

Souffrance, corporéité et restauration du « vivre-humain » en situation de vulnérabilité

Ulrich Metende*

Introduction

La volonté de saisir les mécanismes de la douleur et de la souffrance préoccupe de nombreux philosophes qui se sont sérieusement penchés sur cette problématique. Il s'agit pour l'essentiel d'entre eux de comprendre ces deux phénomènes, mais aussi et surtout de voir comment les subir, les accepter ou s'en détacher notamment. Nous faisons ainsi l'expérience de la douleur et de la souffrance au quotidien et même, elles constituent à certains égards des socles de l'existence humaine. Cependant, il est courant de constater que douleur et souffrance, dans les imaginaires et les représentations de certains individus, signifient la même chose. Cela semble pourtant inexact si nous nous référons aux travaux de Paul Ricœur, pour qui il existe une différence fondamentale aux plans théorique, épistémologique et méthodologique entre ces deux dimensions du « vivre-humain ».

La douleur selon Ricœur se rapporte au corps, alors que la souffrance relève d'une altération réflexive et langagière, c'est-à-dire de ce qui est en rapport direct avec le soi. Suivant cette distinction, la souffrance constituerait le pont entre l'autre et moi, tout en contribuant à l'expression de l'empathie vis-à-vis de l'autre, dont la présence est à la fois effective et affective. Toutefois, même si la

* L'auteur est titulaire d'un Doctorat/Ph.D en Philosophie de l'Université de Yaoundé I (Cameroun) et actuellement Boursier Erasmus Mundus Europhilosophie à l'Université de Toulouse 2 Jean Jaurès (France).

souffrance ne détermine pas nécessairement l'empathie et qu'elle est également susceptible de me couper d'autrui, notre hypothèse est que c'est néanmoins à travers elle que le sujet se reconnaît, tout en reconnaissant l'Autre bien qu'altéré comme *alter ego*.

D'après l'IASP (International Association for the Study of Pain), la douleur renvoie à une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de telles lésions¹ ». La douleur relève fondamentalement de la corporéité, elle traduit ainsi une sensation réelle, vécue, exprimée et expérimentée. Toutefois, elle est également l'expression d'une émotion individuelle, raison pour laquelle elle « reste éminemment personnelle et liée aux circonstances de sa survie [celle du sujet]² ». La frontière entre la douleur et la souffrance ne nous semble pas si étanche. Au contraire, il s'agit de l'essentiel des facteurs de vulnérabilisation du sujet, de sa mise à l'écart du « système-humain ».

Le sujet en subissant aussi bien la douleur que la souffrance sous différentes formes, aspects et représentations, devient par là même un être passif, livré à toutes sortes d'instrumentalisations. Par conséquent, comment transformer cette passivité du sujet, vulnérable en parole, dans le souci de le réconcilier avec lui-même et avec le monde ? Voilà ainsi formulée la question à laquelle nous tenterons d'apporter des éléments de réponse dans cette réflexion. Suivant une démarche analytique, nous voulons déterminer les modalités de réparation des humanités récusées à partir d'une philosophie du soin (*care*). Cette philosophie du soin permettra ainsi de démontrer en quoi la « passivité » du sujet est la source de la relation éthique et par conséquent figure de l'empathie.

Douleur, souffrance et corporéité

L'épistémologie de la corporéité nous semble déterminante si l'on veut bien articuler le rapport entre la douleur, la souffrance et la possibilité d'une réparation de l'altération. Dans le platonisme et le cartésianisme par exemple, le corps ne jouait pas un rôle aussi

¹ Cette définition est consultable à l'adresse suivante : www.iasp-pain.org

² Svandra, P. (2012), « Douleur et souffrance. Sur les pas de Paul Ricœur », p. 12.

important qu'actuellement dans la compréhension du « phénomène humain ». En effet, le réductionnisme dont il est le symbole ne permet pas de saisir réellement l'intérêt qu'il représente en matière de construction d'un rapport aussi précieux et délicat avec la conscience. Le corps n'est pas simplement un « tombeau de l'âme », encore moins une « chose étendue », mais plutôt le lieu de nos affects, de nos émotions et de nos sentiments. Son rapport au psychisme est tout aussi important dans la mesure où toute souffrance se ressent au niveau du vécu, des relations intersubjectives, à travers les signes corporels.

Comme le souligne Éric de Rus, la définition de la dignité de la personne humaine est dépendante du statut de son corps, vu que « [l]e corps humain n'est pas seulement un objet matériel parmi d'autres mais est le signe de notre humanité et de notre subjectivité, d'où l'intérêt de réfléchir sur celui-ci notamment lorsqu'on cherche à comprendre ce qu'est l'homme³ ». Or, répondre à la question de savoir ce qu'est l'homme nécessite bien sûr une interprétation ontologique et métaphysique de sa structure ainsi que de sa texture. Mais au-delà de ce mouvement d'abstraction, il faut aussi prendre en compte la phénoménologie du sujet, c'est-à-dire l'étude de ses différentes manières d'être-au-monde, de se projeter et de se réaliser pleinement.

Le corps devient ainsi le lieu de manifestation de la vie. Si souffrir c'est exister, ladite souffrance se traduit par les blessures et les altérations dont est victime notre conscience, mais le corps y paye un lourd tribut. En souffrant, je me reconnais tout en reconnaissant l'Autre, que je situe dans un cadre précis, tout en définissant les rapports à promouvoir avec lui. Dans *Penser le corps*, Maria Marzano aborde cette question de la corporéité et plus précisément du message que porte et communique le corps. Elle relève ainsi que notre corps n'est pas qu'organique, il est aussi et surtout un « corps psychique », raison pour laquelle, « [...] la relation corps-personne peut être qualifiée comme un rapport de possession ontologique : une relation interne et particulière qui signifie que parmi les conditions qui font

³ de Rus, É. (2007), « Dignité de la personne humaine et du statut du corps humain : une approche pour un repérage éthique », p. 1.

que je suis la personne que je suis, il se trouve que je suis constitué de ce corps et non pas d'un autre⁴ ».

Suivant cette représentation du sujet, il faudrait désormais parler de dualité du corps, dans la mesure où ce dernier est à la fois objet – j'ai un corps – et sujet – je suis un corps. Cette double dimension inviterait par la même occasion à plus de considération envers les plaintes, envies, besoins et projets des différents corps – la souffrance, tout comme la douleur, n'étant rien d'autre qu'un mode d'expression de cette présence. Le moment du soin, qui constitue substantiellement un acte de réparation, nous rappelle ainsi qu'il est impossible de vivre indépendamment de notre corporalité. Une fois de plus, Éric de Rus nous rappelle que

[p]arler du corps engage bien l'intériorité humaine. Cela implique de reconnaître qu'il existe des exigences éthiques non négociables en matière de sort qui peut être techniquement réservé au corps, en particulier au corps fragilisé, et cela pour la simple raison que le statut du corps n'est plus séparable de la dignité de la personne⁵.

