur la question des compétences que le handicap peut développer, Andromède prend une position que je n'attendais pas. Elle refuse l'idée d'un lien automatique. « La bienveillance, on l'a ou on ne l'a pas. Ce n'est pas le fait d'avoir un handicap qui va rendre quelqu'un plus bienveillant » (Andromède, Annexe 4, Lignes 26-27). Et elle va plus loin en soulevant quelque chose que personne d'autre n'avait dit aussi directement. « Il ne faut pas choisir un métier pour se guérir soi-même » (Andromède, Annexe 4, Lignes 30-32). Cette phrase m'a arrêté. Parce qu'elle pose une frontière que le discours sur la vulnérabilité comme ressource ne formule pas toujours clairement. Le soin n'est pas une thérapie personnelle. Utiliser la relation de soin pour résoudre ses propres blessures, c'est une dérive. Et Andromède, qui le dit simplement, sans jugement, montre une maturité professionnelle que son parcours explique.

Sur les réactions négatives dans les équipes, Andromède opère une distinction que je trouve particulièrement éclairante. « Il peut y avoir de l'agacement quand on est pressé ou quand on ne comprend pas tout de suite. Dans un service comme les urgences, on court beaucoup. Si la réactivité n'est pas celle attendue, cela peut provoquer de l'agacement » (Andromède, Annexe 4, Lignes 35-39). Et elle ajoute : « Mais si quelqu'un s'en prend à un collègue spécifiquement à cause de son handicap, pour moi c'est de la malveillance » (Andromède, Annexe 4, Lignes 38-39). L'agacement situationnel d'un côté. La malveillance délibérée de

l'autre. Cette distinction me semble essentielle. Parce qu'elle refuse la simplification qui consisterait à dire que toute réaction négative est discriminatoire. Mais elle pose aussi une frontière claire : quand la réaction vise spécifiquement le handicap, quelque chose bascule. Et puis vient le moment où Andromède parle d'elle-même. Elle a un vitiligo. Un collègue a remarqué devant un patient que ses mains étaient très tachées. « Il n'y avait pas de méchanceté, mais sur le moment je l'ai mal vécu » (Andromède, Annexe 4, Lignes 65-66). Cette phrase, dite simplement, sans dramatisation, dit quelque chose que les définitions et les théories ne capturent pas complètement. L'écart entre l'intention et l'effet. Il n'y avait pas de méchanceté. Et pourtant cela a blessé. Parce que ce commentaire a été fait devant un patient. Parce qu'il a rendu visible quelque chose qu'Andromède n'avait pas choisi de montrer à ce moment-là. Parce que le handicap visible, comme elle le dit elle-même, « c'est que cela se voit » (Andromède, Annexe 4, Lignes 72-73). Et quand cela se voit, on ne choisit plus. On est choisi.

Ce qui me reste de l'entretien d'Andromède, c'est sa phrase finale. « Une fois que les mots sont posés, c'est plus simple » (Andromède, Annexe 4, Ligne 82). C'est peut-être la formulation la plus juste de tout ce que j'ai entendu. Pas une théorie. Pas un protocole. Juste une observation tirée du vécu. Poser les mots. C'est de là que tout commence.

10.10. Annexe 10 : Tableau d'analyse croisée

LES REPRÉSENTATIONS DU HANDICAP					
Sous-thème et définition	E1	E2	E3	E4	Convergences et divergences
Les conceptions du handicap Comment chaque soignant définit-il le handicap spontanément ?	Pour Orion, le handicap c'est ne pas arriver à remplir les cases que la société impose. Pas une déficience dans le corps. Un écart entre ce qu'on attend et ce qu'on peut produire. Il restructure la question avant même d'y répondre. Il pense. Et cette façon de faire dit déjà quelque chose.	Pour Lyra, le handicap exige une adaptation des deux côtés. Pas seulement de la personne concernée, de l'interlocuteur aussi. Elle parle du handicap depuis plusieurs positions à la fois : tutrice, soignante, et personne concernée.	Véga propose une vision plurielle : visible ou invisible, physique ou mental, qui ne se guérit pas nécessairement. Elle répond à partir de ce qu'elle sait, pas de ce qu'elle a vécu. Et cette différence, ça se sent.	Pour Andromède, d'abord un collègue. Ensuite, s'il y a lieu, un collègue avec une limitation. Cet ordre n'est pas anodin. Elle refuse la définition par la déficience. Ce qui définit la personne, c'est ce qu'elle fait, pas ce qu'elle a.	Les quatre soignants arrivent spontanément à une vision interactionnelle du handicap, sans l'avoir étudiée. Aucun ne cite le modèle médical. Aucun ne parle d'abord de déficience. Chacun l'aborde depuis un angle différent. Orion par les normes sociales. Lyra par la réciprocité. Véga par la pluralité des

