

Le soin se donne-t-il ?

REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Serge Duperret*

*Praticien hospitalier des Hospices Civils de Lyon (en retraite)

RÉSUMÉ

Les termes effectuer ou donner un soin sont souvent utilisés indifféremment. À partir de l'exemple du don d'organes, à propos duquel l'usage même du mot don peut être remis en cause, il est envisagé une approche phénoménologique des situations cliniques où le soignant assiste aux transformations d'une chose donnée. Les places respectives du donataire et du donateur alternent jusqu'à faire disparaître la chose donnée pour laisser place à la façon de se donner et la capacité des personnes présentes à les laisser apparaître. Cette approche nous éloigne des représentations courantes où le soignant est celui qui donne et qui devrait recevoir. Loin du primat du mérite, celui de la disponibilité peut être proposé. Effectuer un soin technique fait naître des phénomènes surprenants et inattendus. Seule une personne disponible peut les repérer. Ils font néanmoins partie du soin, mais leur prise en compte est peu compatible avec un découpage standardisé du travail de soignant.

MOTS-CLÉS : don d'organe, greffe d'organe, donateur, donataire, phénoménologie, disponibilité.

Introduction

Les lignes qui suivent ne sont pas celles d'un philosophe, mais d'un médecin qui a dû faire appel à la philosophie, par souci de clarification des concepts mobilisés dans son travail par habitude, mais sans réel approfondissement. Certes, il est possible de s'abîmer dans les actes et raisonnements purement techniques, à même de justifier tant d'actions et de déclarations ; cela a été bien illustré lors de l'épreuve collective que nous avons vécue récemment. Certes, la maîtrise technique est primordiale. Elle advient avec le temps, le compagnonnage, mais les plus jeunes en raffolent à leur tour. Ils se prouvent ainsi de pouvoir nous remplacer haut la main. Ce qui est également primordial... Pour les plus anciens, le temps est alors venu du sens à donner à nos propres actions et à celles que nous déléguons. Toutes les évidences s'effondrent alors. Ce qui se justifiait par l'action de sauver, parfois par la compassion, voire la machine hospitalière, disparaît. Surgissent des questionnements nouveaux, souvent subversifs, parfois iconoclastes, peut-être refoulés. Je me souviens des réactions déclenchées par les termes de *sacrifice* ou de

transgression qui me semblaient pourtant avoir leur place dans le registre de la greffe d'organes et donc du don. J'ai mesuré alors, que dès qu'un pas de côté nous écarte des représentations habituelles, la rupture du consensus rend toute réflexion collective, tout partage, impossibles. Mieux vaut écrire...

Ces quelques lignes ont donc trait à la place du don en médecine et, d'un point de vue plus général, dans le soin aux autres. Pourquoi le don ? Entre autres, parce qu'il s'agit d'une question cruciale d'actualité. En effet, une partie de la population, demeurée professionnellement active, a symbolisé le don de soi aux yeux des autres, contraints au confinement et à rester spectateurs. De quel don s'agit-il ? Où est la chose donnée ? Le don de soi est-il un don ? Le consensus est tel que la question ne se pose même pas ; comprenez, ceux qui forcent l'admiration ne comptent pas leurs efforts. Échapperaient-ils pour autant à tout commerce entre les hommes ? La réflexion à propos de la greffe et du don d'organes a tant bouleversé ma vision que je ne peux que proposer un point de vue différent et nécessairement moins consensuel que celui

qui fait évidence.