Si donc l'empathie vis-à-vis du sujet se construit autour de la notion de dignité qui, elle-même, devient dynamique en fonction des circonstances, des situations et des cas, cela amène à postuler une certaine « co-dépendance », une « co-appartenance » entre le corps et la personne humaine.

Dans un tel contexte, la douleur n'engagerait pas uniquement le corps, encore moins la souffrance de l'âme humaine en termes d'affects, de désunion dans le monologue entre le sujet et lui-même. Cette conversation avec soi-même, qui se trouve parfois altérée du fait d'un trouble émotionnel, affectif ou langagier, engage d'une manière ou d'une autre la personne humaine globale dans une situation de crise. Ainsi, dans le cadre médical, la réduction du malade au corps qui souffre aura comme conséquence le refus d'une prise en compte de ses intérêts, de ses exigences, de ses désirs et de ses volontés. Ce processus de déshumanisation situerait ainsi de tels êtres hors du « vivre-humain », étant donné que la dépossession du sujet de

⁴ de Rus, É., *op. cit.*, p. 7.

⁵ *Ibid.*

son corps et de toutes ses autres facultés l'exclut logiquement du cadre humain réel et authentique. Thierry Du Puy-Montbrun affirmera d'ailleurs qu'entre l'âme qui constitue l'intériorité de la personne et le corps qui est *phusis*, il existe une union tellement solide au point que, si l'on voulait procéder à une désunion de ces deux entités, c'est l'humanité de l'homme, vulnérable ou non, qui serait ainsi mise en danger.

L'instrumentalisation de l'humain avec une focalisation sur le somatique crée ce que Thierry Du Puy-Montbrun nomme une médecine de l'échec. Ce qui, par extension, consacrerait aussi l'échec de la raison positiviste, dont les limites se font de plus en plus ressentir dans le rapport que les nouvelles pratiques médicales entretiennent avec les personnes vulnérables. En effet, la réparation de la douleur suivant la logique des soins dans la médecine moderne impose une séparation du corps d'avec la personne elle-même. Or, comme le pense Thierry Du Puy-Montbrun, « cette réduction à la matérialité permet de soumettre le malade-maladie à la question de l'analyse, de le décomposer en autant de parties nécessaires comme on le fait pour l'étude de n'importe quel objet. Cette modalité d'approche conforte le médecin dans son rôle de technicien⁶ ». Mais en travaillant sur le corps à la manière d'un technicien, d'un ingénieur ou même d'un mécanicien, le médecin ne se préoccupe généralement que de sa réparation au sens technique du terme. Il fonde ainsi son action autour d'une double performance : premièrement la sienne, mais aussi et surtout celle de la science dont il est l'un des agents.

La corporéité apparaît ainsi essentielle dans la construction des principes et valeurs en vue du progrès et du bien-être de l'humanité. Mais nous ne saurons totalement admettre le propos de David Le Breton, pour qui, « [s]ans corps qui lui donne un visage, l'homme ne serait pas. Vivre, c'est réduire continuellement le monde à son corps à travers la symbolique qu'il incarne. L'existence de l'homme est corps réel⁷ ». Notre désaccord sur certains points ne signifie pas que ces propos ne sont pas pertinents. Au contraire, le mérite de cette thèse de David Le Breton tient à remettre la corporéité au centre des débats anthropologiques, philosophiques, politiques, esthétiques et

⁶ du Puy-Montbrun, T. (2014), *Le corps-objet ou la médecine de l'échec*, p. 21-22.

⁷ Le Breton, D. (2010), *Anthropologie du corps à la modernité*, p. 10.

éthiques. Néanmoins, la formulation des identités et même de la citoyenneté à partir du corps, qui n'est en réalité qu'un reflet, amène à déplacer le débat vers d'autres horizons, car il se poserait par exemple la question de déterminer le statut qu'il s'agirait d'accorder à des êtres mutilés, handicapés, paralysés, entre autres. En somme, ces personnes dont l'existence n'est plus fondamentalement liée au corps mais à la conscience, à l'émotivité, à la sympathie et à l'empathie des soignants, aidants ou des accompagnateurs, notamment.

En fondant l'existence humaine autour de cette logique performative, il nous semble difficile de construire une véritable relation empathique, compte tenu des inégalités anthropologiques naturelles, accidentelles et culturelles qui subsistent. Le corps constitue certes l'« identité narrative » du sujet, comme le souligne Paul Ricœur, mais il faut aussi bien admettre qu'il n'est pas que corps, chair, gènes, cellules, et c'est pour cela que la médecine du corps-objet est problématique, en ceci qu'elle ne parvient pas à articuler toutes les dimensions de la personne dans la réparation de ses dysfonctionnements organiques. L'expérience douloureuse peut certainement permettre des utilisations sociales et culturelles, comme le défend David Le Breton dans *Anthropologie de la douleur*, « toutefois, dans le cadre de la maladie somatique ou psychique, la douleur peut souvent apparaître comme dépourvue de sens ; elle isole le malade et n'ajoute que du malheur au malheur. En envahissant le corps, la douleur devient souffrance globale⁸ ».

Revenons sur la distinction entre la douleur et la souffrance grâce à cet éclairage de Paul Ricœur qui, lors d'un colloque en 1992 expliquait ceci : « on s'accordera donc pour réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans les organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement⁹ ». Cette distinction permet de préciser la différence entre les deux types de corps dont

⁸ Svandra, P., *op. cit.*, p. 13.

⁹ Il s'agit d'un extrait de la communication de Paul Ricœur lors d'un Colloque organisé par l'Association française de psychiatrie à Brest les 25 et 26 janvier 1992, sous le titre original de « Le psychiatre devant la souffrance ». Le texte en question a fait l'objet d'une publication dans le numéro spécial de la revue *Psychiatrie française*, juin, 1992.

nous parlions plus haut, à savoir : le « corps organique », c'est-à-dire le corps en tant qu'objet et le « corps propre », qui exprime le vécu du sujet à partir de tout ce qu'il ressent. Mais Paul Ricœur ne se limite pas à ce constat, il va plus loin dans son raisonnement en relevant que lorsque la douleur touche le corps physique, elle est susceptible d'envahir totalement le sujet en se transformant en souffrance, et que cette survenue de la douleur nous rappelle tout simplement notre corporéité.

