

L'éthique du *care* à l'épreuve de ses contradictions dans la pièce de théâtre *L'homme à la sacoche* de Jean-François-Farid Boukraba

The Ethics of Care Confronted with Its Contradictions in Jean-François-Farid Boukraba's Play *L'Homme à la sacoche*

CAMELIA RAITA
Université Babeş-Bolyai, Roumanie
camelia.raita@ubbcluj.ro

Abstract

This paper examines how the ethics of care, as staged in *L'Homme à la sacoche* by Jean-François-Farid Boukraba, elevating speech to the founding principle of caregiving, might paradoxically give rise to a regime of linguistic constraint. The analysis would suggest that imposed speech pertains less to the recognition of subjectivity than to its capture within a mere simulacrum of voice. Care, under these conditions, could promote a dynamic of psychic exhaustion rather than one of repair. Suffering, resistant to semantic articulation, would emerge as a mute force exceeding the therapeutic relation, while the paralyzed body would mirror the subject's gradual effacement. The question would remain whether speech could nonetheless offer a final, fragile attempt to resist complete self-erasure.

Key-words

Ethics of care, coercion of speech, suffering, simulacrum of voice, annihilation.

Resumen

Este artículo examina cómo la ética del cuidado, tal como se representa en *L'Homme à la sacoche* de Jean-François-Farid Boukraba, al elevar la palabra a principio fundador del acto de cuidar, podría paradójicamente dar lugar a un régimen de constrección lingüística. El análisis sugeriría que el habla impuesta se relaciona menos con el reconocimiento de la subjetividad que con su captura dentro de un mero simulacro de voz. Bajo estas condiciones, el cuidado podría promover una dinámica de agotamiento psíquico más que un proceso de reparación. El sufrimiento, resistente a toda articulación semántica, emergiría como una fuerza muda que excede la relación terapéutica, mientras que el cuerpo paralizado reflejaría el borramiento progresivo del sujeto. Quedaría por preguntarse si la palabra no constituiría, no obstante, un último y frágil intento de resistir la completa desaparición del yo.

Palabras clave

Ética del cuidado, coerción del decir, sufrimiento, simulacro de voz, aniquilación.

1. Introduction

Cet article se propose d'examiner les contradictions inhérentes à l'éthique du *care*, en se concentrant spécifiquement sur l'analyse de la pièce *L'homme à la sacoche* de Jean-François-Farid Boukraba, incluse dans le recueil *Tétralogie de la Citadelle du cœur*. Auteur d'origine algérienne, Boukraba a exercé la profession de libraire à Paris, guidé par un engagement intellectuel et éthique en faveur de la justice sociale ainsi que par une vocation spirituelle profondément structurante. Depuis la parution de son volume *Tétralogie de la citadelle du cœur* en 2013, il semble avoir disparu du champ littéraire, conférant à son corpus une dimension énigmatique. Les expériences vécues par l'auteur, notamment ses séjours à la clinique de Rueil-Malmaison, se traduisent dans sa dramaturgie et contribuent à la complexité psychologique de ses personnages. Le recueil interroge la frontière instable entre folie et lucidité, proposant une réflexion critique sur les mécanismes sociaux et institutionnels à travers une dramaturgie caractérisée par des oppositions radicales et un style poétique particulièrement élaboré.

L'éthique du *care*, qui repose sur l'écoute, l'attention et la reconnaissance du patient comme sujet de sa souffrance, se présente comme une approche bienveillante visant à restaurer l'autonomie et la dignité du patient. La pièce de Boukraba soulève plusieurs questions concernant les limites et les ambiguïtés de cette approche, notamment en ce qui concerne la relation entre le soignant et le soigné.

Dans une tourelle obscure remplie de carcasses, une femme, la Silhouette, s'affaire à racler des os, tandis qu'une Voix masculine, surgissant de son esprit, l'interpelle, la harcèle et revendique son identité en la rattachant à une figure mythique, "l'homme à la sacoche". Le Corps d'un artiste endormi occupe la scène, figure silencieuse autour de laquelle s'articulent les hallucinations de la femme. La Voix impose un discours chaotique mêlant souvenirs, menaces et injonctions, poussant la Silhouette à douter de sa propre identité et de sa santé mentale, alors que la scène reste marquée par un climat de violence contenue.

Au second acte, l'apparition d'un Docteur installe une confrontation plus concrète sous prétexte de soins, il confirme l'aliénation de la femme en minimisant sa souffrance et en la forçant à continuer son travail. Acculée par la fatigue et par ses troubles, la Silhouette tente de résister mais finit par s'effondrer. Autour d'elle, la Voix et le Docteur observent sa chute avec une froideur détachée. À travers la dynamique entre la Silhouette, la Voix et le Docteur, la pièce retrace la lente désintégration d'une conscience enfermée entre hallucination, violence verbale et abandon.

Une première hypothèse que nous examinerons dans cet article consiste à se demander si l'éthique du *care*, loin d'être purement bienveillante, pourrait parfois se transformer en un mécanisme de pouvoir. En effet, dans la pièce, la parole du soignant semble parfois devenir un outil d'aliénation plutôt qu'un vecteur de réhabilitation. Nous analyserons dans quelle mesure cette relation, qui devrait être fondée sur

l'accompagnement, pourrait dériver vers une forme de domination, avec la parole utilisée comme instrument de contrainte. À travers cette analyse, nous chercherons à comprendre dans quelles situations la parole, censée libérer le patient, pourrait en réalité l'enfermer dans un rôle passif, privé de toute autonomie.

La seconde hypothèse que nous développerons concerne l'injonction à la parole. Si dans l'éthique du *care*, la parole est censée offrir au patient une voie de reconstruction et d'autonomie, il est possible que, dans certaines situations, cette injonction à s'exprimer ne soit pas réparatrice, mais aliénante. À travers l'examen des dialogues et des situations vécues par le patient dans la pièce, nous tenterons de déterminer si la parole imposée au patient ne finit pas par augmenter sa souffrance et fragiliser davantage son identité. Cette analyse interrogera les conséquences de cette pression verbale sur la subjectivité du patient, et si, au lieu de favoriser un processus de guérison, elle ne serait pas un facteur de dépersonnalisation.

Enfin, nous aborderons une troisième hypothèse: celle de la limite du langage dans l'éthique du *care*. L'un des principes fondamentaux de l'éthique du *care* repose sur l'idée que la souffrance du patient doit pouvoir se manifester et être partagée par le langage. Cependant, la pièce de Boukraba suggère que certaines formes de souffrance échappent à cette logique et ne peuvent être exprimées adéquatement par la parole. À travers l'analyse des moments où le patient semble déconnecté du langage, nous poserons la question suivante: comment l'éthique du *care* peut-elle répondre à une souffrance qui ne se laisse pas saisir par le discours? Cette partie de l'analyse nous amènera à réfléchir sur la possibilité que certaines souffrances profondes échappent aux outils traditionnels du soin, comme la parole, et nécessitent d'autres formes de prise en charge.

Ces trois hypothèses, qui seront développées au cours de cet article, permettront de mettre en lumière les tensions et contradictions inhérentes à l'éthique du *care*. Elles visent à interroger non seulement la capacité de cette éthique à remplir ses objectifs de réhabilitation, mais aussi à repenser ses limites lorsque ses principes se trouvent confrontés aux réalités complexes de la souffrance et du soin.

2. Cadre théorique

L'éthique paraît au moment où la morale existante ne convient plus, que celle-ci semble inadéquate, reculante ou même muette, faisant écho à des exigences ou des conduites inertes dont on prétend se désolaridiser. Au discours normatif, fondé sur des codes acquis par la tradition, l'éducation ou la culture, qui trie ce qui est légitime ou non, se revendiquant la véracité et l'universalité, l'éthique met aux prises une réflexion distanciée qui sonde et questionne les conventions et les principes moraux en vue de comprendre ce qui les justifie. L'éthique, selon Jurgen Habermas (1996), ne cherche pas à s'arracher au contexte dans lequel elle s'exerce, elle se place au contraire dans des situations concrètes qui demandent l'analyse de la validité des normes à partir des choix réellement envisageables.

C'est précisément dans ce passage du général au singulier, du principe à la situation concrète, que s'inscrit la réflexion sur l'éthique du soin, et plus particulièrement sur son application en santé mentale.

Même si d'un point de vue étymologique, les deux mots "morale" et "éthique" renvoient à une existence en conformité aux mœurs prédominants ou bien à la tendance générale d'un individu vis-à-vis d'une autorité qui orientent ses décisions, le deuxième terme, inscrit dans le contexte du soin et de l'éthique médicale contemporaine qui feront l'objet de mon analyse dans ce qui suit, souligne l'émergence progressive de nouvelles exigences en lien avec le respect de la personne humaine, telles quelles développées par Tom Beauchamp et James Childress (2001). Il s'agit, tout d'abord, d'une demande du respect de l'autonomie, selon laquelle le médecin doit reconnaître l'autre en tant que sujet à part entière; puis, d'un engagement envers la bienfaisance, de sorte que la relation de soin prescrit d'agir en vue d'un bénéfice pour le patient, que ce dernier doit être en mesure d'évaluer et de ressentir lui-même; la troisième exigence vise à ne pas infliger au patient des torts inutiles par des actes inappropriés; et la dernière viserait l'équité.