Le don d'organes à l'origine du questionnement

La fin des années quatre-vingt. L'activité de transplantation repose encore sur l'énergie de quelques pionniers spécialistes et autres chirurgiens virtuoses. Elle n'est pas encore régie par une agence d'état, même si, bien sûr, son fonctionnement est très réglementé¹. Cette lame de fond entraîne avec elle une multitude de sans noms dont je suis. L'hôpital général où je commence à prendre des gardes de « sénior » en réanimation, alors que je n'ai pas trente ans, est habilité à effectuer des prélèvements d'organes sur patients en état de mort encéphalique. Le jeune accidenté admis cette nuit a le cerveau broyé par ce mélange de vitesse, de carrosserie et de stupidité qui guettait alors, à chaque carrefour, tous les usagers de la route ; les sens giratoires n'existaient pas, encore moins les airbags. Comment annoncer à cette famille d'origine turque que les premiers signes de « dépassement » sont apparus ? C'est un dimanche matin. Je suis seul. Ils sont quatre ou cinq, surtout des hommes. La mère est présente, impassible, déjà résignée. Elle ne me lâche pas du regard. J'ai oublié les mots utilisés et d'où ils sont sortis. Ils se sont levés, la mère est restée assise. Le plus âgé, peut-être le frère aîné ou un oncle, m'a dit sans faillir : « c'est d'accord ». Comment ce médecin de seconde zone avait pu leur arracher ça, car même si nous sommes tous, selon la loi, des donneurs d'organes présumés², l'adhésion des proches était et reste incontournable ? Je ne me souvenais plus des mots employés, quelques instants plus tôt. Avais-je, d'ailleurs, pesé dans leur décision, n'étais-je pas seulement un média dans cette histoire, une histoire qui remonte à la nuit des temps, très éloignée de la modernité ? Puis la procédure prend le pas sur les émotions, il faut organiser le prélèvement, prévenir les équipes de Lyon. L'épisode tragique est classé. Il s'insinue et trouve sa place dans les circuits de la mémoire. Je n'avais pas conscience que cette expérience était mon premier contact professionnel avec le don, cette conscience est venue plus tard, car rien ne nous poussait alors, à approfondir cette pratique née d'une convention entre les hommes : celle de prélever et de greffer des organes³. Peut-être était-ce le caractère sacré de cette activité nouvelle qui nous imposait le silence ? Toujours est-il que pour les acteurs de second rôle, la dimension opérationnelle occupait toute la scène. D'ailleurs, le mot don n'était jamais employé seul, toujours suivi de celui d'organes. Le malade n'était plus Monsieur Y., mais « le donneur ». Le don passait au second plan, derrière l'acte de greffer. Détachement, pudeur, impossibilité de conceptualiser, puissance du projet ? C'est plus tard, travaillant alors dans un centre de transplantation, que la nécessité de comprendre de quel don il s'agissait s'est fait pressante, impérieuse même.

Comme écrit plus haut, la phase de réanimation est dominée par les aspects techniques. Il en est de même pour celle du prélèvement. Dans les hôpitaux généraux, nous n'avions peu ou pas de nouvelles du donneur depuis le CHU. « Que sera-t-il advenu de lui ? », l'image fugace avait disparu, comme celle du patineur de Paul Verlaine.

¹ L'Agence de la Biomédecine (ABM) a succédé en 2005 à l'Établissement Français des Greffes.

² Article L1232-1 du code de la santé publique.

³ C'est en 1968 qu'un consensus scientifique est intervenu sur la définition de la mort encéphalique, état autorisant les prélèvements. JAMA. 1968;205(6):337-340

Ultérieurement, confronté à la présence du receveur hospitalisé dans un lit de réanimation post-transplantation, la problématique du don apparaissait à nouveau. À travers lui, le donneur se rappelait à notre souvenir. De quelle manière ?

Tout d'abord, par la question de la distribution de la chose donnée. Les greffons sont devenus rares à la faveur des progrès techniques et de l'augmentation des indications de greffe. Se pose ainsi le difficile problème de l'allocation des greffons.

Ensuite, par le souci de connaître le vécu des greffés. Comment vivre avec l'organe d'un autre ? Encore une question qui va de soi, mais en fait plus complexe qu'il n'y paraît. Tout d'abord : est-ce difficile de vivre avec l'organe d'un autre ? Poser la question de cette manière, de façon quelque peu compassionnelle ou née d'une évidente projection de la part de celui qui la pose, peut susciter la réponse ; l'a priori est que cela doit être difficile. Mais cette vision est celle d'un bien portant. Pour avoir recueilli des écrits de greffés au sein d'ateliers d'écriture, cette difficulté n'était que rarement exposée. Le receveur évoquait la personne qui avait donné, s'interrogeait sur son histoire, ses proches, leur tristesse. Une certaine culpabilité s'exprimait parfois, mais jamais l'organe n'était décrit comme une part animée du donneur qui vivait et se rappelait à lui. Étrangement, la mémoire du donneur (ou de la donation, peut-être) semblait prendre le pas sur la chose donnée. Cette observation n'a pas force de preuve, mais remet en cause l'évidence contenue dans cette question reproduite à l'envi et qui sous-entend l'existence d'une dette. Il est entendu, en posant la question de cette manière, que la chose donnée reste à l'état de don inestimable qui génère une dette insolvable ; une *dette de chair* impossible à solder (Shakespeare, 2008). Le receveur est-il en dette ou est-ce celui qui pose la question qui, maladroitement, le place dans la situation de l'éternel obligé et attribue au donneur le rôle du créancier malgré lui ? Il devenait crucial de distinguer, au sein des diverses conceptions du don, celle qui me permettrait de partager des mots authentiques avec les malades greffés.