À partir de cette réflexion, nous sommes en droit de questionner le sens que prennent les pratiques médicales contemporaines qui développent une sorte d'« algophobie » en prétendant transcender la condition humaine à partir de la vision utopique du posthumain, qui n'est en réalité qu'une volonté de reconfiguration des termes de notre existence. David Le Breton n'a sans doute pas tort de penser que

[l]es sondages révèlent que la peur de souffrir suscite un effroi nettement supérieur au fait de mourir. La douleur est aujourd'hui un non-sens absolu, une pure torture. Elle traduit l'irruption du pire que la mort dans une société qui n'intègre plus ni la souffrance ni la mort comme des données de la condition humaine¹⁰.

Si la douleur et la souffrance n'ont plus de sens, alors des notions telles que l'empathie, la solidarité ou la compassion perdent également leur valeur. De notre point de vue, ceci irait à l'encontre même de la condition humaine, puisque celle-ci est fondamentalement liée à l'existence, ponctuellement ou dans la durée. Et pour David Le Breton, « elle renvoie toujours à un contexte personnel et social qui en module le ressenti. Impossible dans la vie courante d'échapper un jour ou l'autre au mal de dos, à une migraine, à un mal de ventre, une angine, une carie, une écorchure, une brûlure, un heurt contre une porte, une chute¹¹... ». Dé-signifier la douleur et la souffrance reviendrait alors à emprunter une trajectoire vers la crise de la vulnérabilité en tant que socle éthique de l'humanité.

¹⁰ Le Breton, D. (1995), *Anthropologie de la douleur*, p. 165.

¹¹ Le Breton, D. (2009), « Entre douleur et souffrance : approche anthropologique », p. 322.

Il faut également prendre en compte la socialisation de la médecine, notamment ses effets sur la représentation du corps et de la douleur. Selon Mathieu Noury, « à partir de l'entrée de la santé dans le domaine du politique, se produit une socialisation de la médecine et la politisation du corps. C'est ainsi que débute l'histoire de la médicalisation¹² ». Il démontre ainsi que les nouvelles pratiques médicales empruntent des stratégies biopolitiques, en objectivant non seulement le sujet vulnérable, mais aussi en instaurant un contrôle sanitaire accru pour ce qui est des soins de santé, en mettant sur pied un cadre protocolaire avec des directives strictes qui ne tiennent pas toujours compte des souhaits de la personne malade. Dans ce cadre, la crise de l'empathie se manifeste par le fait que la réparation par le soin met de côté l'individualité de chaque corps souffrant avec son histoire et sa trajectoire. Suivant ces propos, il convient de souligner que le corps ne se perçoit pas dans sa double dimension. Comme mentionné précédemment, il n'est considéré ici que comme un « corps organique », et à d'autres échelles comme un bien collectif au sens productif, raison pour laquelle il est soumis aux règles de la médecine. Les soins deviennent ainsi un art par lequel il faut gouverner technologiquement le corps souffrant.

Dans un article intitulé « Le soin à l'épreuve de la cure », Alain-Charles Masquelet remet justement en question cette dichotomie autour de la pratique soignante, c'est-à-dire le fait de ne plus appréhender l'humain comme un tout, mais simplement à partir des cris, des douleurs et des appels à l'aide qu'il émet. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la compassion se fonde sur ces détails qui, malheureusement, trouvent comme réponse une solution technique. Pourtant, il ne s'agit là que d'une fragmentation du savoir médical, car comme le fait remarquer Alain-Charles Masquelet, le savoir médical dans ce contexte devient « une entreprise de simplification et de réduction qui gomme les aspects contextuels, réduit la complexité et donne de la médecine l'image d'une juxtaposition parallèle de connaissances spécialisées peu aptes à livrer accès à une vision synthétique [du sujet]¹³ ». La prise en otage de la médecine moderne

¹² Noury, M. (2010), « Entre autonomie et responsabilité. L'individu au cœur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé », p. 320.

¹³ Masquelet, A-C. (2010), « Le soin à l'épreuve de la cure », in C.-O. Doron et al (dir.), p. 55.

par des intérêts extra-médicaux (économique, politique, technologique, etc.) instaure une crise médicale visible. Par exemple, pour ce qui est de la médecine personnalisée, elle « donne l'illusion d'avoir affaire à des personnes, alors qu'il s'agit d'individualisation du biologique contenu dans un corps. L'idée de personne, qui pense, et se pense, n'est pas dans ce projet. La personne est ici sans visage et sans conscience. Elle apparaît à travers une identité génétique, voire numérique¹⁴ ».

La crise médicale dont nous parlions se manifeste à partir de cette disparition du visage de l'Autre, d'une absence de rapport entre soi et l'Autre. La reconnaissance de la « nudité du visage » de l'Autre dont parle Emmanuel Levinas dans *Totalité et infini* apparaît comme une urgence, dans la mesure où celui qui crie et souffre se sent plus que jamais étranger dans le monde dans lequel il vit. Le visage et la parole de l'Autre sont déterminants chez Levinas, et leur reconnaissance constitue une modalité de reconstruction du sujet et de reconsidération de ses rapports avec le monde. C'est l'un des principaux enjeux des sciences et techniques de la santé aujourd'hui, qui doivent chercher « à dépasser la routinisation des gestes et à stimuler un regard et une attitude qui favorisent une pleine reconnaissance de l'autre, au-delà de la composition biologique du corps souffrant¹⁵ ». Cela revient à renouer, et à tisser à nouveau les relations entre le sujet et lui-même d'une part et entre le sujet et le monde d'autre part, en considérant ses différentes réalités et représentations du monde et de l'existence. Par conséquent, il faut reconsidérer l'existence même des personnes vulnérables, à qui quelque chose est dû au-delà de leur état. Mais avant d'y arriver, réexaminons les deux axes du « souffrir » tels que systématisés par Paul Ricœur.

La souffrance comme modalité de la rencontre avec « soi » et avec l' « Autre »

Le « souffrir » chez Paul Ricœur se décline en deux principaux axes, à savoir : « l'axe soi-autrui », en tant que moment d'expression,

¹⁴ Noury, M., *op.cit.*, p. 23.

¹⁵ *Ibid.*

de matérialisation de l'altération du rapport intersubjectif entre soi et autrui et l'axe de « l'agir-pâtir », qui consacre le « souffrir » comme un fait relevant de la diminution de la puissance d'action du sujet altéré. Analysant cette thèse ricœurienne, Philippe Svandra soulignera que « sur l'axe soi-autrui, il apparaît clairement qu'avec la douleur, la perception que j'ai de mon corps devient évidente¹⁶ ». La question anthropologique et philosophique visant à savoir si je dispose d'un corps ou bien si j'en suis un, trouve une réponse convaincante ici, car en effet, il ne souffre plus d'aucun doute que je suis effectivement un corps. En fait, les effets de la douleur nous rappellent notre corporéité, ce qui fait dire à Emmanuel Levinas que « [d]ans l'impasse de la douleur physique, le malade n'éprouve-t-il pas la simplicité indivisible de son être quand il se retourne dans son lit de souffrance pour trouver de la paix¹⁷ ? ».