L'éthique médicale contemporaine se construit autour d'une attention sensible, d'une justesse raisonnée, mutuellement partagée, qui explore la portée des décisions et des attitudes déterminant la dynamique de la relation de soin. Vu que l'éthique ne s'appuie pas seulement sur une logique instrumentale ciblant l'optimisation des résultats et le contrôle des processus, donc sous une forme d'utilitarisme, mais sur une rationalité dialogique qui valorise une approche relationnelle, une co-construction décisionnelle, où la voix du patient est entendue dans sa spécificité, afin de se soustraire à l'arbitraire et à la volonté autoritaire, ce projet éthique cherche tout autant à s'éloigner d'un intuitionnisme subjectiviste que d'un formalisme légaliste.

L'éthique converge, ainsi, vers la perspective d'un bien commun à l'objectif du respect des autonomies, à savoir que les normes du médecin, par exemple, ne supplantent pas celles du patient et que la discussion portant sur l'universalisable se forge en fonction des circonstances et des actions individuelles¹, ce qui constitue en réalité les fondements de ce que Christian Bonach et al. nomment un "soin de tous" (Bonach et al., 2021: 258).

Dans cette perspective, la pensée du *care* ne se limite pas à être une simple alternative à la logique de soin curatif, désignée en anglais *cure*, mais renvoie plutôt à une réinvention du domaine éthique. Il apparaît donc particulièrement relevant d'envisager le care en lien non seulement avec la bioéthique, mais plus largement avec une éthique du vivant qui englobe la sphère biomédicale sans s'y réduire, en tant que forme de vie intégrant à la fois la vie biologique (*life form*) et vie sociale (*form of life*).

Il est important de souligner que le soin relève fondamentalement d'une dynamique relationnelle et que la dimension éthique du rapport à l'autre se réalise dans l'acte même de prendre soin. Toute relation qui appréhendé autrui comme porteur d'une

¹ À la lumière de la réflexion de Paul Ricoeur, l'art médicale relève d'une *praxis* de prudence délibérative, attentive à la personne, aux dispositions professionnelles et aux lois, censée à trouver un « entre-deux » entre l'aspect général des normes et la singularité des circonstances comme des acteurs, dans Préface au *Code de déontologie médicale*. 1996. Paris, Seuil.

dignité intrinsèque, digne d'attention et de respect s'inscrit déjà dans la logique du soin, dans la mesure où elle incarne une véritable préoccupation pour autrui. Cette valeur intrinsèque est entendue comme indépendante de la position sociale ou du rôle assigné à autrui dans le cadre relationnel qui nous lie ou en tant qu'instrument subordonné à ma volonté et à mes désirs, favorisant la reconnaissance de l'autre comme sujet à part entière. La possibilité d'une relation éthique à autrui suspende, au moins temporairement, la négation que la relation non-éthique opérait à l'encontre de l'autre, à savoir la réduction instrumentale. Cette suspension ou bien, employant une expression philosophique, la négation de la négation, constitue en effet une affirmation consciente de l'autre, presque une proclamation de sa reconnaissance. Ainsi, la relation éthique exerce un soin qui se révèle par la co-construction réciproque de l'autre et de soi en tant que sujets engagés, faisant de cette relation le mode d'être authentique du sujet, tout comme l'affirme Gilbert Simondon: "L'éthique est ce par quoi le sujet reste sujet, refusant de devenir individu absolu, domaine fermé de réalité, singularité détachée" (Simondon, 2005: 335), l'éthique pourrait ainsi être pensée comme l'exigence d'une mise en cohérence avec le mode d'être du sujet, défini par la relation transductive qui rend possible le façonnement de l'être individuel au sein du collectif, tout en édifiant un monde commun. Il s'ensuit que le soin suppose en tant que condition *sine qua non*, la mise en pratique du souci d'autrui dans son unicité et sa liberté, conception inspirée par l'interprétation que Georges Canguilhem donnée de la médecine, entendue comme l'appréhension et restauration de la normativité propre à chaque individu, dans le prolongement de cette conception, Paul Ricoeur affirme que: "la maladie, disions-nous, est autre chose qu'un défaut, un manque, bref une quantité négative. C'est une autre manière d'être au monde. C'est en ce sens que le patient a une dignité, objet de respect. [...] Que les bien portants accueille cette proposition de sens de la maladie et que celle-ci les aide à supporter leur propre précarité, leur propre vulnérabilité, leur propre mortalité" (Ricoeur, 2001: 226). Une interrogation persiste, d'ailleurs: au-delà de la reconnaissance mutuelle et de l'affirmation de la liberté des individus, ne serait-pas aussi la poursuite du bien commun qui assure l'essence même de l'interdépendance instaurée par le soin?

D'ailleurs, une autre facette éthique de la praxis médicale serait celle que l'on pourrait nommer "l'éthique de la sollicitude", reposant surtout sur la philosophie d'Emmanuel Levinas et celle herméneutique de l'action de Paul Ricoeur, ce concept marque les circonstances extrêmes du soin, où la pathologie peut atteindre une telle intensité que ses mécanismes morbides s'imposant tant au niveau corporel que psychique, entraînant une perte significative de l'autonomie du patient. Dans ces cas spécifiquement, le soin devient la possibilité d'un dernier acte d'affirmation, par l'accompagnement, de la dignité de l'individu en détresse, déchu de lui-même, une volonté de ne pas l'abandonner à la perte de son humanité. C'est ce geste qui pose les fondements d'une éthique de l'action, dans le sens d'une considération attentive et d'un respect absolu de la singularité, puisque comme l'argumente Philippe Barrier: "la personne qui souffre devant moi n'est pas "l'humanité souffrante" mais un être sensible dont la présence souffrante,

dans sa singularité, m'affecte et m'interpelle moi-même dans ma propre singularité" (Barrier, 2010: 82). C'est dans sa disposition à articuler l'universalité de sa portée normative avec la prise en compte de la dimension unique de chaque sujet et des circonstances particulières dans lesquelles il se trouve que le principe éthique révèle son authenticité, s'éprouvant dans la proximité vivante de deux présences (soignant-soigné), traversée inévitablement par le compromis que requiert l'urgence de l'intervention.

Selon la perspective lévinassienne de la vulnérabilité, le médecin se trouve investi d'une responsabilité irréductible, dont l'origine échappe à sa volonté ou à son choix. C'est dans le visage et la parole d'Autrui que s'éveille la conscience que la première loi éthique "tu ne tueras pas", implique également l'impératif de tout mettre en œuvre afin de préserver la vie de l'autre. Ainsi, le devoir du médecin consiste à mobiliser les ressources indispensables, tant sur le plan technique que sur celui intersubjectif, en vue de prendre en charge la souffrance du patient en recourant à ce que Lazare Benaroyo appelle un "fonds commun d'humanité – source de confiance et de dialogue qui innervent et donnent sens au pacte de soin au sens où Ricoeur l'entend" (Benaroyo, 2006: 96-97). Pris sous cet angle, la praxis de la vertu de prudence paraît s'ancrer dans une phase initiale préalable, qui sert de socle à la sagesse pratique et confère sa signification au moment technique: l'instant de la prise de conscience éthique face à la détresse du patient et où se fait jour, selon l'analyse d'Emmanuel Levinas: "la catégorie anthropologique du médical, primordiale, irréductible, éthique" (Levinas, 1991: 109-110), à partir de ce cadre, le patient y est saisi, pour le dire avec Derrida, telle une présence singulière et non comme une abstraction, une fonction ou une représentation.

On comprend dès lors plus clairement le rôle que joue la pensée lévinassienne dans l'élaboration d'un engagement éthique assumé dans l'acte de soin, si jamais celui-ci serait envisagé comme une prudence agissante, orienté vers le rétablissement des potentialités existentielles du patient, alors il conviendra d'assumer une disposition d'écoute active et de disponibilité éthique à l'égard des multiples formes narratives par lesquelles la souffrance s'exprime et se réfléchit dans le langage qui lui est propre, comme le soutient Arthur Kleinman dans son livre *The Illness Narratives*:

to fully appreciate the sick person's and the family's experience, the clinician must first piece together the illness narrative as it emerges from the patient's and the family's complaints and explanatory models... Time must be devoted in the curriculum to teaching students how to interpret the illness narrative and assess the illness experience. (Kleinman, 1988: 255)

C'est en répondant à cette exigence que se déployera un discernement éthique nuancé, qui pourrait faire émerger la conception d'un projet de soin véritablement ajusté à la personne, puisque, si l'on adopte une posture strictement descriptive, on ne néglige pas uniquement les dimensions subjectives et spirituelles de l'expérience humaine; on passe surtout à côté, comme le rappelle Ricoeur de ce qui constitue le propre du corps propre (Ricoeur, 1990: 158), à savoir son individualité non réductible, de sorte que le vécu ne se

prête ni à une mise au neutre (axiologique), ni à une appréhension à la troisième personne.