Ce qui suit est donc le fruit d'une quête personnelle et ne se veut pas démonstration.

L'enseignement de Marcel Mauss

L'héritage de Marcel Mauss est incontournable pour qui entreprend de préciser ce que recouvre la notion de don. La signification du don comme « prestation totale » telle qu'il l'a décrite dans son essai (Mauss, 2007), est à même de réguler le fonctionnement de sociétés dites primitives (et de plusieurs sociétés entre elles) et de permettre d'éviter les conflits. Elle apparaît, en première analyse, très éloignée de celle du don d'organes, bien que la prise en compte de certains aspects soit féconde, nous le verrons. Il faut tout d'abord préciser que la description de M. Mauss s'attache au don entre groupes et non entre individus, différence notable avec notre sujet. En revanche, la terminologie employée mérite toute notre attention, car elle permet de camper la place du donataire - le receveur pour notre sujet -, celle du donateur - le donneur d'organes - et la chose donnée qui, comme le précise M. Mauss (mais aussi Sénèque avant lui, décrivant « Les trois grâces »), doit être acceptée par le donataire pour devenir don.

Selon les uns, elles figurent celui qui donne, celui qui reçoit,

et celui qui rend ; selon d'autres, les trois manières de faire le bien : obliger, rendre, puis recevoir et rendre tour à tour. Quand je suivrais l'une ou l'autre opinion, que nous sert ce puéril savoir ? Que signifient ces mains entrelacées et ce chœur dansant qui revient sur lui-même ? Que la chaîne du bienfait qui passe d'une main à l'autre remonte toujours au bienfaiteur, que tout le charme est détruit, si elle se brise en un point, que sa beauté vient de l'union et de la succession des rôles. (Sénèque, 1996, p. 64-65)

Dans une perspective maussienne, le don s'associe au contre don ; une circulation des choses données s'installe, hors des rapports de l'échange. L'action de donner est toujours ritualisée, elle assure ainsi l'intégration des nouveaux donateurs et donataires. Elle permet également d'éviter les différends entre des ennemis potentiels. Mais, à rechercher une analogie, nous butons sur un obstacle : dans le cas du don d'organes, le donateur n'est pas celui qui agit, et pour cause, il est privé de toute capacité physique et décisionnelle. Il a pu choisir par anticipation d'enregistrer son refus, auquel cas il s'est soustrait au processus ; c'est le seul choix qui fait irrémédiablement obstacle aux prélèvements, selon la loi. Sinon, le choix positif ne lui revient pas. La société et les proches ont accepté à sa place, ce qui ôte à l'action de donner, la dimension développée par M. Mauss. Quant au donataire, le receveur, lui, a accepté, sinon le don eût été impossible. Mais il a accepté sans pouvoir choisir d'autre alternative, sinon de persister dans la maladie, voire de mourir lorsque la fonction d'organe ne peut être suppléée (cas de l'insuffisance hépatique, par exemple). Certes, il accepte d'intégrer cette circularité, mais la circulation du don s'arrête là, le contre don est impossible pour deux raisons : un, le donateur est anonyme, inconnu (dans le cadre du don cadavérique) et, deux, la restitution est inenvisageable. Si nous tentions un seul rapprochement avec la description de M. Mauss, nous pourrions comparer le receveur à un donataire qui reçoit un don à tel point démesuré qu'il se trouve dans l'incapacité de rendre de quelque façon que ce soit ; une analogie osée avec le Potlatch, rapporté par M. Mauss, ce don très particulier animé d'une intention, celle de soumettre l'autre ; l'analogie avec la position de M. Mauss avec le sujet qui nous préoccupe pourrait donc s'interrompre là. Mais, allons plus loin, car M. Mauss nous livre une autre piste plus féconde. Il s'agit de l'exemple des Maoris qui considèrent que le don n'est pas une chose inerte, mais porteuse d'un esprit (« le *hau* »), trace du donateur qui circule indépendamment de lui et du donataire. Le contre don n'est pas relié à une action du donataire mais à un trajet autonome du *hau*, un « retour des choses » vers son donateur. On touche là un des aspects essentiels de notre problématique, celui de l'appropriation impossible. Certes, le receveur va devoir s'approprier (accepter serait plus juste) l'organe greffé en *prenant soin* de sa survie (nous utilisons couramment le terme de « survie du greffon »), se soumettant à une surveillance stricte et contraignante, mais il ne peut s'approprier ce « don », car il n'en est que le dépositaire. La circulation, possibilité du contre don, n'est que symbolique et se déroule un peu malgré lui. Le contre don est précisément le « prendre soin ».

