

# Soins palliatifs : la considération comme construction d'une réponse au mal-être institutionnel devant la souffrance

Par Nicolas SENA

*Nicolas Sena est médecin de soins palliatifs, membre du comité de pilotage du collège des médecins de la SFAP et responsable du groupe Grain de Sel (sous-groupe de réflexion éthique au sein de ce collège). Il est titulaire d'un Master 2 en recherche sur la fin de vie et est actuellement en Master humanité médicale à l'Université Gustave Eiffel. Ses recherches se situent dans le domaine des enjeux de collaboration entre soignants et de l'accompagnement des patients.*

Article référencé comme suit :

Sena, N. (2026) « Soins palliatifs : la considération comme construction d'une réponse au mal-être institutionnel devant la souffrance » in *Ethique. La vie en question*, mars 2026.

Les soins palliatifs précoces améliorent la qualité de vie et les soins de fin de vie. Ce faisant la médecine palliative qui était « donné[e] aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif » s'est vu appliquée plus tôt « dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, [...] afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge » (1). En sénologie (spécialité qui prévient dépiste et soigne le cancer du sein), ce modèle fait également ses preuves en permettant de meilleures discussions sur les soins, une baisse en termes d'anxiété et de dépression et une diminution du nombre de chimiothérapies dans le mois avant le décès (2).

Cependant l'introduction des soins palliatifs en sénologie reste complexe et difficile pour des raisons diverses : la longueur de la phase palliative sans signe de gravité, un état général longtemps préservé, une fin de vie brutale, la peur de l'annonce, l'attachement aux patients, etc. C'est qu'entre la sénologie qui est plutôt une médecine dite curative et les soins palliatifs, deux mondes entrent en confrontation. La médecine dite curative a vécu une évolution ces dernières années avec un développement considérable grâce à la science. Ainsi la médecine moderne est plus efficace. Mais comme le rappelle la sociologue Isabelle Baszanger : « il s'est forgé la représentation d'une médecine triomphante, dont la puissance est sans cesse renforcée par le progrès scientifique et technique et qui, dans sa lutte contre la maladie, repousse toujours plus loin les limites du possible » (3). Le risque est alors de vouloir repousser la mort toujours plus loin au détriment parfois de l'économie d'une nation ou de la souffrance du patient. La médecine palliative quant à elle se veut intégrer la mort comme un processus naturel, en ne

cessant pas d'accompagner le sujet vivant dans cette réalité particulière et non moins tragique. Le risque est alors peut-être de choisir d'arrêter trop tôt les traitements spécifiques, rappelant comme l'écrit Isabelle Baszanger que « les traitements curatifs d'aujourd'hui ont d'abord été les traitements palliatifs d'hier » (4). Cette confrontation de valeurs et de visées du soin peuvent entraîner des rivalités, de la frustration ou de l'incompréhension dans les pratiques quotidiennes.

Pour différents médecins de notre établissement, ce constat n'est pas satisfaisant. La volonté est de travailler de façon conjointe tout en reconnaissant les particularités de chacun. Plusieurs rencontres ont été faites pour discuter de cette collaboration et des entretiens singuliers ont été menés et analysés sur un modèle inspiré de la phénoménologie. La question que nous nous sommes posée était alors, premièrement de mieux comprendre les enjeux des interactions dans la collaboration entre médecine curative et médecine palliative et secondairement de mieux comprendre comment la coopération peut influencer la prise en charge palliative et sa dynamique.

Suite à cette recherche, nous proposons un éclairage possible sur notre vécu et comment cette expérience nous aide à nous établir en comité. Nous commencerons par évoquer l'existence au sein des hôpitaux d'une souffrance vécue comme une menace et qui rend compte de l'hostilité d'un milieu de travail. Et cette menace est mise sous silence comme un tabou institutionnel.

## **Une institution mal à l'aise devant la souffrance inhérente à la condition humaine**

Le positivisme et son pendant l'*Evidence Based Medicine* (EBM) résume souvent le soin institutionnel, qu'il soit hospitalier ou universitaire. Cette philosophie rend compte du médecin uniquement comme scientifique dont le rôle est l'objectivation de la maladie et du corps biologique. Le Docteur Charles Midol expose ainsi dans sa réflexion autour de l'EBM, que cette philosophie du soin expose à une intolérance vis-à-vis de l'incertitude, une méfiance devant les cas particuliers au profit d'une population nombreuse et homogénéisée, une politique de la réduction des risques et une mise à distance des questions existentielles de l'homme pour ne rechercher qu'une visée utilitariste de la médecine (5).