Pour Ricoeur, le soin, entendu comme une sollicitude, incarne un mouvement dialectique d'égalisation entre l'acte de donner et celui de recevoir, dévoilant ainsi la nature réciproque de la relation éthique, comme il le soutient dans son livre *Soi-même comme un autre*: “il procède de l'autre souffrant un donner qui n'est [...] plus puisé dans sa puissance d'agir et d'exister, mais dans sa faiblesse même. C'est peut-être là l'épreuve même de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange” (Ricoeur, 1990: 223). Si bien que, dans le prolongement de son argumentation, “l'égalité [...] est rétablie [...] par l'aveu partagé de la fragilité, et finalement de la mortalité” (225), ou bien, selon les propos de Frederic Gros, que l'on peut également considérer ici: “C'est dans le soin de l'autre que trouve à se nourrir le soin de soi-même” (Gros, 2007: 18). Il semble difficile d'adhérer sans réserve à l'argument de Ricoeur, sans risquer une certaine forme de naïveté, dans la mesure où la relation de soin demeure fondamentalement asymétrique: l'un est en position de vulnérabilité et formule une demande, tandis que l'autre est supposée y répondre. Toutefois, je voudrais insister sur le fait que cette relation devrait tendre vers une reconnaissance mutuelle fondée sur leur “mêmeté” d'humanité. C'est précisément dans cette perspective, telle qu'elle est exprimée avec justesse par Ricoeur que, loin d'être abolie, l'asymétrie se trouve partiellement redéployée par une attention mutuelle, ouvrant la possibilité de la reconnaissance dans le soin:

le soi, dont la puissance d'agir est au départ plus grande que celle de son autre, se retrouve affecté par tout ce que l'autre souffrant lui offre en retour. Car il procède de l'autre souffrant un donner qui n'est précisément plus puisé dans sa puissance d'agir et d'exister, mais dans sa faiblesse même. C'est peut-être là l'épreuve suprême de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange, laquelle, à l'heure de l'agonie, se réfugie dans le murmure partagé des voix ou l'étreinte débile des mains qui serrent. (Ricoeur, 1990: 223)

Reconnaitre cette asymétrie sans renoncer à une exigence de réciprocité m'amène à interroger la manière dont cet *ethos* pourrait s'inscrire dans une éthique de la responsabilité nécessairement attentive à l'altérité du patient, dont la souffrance se présente comme un appel irrécusable – appel requérant une forme de sollicitude sans laquelle le principe de la dignité humaine demeurerait une abstraction dépourvue de toute effectivité ontologique. Pour tenter d'apporter une réponse à cette problématique, il convient de se tourner vers la réflexion de Paul Ricoeur, telle qu'elle se déploie surtout dans ses premiers ouvrages explorant les rapports entre la phénoménologie de du vécu temporel et l'analyse épistémologique de la fonction narrative (Ricoeur, 1979), en vue de comprendre, d'une façon plus approfondie, l'interdépendance existante entre la fragilité du sujet souffrant et l'importance d'une écoute attentive qui structurent leur expérience pathique.

3. L'illusion du dialogue: quand le soin se fait coercition

L'expérience du soin est souvent pensée à travers le prisme de l'attention et du dialogue, où le patient trouve dans la parole un espace de reconnaissance et de reconstruction. Cependant, en s'appuyant sur certains écrits d'Emmanuel Levinas, qui illustrent le "fait d'être rivé à soi" (Levinas, 1982: 90), d'une existence qui "colle au moi" (Levinas, 2004a: 73), où le "moi est irrémissiblement soi" (Levinas, 2004b: 37), on peut interroger la possibilité d'une aliénation inhérente à cette relation, où l'individu, au lieu d'être réhabilité, se retrouve enfermé dans une position qui lui échappe. L'assujettissement inéluctable induit par cet "être rivé" semble suggérer que l'individu ne peut s'approprier une position qu'au travers de la contrainte qui s'exerce sur lui. Ainsi, être situe reviendrait à éprouver la contrainte d'être-là.

Ce que cette sous-partie se propose d'examiner, c'est le glissement subtil par lequel le soin, lorsqu'il se déploie dans un cadre asymétrique ou prescriptif, peut perdre sa visée émancipatrice pour devenir une forme d'emprise, où la parole, au lieu d'ouvrir un espace de subjectivation, en vient à circonscrire et à contraindre.

En outre, l'espace participe lui aussi à la configuration du pouvoir, en devenant le lieu où s'exerce une surveillance de leurs comportements visant à déterminer ou établir ce qui relève de "l'anormalité" ou de la "normalité". Puisque la dichotomie entre le "coupable" et la "victime" impose une réponse psychiatrique centrée sur le contrôle et la protection, comme l'affirme Foucault lorsqu'il suggère que la psychiatrie repose sur une "pathologisation du crime et une criminalisation du pathologique" (Foucault: 1999, 36), rendant ainsi difficile de distinguer traitement et punition (Foucault: 1999, 36).

Cela s'incarne pleinement dans la pièce de théâtre *L'homme à la sacoche*, où la patiente, enfermée dans une structure qui la dépouille de son autonomie, demeure dans un hôpital psychiatrique qui ressemble à un abattoir, c'est ce qu'on apprend dès les didascalies: "une silhouette féminine baignant au milieu du sang et des os d'animaux morts" (Boukraba, 2013: 78). La topographie elle-même se referme sur une logique implacable: la terreur et la violence s'y intensifient sans entrave, car aucune force ne vient les contredire, tout s'y empile et s'y redouble. Dès lors, il n'est guère étonnant que, dans cet univers régi par une mécanique syllogistique, ni les paroles ni les actes ne semblent ancrés dans une cause discernable. Ils ne sont, au début, que la réponse brute et immédiate aux élans et aux impulsions d'un corps et d'une psyché en état de vertige absolu, ils ne livrent à voir que l'émergence du geste de racler les os, d'une suite de répétitions onomatopéiques: "aïe" et d'une pensée maladive qui semble s'autoconserver, refusant toute prise de la parole: "je n'ai rien à dire. Parler de moi me fait mal" (Boukraba, 2013: 88), non leur élaboration ni leur accomplissement, au moins au début qui met en scène la schizoïdie du personnage.

En vue de poursuivre la lecture de Levinas, on peut aisément associer cette situation de contrainte à celle de la contention. La contention peut être perçue comme l'application d'une force destinée à instaurer, imposer ou contraindre à une situation.

Maintenir ou retenir quelqu'un pour lui assigner un présent et un lieu de présence semble alors correspondre à un mécanisme renvoyant vers le soi-même, mais sous une forme oppressante: il ne s'agit plus d'un soi affirmé, mais d'un soi constraint, un soi qui ne se manifeste que dans la soumission au fait –le fait d'être contenu.

Dans l'éthique du soin, donner au patient le rôle de narrateur de sa propre histoire lui offre la possibilité de dépasser la passivité et l'incapacité de s'exprimer qui accompagnent souvent la souffrance. Dans la perspective développée par Paul Ricœur (Ricœur, 1996: 15-16) prêter une oreille attentive au récit de l'autre revient à lui offrir la possibilité de retrouver sa capacité à se raconter. Ce processus narratif devient alors un moyen de reconstruire son identité personnelle à travers le dialogue, de restaurer son estime de soi et de regagner une forme de pouvoir sur son action. Le rôle du soin est alors, selon Claire Marin, "de nous restituer notre place, en nous-mêmes et au milieu des autres, d'exécuter le mouvement inverse de celui de la souffrance" (Marin, 2008: 21). La philosophie du soin esquissée ici chemine vers une éthique du dialogue et du partage, visant à rompre la solitude du malade à partir de l'attention à son récit et à ses émotions.

L'éthique du soin se donne pour objectif de restaurer l'autonomie des individus à travers une écoute authentique. Pourtant, lorsqu'on examine cette démarche à travers le prisme du théâtre, une interrogation émerge: dans quelle mesure la parole peut-elle être détournée de son but initial pour se transformer en instrument de domination? Plutôt qu'un dialogue ouvert, la pièce de théâtre fige l'individu dans une posture d'obéissance, suggérant que le soin, loin de libérer, pourrait aussi s'exercer au prix d'une dépossession totale du patient. Cette dynamique est rendue visible à travers la figure de la patiente devenue un objet d'expérimentation, un corps livré à l'autopsie. L'autre n'est plus perçu comme un interlocuteur avec lequel établir un échange, mais comme une présence à neutraliser. Loin d'offrir un espace de dialogue et de reconnaissance mutuelle, le discours révèle l'incapacité de chacun à coexister avec l'autre sans en être mutile. Bien au contraire, dans notre cas, il devient un instrument d'élimination, où l'autre est réduit à une entité encombrante dont il faut se débarrasser par la parole. Le médecin enferme son destinataire dans un dispositif rigide, une structure qui le dépouille de toute marge d'autonomie, le contraignant à une simple pièce malléable d'un système impitoyable, ou donnant naissance à une véritable scénographie de la méchanceté:

- D. : Parler encore à propos d'elle. Courage!
- S. : Je n'ai plus rien à ajouter... Aïe, mon cœur! Comme il me fait mal, mal!
- D. : Ce n'est pas grave. C'est passager. Parlez encore. Courage! Vous verrez, tout ira.
- S. : Mon cœur... c'est plus important... que tout... aïe... aïe !
- D. : Continuez! Continuez, Madame!
- S. : Vous ne voyez pas que... mon cœur s'emballe... oh là là... j'ai mal, mal!
- D. : Ce n'est rien! Ce n'est rien!
- S. : Ça pique là... si seulement... il battait plus faiblement...
- D. : Ne vous en faites pas. Vous ne mourrez pas comme ça.
- [...]

- D. : Parlez, parlez! Ça vous fera du bien. Je vous assure.
- S. : Qu'attendez-vous de moi, docteur? Je suis malade.
- D. : Mais non! Vous êtes en bonne santé. Votre dernier examen médical intégral le confirme.
- [...]
- S. : C'est comme... si je m'étais prêtée tout entière... à des expériences médicales... aïe... aïe...
- D. : Ce n'est rien du tout, vous dis-je. Prenez votre mal en patience.
- S. : Pourquoi suis-je malade? Comment m'en sortir?
- D. : Nous ne savons pas. (Boukraba, 2013: 120-121)

Ce régime de parole contrainte, où le médecin somme la patiente de “parler encore”, reconduit la logique d’une surveillance sans regard, où le pouvoir cesse d’être exercé depuis un lieu extérieur pour s’interioriser dans le sujet même. La parole devient ainsi le vecteur d’une visibilité réflexive, où le patient, invité à s’expliquer, se constitue en objet de savoir. Foucault en décrit la structure dans *Surveiller et punir*: “De là l’effet majeur du Panoptique : induire chez le détenu un état conscient et permanent de visibilité qui assure le fonctionnement automatique du pouvoir” (Foucault, 1975: 236). Ainsi, le “faire parler” ne constitue pas une simple méthode clinique, mais l’un des lieux privilégiés de la gouvernementalité moderne, où le langage se fait instrument de dévoilement et de capture – une transparence contrainte que Giorgio Agamben aurait reconnue comme la marque d’un dispositif² (Agamben, 2007: 31) où le vivant est réduit à sa pure exposition.