En somme, nous ne pouvons pas plaquer le schéma du don/contre-don à celui du don d'organe. Étant donné que le prélèvement s'effectue sur une personne décédée (en état de mort cérébrale), l'intention de donner est absente

au moment du prélèvement, c'est à dire quand l'organe est séparé de la personne défunte et entame sa destinée de don. Le don d'organe est donc un don sans intentionnalité du donateur. Mais retenons de « l'Essai » que l'esprit du don circule de façon autonome depuis ce moment du prélèvement, indépendamment de la volonté du donataire, remettant en cause la notion d'appropriation de la chose donnée. Les attributions du donateur et du donataire au sein de ce processus de la greffe, sont aux antipodes de celles d'une acceptation « économiciste » du don, c'est à dire où le don est sous-tendu par une intention, voire un calcul (Bourdieu, 1994, p.161) et où la chose donnée se voit appropriée par le donataire. L'action de donner revêt, dans cette acceptation, le sens d'une communication, d'un « commerce » entre les humains (Steiner, 2010) et s'inscrit dans une économie à même d'assurer un traitement égal entre les hommes. Que le don soit décrit comme cérémoniel (tel que l'a décrit M. Mauss), gracieux ou solidaire (Hénaff, 2012), les caractéristiques proposées ne permettent pas d'en rapprocher le don d'organes.

Comment la chose donnée nous apparaît

Si le donateur s'efface et que le donataire ne peut se l'approprier⁴, il faut considérer, au sens phénoménologique, qu'une réduction du don s'est produite ; une réduction à la donation. Voyons concrètement comment s'opère cette réduction en suivant le trajet de ce don si particulier.

Tout d'abord, il est frappant d'observer qu'il change de nom. Par exemple, quand l'équipe est mobilisée pour partir prélever, il est habituel d'entendre : « il y a un foie-rein à Marseille, un cœur à Poitiers ... ». Durant la chirurgie du prélèvement, le préleveur n'échappe pas à la gravité du moment, ressent confusément qu'il transgresse quelque chose en intervenant sur un mort, mais il se concentre sur son geste - la longueur des vaisseaux, le temps d'ischémie... Il sait que de la précision du geste dépend une partie de la réussite de la greffe. L'accomplissement technique prend le pas sur tout, y compris l'aspect émotionnel. Puis l'organe, et il s'agit bien encore et seulement d'un organe et non d'un don, est isolé du corps, extirpé, il change de statut. Il doit être conservé. Tel un trésor, il est l'objet de précautions. L'intention d'une conscience le fait apparaître différemment ; pour cette raison, il s'agit déjà d'une transformation phénoménologique, mais au sens de la phénoménologie transcendantale développée par E. Husserl (Husserl, 2000), c'est à dire que l'apparition du phénomène est le produit d'une conscience. Puis, intervient la phase de conservation (actuellement améliorée par l'usage de pompes à perfusion) visant à préserver l'organe prélevé des conséquences de l'apoptose. Ne constitue-t-elle pas cette « époque », ce délai nécessaire à la libération créatrice de la conscience qui permet à la chose prélevée d'apparaître comme un « donné » ? Durant cette phase d'ischémie dite « froide », le donneur disparaît matériellement et symboliquement de l'action de donner. L'intentionnalité est ailleurs. Cet effacement du donneur s'accorde avec la conception du don partagée par les phénoménologues. Citons ce passage de Jacques Derrida :

Condition pour qu'un don se donne, cet oubli doit être radical non seulement du côté du donataire mais d'abord, si on peut

⁴ Selon la loi s'appuyant sur le principe de non-patrimonialité du corps humain, notre corps ne nous appartient pas, mais seulement son usage.

dire d'abord, du côté du donateur. C'est aussi du côté du « sujet » donateur que le don non seulement ne doit pas être payé de retour, mais même gardé en mémoire, retenu comme symbole d'un sacrifice, comme symbolique en général. Car le symbole engage immédiatement dans la restitution (Derrida, 1991, p.38).