Levinas démontre ainsi que le corps souffrant se transforme en lieu de vie de la personne malade, vulnérable, défaillante. Suivant la durée et l'intensité des atrocités auxquelles il est soumis, il change considérablement le statut de celui qui souffre. On ne saurait continuer à dissocier corps et âme dans la relation thérapeutique, étant donné que la finalité des soins est de réintroduire la vulnérabilité comme élément constituant du « vivre-humain », en procédant à une rencontre intime avec le sujet dans ce qu'il a de particulier et d'intime. La reconnaissance de l'Autre, de sa présence et de son humanité, impose alors une responsabilité vis-à-vis de lui. C'est autour de cette responsabilité que Levinas fonde d'ailleurs la possibilité d'une éthique médicale à partir de la notion d'asymétrie comme modalité de réalisation de ce lien empathique.

La souffrance, comme lieu de rencontre entre « soi » et l'« Autre », invite dès lors à une redéfinition des politiques et actions de soins en intégrant les différents aspects qui caractérisent la personne vulnérable, au-delà des simples représentations somatiques. La pensée lévinassienne précise ainsi ce que doit être la relation de soin à partir d'une réparation intégrale des maux de celui qui souffre et appelle à l'aide. Dans un article intitulé « Levinas et l'éthique médicale », Corine Pelluchon revient justement sur ces conditions en démontrant qu'il s'agit de « procurer à ces patients dépendants et

¹⁶ Svandra, P., *op. cit.*, p. 14.

¹⁷ Levinas, E. (1999), *Les imprévus de l'histoire*, p. 30.

particulièrement vulnérables un certain bien-être et s'opposant à la maltraitance qui consiste à les considérer comme les individus dont la vie n'a plus aucun sens ni aucune valeur, ou même à décider systématiquement à leur place¹⁸ ». Les concepts de transcendance de l'autre, du visage et de responsabilité doivent occuper une place de choix dans toute entreprise de soin, parce qu'ils font du soin une modalité de restitution et de réparation de l'humanité perdue.

Si la souffrance est susceptible de conduire à un enfermement et à une condamnation à soi, Levinas note à juste titre que « toute l'actualité de la souffrance tient à l'impossibilité de la fuir, de se protéger en soi-même contre soi-même¹⁹ ». Toutefois, ce rapport ne se limite pas exclusivement à soi, il est davantage ouverture à l'Autre en tant que condition *sine qua non* de l'intersubjectivité. D'ailleurs la méconnaissance de l'Autre, de ses cris, de ses attentes, de ses appels, montre bien l'altération à nous isoler des autres tout en nous séparant du monde. Hannah Arendt traduit cette idée en ces termes : « seule la douleur éloigne radicalement du monde commun²⁰ ».

Néanmoins, Paul Ricœur insiste sur le fait que l'isolement du sujet est relatif au degré et à l'intensité du « souffrir ». Ainsi,

Au plus bas degré s'impose l'expérience vive de l'insubstituable ; autre que tout autre, le souffrant est unique. Au degré suivant s'esquisse l'expérience vive de l'incommunicable ; l'autre ne peut ni me comprendre, ni m'aider ; entre lui et moi, la barrière est infranchissable : solitude du souffrir... [...] A un degré de stridence plus intense, l'autre s'annonce comme mon ennemi, celui qui me fait souffrir (insultes, médisance...). Blessure du souffrir [...] Enfin, au plus haut degré de virulence, se déchaîne le sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance. C'est de là que surgit la question : pourquoi moi ? Pourquoi mon enfant ? [...] Enfer du souffrir²¹.

¹⁸ Pelluchon, C. (2010), « Levinas et l'éthique médicale », p. 240.

¹⁹ Levinas, E. (1990), *Totalité en infini. Essai sur l'extériorité*, p. 263.

²⁰ Arendt, H. (2005), *Journal de la pensée*, p. 700.

²¹ Svandra, P., *op. cit.*, p. 14.

Pour celui qui souffre, le monde apparaît comme littéralement inhabitable. Il est le lieu d'expression d'une violence symbolique et réelle vis-à-vis des personnes vulnérables qui ne parviennent pas à se faire une place dans le monde commun. La perte de certaines facultés a de ce fait un impact considérable dans notre rapport à nous-mêmes, mais aussi dans notre rapport aux autres êtres vulnérables et au monde commun en tant qu'horizon de nos actions.

C'est pour cela qu'elle constitue un moment non seulement d'enfermement, de retranchement, mais aussi qui empêche la réalisation complète et réelle du sujet. La formulation de l'axe de « l'agir-pâtir » dans le rapport du souffrant au monde permet selon Paul Ricœur de rappeler que « [...] la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme atteinte à l'intégrité de soi²² ». Cette diminution de soi s'exprime à travers un certain nombre d'incapacités, notamment celles de traduire en paroles, en actes et en faits nos désirs ou nos projets et surtout d'assumer nos responsabilités dans les différentes situations qui s'imposent à nous. La souffrance détruit donc toutes les normes éthiques, sociales et politiques. Elle ouvre, selon les termes de Philippe Svandra, une déchirure entre le « vouloir-dire » et « l'impuissance à dire ». En effet, dans ses termes, « lorsque l'on souffre, on ne peut plus être à la hauteur de soi et de son idéal. Le « souffrir » se retrouve bien à l'intersection de ces deux axes, une altération de son rapport à soi et aux autres et une perte plus ou moins importante de ses capacités²³ ».

Ne plus être à la hauteur de soi et de son idéal, c'est en quelque sorte ne plus être à la hauteur de l'humanité, de la communauté humaine et de ses exigences car pour Paul Ricœur, « ce qu'on observe d'abord, c'est le redoublement de l'extrême passivité d'un sujet rejeté sur lui-même par la perte du pouvoir-sur²⁴ » lui-même ainsi que sur le monde. Dans ces conditions, le « vivre-humain » impose d'aider le sujet, de le réhabiliter en transformant sa souffrance en parole. Cette aide peut à la fois être médicale, mais aussi éthique, sociale et politique. Il s'agit de développer de la sollicitude pour celui qui

²² Ricœur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, p. 223.

²³ Svandra, P., *op. cit.*, p. 15.

²⁴ Ricœur, P., *op. cit.*

souffre en lui proposant une aide, un refuge au sein de la communauté humaine. C'est d'ailleurs le moment opportun pour effectuer cette rencontre nécessaire et indispensable. Selon Emmanuel Levinas, « [s]eul un être arrivé à la crispation de sa solitude par la souffrance et la relation avec la mort se place sur un terrain où la relation avec l'autre devient possible²⁵ ».