					formes. Andromède par l'identité professionnelle. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : le terrain confirme ce que le cadre de référence posait. Le handicap ne se construit pas dans la personne mais dans l'interaction entre une personne et un environnement qui n'a pas été pensé pour elle.
L'usage du mot normal et ses implications	Orion n'utilise pas ce mot. Il parle de collègue	Lyra non plus. Elle parle d'adaptation, d'acceptation. Jamais du	Véga utilise spontanément l'expression comme une	Andromède emploie le même mot dans un sens d'équité, tout	Orion et Lyra évitent soigneusement ce terme. Véga et

	compétent. Ce choix lexical déplace le regard de la limitation vers la personne dans sa globalité.	corps valide comme référence. Une réflexivité liée à l'ancienneté et à l'expérience de tutrice.	personne normale. L'intention est sincèrement inclusive. Mais cette formulation prend le corps valide comme étalon sans le savoir.	en reconnaissant que le regard change malgré soi face à un handicap visible.	Andromède l'utilisent avec une intention bienveillante. Ce n'est pas de la malveillance. C'est le fonctionnement normal d'un groupe qui interprète ce qu'il ne comprend pas encore. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : le langage révèle des normes. Et ces normes ont des effets concrets sur la façon dont le soignant en situation de handicap est reçu dans son équipe.
--	---	---	--	--	---

HANDICAP, IDENTITE PROFESSIONNELLE ET COMPETENCE					
Sous-thème et définition	E1 -	E2 -	E3	E4	Convergences et divergences
L'acceptation du handicap comme condition de l'adaptation professionnel le Le travail psychique d'acceptation est-il une condition nécessaire pour que le handicap devienne une ressource ?	Pour Orion, il n'y a pas de réponse universelle. Cela dépend des personnalités, des contextes, des aménagements disponibles. Ce refus de la généralisation facile est peut-être la réponse la plus honnête du corpus.	Lyra distingue acceptation et résilience. Ce n'est pas la même chose. La résilience suppose d'avoir traversé un deuil. Sans cette étape, trouver des stratégies reste très difficile. Cette nuance, aucun autre soignant ne l'a formulée aussi clairement.	Véga reconnaît que tout dépend du type de handicap et des réactions de l'entourage. Elle n'a pas encore assez de recul pour aller plus loin.	Pour Andromède, assumer son handicap n'est pas seulement un choix personnel. C'est une stratégie professionnelle. La façon dont on se positionne influence directement la façon dont les collègues et les patients nous perçoivent.	Orion, Lyra et Andromède s'accordent : l'acceptation est la condition centrale. Sans elle, le handicap reste un obstacle. Avec elle, il peut devenir autre chose. Lyra va le plus loin avec la notion de deuil. Orion insiste sur les aménagements comme levier externe. Ces deux dimensions sont complémentaires. Ce que cela

					produit dans l'analyse croisée : le même vécu, selon qu'il a été élaboré ou non, peut produire des effets opposés. Ce n'est pas le handicap qui détermine ce qui se passe. C'est ce que le soignant en a fait.
Le développement de compétences spécifiques liées au vécu Le vécu du handicap peut-il générer des compétences professionnelles	En psychiatrie, c'est la relation qui soigne. Et le vécu du handicap peut permettre d'atteindre certains patients autrement difficiles	Les exemples les plus concrets du corpus. Une collègue malentendante avait développé la lecture labiale. Elle avait transformé sa vulnérabilité en force. Pas compensé.	Véga pense que le vécu peut rendre le soignant plus impliqué dans la relation. Mais elle n'a pas d'exemple personnel. Elle reste dans le	La bienveillance, on l'a ou on ne l'a pas. Ce n'est pas le fait d'avoir un handicap qui la produit automatiquement. Et elle va plus loin : il ne faut pas choisir un	Orion et Lyra reconnaissent des ressources réelles. Andromède refuse le lien automatique. Véga ne l'évoque pas spontanément. Deux mécanismes distincts émergent : la

spécifiques ?	d'accès. Orion ne l'idéalise pas pour autant : cela dépend toujours des personnes.	Transformé. Et son endométriose qui lui a permis de suspecter un diagnostic plusieurs années avant que ce soit fait autrement. Un savoir construit par l'intérieur.	conditionnel .	métier pour se guérir soi-même.	compétence adaptative, développer de nouvelles capacités pour compenser une limitation, et l'expertise expérientielle, un savoir incarné que le corps possède et que l'esprit clinique mobilise. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : le vécu du handicap crée des conditions, pas des garanties. Ce qui fait la différence, c'est le travail accompli sur ce vécu.
---------------	---	--	----------------	---------------------------------	--