D’ailleurs, la réflexion levinassienne qui met en tension la rencontre avec autrui comme lieu d’exposition radicale, parfois insoutenable, et non comme simple possibilité de réciprocité – trouve un écho troublant dans la dynamique théâtrale où le soignant, loin d’incarner une figure qui apporte une assistance sollicitée par la personne souffrante, devient celui qui l’enferme, puisqu’au début de la pièce, sa simple présence impose une soumission totale au patient, mimant une relation de soin qui bascule progressivement dans l’aliénation. Il construit un espace où se joue une existence suspendue, de sorte qu’à travers ces questions, d’une part, le personnage, engrainée dans ce simulacre de torture, demeure presque entièrement muette. Ici, la torture s’exerce uniquement par le verbe et la voix:

- D. : Oh ! Que fais-tu?
- S. : Je...
- D. : Tu dis?
- S. : Je...
- D. : Allons! Parle!
- S. : Je... (Boukraba, 2013: 83-84)

² Selon la définition du philosophe italien: “j’appelle dispositif tout ce qui à, d’une manière ou d’une autre, la capacité de capturer, d’orienter, de déterminer, d’intercepter, de modeler, de contrôler et d’assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants”.

Comme le soutient Elaine Scarry:

Torture inflicts bodily pain that is itself language-destroying, but torture also mimes (objectifies in the external environment) this language-destroying capacity in its interrogation, the purpose of which is not to elicit needed information but visibly to deconstruct the prisoner's voice. (Scarry, 1985: 20)

Lorsque l'horreur scénique ne fige pas totalement la voix, mais elle la dissocie de la parole rationnelle: dépouillée de son sens, la voix devient une pure manifestation expressive. L'aporie dissout le langage articulé et réduit la voix à une signification brute, viscérale et corporelle, à travers cette accélération de l'acte à laquelle le docteur instigie la patiente: "Continue! Vide ton cœur!" (Boukraba, 2013: 150). Ainsi, l'horreur s'incarne notamment dans ce délitement sémantique et formel souligné par les points de suspension : "mon p... [...] va là... [...] ...là..." (Boukraba, 2013: 150), dont toute la portée chemine vers l'extinction de la voix.

En théorie, la contention suspend la liberté de mouvement du patient au bénéfice de sa propre situation. Mais sa mise en œuvre place le soignant dans une posture paradoxale: constraint d'exercer la contrainte. Le présent du soignant se retrouve alors indissociablement lié à l'acte d'imposer à l'autre une privation de liberté. Cette privation semble se répercuter, se propager, comme un effet miroir: une aliénation qui engendre l'aliénation, une privation qui se perpétue par son propre exercice:

- D. : Qu'est-ce qu'il y a? Je vous écoute.
- S. : Docteur... Je voudrais sortir d'ici... aïe...
- D. : Courage! Dans une semaine, tout sera fini.
- S. : Docteur, pitié! Aïe... Laissez-moi partir! Aïe... Je veux rentrer chez moi.
- D. : Dans une semaine. J'espère que vous sortirez dans une semaine. N'êtes-vous pas bien ici?
- S. : Je préfère la liberté et... aïe... j'ai horreur qu'on m'enferme...
- D. : Dans cet asile, on y respire la joie et la liberté. La nourriture est bonne, facile à digérer. Les occupants y mènent une vie douce et le personnel est qualifiée. Que demander de plus?
- S. : Je m'y ennuie et tout m'y déchire... aïe... point de repos ici pour mon âme qui se lamente... aïe... aïe!
- D. : Pourtant, c'est une clinique moderne. Ce fait est important et n'est pas rien. Soyez touchée par elle. D'ailleurs, vous aussi vous avez l'air impeccable et plutôt jolie. J'envie votre noblesse et votre joliesse. (Boukraba, 2013: 124-125)

Dans la pièce de théâtre, la question interrogative devient question-supplice, un outil d'oppression destiné à extorquer des aveux. L'omniprésence du mode stichomythique accentue cette violence en réduisant l'interlocuteur à un objet, absorbé et annihilé par la fragmentation de ses propres répliques:

-D. : Comment vous appelez-vous?
-S. : Euh...
-D. : Eh bien?
-S. : Ben...
-D. : Alors?
-S. : Moi? Ben...
-D. : Et encore?
-S. : C'est que...
- [...]
-D. : Quel est ton nom?
-S. : Je ne sais pas.
-D. : Ce nom doit bien exister, bon sang!
-S. : Je sais seulement que mon nom signifie : « L'homme à la sacoche ».
-D. : On est au courant. Mais dis-nous ton vrai nom.
-S. : Je ne m'en souviens plus, je le jure!
-D. : Tu es comme cet imbécile qui dort. (Boukraba, 2013: 130-131)

Tandis que sur le plan de l'intonation, l'interrogatoire s'érite en menace. La répétition lancinante des questions "Quel est ton nom?" "eh bien?" "Alors?" "Et encore?", formulées sur un ton descendant, dicté par la structure même du mot interrogatif, marque l'emprise autoritaire qui force une irruption brutale dans l'intimité de l'autre.

Ce processus de déconstruction de la voix n'aboutit donc pas à une annihilation totale, même si le questionnement incessant annule au début toute possibilité d'un récit subjectif. Comme le suggère Blanchot, "l'épreuve n'est réelle que pour celui qui s'y perd, et celui qui s'y perd n'est plus là pour porter témoignage de sa perte" (Blanchot, 1949: 219). Cette perte de la voix dans un cadre contraignant rappelle les limites imposées au patient en contexte clinique, où l'espace discursif est structuré par le soignant et non par le sujet lui-même. Puisque l'interrogatoire, en capturant la voix, crée paradoxalement un espace de réappropriation et de reconstruction. Il semble même que le corps supplicié devienne le médium de la voix du bourreau: "In torture, it is part of the obsessive display of agency that [...] allows real human pain to be converted into a regime's fiction of power" (Scarry, 1985: 18), comme le soutient Elaine Scarry. Dans la pièce, c'est tout d'abord le médecin qui lui demande de parler, malgré le malaise que le personnage ressent, de sorte que le déploiement du discours mette en œuvre l'hallucination de la voix:

-D. : Et ensuite?
-S. : J'ai mal, horriblement mal! J'arrête tout!
-D. : Non, tu dois continuer. Il le faut!
-S. : J'ai mal, horriblement mal! J'arrête tout!
-D. : Parle! Parle donc! (Boukraba, 2013: 132-133)

Mais au moment où le personnage sera submergé par la psychose, dont le scenario vise à exterminer la race humaine, ou surtout les faibles, afin d'introniser la gouvernance des hommes à la sacoche, les plus puissants, en dépit du supplice que son cœur lui inflige,

c'est la folie qui devient le bourreau, puisqu'elle poursuit la torture de ce dire halluciné: "aïe... mon cœur est détruit... Mais continuons. [...] me voilà infirme... Mais pas de scène. Continuons. [...] Ah! Mon cœur! Maudit soit-il!... Reprenons! [...] Mon cœur! Flûte et reflûte... je reprends" (Boukraba, 2013: 134-135). En outre, les instigations du médecin envers le patient afin de prendre la parole, tout en catalysant ses hallucinations, instaure un "milieu pur de fiction", où le sujet vit sa propre disparition tout en expérimentant une vie spectrale, un lieu où il meurt sa vie et vit sa mort:

Me revoila dans ma triste bulle ou en ce bas monde [...]. D'ailleurs, tout n'est que vomissures dans cette forteresse et ce que je ressens intimement au fond de moi n'est pas comme tel communicable et c'est aussi une expérience commune à tous... aïe... On a assez peu remarqué l'engagement de chacun d'entre nous... ouille, ouille... Au fait, il faut que je fasse exploser la terre. [...] On a tant dit de mal de moi. On m'a tant décrié et puis après décrété que j'étais folle. Parce je revendique la mort au bout. Avec la mort qui vous pend au nez vous ne vivrez pas longuement. C'est le médecin qui parle ainsi. Je sens en effet l'œuvre de la mort. Je sens surtout que le médecin a bien voulu donner des ordres en ce qui me concerne. Il est pourvu d'une tentation effrayante. (Boukraba, 2013: 147)

Ainsi, loin de représenter un espace d'émancipation, la relation de soin telle qu'elle est mise en scène dans *L'Homme à la sacoche* semble allégoriser, sur le plan esthétique et symbolique, une parole capturée, instrumentalisée, où le geste thérapeutique, sous couvert d'attention, reconduit un rapport de pouvoir qui réduit le patient au statut d'objet d'écoute. Le langage, censé rétablir un lien, devient ici un lieu de fracture et d'assignation, où la voix ne porte plus une subjectivité, mais résonne comme l'écho d'un pouvoir qui s'impose. Boukraba met ainsi en scène, sur le mode critique, les dérives possibles d'une éthique du soin lorsqu'elle se trouve piégée dans les structures mêmes de la domination qu'elle prétend combattre.