La passivité du sujet se transforme en vulnérabilité, faisant de lui la source du fondement de la relation de soin. Lazare Benaroyo, reprenant les propos de Levinas, souligne ainsi que « le corps souffrant est porteur d'une ambiguïté primordiale : alors que l'expérience physique de la souffrance enchaîne le sujet à soi, la vulnérabilité atteste que le sujet est débordé hors de lui, est en situation d'ouverture à autrui²⁶ ». C'est pour cela que la responsabilité pour l'Autre qui souffre devrait aboutir à une réhabilitation de son identité réelle. Le préalable à cette relation de soin autour de la sollicitude, de la compassion et de la réparation des blessures dudit sujet invite à admettre qu' « une science qui se penche sur la maladie, s'y penche parce qu'une réalité est d'abord vécue et parce qu'émerge du sens ou une interprétation. Et cette réalité renvoie à la vie humaine et non à la vie d'un organisme vivant tout court²⁷ ».

Reconstruire ce qui semble perdu en contexte de vulnérabilité, à savoir l'humain, le « vivre-humain », la singularité du sujet revient à comprendre avec Dominique Lecourt la chose suivante :

Il y a une médecine parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades, et ce n'est pas parce qu'il y a des médecins que des hommes apprennent d'eux leurs maladies. Il faut concevoir que l'homme malade, soucieux de son état, préexiste à toute conception scientifique et médicale de la maladie. En bref, les systèmes médicaux et toutes traditions médicales (biomédicale y compris) secondent les réalités

²⁵ Levinas, E. (2011) [1979], *Le temps et l'Autre*, p. 64.

²⁶ Benaroyo, L. (2004), « Soins, confiance et disponibilité », p. 62.

²⁷ Noury, M., *op. cit.*, p. 24.

questionnées et signifiées qui prennent la forme de récupérations²⁸.

Ce que nous disons de la maladie comme situation de vulnérabilité nécessitant une réelle empathie est aussi valable pour le handicap, le vieillissement ainsi que toutes les formes « d'humanités récusées ». La réflexion philosophique sur ces différents axes ambitionne justement de restituer à ces êtres ce qui veut leur être enlevé. La réparation, dans ce cadre, signifie donc un retour à une norme non pas sociale, politique ou économique, mais à une norme essentiellement humaine. La souffrance sous toutes ses formes, des lésions corporelles aux défaillances qui s'en suivent, n'occulte pas la question métaphysique de la permanence de la conscience qui précède, accompagne et suit une situation vulnérable. Pour Bertrand Quentin, « nous commettons une erreur de raisonnement en jugeant la vie réelle et potentielle d'un individu en fonction de l'image extérieure qu'il nous renvoie²⁹ ». En effet, la réduction des représentations de l'existence à la productivité et à la performance constitue un ensemble de stéréotypes péjoratifs qui amène à banaliser l'existence des personnes vulnérables et dépendantes. Cela crée un malaise et un mal être généralisé auprès de ces individus, qui n'arrivent pas à s'accepter tels qu'ils sont.

Le fantasme autour de la notion de « qualité de vie », notion fondamentalement objective, nous semble à la fois dangereux et fallacieux, dans la mesure où rien n'empêche une personne paralysée ou déficiente de poursuivre des biens supérieurs. « La santé corporelle » seule ne détermine pas notre épanouissement. C'est justement à ce niveau que se situent les limites de ce que Bertrand Quentin nomme « l'empathie égocentrée », c'est-à-dire cette attitude qui voudrait que l'on s'accorde à dire que les personnes vulnérables ne sauraient être pleinement heureuses parce qu'elles sont précisément défaillantes sur un plan physique ou psychologique. La faute d'une telle démarche réflexive vient peut-être d'Abraham Maslow, dont on se rappelle la théorisation d'une pyramide des besoins échelonnés selon les nécessités. Tout d'abord les besoins physiologiques, ensuite les besoins de sécurité, puis les besoins d'appartenance, les besoins d'estime et enfin les besoins

²⁸ Lecourt, D. (2008), *Georges Canguilhem*, p. 37.

²⁹ Quentin, B. (2012), « Le geronmonde est-il accueillant à souhait ? », p. 2.

d'actualisation de soi. Cette classification conduira Maslow à affirmer que « la sécurité est un besoin plus urgent, plus fort, plus pressant, plus vital que l'amour, par exemple ; le besoin de nourriture est généralement le plus fort de tous³⁰ ».

Bertrand Quentin déconstruit en quelque sorte cette pyramide qui voudrait déterminer les conditions d'épanouissement des hommes. Il avance que les contemporains s'aveugleront en associant la qualité de la vie à l'absence de douleur. Pourtant, des situations comme la fin de vie révèlent avec étonnement que les patients ne fonctionnent pas selon une pyramide au sens de Maslow. Il réhabilite ainsi la douleur en démontrant que la qualité de vie ne se trouve pas forcément dans sa suppression chez les déficients. Cela révèle que, face à la souffrance qui isole ces sujets, il reste quelque chose en eux qui malgré tout nous réunit. Ce quelque chose, c'est notre vulnérabilité commune qui nous rassemble et nous fait nous ressembler, qui nous rapproche en même temps. Philippe Svandra s'interroge alors : « [n]e pourrait-on pas admettre que si j'éprouve de la sollicitude vis-à-vis de mon semblable lorsqu'il souffre, ce n'est pas parce qu'il est mon semblable et qu'il souffre, mais plutôt parce que sa souffrance m'en fait mon semblable ?³¹ ». La réponse à cette question nous semble positive. Étant donné que la souffrance fait partie intégrante de la vie, elle lui donne un sens. Ces interrogations de Philippe Svandra nous interpellent à partir de ce questionnement : « [u]ne existence sans souffrance serait-elle encore humaine ? N'est-ce pas elle qui me donne le courage de m'engager pour l'autre, pour ce semblable qui, comme moi, peut la subir ? Le sens de la souffrance n'est-il pas paradoxalement logé dans son refus même³² ? ».

La souffrance est donc ce qui détermine mon rapport à moi-même, ainsi que mon rapport aux autres dans une communauté de destin. Elle est active, permanente, et d'ailleurs, il existe des souffrances qui vont au-delà de la médecine, du soin et de l'instrumentalisation technoscientifique. Le désir manifeste de prolonger la vie à travers toutes les nouvelles techniques

³⁰ Maslow, A. [1968] (1976), *Vers une psychologie de l'être*, p. 173-174.

³¹ Svandra, P., *op. cit.*, p. 15.

³² *Ibid.*

thérapeutiques ne saurait enliser la souffrance. C'est ce que nous fait comprendre en ces termes Albert Camus dans *L'Homme révolté* :

L'homme peut maîtriser en lui tout ce qui doit l'être. Il doit réparer dans la création tout ce qui peut l'être. Après quoi, les enfants mourront toujours aussi injustement, même dans les sociétés parfaites, l'homme ne peut se proposer de diminuer arithmétiquement la douleur du monde. Mais l'injustice et la souffrance demeureront et, si limitées soient-elles, elles ne cesseront pas d'être le scandale³³.