Mais dans cette approche, que faire de la souffrance qui est inhérente à la condition humaine ? Il semble en effet que le positivisme ne permet aucune réponse et au-delà ne semble pas s'en préoccuper autrement qu'en visant à l'objectiver pour donner une réponse protocolaire. Ce serait sans doute en oubliant l'humanité du soignant touché au plus profond de lui devant des situations de souffrance immense. Par exemple ce sera l'annonce à un jeune couple amoureux venant de mettre au monde un enfant que l'épouse va mourir de son cancer. Ou bien ce sera la préparation d'un mariage réalisé dans les derniers jours de vie que nous appelons *in extremis*. Autre exemple enfin : l'accompagnement d'un fils qui vient de perdre ses deux parents dans des conditions brutales. Face à cela, pas de protocole, pas d'aide des sciences et c'est pourquoi il semble bien que cette approche ne semble pas préparer à se confronter à la souffrance. Est-ce pour cela que l'institution reste souvent bien silencieuse ?

La confrontation à la réalité de la souffrance est alors brutale, angoissante et peut-être peut-être pas accompagnée. Chacun est renvoyé à son intimité et à sa propre solitude devant l'absence de réponse possible face à la souffrance humaine.

Dans notre centre, ce constat existe, mais il ne se manifestait pas comme tel. Ce qui a surgi fut plutôt des manifestations de colère et de frustration dans des prises en charge particulières, notamment quand il s'agissait de patientes en fin de vie qui n'avait jamais entendu parler de risque de décès et qui mourraient sans avoir pu prendre conscience de la gravité de leur situation. D'un côté, il y a une injonction à la prise en charge palliative précoce, de l'autre une évocation d'un cancer comme une maladie chronique d'évolution lente. Deux clans s'affrontaient avec des constructions et des valeurs propres. Il a alors s'agit de nous réunir et de débattre du vrai problème, non pas du bon moment pour instaurer les soins palliatifs, mais de la souffrance humaine qu'entraînait l'évolution d'une maladie tant pour les patientes que pour les soignants.

## **Cheminer en groupe avec un modèle corporatiste**

### *Amitié*

Le cheminement de notre groupe a commencé avec un modèle plutôt corporatiste se basant sur un système d'alliance et d'amitié.

Comme l'identifie Paul Ricoeur, l'homme est un sujet pensant, agissant et souffrant, ce qui fait dire que l'homme, et donc le soignant, est intrinsèquement vulnérable. Loin de rendre compte d'une faute, cette description de l'homme comme être vulnérable vient expliquer la nécessité d'une sociabilisation. Ce modèle est décrit par le philosophe allemand Jürgen Habermas quand il écrit que « plus les structures d'un monde de la vie se différencient, plus clairement voit-on combien l'autodétermination croissante de celui qui est individué est enchâssé dans l'intégration de plus en plus forte au sein de dépendances sociales démultipliées » (6). Jürgen Habermas vient expliquer que l'autonomie parfaite de l'homme n'est pas de l'ordre de l'auto-suffisance. Bien au contraire, plus l'homme se détermine, s'individualise, plus celui-ci s'organise dans un système de réseau complexe avec d'autres humains.

Ainsi dans nos discussions, ce qui apparaît premier dans cette sociabilisation est l'élaboration de groupes dits d'amis, avec cette particularité que ces amis sont dits alliés. L'amitié entre certains collègues est décrite dans les entretiens menés *a posteriori* avec des participants aux rencontres, comme « naturelle », se basant sur des relations interindividuelles marquées par des « affinités humaines », des « liens humains », une « bonne entente », des « contacts positifs », un « langage commun », une « trajectoire commune » et des « atomes crochus en termes d'humains et de personnalité ».