4. L'injonction à dire ou à être dit dans le soin

Si la parole devait être perçue comme un agir non technique permettant de dépasser la froideur du geste médical et de réintroduire une humanité dans le soin, parler ne serait pas seulement accompagner, mais aussi s'engager pleinement dans la relation de soin, en assumant la contrainte qu'elle impose. Alors la parole y apparaît comme un vecteur de liberté, un moyen de sortir d'une vision purement mécanique du soin et d'inscrire le soignant et le soigné dans une dynamique relationnelle où chacun existe dans l'épreuve commune de la maladie –si et seulement si cette dynamique est fondée sur une conscience attentionnelle, préalable à toute intentionnalité et qui serait associée à l'expérience de l'altérité (par une présence attentive et une réceptivité émotionnelle équilibrée), ainsi que le précise Charon: "s'ils sont capables de s'ouvrir à une véritable intersubjectivité, ils approcheront d'une relation authentique dans laquelle la souffrance

ne sépare pas mais se partage” (Charon, 2015: 75), dont l’enjeu serait de permettre, par le biais du récit, l’expression d’une souffrance dans un cadre sécurisant, afin de la porter à l’écoute, de l’inscrire dans une intelligibilité partagée et de lui donner une forme signifiante, il s’agira donc d’une mise en œuvre relationnelle envisagée comme un: “pont de compréhension mutuelle” (Charon, 2015: 81).

Or, cette approche, si elle semble s’inscrire dans la logique du *care*, peut aussi être mise en tension avec une critique plus radicale du langage et de son rôle dans le soin. En effet, l’éthique du *care* insiste sur la nécessité d’un accompagnement qui ne se réduit pas au verbe, qui passe aussi par le silence, l’écoute et le geste. En faisant de la parole un outil dit-on libératoire, ne risque-t-on pas d’imposer un cadre où le langage devient une exigence supplémentaire pour le patient, une norme à laquelle il doit se conformer pour exister pleinement dans la relation de soin?

C’est précisément là que la pièce de théâtre opère un renversement de cette vision émancipatrice de la parole. Puisque le dire n’est plus seulement un instrument d’expression, de lamentation et de souffrance, mais aussi une structure qui enferme, ne s’affirmant que dans la nécessité de dire, d’un recitant qui n’est alors qu’un simulacre, une voix qui se donne à entendre mais qui n’existe qu’en tant que “pur effet de voix” (Rabaté, 1991: 16), pour reprendre l’expression de Dominique Rabaté. Il s’agit d’un acte de parole plus qu’une subjectivité en présence, puisque le personnage recitant se découvre parlé plus qu’il ne parle, par cet “nous” qui englobe la race supérieure des hommes à la sacoche:

Nous, les... comment dire... nous sommes des immoralistes. [...] L’homme à la sacoche n’a rien d’un simple homme... aïe... Qui est-il alors?... aïe... L’homme à la sacoche lui-même est ce qu’il est... aïe... Il est conçu comme un homme digne de ce nom... aïe... [...] Seuls les gens comme nous valent quelque chose ! Vous cherchez des grands hommes?... hou là là... Vous n’en trouverez pas ailleurs que chez nous. Nous sommes des hommes à la sacoche... aïe... [...] La force doit commencer par nous, par cet essai nucléaire... La terre est conçue comme notre terre à nous. De tout temps, elle nous a appartenu... zut... [...] Nous sommes les plus forts!... aïe... Il n’y a pas de doute... On devrait dire de nous : oh, les hommes à la sacoche, sont forts et assez forts pour dominer le monde!... aïe... [...] Nous sommes les plus forts et nous écrasons celui qui est le plus faible [...] nous sommes d’une intelligence supérieure. (Boukraba, 2013: 133-135)

Le personnage parvient ainsi à être absorbé par une langue qui s’impose à lui, pris dans cet engrenage où il demeure “obligé à dire” (Barthes, 1978: 14), selon l’expression de Roland Barthes, une fois par la Voix en pleine hallucination (le personnage V. dans la pièce), c’est ce qu’on observe à travers la citation antérieure, et par le docteur qui lui exige de continuer l’histoire ou d’être encore une fois ventriloqué par l’hallucination:

-S. : aïe, mon cœur... c’est toujours pareil... Un jour un l’autre, il va craquer!...
Cette chambre, on dirait un frigo. Dehors, il pleut, n’est-ce pas?

-D. : Oui, mais continue.
Elle se met à murmurer.
-D. : Pourquoi parles-tu si bas? Reprends ton discours à voix haute!
-S. : Entends-tu? C'est tout près d'ici, entends-tu? J'ai peur. Quel bruit curieux!
Dis quelque chose. J'ai peur, c'est affreux.
-D. : Cette voix, tu l'entends encore?
-S. : Non. Maintenant tout est silence.
-D. : Qu'as-tu, ma chère? Tu as l'air toute retournée.
-S. : La mort rode.
-D. : T'as peur?
-S. : C'est naturel d'avoir peur.
-D. : Avoir peur, c'est mal.
-S. : C'est humain, je dirai.
-D. : Trop humain, hélas! Trop humain!
[...]
-S. : Je peux pas ne pas avoir peur.
-D. : Tu es pire qu'un oiseau!
-S. : C'est pas ma faute.
-D. : C'est pas ta faute! A qui la faute alors? Non, ma chère, je ne m'emporte pas!
S'emporter, c'est malsain. Allons, continue, coquine!
-S. : J'aimerais dormir. J'en peux plus!
-D. : Plus tard.
-S. : Je suis d'humeur si sombre et j'ai le cœur qui bat si vite.
-D. : Je sais mais ce n'est rien. [...] Allons, recommence à zéro si tu veux.
-S. : ...
-D. : Ton histoire est intéressante. Tout le monde s'intéresse à elle. [...] c'est aussi la plus belle histoire qui soit. (Boukraba, 2013: 141-143)

De sorte que la langue constitue le vecteur même du pouvoir, comme le soutient Roland Barthes dans *Leçon*: “par sa structure même, la langue implique une relation fatale d'aliénation [...] [elle] est tout simplement fasciste; car le fascisme, ce n'est pas d'empêcher de dire, c'est d'obliger à dire” (Barthes, 1978: 14).

De là découle cette langue enflée et compulsive du personnage, un idiome de l'obsession, marqué par l'inflation et la stérilité, s'enroulant sur lui-même jusqu'à l'automatisme. Cet orateur en proie à une frénésie verbale se gavent de mots, les mâchent, les ruminent, avant de les rejeter dans un flux incessant, un cycle qui ne semble jamais se clore. Son langage n'est plus qu'une mécanique autonome qui s'autoproclame et s'autosuffit, une “parade” (Rabaté, 1991: 38) de l'extermination selon les mots de Dominique Rabaté. Cette image radicalise la critique implicite de l'éthique du *care*: si le langage est réduit à une structure aliénante, peut-il encore être le vecteur d'une relation authentique? Ici, la déconstruction du *care* apparaît dans toute son ambivalence: la parole, plutôt que d'être un outil d'attention et d'humanité, devient une forme d'oppression, un bruit de fond qui parasite toute relation. Dès lors, une autre question qu'on devrait adresser serait: faut-il parler pour mieux accompagner, ou au contraire reconnaître que

parfois, (faire) parler, c'est imposer un cadre, une attente, une norme, sinon une manière de réduire l'autre au silence? Dans la pièce, cette tension entre silence et parole ne décrit pas la réalité du soin, mais en offre une métaphore critique, où la parole devient le lieu d'une contradiction éthique. C'est le cas du personnage dont le déferlement verbal touche à une forme d'exténacement radical qui le rapproche du monologue intérieur, un flux sans fin: "j'aimerais parler d'un seul jet. [...] Sans qu'on m'interrompt" (Boukraba, 2013: 133), incapable par essence de rencontrer sa propre extinction. L'alternance entre silence et parole paraît alors accentuer le point de rupture du monologue aphasique, oscillant sans cesse entre saturation et vacuité.

5. L'échec du soin : une souffrance hors langage

Si l'on transpose les principes de l'éthique du *care* dans le champ de la représentation dramatique, il importe d'en rappeler d'abord les fondements théoriques avant d'en observer les défaillances dans la fiction de Boukraba. L'éthique du *care* repose sur une attention soutenue à la vulnérabilité de l'autre, une responsabilité qui trouve son ancrage dans la reconnaissance du patient comme sujet de souffrance et de demande. Dans cette perspective, le soignant s'engage dans une relation où l'écoute et la réponse à l'appel du patient deviennent le fondement d'une posture éthique. La dignité humaine se trouve ainsi assurée par l'acte même du soin, qui ne saurait exister sans une implication active du soignant, comme l'affirme Lazare Benaroyo: "la restauration de l'autonomie morale du patient constitue l'obligation éthique du médecin" (Benaroyo, 2006: 81). Cependant, cette conception repose sur l'idée que la souffrance est toujours un langage, une adresse à l'autre, une demande de réparation. Mais cette hypothèse, en apparence sécurisante, occulte une dimension plus radicale: que faire lorsque la souffrance ne se présente plus comme un discours, mais comme une force brute, indifférente à toute tentative de sens?