Si le monde médical accorde plus d'importance à la notion de « qualité de vie » qui repose essentiellement sur des bases physiologiques, cela reste une approche dangereuse dans la mesure où cette option est non seulement superficielle mais aussi incomplète dans la description qu'elle livre de l'homme. La critique d'une définition « consensuelle » de l'humanité devrait aussi conduire à une remise en question du processus de mécanisation des soins qui voudrait substituer la technologie à l'humain. Et pourtant, notre corporéité nous rappelle avec Éric Fiat qu'

On ne touche pas un Leib comme on touche un Körper, on ne touche pas le corps d'une femme comme on touche une montre ; on le ferait, qu'immédiatement cette femme se sentirait violée dans sa pudeur [...] rien ne nous inquiéterait plus qu'une mécanisation des soins, qui conduirait à laver un être humain comme on laverait une chambre, et à réduire le fait de lui donner à manger au fait de remplir un ventre³⁴.

Lorsqu'on est déficient, on a nécessairement besoin de la présence de quelqu'un, mais pas forcément d'un robot. Peu importe le degré de performativité de la technologie, celle-ci remplacera difficilement la « chaleur humaine ». L'empathie en situation de vulnérabilité se fonde non pas sur la « froideur technologique », mais bien évidemment

³³ Camus, A. (1951), *L'homme révolté*, p. 363.

³⁴ Fiat, É. (2012), « L'accompagnement comme devoir de civilisation », in Emmanuel Hirsch (dir.), *Fins de vie, éthique et société*, p. 33.

autour de la « chaleur humaine », permettant ainsi de « se coller à l'expérience vécue dans les termes d'une phénoménologie sociale qui fait voir l'existence de chacun comme un lieu unique qui se déploie en un rapport au corps, au temps, aux autres et à l'espace³⁵ ». Réparer à travers le soin consiste alors en autre chose :

[à] toucher le malade, à chercher son regard et à lui parler, sans l'infantiliser, [ce] ne sont pas seulement une façon de rassurer un être qui a perdu la plupart de ses repères et de l'inviter à se reconnecter à ses émotions. [...]. Ce qui est premier pour le malade dément et pour la personne en fin de vie, ce n'est pas la liberté, mais l'humanité qui leur est témoignée³⁶.

L'activité soignante est de ce fait essentiellement réparatrice et restauratrice de l'humanité récusée.

Le soin comme modalité de restauration du « vivre-humain »

Le soin se constitue comme une modalité de reconstruction de soi et de l'autre, dans la mesure où l'engagement éthique du soignant réhabilite les personnes vulnérables dans leur humanité. Mais pour cela, il faudrait avant tout que l'on comprenne qu'il est un don, un acte gratuit et désintéressé – la raison pour laquelle il est empathique. Dans le cadre de la relation thérapeutique, la pratique soignante – attentive aux blessures, aux altérations, aux déficiences, etc., invite en permanence à une responsabilité vis-à-vis de l'Autre qui souffre. Cet appel qu'il nous adresse amène ainsi à faire don de soi pour qu'il se sente pris en compte par nous. Nous avons démontré plus haut que la souffrance éloigne, sépare et isole. C'est la raison pour laquelle le soignant qui dispose de certaines facultés comme la sensibilité, l'émotivité, une histoire à transmettre, devrait sortir du cadre purement normatif et prescriptif exigé par les techniques médicales, pour répondre avant tout à la souffrance de la personne en détresse. Il est question ici de repenser les pratiques de soin à partir de deux

³⁵ Noury, M., *op. cit.*, p. 26.

³⁶ Pelluchon, C., *op. cit.*, p. 241-242.

axes asymétriques : tout d'abord celui qui met en avant la relation « soi-autrui », en offrant la possibilité d'exprimer l'altération physique de la personne en crise. Et en second lieu l'axe « agir-pâtir », qui place le soignant face à la vulnérabilité du souffrant.

Dans le cadre du premier axe « soi-autrui », le fait que la douleur soit bruyante, parlante et porteuse d'un message nous rappelle sans cesse notre corporéité. Cela a certes déjà été dit, mais il conviendrait d'amplifier cette thèse afin que l'on comprenne que le corps n'est pas seulement un objet, et qu'on ne saurait le séparer des affects et des émotions. Dans ce sillage, l'engagement éthique dans le soin comme modalité de réparation invite à comprendre que le corps souffrant est un lieu, un espace et un cadre de vie pour celui qui souffre. Il se sent justement exister à partir de tout ce qu'il éprouve. Le nier reviendrait en d'autres termes à le réduire à un simple objet du système-humain. C'est ce que Paul Ricœur avance lorsqu'il parle de la solitude du « souffrir » comme élément d'éloignement vis-à-vis de la réalité humaine.

Le second axe de la relation asymétrique, à savoir l'« agir-pâtir » permet de comprendre que face à la passivité du sujet vulnérable, l'engagement éthique du soignant convertira cette souffrance en parole. Il faudrait alors offrir un refuge à cette personne, lui redonner un statut d'être actif au sein de la communauté humaine. La souffrance devient ainsi un facteur autour duquel se construit la relation de soin. À travers cette dernière, le soignant se retrouve investi du devoir de responsabilité à l'endroit de celui qui souffre. Le soin, de notre point de vue, répare parce qu'il signifie prendre l'autre en charge, le resituer dans le « vivre-humain » en le réintroduisant au sein de la communauté humaine. La sophistication des systèmes de soins, grâce au développement des outils techniques avec un degré de précision exceptionnel aussi bien en termes préventifs que curatifs voudrait à tout prix supprimer la douleur. Pourtant nous avons démontré que la douleur fait partie de notre histoire. Au-delà des prétentions et projets des nouvelles pratiques médicales, il faudrait prendre en considération ces propos de Philippe Svandra, pour qui « soigner signifie d'abord veiller sur la vie des autres³⁷ ».

³⁷ Svandra, P. (2013), « Sauver le corps pour que l'avenir demeure possible », p. 22.

Le soin conduit ainsi à la rencontre entre la souffrance et la vulnérabilité en devenant par ailleurs une modalité d'expression de notre « vivre-humain ». Relisons ces mots de Philippe Svandra : « [c]omme expression de notre humanité, le soin s'apparente à une sollicitude qui, ne restant pas au stade des sentiments, sait se traduire en actes, et notamment en acte de langage³⁸ ». L'une des premières conséquences de l'altération du sujet est la perte du langage, moyen par lequel il exprime pourtant ses peurs, craintes, attentes et besoins. On ne saurait donc réparer cette perte uniquement par des gestes techniques, mais aussi à travers un « colloque singulier », une rencontre asymétrique entre le soignant et le soigné autour de la relation de soins. Dans ce mouvement, le soignant rencontre une inquiétude, une vulnérabilité qui lui tend la main, qui voudrait trouver des réponses à ses attentes sans pour autant être capable de les exprimer convenablement. La relation de soin s'assimile de ce fait à la rencontre du visage de celui qui souffre.