### *Alliance*

L'alliance, quant à elle, est caractérisée par un « engagement à côté » d'un collègue « en particulier », un « soutien mutuel » sous la forme d'un « contrat tacite ». Cet engagement particulier permet de se « reposer mentalement », de « se poser » ensemble, de faire « bloc », de « faire face ». Le collègue est désigné comme « un partenaire », un « allié ». Le résultat de cette alliance est une « confiance » mutuelle qui permet à chacun des alliés de « se confier sur

leurs état d'âme », de « discuter » sans qu'il y ait besoin d'un « cadre » et de « mieux travailler » ensemble. Le climat apparaît alors comme « bienveillant », « détendant », « amical », voire « familial » permettant de « se sentir mieux », de résister à un environnement hostile et devant des « tyrans ». Ce système s'établit donc selon des affinités communes. Les entretiens nous décrivent un système d'alliance entre amis. Des amis qui s'apprécient entre eux pour des raisons de personnalités, d'affinités, sans qu'il n'y ait d'autres raisons que la bonne entente commune qui perdure dans le temps, rappelant la formule de Montaigne adressée à La Boétie : « Parce c'était lui, parce que c'était moi » (7).

La notion d'alliance dans le vocabulaire militaire peut-être compris de deux manières différentes. La première est décrite par Boutros Boutros-Ghali, professeur en droit et de relations internationales à l'université du Caire comme une « union de deux ou plusieurs nations pour la poursuite d'un but commun » (8). Ainsi nous retrouvons dans cette définition, l'idée de collaboration dans le travail en vue d'un objectif qui serait commun. Il y a également l'idée d'une élection de membres en particulier. Ainsi l'alliance ne vise pas l'ensemble des communautés mais un certain nombre d'entre elle avec qui une union particulière est manifestée. Une union vers un but qui serait commun. Un contrat est signé entre les parties pour signifier que les alliées collaborent avec une visée commune.

La seconde définition proposée est que l'alliance « est un traité par lequel deux puissances s'engagent à se porter mutuellement secours, soit par une coalition militaire, soit par tout autre moyen, au cas d'une guerre affectant l'une d'elle [Capitant, 1936] (9). » Cette seconde définition ouvre au tiers, un tiers particulier, qui lui ne partage pas la visée commune et qui pourrait, en plus, en vouloir aux intérêts des groupes alliés. Ce tiers se comprend alors comme l'ennemi. Ainsi, parler d'alliance entre amis, ouvrent la voie à l'ennemi et à l'inimitié, ces personnes qui ne partagent pas les mêmes visées.

#### *Derrida et la Politique de l'amitié*

La question qui se pose alors est de savoir s'il est possible de voir des groupes qui ne partagent pas les mêmes visées ne pas être ennemis, soit être neutre dans la décision. Jacques Derrida nous éclaire sur cette question. En effet, dans ce cadre particulier des soins dits curatifs et des soins palliatifs, il en va, comme nous l'avons expliqué plus haut, de philosophies de soins différentes. Soigner, en effet, signifie « soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable comme telle et que l'on peut traiter », mais également « soigner quelqu'un » avec sa « dimension intentionnelle et relationnelle » (10). C'est ainsi que deux philosophies se partagent la notion de soin. Une philosophie orientée vers le traitement d'une maladie et de ses conséquences. Cette philosophie est plutôt de l'ordre des médecines dites curatives tel l'oncologie. Et une philosophie orientée vers l'accompagnement de la personne globale et son soulagement, une philosophie plutôt de l'ordre de la médecine palliative. Les visées et les pratiques sont alors différentes du fait même d'appartenir à des univers de pensée différents. En situation palliative de maladie oncologique, l'incertitude médicale comme les fortes implications affectives et morales des décisions à prendre sont grandes. C'est ainsi que des tensions peuvent apparaître. La confrontation des avis plus ou moins intriquée à des conflits de valeurs entraîne un positionnement d'une part et une prise de décision d'autre part. Ce qui fait dire à Derrida que la neutralité n'existe pas.

Il y a la neutralité du neutre mais elle est politiquement introuvable. On serait ami ou ennemi, ami et ennemi avant toute neutralité (11).

Au contraire, poursuit-il, plus les situations sont chargées émotionnellement ou lourdes de conséquences, telle les questions sur la fin de vie, plus les décisions seront politisantes et donc clivantes.

S'il est vrai [...] que plus une situation d'exception ou de décision (la guerre, l'hostilité, l'événement politique comme tel, etc.) est rare ou improbable, plus elle est décisive, intense et révélatrice, et finalement plus elle est politisante (12).

Ce clivage va alors voir se recentrer plusieurs positionnements différents se structurant sous ces formes de groupes alliés entre eux, mais donc « ennemis » avec les autres groupes qui ne partagent pas le même avis. C'est ainsi qu'avec cette notion d'amitié apparaissent comme un revers de la médaille l'inimitié, le corporatisme et le risque de clivage, d'hostilité ou de guerre.