Les aménagements institutionnels mis en place Qu'est-ce que l'institution a concrètement mis en place pour le soignant en situation de handicap ?	Un seul aménagement formel : le passage de nuit. Au-delà de cela, l'institution est restée absente. Ce qui est parlant, c'est qu'Orion le formule sans indignation. Comme un fait. Comme si c'était normal.	Une démarche plus structurée, construite avec le soutien de la cadre. Un protocole individualisé chambre par chambre, des automatismes qui se construisent sur quatre à huit semaines. C'est ce qu'un environnement capacitant peut produire quand quelqu'un le porte vraiment.	Véga adapte sa communication au cas par cas. C'est bienveillant. Mais c'est informel. En l'absence de protocole ou de référent identifié, tout dépend de la bonne volonté de chacun.	Le service le plus structuré du corpus. Une référente handicap identifiée. Une boîte à outils : couverture lestée, tablette, ardoise, règle des émotions, liste de référents. Et ça change tout. Pas parce que les outils sont magiques. Parce qu'il y a quelqu'un qui porte cette mission.	L'écart entre Orion et Andromède est la tension centrale de ce corpus. Deux services soumis à la même loi. Des réalités radicalement différentes. Ce qui fait la différence : pas la loi. La présence d'un porteur institutionnel identifié. Sans lui, les textes restent des textes. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : l'inégalité institutionnelle n'est pas une question de bonne volonté. C'est
---	--	--	---	--	---

					une question de structure.
LE HANDICAP DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE					
Sous-thème et définition	E1	E2	E3	E4	Convergences et divergences
L'influence du handicap sur la qualité de la relation de soin Le handicap du soignant modifie-t-il la nature de la relation thérapeutique avec le patient ?	En psychiatrie, la relation est l'outil thérapeutique principal. Le vécu du handicap peut créer un espace de rencontre moins marqué par la hiérarchie soignant-soigné. Orion ne généralise pas à d'autres contextes. Cette prudence est analytiquement importante.	L'effet dépend du degré d'acceptation. Si le soignant n'a pas élaboré son propre vécu, il peut se retrouver en difficulté face à un patient partageant la même pathologie. Passer le relais dans ce cas, ce n'est pas un aveu de faiblesse. C'est une posture professionnelle.	Véga envisage les deux possibilités. Un patient peut être touché et développer davantage de bienveillance. Mais un patient anxieux peut être davantage inquiet par un handicap visible. Cette analyse reste dans le conditionnel, sans expérience directe pour	La relation dépend du positionnement du soignant. En assumant son handicap, il peut en faire une ressource. En se plaçant dans une posture d'infériorité, il fragilise la relation.	Les quatre soignants refusent une réponse tranchée. L'effet n'est ni systématiquement positif ni systématiquement négatif. Lyra est la seule à nommer implicitement le risque de contre-transfert. Cette nuance est analytiquement décisive car elle relie la question de l'acceptation à celle de la sécurité du

			l'appuyer.		patient. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : la vulnérabilité du soignant peut enrichir la relation quand elle est assumée et élaborée. Elle peut la fragiliser quand elle ne l'est pas.
Les réactions des patients face au handicap du soignant Comment les patients réagissent-ils face au handicap visible ou assumé du soignant ?	Le collègue malentendant demandait aux patients de se repositionner pour faciliter la communication. Et ce mouvement créait quelque chose d'inattendu :	Même des patients atteints de troubles cognitifs s'adaptent spontanément au handicap du soignant. L'adaptation peut s'opérer à un niveau corporel et relationnel, au-delà de la	Véga n'a pas eu l'occasion d'observer directement les réactions des patients. Elle suppose que certains pourraient être moins en confiance. C'est une représentati	La vulnérabilité assumée dégageait une forme de bienveillance chez les patients, rendant la relation plus égalitaire. Mais le handicap visible s'impose	Orion, Lyra et Andromède observent des réactions positives et concrètes. La vulnérabilité assumée humanise la relation. Véga reste dans le conditionnel et dans une représentation négative.