« [Ce] visage m'intime un ordre, il attend de moi une réponse, même si celle-ci ne peut pourtant jamais satisfaire totalement celui qui m'appelle³⁹ ». Le mérite de cet engagement est qu'il impulse une dynamique animée par la volonté de l'empathie, du souci et de la considération pour l'Autre. L'éthique des soins que nous défendons ici fait du respect de la vie humaine le fondement de la pratique soignante. La « dévitalisation » des personnes vulnérables impose une reconsidération du rapport intersubjectif. Ce rapport, qui se traduit par l'engagement éthique dans les soins, se manifeste principalement au niveau du corps souffrant, le soin devenant dès lors une revendication du sens de la vie. Philippe Svandra souligne à cet égard que « le soin revient donc à nous lier les uns aux autres, à se faire du souci pour autrui et par conséquent à traiter l'autre avec sollicitude. Aussi l'engagement soignant, comme tentative de réponse à la souffrance et à la vulnérabilité humaine, ne relève ni d'une réflexion rationnelle, ni d'un sentiment affectif particulier, mais de l'expression de notre humanité. Le soin se traduit par cette expérience de reconnaissance mutuelle qui permet de passer de la dissymétrie à la

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

réciprocité⁴⁰ ». Cela revient par conséquent à redéfinir les modalités du soin car « soigner, ce n'est donc pas soigner "quelque chose", mais soigner quelqu'un, un autre qui nous ressemble⁴¹ ».

Didier Sicard traduit clairement cette intention en précisant que l'enjeu de la relation soignante est d'amener celui qui souffre à ressentir qu'il existe, qu'il est quelqu'un pour celui qui le soigne et qui l'observe au quotidien. C'est pour cela que les normes et protocoles de soins ne suffisent plus. Dans ce cas, les professionnels de soin devraient comprendre que « les métiers des soins sont toujours sur la brèche à guetter la souffrance, à la rechercher pour tenter de la garder dans le monde commun⁴² ». Le soin devient ainsi une dette à payer à l'endroit de celui qui se sent diminué par les effets de l'altération. Il s'agit donc de « re-possibiliser » l'existence de ces personnes, et le langage semble déterminant à cet effet, en tant qu'ensemble des signes qui rendent possible l'ouverture à l'altérité, altérée ou pas. Selon Antonio Rodriguez, « [l']une des missions du soignant serait, de ce point de vue, de rendre possible une démarche narrative afin de réinscrire la personne dans son existence et lui permettre de donner du sens à ce qui lui arrive. Cette démarche donne alors accès au malade, à son histoire comme récit de vie⁴³ ». Le soin permet ainsi de recréer des liens communs au sens lévinassien. Ces liens amènent la relation de soins à parvenir à la reconnaissance du statut véritable de ces êtres en crises. « [Le] langage se faisant soin devient ainsi hospitalité, ouverture à autrui dont on ne peut prévoir a priori toutes les conséquences⁴⁴ ».

Le soin comme modalité de réparation relèverait de l'ordre de l'impératif éthique car il se situe dans le sillage de la préservation des droits des personnes vulnérables « [...] qui, dépourvues de cette ultime sollicitude, erreraient sans refuge, démunies du moindre recours, jusqu'à ne plus avoir le sentiment d'exister, d'être reconnues quelque part au sein de la cité⁴⁵ ». Le soin exprime notre humanité et

⁴⁰ Svandra, P. (2013), *op. cit.*, p. 23.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Rodriguez, A. (2004), « La souffrance. Effondrement et refondation des valeurs », p. 65.

⁴³ *Ibid.*, p. 24-25.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Hirsch, E. (2011), « Le soin comme engagement éthique », p. 8.

requiert par ailleurs la rencontre entre deux consciences, dont l'une se trouve être en détresse et veut à travers ce geste d'attention se sentir homme. Le « prendre soin », ou « *care* » en anglais, ouvre justement à de telles possibilités en faisant du soin un don, comme nous l'avons déjà mentionné. D'après Claude Evin, le paradoxe hospitalier réside précisément à ce niveau, puisqu'il consiste à « accueillir chaque patient dans ce qu'il a de plus humain et être en permanence à la pointe de la technique. Or la technique ne saurait effacer l'homme. Se poser en permanence la question de l'autre dans la relation de soins est l'un des fondements de la démarche éthique⁴⁶ ».

Étant donné que le bien commun semble ne plus avoir de raison d'être dans le contexte technoscientifique où les incertitudes et la peur sont les maîtres-mots, de même que la responsabilité, le devoir d'humanité dans un tel cadre de transgression des valeurs humaines et du sens de la vie, où la liberté qui caractérise désormais l'être humain introduit des mutations sociales et individuelles, que peut signifier l'éthique du soin ? Comment mettre un terme à cette éthique calculatrice, utilitariste et même manipulatrice qui caractérise la médecine moderne ? Comment revenir à une hiérarchie des valeurs en plaçant justement l'humain au sommet ? C'est là tout l'enjeu de l'engagement éthique de la pratique soignante qui, de manière fondamentale, doit chercher à préserver la dignité et les droits des personnes vulnérables afin de réhabiliter leur « vivre-humain ».

La fonction de l'hôpital comme lieu d'empathie ne doit plus se résumer à administrer des soins. Il doit plus que jamais devenir un lieu d'exercice de l'empathie envers les personnes vulnérables. Cela signifie que leurs intérêts doivent être jugés supérieurs aux progrès technologiques et à la volonté politique. L'engagement éthique dans les soins vise à préserver la « primauté de l'humain ». En réalité, les nouveaux horizons des soins de santé sont tellement délicats que, dans ces nouvelles pratiques médicales, les professionnels des soins de santé doivent veiller attentivement au respect de la personne vulnérable. Au-delà de la réparation, de la réhabilitation de la corporéité de celui qui souffre, le soin devient tout simplement un devoir de civilisation. Il traduit de façon constante une invitation au

⁴⁶ Évin, C. (2002), « Préface », in Emmanuel Hirsch (dir.), *La révolution hospitalière. Une démocratie du soin*, p. 9.

dialogue, à un échange avec la personne qui souffre. Le soin redonne ainsi le désir de vivre puisqu'il symbolise un moment de rencontre et de promiscuité avec en prime une exigence d'humilité de la part de soignants. La pratique soignante appelle dès lors des compétences doubles, c'est-à-dire la maîtrise technique d'une part, et d'autre part la capacité à s'ouvrir à l'autrui, à s'exposer à la vulnérabilité afin de la dévulnérabiliser. Cette rencontre avec l'Autre qui souffre place le souci éthique devant un nouvel horizon, celui de la disponibilité du soignant disposé à accompagner la personne malade, vieillissante ou handicapée dans sa nouvelle vie. Ceci est d'autant plus pertinent dans la mesure où la dégradation du sens et de la figure des soins conduit inéluctablement à l'érection d'un ensemble de difficultés au sein de la pratique soignante contemporaine.