La décision décide toujours entre l'ami et l'ennemi. Elle *discrimine*, dirons-nous, en rappelant que le *dicrimen*, en latin, c'est à la fois la séparation, la distinction, la différence et le moment de la décision, l'*instance* de la détermination aux deux sens du terme (13).

L'alliance entre amis désigne véritablement une première construction sociale et politique devant une menace, celle de la souffrance. La menace est partout et nulle part à la fois, et c'est pourquoi elle est angoissante. La tendance louable de création d'alliance, pour tenir dans ces situations hostiles, entraîne cependant le risque de passer d'un climat hostile à celui d'un ennemi déclaré, plus identifiable et donc moins angoissant.

Ce système qui semble naturel et défensif est à comprendre en rapport à un tabou de la souffrance au niveau institutionnel. Est-ce à comprendre que la prise en compte de la souffrance serait un moyen de permettre une construction différente rappelant la réflexion du philosophe Paul Ricœur que pour que le jugement moral en situation puisse se former, est requis « un débat public, un colloque amical, des convictions partagées » (14) ?

### *Insuffisance des modèles du respect et de la sollicitude*

Le modèle corporatiste se révèle finalement insuffisant à amener ce colloque amical dans le cadre professionnel. Il en est de même pour un cadre purement professionnel limité au respect. Le respect est défini par Kant comme un sentiment moral, qui vient de la raison et qui consiste à ne pas réduire autrui seulement à un statut de moyen mais toujours en même temps comme une fin. Le respect s'adresse donc à la personne et non au personnage, et c'est pourquoi à ce moment de la discussion, les protagonistes sont décrits par des termes vagues : médecin, collègue ou patient. Des termes qui désignent tout le monde et personne en particulier. Il y a donc une mise à distance inévitable, afin de contrer la violence et de réifier les individus. Mais le problème qui se pose avec ce cadre est de ne considérer les professionnels que comme des personnes objectives et raisonnables, c'est-à-dire qui ne se laissent pas traverser par des émotions ou des affects qui entraveraient les décisions médicales. Mais l'être humain n'est-il qu'un être de pure raison ? Selon les participants il semblerait d'ailleurs que le véritable problème des soins palliatifs n'est pas seulement d'ordre rationnel mais d'abord affectif. Ainsi

définir le travail onco-palliatif pour reprendre le thème de notre réflexion ne se limite pas juste à définir un protocole de service, mais à intégrer tout ce qui fait du médecin, un être humain.

Habermas retrouve cette réflexion en rendant à l'intersubjectivité toute son importance. L'éthique du *care* est un courant issu du féminisme qui se veut lever les tâches aveugles de la société en révélant qu'une norme, un principe, n'est pas ce qui définit une pratique. Ainsi dire qu'il ne faut pas mentir, ne permet pas de préciser comment dire la vérité. L'éthique du *care* en soins palliatifs fait souvent intervenir la notion de sollicitude, comme sorte de spontanéité bienveillante. Mais le problème est que l'éthique du *care* est souvent employée dans la relation soignant/soigné avec cette tendance à enfermer l'autre dans le soin, sans permettre son individuation. L'intersubjectivité et l'ouverture à l'intime entre soignants restent difficiles et peu décrites. Devant ce tabou institutionnel de la souffrance l'ambiance est plutôt à la méfiance qu'à la libre confiance.

Ni le cadre rationnel, ni la sollicitude ne semblent correspondre à ce colloque amical décrit par Paul Ricoeur, mais un autre modèle transparait dans les rencontres que nous allons décrire en une dernière partie. Il s'agira de la construction d'un modèle démocratique que nous pouvons structurer autour des principes de l'éthique de la considération.