Dès qu'il y a intention de donner et réciprocité par le contre don, le don s'annule pour rentrer dans la circularité de l'échange : « le don s'annule chaque fois qu'il y a restitution ou contre don. Chaque fois selon le même anneau circulaire qui conduit « à rendre », il y a paiement et acquittement d'une dette » (Derrida, 1991, p.25) .

Cet organe apparaît donc comme une chose non seulement différente d'une chose donnée, mais qui se montre différemment selon la temporalité. J'évoquerai notamment deux périodes :

L'une où il envahit, par sa présence, le champ du bloc opératoire. Il a été « préparé » par le préleveur dans une salle annexe, alors que le transplantateur réalisait l'exérèse de l'organe malade (ce n'est pas le cas pour la greffe de rein). « Le greffon est prêt ? », demande le transplantateur. L'organe apparaît, tel un objet sacré dans une patelle. Il n'est plus nommé « foie » ou « cœur », mais « greffon ». L'autre période suit immédiatement le déclantage des vaisseaux, le greffon perd sa couleur pâle et livide pour adopter celle de ses « voisins », il rosit. Bien sûr, tout le procès se déroule selon une intention, celle de greffer, mais cette chose inerte, depuis la période de l'explantation jusqu'à celle de l'implantation et de la remise en circulation nous apparaît de façon différente, comme si elle se donnait à voir indépendamment des opérateurs présents. Puis, il est enfoui, caché derrière une paroi musculo cutanée soigneusement fermée, étranger à toute monstration. Le donataire désigné, le receveur d'organe, le désormais greffé, ne saura rien de ce qui est apparu, il dormait. Il tentera de l'imaginer ou, mieux, oubliera d'y penser. Les véritables donataires d'un instant sont ceux qui l'ont vu apparaître, les soignants présents dans le bloc opératoire. Le don d'organe se trouve ainsi « réduit » à la monstration, personne ne peut s'approprier la chose. D'une analyse phénoménologique transcendante, nous passons à une approche différente où la chose donnée devient la chose qui se donne, en se montrant, en dehors de toute conscience, au sens où Jean-Luc Marion l'a développé, mais avec lui Merleau-Ponty, Levinas, Henry : le sujet n'est pas celui qui fait apparaître, celui qui a une visée, mais celui qui est visé par la chose qui se montre. Et ce sujet, c'est le donataire ou attributaire, en l'occurrence les soignants présents dans ce bloc et réceptif au phénomène :

La parité du donateur et du donataire ne vaut que pour le don (et encore, vu abstraitement à partir du commerce), non point pour le phénomène donné, qui, lui, en tant et autant qu'il se donne, ne se montre qu'à un donataire – en l'occurrence un attributaire – et jamais un donateur – en l'occurrence un « sujet » supposé producteur d'objet. L'objection phénoménologique ne conduit ainsi qu'à lever l'ambiguïté qui grevait la similitude seulement provisoire entre les phénomènes du don et du donné (Marion, 2005, p. 348) .

Néanmoins, même si « l'adonné » n'est pas le produit de la visée d'un sujet, ce qui se donne se montre préférentiellement à celui qui privilégie le recevoir au voir.

Cet exemple du don d'organe nous entraîne ainsi vers le champ plus large de la donation, piste rarement empruntée au sujet du soin courant. Certes, la dimension

spectaculaire et transgressive de la greffe est propice au questionnement, mais, pour autant, les situations de soins de tous les jours, situations qui font naître autant de donations et de donataires d'un instant, ne procèdent-elles pas de la même disposition à recevoir et, ainsi, faire apparaître ? En effet, nous l'avons vu à propos de la greffe, la notion de donataire et de donateur peut s'inverser, la « parité » n'existe pas pour le phénomène de la donation et le jeu des acteurs est en permanence changeant. En s'éloignant d'une conception économiciste du don, le soignant se voit débarrassé de son habit de bon soignant ; celui qui donne à l'autre, sans compter. Comme l'a montré Emmanuel Levinas, la souffrance qui se montre ne résulte pas d'un appel de l'Autre, il s'agit d'une monstration de l'Être qui n'est plus que souffrance (Levinas, 2011, p.55) et qui nous oblige, au sens où cette apparition ne peut nous laisser indifférent et nous entraîne vers une véritable sortie de soi. Le soin est à prendre dans cette dimension, où la donation est permanente et fait du soignant (et du malade), un donateur autant qu'un donataire qui reçoit. Ce qui est adonné l'est indépendamment d'une intention.