Conclusion

Penser les modalités du « vivre-humain » à partir des soins dans le contexte de vulnérabilité, voilà ce sur quoi portait notre réflexion dans ce bref exposé. Après avoir argumenté autour des liens entre souffrance, douleur et corporéité, nous avons ensuite déterminé en quoi le soin constitue une voie en vue de la réparation des altérations des personnes vulnérables. Au-delà d'un simple constat, il a fallu démontrer en quoi la souffrance permet justement la rencontre entre « moi » et l'« Autre » afin de fonder une relation éthique dans la pratique soignante comme cadre à partir duquel la dévulnérabilisation du sujet souffrant est envisageable. La téléologie de cette démarche n'étant rien d'autre que la construction du projet éthique, politique et social du « vivre-humain » à partir d'une reconsidération de la corporéité en tant que lieu où se vivent toutes les souffrances.

Dans ce contexte, le soignant se doit de ne pas abuser de ses connaissances scientifiques et techniques au détriment du respect de l'humanité de la personne vulnérable. Il s'agit plutôt pour lui d'entendre la plainte de celui qui souffre afin de lui porter secours. Pour Emmanuel Levinas, « dans ce secours à l'autre, à ce premier appel à l'autre, la première réponse est peut-être une réponse de médecin. [...] cette attente médicale de l'autre constitue une des

racines très profondes de la relation interhumaine⁴⁷ ». C'est donc dans cette relation éthique que surgissent l'empathie, la responsabilité et le souci pour l'Autre ainsi que la reconnaissance de son statut humain à partir des cris émis par son corps. Au final, la vulnérabilité nous situe au-delà de toutes considérations sociales, économiques, politiques et technologiques. Elle pose le « vivre-humain » de ces individus comme un impératif éthique.

Bibliographie

- Arendt, H. (2005), *Journal de la pensée (1950-1973)*, Paris, Seuil, 1969 p.
- Benaroyo, L. (2004), « Soins, confiance et disponibilité », *Éthique et santé*, Vol. 1, n° 2, p. 60-63.
- le Breton, D. (1995), *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 237 p.
- le Breton, D. (2009), « Entre douleur et souffrance : approche anthropologique », *L'information psychiatrique*, N°4, Volume 85, p. 323-3228.
- le Breton, D. (2010), *Anthropologie du corps à la modernité*, Paris, PUF, 263 p.
- Camus, A. (1951), *L'homme révolté*, Paris, Gallimard, 384 p.
- Évin, C. (2002), « Préface », dans E. Hirsch, *La révolution hospitalière. Une démocratie du soin*, Paris, Bayard, 275 p.
- Fiat, É. (2012), « L'accompagnement comme devoir de civilisation », dans E. Hirsch (dir.), *Fins de vie, éthique et société*, Éditions érès, Coll. « Espace éthique », 856 p.
- Hirsch, E. (2003), « Le sens de l'engagement éthique », dans D. Sicard (dir.), *Travaux du Comité Consultatif National d'Éthique, 20^{ème} anniversaire*, Paris, PUF, Coll. « Quadriges », p. 988-1001.
- Hirsch, E. (2011), « Le soin comme engagement éthique », in *Éthique et Soins*, n° 77, p. 62-64.
- Lecourt, D. (2008), *Georges Canguilhem*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 126 p.
- Levinas, E. (1990), *Totalité en infini. Essai sur l'extériorité*, Paris, Livre de poche, Coll. « biblio essais », 352 p.

⁴⁷ Levinas, E. (1986), « L'éthique est transcendante », entretien avec Emmanuel Hirsch, dans *Médecine et éthique*, p. 43.

- Levinas, E. (1999), *Les imprévus de l'histoire*, Paris, Livre de poche, 189 p.
- Levinas, E. (2011) [1979], *Le temps et l'Autre*, Paris, PUF, 108 p.
- Marzano, M. (2002), *Penser le corps*, Paris, PUF, Coll. « Questions d'éthique », 192 p.
- Maslow, A. [1968] (1976), *Vers une psychologie de l'être*, Paris, Fayard, 276 p.
- Masquelet, A.-C. (2010), « Le soin à l'épreuve de la cure », dans C.-O. Doron, C. Lefève, A.-C. Masquelet (dir.), *Soin et subjectivité*, Paris, PUF, coll. « Science, histoire et société », p. 53-67.
- Noury, M. (2010), « Entre autonomie et responsabilité. L'individu au cœur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé », *Sociologie santé*, N° 31, mars, p. 317-329.
- Pelluchon, C. (2010), « Levinas et l'éthique médicale », *Cahiers d'Études Levinassiennes*, n° 9, p. 239-256.
- du Puy-Montbrun, T. (2014), *Le corps-objet ou la médecine de l'échec*, thèse de Doctorat en Philosophie pratique, Université Paris-Est Marne-La-Vallée, soutenue le 26 mars 2014.
- Quentin, B. (2012), « Le geronmonde est-il accueillant à souhait ? », *Technologie au service de l'avancée en âge*, *Revue Gérontologie et société*, n° 141, p. 1-7.
- Ricœur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 432 p.
- Rodriguez, A. (2004), « La souffrance. Effondrement et refondation des valeurs », *Éthique et santé*, n° 2, p. 64-69.
- de Rus, É. (2007), « Dignité de la personne humaine et du statut du corps humain : une approche pour un repérage éthique », *Revue de l'Institut Européen de Bioéthique*, n° 1, mai, p. 1-7.
- Svandra, P. (2011), « Le soin est-il soluble dans la bienveillance ? », *Gérontologie et société*, Vol. 33, n° 133, p. 23-31.
- Svandra, P. (2012), « Douleur et souffrance. Sur les pas de Paul Ricœur », *Soins psychiatrie*, n° 282, p. 12-15.
- Svandra, P. (2012), « Le don dans les soins », *La revue de l'infirmière*, n° 185, p. 32-33.
- Svandra, P. (2013), « Sauver le corps pour que l'avenir demeure possible », *Présence d'Albert Camus*, n° 4, p. 23-36.
- Worms, F. et G. Blanc (2006), « Introduction », *Revue Esprit*, n° 321, janvier, p. 77-79.