## **La création d'un comité à visée démocratique guidé par l'éthique de la considération**

Cette nouvelle visée ne s'est pas trouvée spontanément et il a fallu du temps au comité pour la faire émerger. Alors que les premiers échanges ont plutôt été marqués par une certaine réserve, progressivement les participants ont commencé à s'ouvrir et à exposer leurs affects, leurs émotions, leurs vécus parfois difficiles sur les sujets de fond des soins palliatifs : la mort, la finitude, l'attachement, la projection... Une exposition aux autres qui n'a été possible que par la constitution d'un climat de confiance et de bienveillance. La confiance renvoie à l'idée de se fier à quelqu'un. Elle est plus de l'ordre de la foi que de la certitude. Avoir confiance, c'est dire qu'on ne sait pas, mais qu'on en prend le pari. La confiance est donc un pari sur l'avenir, souhaité par tous comme étant le meilleur possible. Ce pari est une prise de risque qui ne peut se vivre que dans un vivre-ensemble qui se veut convivial, c'est-à-dire dans une société qui favorise les échanges, les relations franches et amicales entre les personnes et les groupes (15). Ce climat amical est le moyen de lutter contre la déliaison sociale pour citer Corine Pelluchon : « il est fondamental de cultiver la convivialité, de réveiller le désir de vivre ensemble qui n'a rien à voir avec un délire à plusieurs ni avec l'entre-soi communautaire. Les choix collectifs, les orientations technologiques, économiques et politiques ne doivent plus être focalisées exclusivement sur le rendement immédiat ni négliger la convivialité. [...] Cela conduirait à concevoir le travail en veillant à créer un climat de confiance au lieu de laisser s'installer la défiance et le soupçon » (16).

Ce climat amical s'associe à l'humilité. Cette dernière renvoie à *humus*, la terre, et est à comprendre comme une vertu. Elle ne consiste pas seulement à voir nos failles, au risque de l'humiliation et du mépris de soi-même, mais à reconnaître l'opacité que nous avons vis-à-vis de nous-même, ce mystère, ce quelque chose que nous n'aurons jamais fini de comprendre.

L'humilité rappelle notre engendrement par d'autres, dans un monde plus vaste et plus vieux que moi et qui subsistera après moi. Il permet de comprendre que nous faisons ce que nous pouvons avec ce que nous sommes pour tenter de faire le bien, même si nous n'y arrivons pas toujours. Cette humilité comme regard porté sur nous-même, nous fait regarder l'autre d'une façon différente, non pas comme un ennemi, mais comme un sujet singulier qui tente lui aussi de faire ce qu'il peut pour un bien. Progressivement, l'humilité élargit notre regard sur le monde, non plus seulement égocentré puisqu'il inclut ceux avec qui je partage un environnement commun, et non seulement mes amis, mais l'ensemble des personnes d'un même service, d'un même hôpital, d'un même monde. Il ne s'agit pas simplement d'une pure réflexion sur soi, mais toujours d'une activité de contrôle de sa propre puissance pour permettre à l'autre d'exister. Ce qui fait dire à Corine Pelluchon : « L'élargissement de la sphère de sa considération et, en effet, inséparable de l'acceptation par le sujet de ses limites et de sa mortalité. Ce double mouvement rend possible la modération et la retenue qui impliquent d'investir une partie de sa puissance à retenir sa puissance, au lieu d'aspirer à occuper toute la place et de s'accaparer toutes les richesses » (17).

Cette éthique qui est celle de la considération, consiste à regarder l'autre comme une constellation d'étoile (*con-sidus(-eris)*) dans laquelle chacun a sa place. Ce changement de paradigme qui se base sur la compréhension de la faillibilité humaine, à comprendre comme la prise de conscience de notre finitude, du caractère mystérieux du corps et de l'esprit, ouvre à la sociabilisation. Non sous la forme de contrat autour d'intérêts communs, comme pour les alliances, mais d'une estime mutuelle et réciproque, qui serait à partager avec l'ensemble des personnes et non plus seulement avec ces personnes avec qui j'ai des « atomes crochus ». L'éthique de la considération à travers ce nouveau regard porté sur soi et sur l'autre permet de comprendre que le bien commun est aussi un bien pour moi. C'est ainsi que par le biais de ce décentrement de soi, le sujet s'ouvre à l'espace public.

C'est ainsi que nos rencontres ont permis au comité de s'établir comme médiation politique. Une médiation qui rappelle que ces questions autour des soins palliatifs ne peuvent pas être prises en compte d'un point de vue uniquement personnel. Cela nécessite le rôle de l'institution qui garde une place fondamentale dans la prise en charge de la souffrance. En effet, l'institution a pour rôle de donner un cadre pour accompagner et prendre en charge la souffrance de façon globale. « L'institution est la déclinaison sociale et politique de la disposition éthique qu'est l'hospitalité ou la sollicitude » (18), rappelle Jean-Philippe Pierron. C'est pourquoi la médiation dans ce cadre devient importante afin de rendre possible l'intégration de l'intérêt commun dans les intérêts propres de chacun, dans une recherche qui est partagée par tous. Cette médiation permet de prendre du recul par rapport à la clinique, mais sans jamais la quitter totalement, car elle reste la source et l'aboutissement du travail de la médiation. Et c'est pourquoi, ces rencontres ne sont pas seulement des psychothérapies de groupes, ni ne visent une approche uniquement rationnelle à la recherche de création de protocole « hors sol », comme dans l'éthique principiste, ni une approche uniquement affective en lien avec une relation interpersonnelle autour du soin, comme dans l'éthique du *care*.