	une relation plus égalitaire. Le patient n'était plus seulement celui qui reçoit. Il devenait aussi celui qui donne.	compréhension rationnelle.	on, pas une observation.	parfois sans que le soignant ne l'ait choisi. Un commentaire fait devant un patient. Pas de méchanceté. Et pourtant cela a blessé.	Ce que cela produit dans l'analyse croisée : l'empathie circule dans les deux sens. On forme les soignants à être empathiques envers les patients. On parle rarement de l'empathie que les patients peuvent éprouver envers le soignant
--	--	----------------------------	--------------------------	--	---

LA VULNERABILITE DU SOIGNANT

Sous-thème et définition	E1	E2	E3	E4	Convergences et divergences
La vulnérabilité professionnelle : fragilité ou ressource ? La	Pas de réponse universelle pour Orion. Cela dépend des personnes,	La vulnérabilité acceptée peut être une grande force. Parce qu'elle pousse à	La vulnérabilité peut être une ressource si elle renforce l'implication	La façon dont le soignant vit et assume sa vulnérabilité influence directement la dynamique	Les quatre soignants refusent unanimement la réponse binaire. L'acceptation

vulnérabilité du soignant peut-elle devenir une ressource professionnelle ? A quelles conditions ?	des contextes, des aménagements. La vulnérabilité peut devenir une aide à condition que les conditions soient réunies.	chercher d'autres chemins pour aller vers l'autre. Mais avant d'en arriver là, il y a un deuil à traverser. Un deuil d'une image de soi, d'une façon de travailler. Et ce processus, personne ne vous apprend à le tenir.	dans la relation. Mais elle peut devenir un frein si l'impact émotionnel dépasse ce que le soignant est en mesure de gérer.	relationnelle. Ce n'est pas seulement une question personnelle. C'est une stratégie professionnelle.	est la condition centrale. Lyra va le plus loin avec la notion de deuil. Orion insiste sur les aménagements comme levier externe. Ces deux dimensions doivent être pensées ensemble. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : la vulnérabilité du soignant est l'impensé de la relation de soin. Elle existe. Elle agit. Mais on ne la nomme pas assez.
Les mécanismes	Ce thème est peu	Lyra observe des	Ce thème est peu	Andromède distingue	Lyra et Andromède

de défense au sein de l'équipe soignante Comment les collègues réagissent-ils face au handicap d'un soignant ? Quels mécanismes collectifs se mettent en place ?	développé par Orion. Une sensibilité au regard des autres est perceptible mais pas mise en mots. Ce silence dit quelque chose aussi. Peut-être une loyauté envers les collègues. Dans les deux cas, c'est un non-dit analytiquement significatif.	mécanismes de défense qui lui rappellent ceux qu'on rencontre face à la mort. Certains évitent. D'autres mettent à distance. D'autres rationalisent. La réaction des collègues face au soignant handicapé peut être une façon de se protéger de leur propre vulnérabilité.	développé par Véga non plus. Le manque de recul professionnel rend difficile la nomination des mécanismes de défense d'une équipe.	deux réalités très différentes. L'agacement quand on est pressé, elle le comprend. Mais si quelqu'un s'en prend à un collègue spécifiquement à cause de son handicap, pour elle c'est de la malveillance. Cette distinction morale, personne d'autre ne l'avait formulée aussi nettement.	nomment toutes deux la souffrance collective que peut générer la présence d'un soignant handicapé dans une équipe. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : la distinction d'Andromède entre agacement situationnel et malveillance délibérée est essentielle. Toute réaction négative n'est pas discriminatoire. Mais quand la réaction vise spécifiquement le handicap, quelque chose
---	---	--	--	--	---