Or, la pièce de théâtre met en évidence une autre face de la souffrance, qui déifie cette éthique du *care* en en démontrant les limites. La douleur n'est pas toujours un appel: elle peut être une chute dans l'indicible, un processus de dissolution du sujet, où le langage lui-même se défait. Dans notre cas, l'incohérence ronge peu à peu le discours, le disloque en fragments épars, le réduit à un enchaînement saccadé, morcelé, où chaque phrase semble à elle seule un éclat isolé. Cette voix, étrangement détachée du corps, porte en elle une tonalité singulière, une empreinte d'absence. Mais parce que cette actualité n'existe qu'à travers le langage, parce qu'elle ne tient qu'à la fragilité du discours, à cette parole éphémère et vacillante, elle porte en elle une négativité irréductible. Dans l'éthique du *care* le soignant, dans sa posture de vigilance, vise à restaurer un rapport stable au sens, à offrir un cadre à la parole du patient pour qu'il puisse se réinscrire dans un processus de subjectivation. Cependant, dans la pièce, le médecin ne fait que déclencher et puis précipiter ce morcellement linguistique, dénotant un épuisement de la subjectivité, une absence progressive de soi (lucide, afin de faire place à l'altérité en pleine crise

psychotique), comme si le personnage devait payer dans son corps son hypertrophie mentale, qui ne peut être compensée par l'attention de l'autre. La relation éthique, qui présuppose une interaction signifiante entre patient et soignant, s'effondre face à cette fragmentation radicale de l'individu.

Dès lors, le soin, loin d'être un acte de restauration, peut lui-même se transmuer en un processus de disparition. Le discours devient le terrain d'un ressassement oppressant, mimant les vagues de douleur qui assaillent le personnage. Il épouse le souffle court de l'angoisse, imite l'asphyxie provoquée par l'obsession, traduisant dans sa texture même l'étranglement intérieur du sujet. Et pourtant, si le corps, paralysé, ne peut qu'accompagner la lente désagrégation du sujet, n'en devenant que le prolongement inerte, la parole ne pourrait-elle pas être l'ultime recours contre cet épuisement, un dernier sursaut contre la dissolution? Le "je" alors s'épanche à l'excès, se répand sans retenue, jusqu'à l'épuisement, jusqu'à l'éccurement, animé par une impulsion quasi maladive de se vider, de se purger à travers le langage. Mais cette parole exténuée demeure toujours sous tension, oscillant entre l'effondrement et la toute-puissance, comme une sorte de "suppuration maladive, de logorrhée intarissable" (Godeau, 2001: 126), selon l'expression de Florence Godeau:

ce faible cœur va finir par avoir raison de moi... Par conséquent... apaisons-le entre guillemets! Je peux m'arrêter, peut-être? (Le docteur lui fait signe de ne pas s'arrêter.) Nullement! Soit!... aïe... je t'en prie mon cœur, tiens bon... [...] Malheur à moi!... mon cœur va s'arrêter de battre... calme-toi, calme-toi! [...] aïe... Je stoppe tout, le puis-je? (*Le médecin lui fait signe de poursuivre.*) Pour quelle raison? (*Même jeu.*) Non? Ah bon! Pas encore... aïe... Moi mon cœur est détruit... Mais continuons... [...] Mon cœur! Quel supplice il m'inflige!... me voilà infirme... Mais pas de scène. Continuons [...] aïe, il va me faire crever ce cœur [...] aïe... aïiiie... je n'en peux vraiment plus!... Mais je dois continuer... [...] aïe... aïiiie... vous voyez comme je souffre! (Boukraba, 2013: 133-137)

Le langage n'offre plus un refuge ni une voie de résilience, mais devient le symptôme même de l'effondrement. La parole du patient n'est plus ce par quoi il peut être réintégré dans une communauté du soin; elle devient un flot incontrôlable, une logorrhée qui paradoxalement ne permet plus aucune communication.

En ce sens, la pièce de théâtre détruit l'idéal d'un *care* efficace, d'une écoute qui pourrait toujours ramener le patient vers lui-même. Elles nous confrontent à une limite essentielle: la possibilité que la souffrance soit, parfois, un lieu sans retour. Loin d'être un dialogue, elle peut être un monologue infini, une parole qui, au lieu de restaurer, se dévore elle-même. Ainsi, si l'éthique du *care* repose sur la capacité à répondre à la demande, elle doit aussi envisager l'hypothèse vertigineuse d'une souffrance qui n'appelle plus rien, sinon sa propre disparition.

Si l'on considère l'éthique du *care* comme une écoute active et bienveillante du patient, alors l'aseptisation du discours médical menace d'en vider la substance. L'échange, réduit à une structure rigide et prédéfinie, tend à neutraliser la plainte du

patient, à dissoudre la singularité de son mal-être dans un cadre fonctionnel où toute souffrance doit être traduite en données objectives. Or, comme le souligne Michael Balint: “si le médecin pose des questions selon la technique de la prise de l'anamnèse, il obtiendra toujours des réponses, mais presque rien d'autre...il doit apprendre à écouter...mettre le patient à l'aise pour lui permettre de parler librement” (Balint, 1960: 131), signifiant ainsi que la réduction du dialogue à une enquête balisée prive le patient de son expression propre. Dès lors, la souffrance ne trouve pas d'espace où se dire pleinement. Elle s'érode et se restreint à ce qui est dicible dans les limites du cadre médical:

-D. : Vous devriez continuer votre travail.
-S. : Je suis essoufflée... Et mon pauvre cœur n'en peut plus!
-D. : N'y pensez pas à votre cœur, Madame. Continuez.
La femme obéit.
-S. : La fatigue ne passe pas et... aïe...
-D. : Encore des plaintes, n'est-ce pas? (Boukraba, 2013: 123)

Pourtant, comme l'avait affirmé François Laplantine dans *Anthropologie de la maladie* (Laplantine, 1993) lorsque la parole s'ouvre, ne serait-ce qu'un instant, elle révèle une attente plus large, une demande d'écoute qui dépasse l'objectivation clinique et semble toucher à l'expérience vécue du sujet (Laplantine, 1993: 42). Cette dernière est enfin perceptible dans la pièce de théâtre, à travers les digressions et les déambulations du locuteur dans un espace indéterminé, un non-lieu où la voix se délite. À l'image du patient dont la plainte se heurte à un cadre médical réducteur, le personnage se meut dans une temporalité incertaine, ni pleinement vivant, ni définitivement mort: “apprenez de moi que je ne suis pas plus née ici qu'ailleurs ou que je ne suis pas plus née que morte, ou que l'une et l'autre, ou que ni l'une ni l'autre...” (Boukraba, 2013: 148), plutôt un “interminable mourir en chemin vers le dernier mot”, à savoir un mouvement incessant qui tend vers son propre épuisement. Aspiré vers un extérieur absolu, le personnage semble s'effacer dans cette dynamique de disparition. Le discours s'emploie à épuiser son sujet, à le broyer, à le réduire, tel un fruit pressé jusqu'à sa dernière goutte. Cette idée d'extraction, d'exténuation, s'ancre dans la matérialité même du mot, où la fatigue ne se dit pas seulement, mais se ressent physiquement:

Le mieux c'est lorsqu'il y a un certain silence... aïe... c'est mon cœur qui bat cahin-caha... aïe... Il m'arrive quelquefois d'écouter de mon mieux ce silence étrange. On pourrait le qualifier ainsi. Donc, je l'écoute jusqu'à me sentir mal, jusqu'à sentir une saloperie d'angoisse me tomber dessus [...] aïe... mon cœur... chaque fois c'est pareil... mais là, c'est plus difficile, j'ai du mal à respirer... hou, hou, à l'aide! Il n'y a vraiment personne pour me secourir... à l'aide, au secours! (Boukraba, 2013: 148).

D'ailleurs, cette fatigue radicale du langage fait écho à la fragilité du *care* lorsqu'il se heurte à ses propres limites. Loin d'être une simple présence attentive, l'éthique du *care* se trouve minée de l'intérieur lorsque l'écoute devient un exercice d'enregistrement, une *praxis* d'indifférence ou de raillerie, plutôt qu'un acte de compréhension et d'accueil de l'indicible. Si le discours naît alors d'un état de vacuité, d'une inertie épaisse, d'un désœuvrement du langage à travers lequel alternent des brusques accélérations et ralentissements, où les phrases tantôt s'étendent, tantôt s'effondrent, se brisent ou se désamorcent. Le rythme du langage se heurte ainsi à son altérité radicale. Le récit se structure autour d'une tension extrême, qui, dans les termes de Christophe Bident, "régi par une crispation absolue qui tue l'être" (Bident, 1998: 435), une fatigue si profonde qu'elle finit par ronger la parole elle-même:

Chaque fois c'est comme ça... et moi qui vous parle si souvent de mon cœur... oh mince, je me sens vraiment mal!... Et maintenant silence!... [...] Tu es folle! Comme il bat vite! De plus en plus vite! Ou comptes-tu aller comme ça? C'est un piège, le début de la fin, le commencement de la mort. Écoute comme il pleut au-dehors. Écoute comme il pleut au-dedans de toi... aïe... J'aime la vie. Je suis sûre que la vie m'aime aussi. Mais on cherche à dérober en moi ce qui reste de vie même si c'est tout à fait dérisoire. C'est pour cela, c'est pour cela seulement, que l'on m'a enfermé ici. Pourquoi ai-je été jusque-là pleine de confiance, pleine d'ingénuité? Je ne continuerai plus. Je le jure. (Boukraba, 2013: 148)

La fatigue ne se contente pas de peser sur le sujet: elle consume sa voix, elle l'assèche jusqu'à ne plus laisser qu'un vide. Dans cet épaissement, le langage vacille vers l'indicible, tentant de cerner ce qui, par essence, échappe à toute formulation. Ce qui demeure, c'est un entre-dire, une parole qui vacille entre apparition et effacement, qui s'étire dans un souffle interminable avant de se dissoudre dans le silence. D'ailleurs, si l'éthique du *care* repose sur la reconnaissance du sujet dans son altérité, elle vacille dès lors que le cadre discursif impose une forme qui empêche cette altérité de s'exprimer librement. Il en résulte un paradoxe: une parole qui tente d'être prise en charge, mais qui, prise dans un réseau de contraintes, s'épuise avant même d'exister pleinement. Puisque ce qui subsiste alors, ce n'est pas un cri, ni une supplique, mais un bruissement, une résonance sourde, une parole qui ne se livre ni à la mort, mais "au" mourir –un état suspendu, un "le" mourir qui, substantivé à l'infinitif, échappe à toute emprise, à toute volonté, laissant la mort flotter dans la pure matérialité du verbe. Ainsi, la fatigue du langage littéraire reflète en creux, sur un mode métaphorique et esthétique, l'usure d'un *care* symbolique qui, tel qu'il est mis en scène par Boukraba, lorsqu'il se fige dans une méthodologie rigide, finit par dissoudre ce qu'il cherchait à préserver: la voix singulière du patient, son droit à une plainte qui ne soit pas immédiatement capturée et réduite en symptôme.