La considération et à travers elle l'estime réciproque permet de donner à chacun sa place. Personne n'a raison à lui seul, mais toujours ensemble. Cette approche bien plus complexe que de laisser une personne décider seule ouvre à un inattendu, car issue d'une réflexion commune qui dépasse les intérêts propres. L'institution comme organe du politique

prend alors toute sa place afin de répondre à cette vulnérabilité ontologique de l'homme. En cela, elle permet le respect du passé et de l'actualité de tous, mais ouvre à un futur toujours possible dont nous sommes déjà responsables aujourd'hui. Cette dimension politique, Corine Pelluchon la rapproche de l'amitié politique (*philia politikè*) dans le sens d'un respect réciproque reposant sur une égalité foncière et sur le désir de « différer ensemble, d'essayer ensemble nos différences » (19). « Nous devons être capable de parler un langage commun, de nous comprendre et de débattre, au lieu de chercher à imposer notre point de vue en écrasant nos adversaires et en les considérant comme des ennemis » (20). L'idée n'est pas de renier les désaccords, mais de les reconnaître et de s'en servir pour chercher des pistes constructives.

## En guise de conclusion

Le climat de confiance qui naît de ces rencontres nous a ouvert la voie à cette dimension politique du vivre-ensemble et nous permet de mieux nous unir et nous réunir. Le travail est encore long, mais nous espérons prendre cette voie politique qui nous ouvre à un monde nouveau. Une réflexion qui nous fait nous associer à cette parole de Corine Pelluchon : « Pour remplacer la domination par la coopération et faire en sorte qu'un projet humaniste et écologique s'impose, il n'est pas nécessaire d'en appeler au Grand Soir. La démocratie, pour s'épanouir et se transformer, a besoin d'idées, mais surtout d'amour. [...] l'amour du monde qui vient de la gratitude pour le donné et de l'accueil d'être nouveaux » (21).

## Notes :

1. Définition de « soins palliatifs », Organisation Mondial de la Santé (OMS), 2002
2. Greer et al, « Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients With Metastatic Breast Cancer » dans *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, Vol. 20, n°2, 2022.
- Lucchi et al. « Palliative Care Interventions and End-of-Life Care for Patients with Metastatic Breast Cancer : A Multicentre », dans *The oncologist*, Vol. 29, n°5, 2024.
3. Baszanger I., Bungener M., Paillet A., « Quelle médecine voulons-nous ? », dans *La Dispute*, 2002, p. 212.
4. *Ibidem*, p. 221.
5. Midol C., « De la médecine expérimentale à l'EBM : une continuité philosophique et une rupture méthodologique » in *Ethique, la vie en question*, mai 2022.
6. Habermas J., *De l'éthique de la discussion*, Paris, Flammarion, 2023, p. 20.
7. De Montaigne M., « Essai », 1580.
8. [Calvo, 1885] in De Hoop Scheffer A., « Le multilatéralisme : Nouvelles formes de l'action internationale », dans *La Découverte*, 2007, p. 57-72.
9. *Idem*.
10. Worms F., *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?*, Paris, Presse Universitaire de France, 2010, p. 12.



11. Derrida J., *Politique de l'amitié*, Paris, Galilée, 1994, p. 149-150.
12. *Idem*, p. 152-153.
13. *Ibidem*. p. 151.
14. Ricœur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 337.
15. Définition de « convivialité », Centre National de Ressource Textuelle et Lexical [cité en août 2025].
16. Pelluchon C., *La démocratie sans emprise ou la puissance du féminin*, Paris, Payot et Rivage, 2025, p. 32.
17. *Ibidem*, p. 129-130.
18. Pierron, J.-P., « Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ? », dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, Vol. 281(HS), 2014, p.149-164.
19. Pelluchon C., *La démocratie sans emprise ou la puissance du féminin*, *op. cit.*, p. 119.
20. *Ibidem*, p. 119.
21. *Idem.*, p. 9.