Récemment, les soignants ont été désignés comme autant de héros, bravant les dangers et capables de dépassement, de « se donner » en quelque sorte. La prime au mérite qui leur est proposée prend le trait du contre don. Mais, elle relève du contresens, sinon de considérer les multiples donations quotidiennes qui apparaissent tant aux malades qu'à celles et ceux qui dispensent des soins (« sans compter »), comme une portion de l'échange marchand. C'est une manière d'annuler la dette en faisant rentrer les protagonistes dans « l'anneau circulaire », pour reprendre les termes de J. Derrida. Ceux qui conçoivent le soin comme une rédemption ne peuvent qu'être déçus, ceux qui attendent un contre-don également. Alors que l'intention de donner risque de nous faire pénétrer dans l'aire dangereuse de la compassion (Zweig, 2012), il est préférable de se résoudre : il n'y a pas de chose donnée dans le soin. Le don n'existe pas entre les protagonistes, d'aucuns ne peuvent le revendiquer. Seule la donation demeure. Elle échappe à tout calcul et ne produit de plus-value pour personne. La seule richesse, et non des moindres est d'avoir été là au moment du « présent ». Il n'est d'ailleurs pas neutre que le mot présent nous offre plusieurs sens, tant dans notre langue que dans celle de Shakespeare.

Conclusion

Promouvoir l'échange est un leitmotiv à l'hôpital et chacun d'entre nous s'efforce de répondre favorablement à cette injonction, avec le souci d'être de bon commerce avec les malades, de se mettre à leur portée - quelle condescendance ! -, d'être à l'écoute. Ce qui est proposé là procède plus de la disponibilité que de l'échange. Dénuée d'une quelconque intention de donner, ou d'une attente de recevoir, la disponibilité envers l'autre oriente tout autant vers le rôle du donataire que celui du donateur. En effet, si l'idée du soignant qui donne des soins est bien ancrée, il faut reconnaître que nous recevons également des malades, précisément grâce à la disponibilité dont ils font preuve. Attention, le sens attribué à ce mot peut prêter à confusion, renvoyant à l'assujettissement du patient qui se tiendrait à disposition. Plus justement, il s'agit de la disponibilité aux choses qui se montrent et donc qui se donnent. Qui des deux, du soignant et du soigné, est le

plus disponible à l'autre ?

Malheureusement, ces moments où la disponibilité du soignant est féconde, ne sont pas reconnus, ni même identifiés, encore moins promus par l'institution hospitalière. Ainsi, cette disponibilité à laisser apparaître sans être tenu d'intervenir, sans devoir en répondre, questionne à son tour, remet en question le découpage du temps du soignant ; durée au sein d'une plage horaire, d'un roulement. Quel sens prennent ces instants imprévisibles qui requièrent une entière disponibilité pour apparaître ? Quelle durée leur *allouer* ?

RÉFÉRENCES

- Bourdieu Pierre (1930 – 2002). (1994). Raisons Pratiques. Sur la théorie de l'action. Paris : seuil
- Derrida Jacques (1930 – 2004). (1991). Donner le temps. La fausse monnaie. Galilée.
- Hénaff Marcel (1942). (2012). Le don des philosophes. Ed du seuil. (coll. l'ordre philosophique)
- Husserl Edmund (1859 -1938). (2000). L'idée de la phénoménologie. (8è éd.). Paris. puf.
- Marion Jean-Luc (1946). (2005). Étant donné. (1è éd.). Paris : puf. (coll.Quadriges).
- Levinas Emmanuel (1906 – 1995). (2011). Le temps et l'autre. Paris : puf.
- Mauss Marcel (1872 – 1950). (2007). Essai sur le don, 1924-1925, Paris : puf. (coll. Quadriges).
- Sénèque (4 av. J.-C – 65 apr. J.-C). (1996). Les bienfaits. Livre 1. Paris : Gallimard. (Coll tel.)
- Shakespeare William (1564 – 1616). (2008). Le Marchand de Venise. Le livre de poche.
- Steiner Philippe (1955). (2010). La transplantation d'organes. Un commerce nouveau entre les êtres humains. Paris : Gallimard (Nrf).
- Zweig Stefan (1881 – 1942). (2010). La pitié dangereuse. Paris : Grasset.