					bascule.
L'ÉQUIPE ET L'INSTITUTION					
Sous-thème et définition	E1	E2	E3	E4	Convergences et divergences
Le rôle de l'information dans l'inclusion du soignant handicapé Informer l'équipe constitue-t-il le premier geste d'inclusion ?	La cadre n'a pas informé l'équipe. La compréhension est venue des collègues, de l'observation, des échanges informels. C'est une solidarité réelle. Mais elle reste fragile. Elle dépend de la bonne volonté de chacun.	Ce n'est pas seulement informer. C'est informer toute l'équipe. Quand la cadre ne s'adresse qu'aux infirmiers, le reste de l'équipe reste dans le jugement et l'incompréhension. Une information partielle peut être aussi contre-productive qu'une absence totale. Cette nuance, personne d'autre ne l'avait	La cadre ne l'avait pas signalé non plus. L'équipe sait parce que ça se voit. Mais voir ne remplace pas comprendre. En l'absence de communication institutionnelle organisée, ce processus informel produit une inclusion fragile.	Sans cadre institutionnel, les malades persistent même sans intention de nuire. Sa conclusion est simple : une fois que les mots sont posés, les situations deviennent plus simples. Poser les mots. C'est de là que tout commence.	L'information est unanimement reconnue comme levier central. Son absence génère systématiquement de l'incompréhension et de l'isolement. Lyra est la seule à analyser les effets d'une information partielle, aussi néfaste qu'une absence totale. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : nommer le handicap dans

		formulée.			une équipe, c'est déjà un acte d'inclusion. Et cet acte ne peut pas reposer uniquement sur le courage individuel du soignant concerné.
Le déficit de formation comme frein principal à l'inclusion Le manque de formation est-il le principal obstacle à une inclusion réelle et durable ?	Il manque des ressources théoriques sur le handicap en psychiatrie. La formation sur ce sujet est insuffisante, alors que la dimension relationnelle y est centrale.	Le constat le plus tranchant du corpus : on compte trop sur l'empathie individuelle pour suppléer à ce que la formation n'assure pas. Exemple concret : combien d'agents savent signer ? Très peu. On parle beaucoup de handicap. Mais on ne forme	Véga ne connaît pas les formations existantes sur ce sujet. Elle réclame davantage de formation et une meilleure écoute des besoins des soignants concernés.	Andromède propose un accompagnement psychologique accessible, des espaces de parole en équipe, une formation à la sensibilisation. Sa conclusion revient toujours au même endroit : une fois que les mots sont posés, c'est	Convergence unanime et rare dans ce corpus : les quatre soignants s'accordent sur ce point, quelle que soit leur ancienneté, leur service, leur expérience directe ou non du handicap. Lyra distingue formation technique et

		pas.		plus simple.	formation attitudinale. Andromède y ajoute la dimension psychologique et l'espace de parole. Ce que cela produit dans l'analyse croisée : la bonne volonté des soignants est réelle. Elle ne suffit pas. L'empathie ne remplace pas une politique claire. Ces quatre entretiens suggèrent que beaucoup de soignants en situation de handicap exercent dans des services où rien n'a été pensé pour eux.
--	--	------	--	--------------	---

10.11. Annexe 11 : Textes de lois

1. Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1er

Tout employeur occupant au moins vingt salariés est tenu d'employer, dans la proportion de 6 % de l'effectif total de ses salariés, à temps plein ou à temps partiel, des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés, dans les conditions prévues aux articles L. 323-1 à L. 323-8 du code du travail.

Pour les entreprises à établissements multiples, cette obligation s'applique établissement par établissement.

Source : Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987, Journal officiel de la République française, 12 juillet 1987.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000512481>

2. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 2 Définition du handicap (art. L. 114 du code de l'action sociale et des familles)

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Article 2 — Droits fondamentaux (art. L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles)

Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions.

Article 6 — Principe de non-discrimination (art. L. 5213-6 du code du travail)

Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, les employeurs prennent, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs mentionnés aux 1° à 4°, 9° et 10° de l'article L. 5212-13 d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée.

Ces mesures sont prises sous réserve que les charges consécutives à leur mise en œuvre ne soient pas disproportionnées, compte tenu de l'aide prévue à l'article L. 5213-10 qui peut compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur.

Le refus de prendre des mesures au sens du premier alinéa peut être constitutif d'une discrimination au sens de l'article L. 1133-3.

Source : Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, Journal officiel de la République française, 12 février 2005.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000000809647>

3. Convention relative aux droits des personnes handicapées — Nations Unies (2006)

Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006. Ratifiée par la France le 18 février 2010.