6. L’implosion du langage : quand le soin n’a plus rien à dire

Dans cette perspective phénoménologique de l’expérience pathique et du sens du soin, l’acte clinique se transforme en une attention bienveillante axée sur un travail d’interprétation –une véritable herméneutique– des signes et des symptômes. Ce processus vise à reconstruire le sens, à redonner une cohérence au temps vécu et à restaurer la norme vitale propre à chaque individu, ébranlée par la maladie. Cependant, cette éthique du *care*, fondée sur une reconnaissance du sujet dans sa singularité, n’échappe pas à une mise en crise lorsqu’elle se confronte à l’impossibilité de stabiliser une subjectivité en constante dissolution.

Cette attention portée à la singularité du patient conduit inévitablement le clinicien à se concentrer sur la manière dont la maladie affecte l’identité de la personne qu’il accompagne. Il s’agit alors de sonder les registres narratifs par le biais desquels la souffrance se manifeste: le soignant doit être attentif à ce qui, dans la narration, révèle l’unicité de la douleur du malade, tout comme le suggère Rita Charon: “along with the scientific ability, physicians need the ability to listen to the narratives of the patient, grasp and honor their meanings, and be moved to act on the patient’s behalf. This is narrative competence, that is, the competence that human beings use to absorb, interpret, and respond to stories”³ (Charon, 2001: 1897), de sorte que l’éthique du récit de soi constitue moins une voie d’accès à une épistémologie, qu’une ouverture à une expérience vécue, de sorte que l’enjeu éthique ne réside pas dans une logique de dévoilement, mais dans l’accompagnement d’un devenir possible, comme l’affirme Rita Charon: “le moi est l’outil du soignant le plus puissamment thérapeutique et des professionnels de santé efficaces doivent trouver les moyens d’atteindre une connaissance de soi, une autocritique bienveillante et un ressourcement intérieur” (Charon et al., 2017: 2). Mais que se passe-t-il lorsque cette singularité ne peut plus être saisie, lorsque le langage lui-même, loin de restaurer une continuité, devient un lieu de rupture?

Le désœuvrement du discours ne revient pas à nier le sujet dans son rapport à l’événement de la folie, mais à dissoudre sa présence par cet acte qui vise de plus en plus à énoncer et à tout nommer. Ce qui semble marquer, mais seulement en apparence, une fuite hors de la subjectivité qui revendique l’autorité du dire, de faire mal par la parole, puisque, pour reprendre les mots du personnage: “c’est absurde tout ça... aïe, aïe... C’est complètement fous, n’est-ce pas, d’avoir cette pensée?... Je pourrais dire ici que je ne pense pas un traître mot de tout ce que j’ai dit plus haut... ouille... ça me fait mal, mal!... C’est parce qu’on m’a fait souffrir plus d’une fois que j’aurais voulu faire souffrir à mon tour... ouille...” (Boukraba, 2013: 144). D’ailleurs, cette fuite contredit directement l’éthique du *care*, qui repose sur la possibilité de reconstituer une identité narrative

³ “Outre leurs compétences scientifiques, les médecins doivent être capables d’écouter le récit du patient, d’en saisir et d’en tenir compte, et d’agir en son nom. C’est la compétence narrative, c'est-à-dire la capacité que les êtres humains utilisent pour assimiler, interpréter et réagir aux récits”, (n. t.).

(Ricoeur, 1990, 167)⁴, pour reprendre le concept ricoeurien, puisque la prise de parole par le patient devrait constituer un acte d'émancipation, relevant d'un mécanisme de subjectivisation par lequel l'individu se réapproprie son existence. Or, cette possibilité se heurte à une poétique de la dépersonnalisation, où l'énonciation s'efface, se défait, perd son unité et sa plénitude.

L'obsessionnel dans le discours du personnage le condamne à une intérieurité qui l'opresse et le vide: incapable d'y exister pleinement, mais incapable aussi de s'en extraire, il se débat contre un soi qui l'assiège, un imaginaire qui l'épuise, une langue qui le façonne autant qu'elle l'étouffe. Loin du récit du soin qui vise à reconstruire une continuité temporelle, le langage de l'obsession se replie sur lui-même, annihilant toute possibilité de narration cohérente. La maladie devient alors un langage qui ne dit plus, qui ne lie plus, mais qui détruit et déconstruit:

Il ne tient qu'à moi d'appuyer sur un bouton pour faire disparaître tout ce peuple inguérissable que je nomme la plèbe. Je peux supprimer ce monde misérable. [...] Nous représentons l'autorité et l'autorité donne des ordres. [...] Ce n'est pas non plus une orgie de mots. Tous les hommes, tous les partis politiques doivent être assez avisés pour nous obéir : autrement, on aura recours à la bombe atomique et on détruira tout. On balayera tout. On ne laissera aucune chance à l'adversaire plébéien... aïe... [...] Les éradiquer, les supprimer, c'est là ce que je me suis proposée... aïe... [...] Il s'agit de quoi au juste? D'être le plus fort. D'en finir avec le plus faible. (Boukraba, 2013: 139-141)

Ce qui se joue ici, c'est la réverbération d'une aliénation intérieure, où le signifiant brise l'"effet de réel", fracasse la linéarité pour imposer le tumulte d'une pensée dévorant à la fois le monde extérieur et la subjectivité qui s'y accroche. Le langage, qui dans l'éthique du *care* est censé relier et restaurer, devient dans cette pièce de théâtre un instrument de dislocation et de désintégration. Pris dans ce flot de paroles qui le submerge, le personnage devient le captif d'un discours qui détruit le sens même qu'il tente de porter. Cet anéantissement par le verbe rejoint ce que Lacan évoque à propos de l'obsession et de la violence qu'elle renferme en elle:

Qu'est-ce que l'obsession? Ce dont il s'agit dans toutes les formules obsessionnelles, c'est d'une destruction bel et bien articulée. Est-il besoin d'insister sur le caractère verbal des formules d'annulation qui font partie de la structure de l'obsession elle-même? Chacun sait que ce qui en fait l'essence et le pouvoir phénoménologiquement angoissant pour le sujet, est qu'il s'agit d'une destruction par le verbe et par le signifiant. (Lacan, 1998: 470)

Ainsi, l'énonciation, sous l'emprise du nœud obsessionnel, resserre son emprise sur le sujet, transformant le langage en un instrument de démolition de la "réalité" fictionnelle,

⁴ L'identité narrative est définie par Paul Ricoeur telle que : "la contribution de la théorie narrative à la construction de soi".

miroir brisé de sa propre décomposition. À la place de l'ordre représentatif, s'installe une mécanique autophage du signifiant, où la négation devient une force implacable, contraignant la subjectivité à “demeurer dans l'absurde”. Là où le *care* cherche à créer un espace de reconstruction du sujet souffrant, l'obsession linguistique détruit toute tentative d'ancrage dans un récit stable.

Je fais ici écho à la pensée de Paul Ricœur, particulièrement dans ses premières réflexions sur la relation entre la phénoménologie de l'expérience du temps et l'épistémologie de la fonction narrative (Ricœur, 1979: 214). Ces travaux ouvrent des perspectives essentielles pour mieux comprendre les liens entre la vulnérabilité du malade et la nécessité de prêter attention au phénomène narratif, dans le cadre de l'élaboration d'un projet de soin qui soit en adéquation avec la souffrance vécue. Mais cette tentative de recomposition narrative ne fait que souligner, en creux, l'impossibilité même de l'acte de soin lorsque le langage, au lieu de structurer, devient un champ de ruines.

La fragmentation de la parole devient plutôt le vecteur d'un chaos psychotique, une force de dissolution qui secoue indistinctement tout ce qu'elle touche, plongeant dans une instabilité absolue. Loin d'être une reconstruction identitaire, le récit se fait symptôme, révélant la fracture d'un sujet qui se désagrège au contact du langage même oscillant, d'une part, entre une pulsion de la mort: “nous autres, les hommes à la sacoche, n'apparaîssons sur terre que sous la forme d'un lion rugissant, d'un requin qu'excite le sang!... aïe... et... aïe... [...] Nous avons besoin de tuer, de provoquer la mort!... aïe... et ceci n'est pas un jeu, c'est la réalité. Nous avons besoin, quant à nous, de faire parler notre pulsion de mort” (Boukraba, 2013: 135). Et d'autre part, d'une pulsion de la vie:

Mais sache-le, j'estime tous les hommes. Toute personne est la bienvenue sur terre. Car nous devons être bons avec tout le monde et puis il faut pratiquer la charité envers tous. Il faut donc tourner le dos à la méchanceté et œuvrer dans l'amour comme si tout notre être en dépendait. Tu ne me crois pas?... aïe... Tu ne me crois pas, c'est ça?... aïe... Or, j'aime l'humanité tout entière et je désire le salut total de la création... aïe... Le moment est venu de nous pardonner les uns les autres. (Boukraba, 2013: 146)

Mêlant les contraires, le sujet se fait vibrer au rythme de ses impulsions, pris entre l'illusion captatrice de l'imaginaire (l'hallucination) et les chutes brutales du discours (la physicalité de la maladie rendue par la répétition des onomatopées “aïe... aïe...”). Ce “deux à deux” instaure une synthèse qui, en se produisant, se consume elle-même. Là où le soin prétend rétablir une continuité, le langage fragmentaire témoigne d'une dislocation irréversible.

En outre, au moment où la parole s'éteint, elle s'effondre dans un acte irréversible, un geste de disparition où elle scelle sa propre fin (ce qui rejoint d'ailleurs la fin de la pièce). À l'issue de ce dernier échange avorté entre le patient et le médecin, il ne reste rien d'autre que l'anéantissement du langage lui-même: le suicide ou la mise à mort de la parole, instituant la dissolution du sujet. Ce suicide, c'est celui du récit, de l'acte narratif qui se consume en une parole du “mourir”, une voix s'épuisant dans sa propre extinction:

-D. : Fais ton travail!
-S. : Je ne peux pas! Je ne peux pas! Mon cœur bat trop vite. Tu vas me tuer...
-D. : Tu dois continuer! C'est un ordre!
-S. : Je ne peux pas...
-D. : Tu dois!
-S. : Non...
-D. : Ne dis pas non! Pour la dernière fois: tu dois continuer.
-S. : C'est pas légal... et... ça fait... aïe, aïe!... au moins cent fois que... aïe...
Comme je souffre! C'est horrible!
-D. : C'est tout ce que tu as dire?
-S. : Mon cœur va...
-D. : Continue! Continue!
-S. : Mon p...
-D. : N'arrête pas de travailler! Force encore! Allez!
-S. : Va là...
-D. : Continue! Vide ton cœur!
-S. : ...lâ...
-D. : Ne cesse pas! Ne cesse pas! Allez! Plus vite!
-S. : ...cher...
Elle s'effondre parmi les os et expire brusquement.
Un long silence. (Boukraba, 2013: 149-150)

Dans la pièce, ce renversement signe la défaillance d'une autorité subjective que le langage, désormais vidé de sa charge symbolique, ne semble plus capable de soutenir. Le discours, censé incarner la maîtrise, devient le lieu même de sa dissolution. Loin de réaffirmer le sujet, il l'érode, le dissémine dans une parole qui ne produit plus de lien mais une fragmentation insupportable. La visée du *care*, qui postule une réappropriation de soi par le récit, se heurte ici à une parole sans consistance, minée par l'obsession ou la répétition hallucinée, où le sens vacille jusqu'à disparaître. Le soin représenté, ne peut alors, dans le cadre de la pièce, ni contenir la souffrance dans une forme partageable, ni proposer un espace de reconstruction. Il confronte une subjectivité échappée, qui ne se laisse ni dire, ni relier, ni même effleurer autrement que dans l'effondrement du langage lui-même – cette parole ruinée qui témoigne dans la fiction autant de l'impossibilité de guérir que de l'impossibilité de dire.

7. Conclusion

Dans la pièce de théâtre, l'éthique du soin, traditionnellement perçue comme une approche bienveillante visant à accompagner le patient dans sa souffrance, se révèle, à travers une lecture critique de la représentation, marquée par de profondes ambivalences. Si elle se donne pour mission de restaurer une subjectivité blessée en offrant un espace d'écoute et d'attention, elle peut également apparaître, dans la mise en scène, comme un

dispositif normatif où la parole, au lieu d'être un outil d'émancipation, devient un instrument de contrainte.

La réflexion menée à partir de la pièce montre que le soin, loin d'être une pratique neutre et universellement bénéfique, est traversé par des tensions inhérentes à sa mise en œuvre. La contention physique ou symbolique du patient illustre cette dérive scénarisée où l'accompagnement peut glisser vers une forme de dépossession. La parole, censée être un vecteur de reconstruction identitaire, peut au contraire se figer (dans la fiction) dans un rapport de domination où le soignant impose un cadre discursif qui limite l'expression libre du patient.

L'analyse des dynamiques théâtrales permet d'approfondir cette critique en mettant en évidence un espace où le langage, au lieu de réparer, devient un instrument de destruction. Loin d'établir un dialogue véritable, le discours médical représenté peut enfermer l'individu dans une logique de pouvoir où il n'est plus sujet, mais objet d'une mise en scène oppressive. Cette tension entre soin et violence linguistique souligne, dans le cadre de la pièce, les limites de l'éthique du *care* lorsqu'elle s'inscrit dans une relation asymétrique qui nie la singularité du patient.

Enfin, l'approche herméneutique du soin, censée redonner du sens à l'expérience du patient, se heurte, dans la fiction, à la dissolution du langage et de la subjectivité lorsque la souffrance ne se laisse plus saisir par le discours. À travers cette analyse, il apparaît que le soin (tel qu'il est représenté dans la pièce de théâtre), loin d'être une simple réhabilitation du sujet, peut également constituer un espace de fragmentation, un processus où l'identité vacille au lieu de se reconstruire.

Ainsi, l'éthique du soin dans *L'homme à la sacoche* se révèle être un terrain instable où se joue une dialectique entre attention et aliénation, entre réparation et dépossession. Plutôt qu'un espace garantissant la restauration de l'individu, elle peut devenir un lieu où se rejoue la tension fondamentale entre parole et silence, entre soin et violence, entre écoute et disparition du sujet. Cette mise en crise invite à repenser le soin non pas comme une évidence bienveillante, mais comme un champ traversé de contradictions, nécessitant une vigilance constante pour ne pas sombrer dans les mécanismes qu'il prétend combattre –du moins telle que la pièce le suggère.

Références bibliographiques

- AGAMBEN, Giorgio. 2007. *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. Paris, Rivages.
- BALINT, Michael. 1960. *Le médecin, son malade, sa maladie*. Paris, PUF.
- BARRIER, Philippe. 2010. "Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique" in Benaroyo, Lazare & al. (dirs.), *La Philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris, PUF.
- BARTHES, Roland. 1978. *Leçon*. Paris, Seuil.

- BEAUCHAMP, Tom, & James CHILDRESS. 2001 [1979]. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris, Les belles lettres, 5e éd.
- BENAROYO, Lazare. 2006. *Éthique et responsabilité en médecine*. Genève, Médecine et Hygiène.
- BIDENT, Christophe. 1998. *Maurice Blanchot, partenaire invisible. Essai biographique*. Seyssel, Champ Vallon.
- BLANCHOT, Maurice. 1949. *La part du feu*. Paris, Gallimard.
- BOUKRABA, Jean-François-Farid. 2013. *Tétralogie de la Citadelle du Cœur*. Mouriès, Terriciaë.
- CHARON, Rita. 2001. "Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust" in *JAMA*, n°. 15, vol. 286, 1897-1902, <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194300>> [12/04/2025].
- CHARON, Rita. 2015. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris, Sipayat.
- CHARON, Rita, et al. 2017. *The principles and practice of Narrative Medicine*. New York, Oxford University Press.
- Collège des humanités médicales (dir.). 2021. *Médecine, santé et sciences humaines : Manuel*. Paris, Belles Lettres, 2e éd.
- FOUCAULT, Michel. 1976. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel. 1999. *Les anormaux : cours au Collège de France, 1974-1975*. Paris, Gallimard.
- GROS, Frédéric. 2007. "Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin" in *Recherches en soins infirmiers*, n°. 89, 15-20: <<https://doi.org/10.3917/rsi.089.0015>> [12/04/2025].
- GODEAU, Florence. 2001. *Récits en souffrance*. Paris, Kimé.
- HABERMAS, Jurgen. 1996 [1992]. *Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy*, W. Rehg (trad.). Cambridge, Massachusetts, MIT Press.
- KLEINMAN, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and The Human Condition*. New York, Basic Books, Inc., Publishers.
- LACAN, Jacques. 1998. *Le Séminaire. Les formations de l'inconscient (1957-1958)*. Paris, Seuil.
- LAPLANTINE, François. 1993. *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.

- LEVINAS, Emanuel. 1982. *De l'évasion*. Montpellier, Fata Morgana.
- LEVINAS, Emanuel. 1991. *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris, Grasset.
- LEVINAS, Emanuel. 2004 [1979]. *Le temps et l'autre*. Paris, PUF, 9e éd (coll. Quadrige-Grands textes).
- LEVINAS, Emanuel. 2004 [1986]. *De l'existence à l'existant*. Paris, Vrin, 2e éd.
- MARIN, Claire. 2008. *Violences de la maladie, violence de la vie*. Paris, Armand Colin.
- RABATÉ, Dominique. 1991. *Vers une littérature de l'épuisement*. Paris, José Corti (coll. Les Essais).
- RICOEUR, Paul. 1979. “La fonction narrative” in *Études théologiques et religieuses*, nº 54, 209-230: <<https://doi.org/10.3406/ether.1979.2513>> [12/04/2025].
- RICOEUR, Paul. 1990. *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.
- RICOEUR, Paul. 1996. *Le Mal. Un défi à la philosophie et à la théologie*. Genève, Labor et Fides.
- RICOEUR, Paul. 2001. *Le Juste 2*. Paris, Esprit.
- SCARRY, Elaine. 1985. *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*. Oxford, Oxford University Press.
- SIMONDON, Gilbert. 2005. *L'Individuation à la lumière des notions de forme et d'information*. Grenoble, Jérôme Million.