Article 1er — Objet

La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

Article 27 — Travail et emploi

Les États Parties reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit au travail, notamment à la possibilité de gagner leur vie en accomplissant un travail librement choisi ou accepté sur un marché du travail et dans un milieu de travail ouverts, favorisant l'inclusion et accessibles aux personnes handicapées. Ils garantissent et favorisent l'exercice du droit au travail, y compris pour ceux qui ont acquis un handicap en cours d'emploi, en prenant des mesures appropriées, y compris des mesures législatives, pour notamment :

- a) Interdire la discrimination fondée sur le handicap dans tout ce qui a trait à l'emploi sous toutes ses formes, notamment les conditions de recrutement, d'embauche et d'emploi, le maintien dans l'emploi, l'avancement et les conditions de sécurité et d'hygiène au travail ;
- b) Protéger les droits des personnes handicapées à bénéficier, sur la base de l'égalité avec les autres, de conditions de travail justes et favorables, notamment l'égalité des chances et l'égalité de rémunération à travail égal, la sécurité et la protection contre le harcèlement, ainsi que des procédures de règlement des griefs ;
- e) Promouvoir les possibilités d'emploi et d'avancement pour les personnes handicapées sur le marché du travail, ainsi que l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, au maintien dans l'emploi et au retour à l'emploi ;
- i) Veiller à ce que des aménagements raisonnables soient apportés aux lieux de travail en faveur des personnes handicapées.

Source : Convention relative aux droits des personnes handicapées, Nations Unies, New York, 13 décembre 2006 (A/RES/61/106). Ratifiée par la France par la loi n° 2009-1791 du 31 décembre 2009.

Disponible sur : <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

10.12. Annexe 12 : autorisation de diffusion du travail de fin d'étude *



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée Guillaume Ducos

Promotion : 2023-2026

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

« Quand la vulnérabilité ouvre la rencontre : Ce que la nuit du soignant éclaire »

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

Oui

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

Oui

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le ...15/05/2026..... Signature :

Ducos G

Quand la vulnérabilité ouvre la rencontre ; Ce que la nuit du soignant éclaire

Résumé : Ce travail de fin d'études a pour objet principal la place du soignant en situation de handicap dans la relation de soin. Dans un milieu hospitalier structuré autour de la performance et de la technicité, le handicap du soignant reste peu questionné, rarement nommé, souvent tu. Et pourtant, il agit. Sur la relation avec le patient. Sur les dynamiques d'équipe. Sur la façon dont le soignant se perçoit lui-même. En quoi l'élaboration du vécu du handicap par le soignant peut-elle transformer cette vulnérabilité en ressource ? N'est-elle pas trop souvent laissée sans soutien institutionnel ? Pour explorer cette question, j'ai rencontré quatre infirmiers aux parcours très différents, dans quatre services distincts. Ces entretiens ont fait émerger des mécanismes que la théorie ne nommait pas encore : la compétence adaptative, l'expertise expérientielle, le contre-transfert, et l'inégalité institutionnelle face au handicap. Ce qui s'est imposé au fil de l'analyse, c'est que le handicap seul n'explique pas ce qui se passe dans la relation de soin. C'est ce que le soignant en a fait. Et ce travail-là ne peut pas reposer sur le seul soignant. Il suppose un environnement qui le rend possible. Ce mémoire invite à repenser ce que signifie vraiment la compétence professionnelle dans le champ du soin.

Mots-clés : handicap, relation de soin, vulnérabilité, ressource professionnelle, stigmatisme, inclusion professionnelle. 207 mots

When vulnerability opens the encounter; What the caregiver's night illuminates

Abstract : The main focus of this final-year dissertation is the place of nurses living with a disability within the therapeutic relationship. In a hospital environment structured around performance and technical expertise, the disability of the caregiver remains rarely questioned, seldom named, and often silenced. Yet it has consequences. On the relationship with the patient. On team dynamics. On how the caregiver perceives their own professional identity. How can the active processing of a caregiver's lived experience of disability transform this vulnerability into a professional resource? Is this process not too often left without institutional support? To explore this question, I interviewed four nurses with very different backgrounds, working in four distinct clinical settings. These interviews surfaced mechanisms that existing theory had not yet named: adaptive competence, experiential knowledge, countertransference, and the institutional gap between legal obligations and actual practice. What became clear through the analysis is that disability alone does not explain what happens within the therapeutic relationship. What matters is what the caregiver has done with it. And this inner work cannot rest solely on the caregiver. It requires an environment that makes it possible. This dissertation ultimately invites a reappraisal of what professional competence truly means in the field of nursing care.

Key words: disability, therapeutic relationship, vulnerability, professional resource, stigma, professional inclusion. 203 words