



M^{me} Morosa ou l'une de vos patientes difficiles

Bruno Hébert

avec la collaboration de Marie-Claude Rhéaume

« C'est là qu'est le secret du bonheur et de la vertu – aimer ce qu'on est obligé de faire. »

— Aldous Huxley

IL Y A DIX ANS, à la suite de la rupture d'un anévrisme cérébral, M^{me} Morosa devenait hémiparétique et était atteinte d'un syndrome frontal. Elle a aujourd'hui 65 ans, souffre d'hypertension artérielle, de diabète et d'insuffisance rénale chronique. Elle réside depuis quelques années dans un CHSLD. M^{me} Morosa, une ancienne infirmière, est placée depuis son accident sous le régime de la curatelle publique. Elle est jugée inapte à gérer ses biens, mais apte à consentir à ses soins.

Fumeuse et grande consommatrice de médicaments, elle a des demandes jugées excessives par le personnel qui la soigne, des exigences qui, certains jours, exaspèrent tout le monde... Pour contrer un malaise, par exemple, il lui faut à tout prix tel médicament, tel test précis ou la consultation de tel spécialiste, quand ce n'est pas des cigarettes, de la nourriture ou des bonbons, le genre de gâteries que lui interdit son état. Ses rapports avec le médecin sont souvent difficiles. Elle ne se gêne pas pour l'accaparer lorsqu'il fait sa tournée et pour réitérer ses exigences malgré les refus amplement justifiés de ce dernier qui lui a pourtant fourni de bonnes explications. Bref, elle est capable de monopoliser à elle seule l'attention de toute l'équipe soignante, au détriment des autres patients.

Après quelques années, son insuffisance rénale

chronique augmente, ce qui, selon le néphrologue, justifie une dialyse. M^{me} Morosa désire suivre ce traitement, même si elle est au courant des contraintes imposées. Son médecin est un peu réticent à ce qu'elle ait accès à la dialyse. Connaissant sa manière de fonctionner, il doute qu'elle puisse tolérer longtemps les contraintes et se demande, compte tenu du contingentement, si elle ne prend pas la place d'un autre malade plus à même d'en profiter.

Comme de juste, dès le début du traitement, elle ne respecte pas les consignes. Elle boit trop de liquide, cache du sel dans sa chambre et ne suit pas la diète prescrite. On doit même lui couper l'accès aux lavabos pour l'empêcher de boire. Or, voilà que, durant les traitements, elle subit une embolie pulmonaire et fait une crise d'angine. Au bout de deux mois, elle ne supporte plus la restriction liquidienne. Elle est fatiguée; les allers-retours à l'hôpital « la tuent ». Elle n'est cependant pas déprimée. Elle demande que cesse la dialyse, même si elle connaît les répercussions qui s'ensuivront et sait pertinemment que l'issue, à plus ou moins brève échéance, sera fatale.

Tout médecin a rencontré au moins une fois dans sa vie professionnelle un patient difficile qui le dérange au plus profond de lui-même et qui l'oblige à se questionner sur ses sentiments, ses comportements et ses compétences. Comment demeurer bienveillant dans une telle situation? Comment écouter et comprendre l'humain en détresse devant soi et en ressortir grandi? Laissez-vous porter par ce texte de réflexion.

Questionnement et précautions

Voilà donc une traversée pénible à vivre pour la patiente et préoccupante pour le personnel soignant. Comment réagir en pareille situation lorsqu'on est le médecin traitant?

M. Bruno Hébert est philosophe de formation, professeur de carrière, peintre et essayiste à Joliette. La D^{re} Marie-Claude Rhéaume, médecin de famille, exerce en clinique privée à Charlesbourg.

Quelle attitude prendre pour ne pas déroger à son idéal d'aidant et s'en tirer sans trop d'égratignures dans le rôle d'accompagner cette personne au caractère d'autant plus revêché qu'elle traverse une période difficile ?

Il n'y a pas, bien sûr, de réponse toute faite à cette question, car il s'agit d'un cas particulier, qui se traite « en particulier », nullement « en général » comme dans les livres. M^{me} Morosa n'est pas n'importe qui, son histoire n'est pas celle de tout le monde non plus. Le personnel en connaît un bout sur son caractère et sur ses maladies. N'empêche qu'on ne peut connaître un individu que de façon imparfaite, jamais à fond. Le jour où M^{me} Morosa mourra, elle emportera avec elle, comme tout le monde, une bonne part de son mystère. Autant dire que la connaissance sur le terrain n'atteint jamais la simplicité et la clarté de la connaissance théorique. En conséquence, la performance du personnel aidant ne peut guère atteindre qu'une perfection relative.

Ce qui ne signifie pas, ici, qu'il n'y a rien à savoir, ni rien à faire. On peut dire qu'aux yeux de la médecine, les maux de M^{me} Morosa sont traitables. Ils le sont pour autant qu'on puisse les nommer, c'est-à-dire les assimiler aux cas généraux déjà catalogués, connus et traités par la science. Par contre, on peut penser qu'il n'y a pas ici que du traitable, à cause notamment des limites de la connaissance et de la technique. Et la part de l'inéluctable, dans le cas qui nous occupe, est connue.

Il faut dire que chez le médecin s'activent un côté humain et un côté professionnel, l'un ou l'autre tenant le premier rôle selon la conjoncture. Le côté professionnel peut apprendre du côté humain, c'est sûr, à condition qu'il ne se laisse pas envahir par la passion. Il faut concilier les deux facettes du métier. On peut être champion dans sa profession, d'une compétence éprouvée, sans être pour autant un virtuose dans l'art d'apprivoiser l'algarade. Force nous

est d'admettre que le royaume de l'humain est complexe et incertain.

Pour le médecin, ce qui fait problème avec M^{me} Morosa, ce n'est pas tant l'aspect médical de la relation que l'aspect humain. En effet, une fois le mal diagnostiqué et les soins disponibles prodigués, que reste-t-il à faire sinon assumer l'humain, c'est-à-dire accompagner une personne malmenée par la vie qui, par-delà son comportement manipulateur et ses sautes d'humeur, est bien obligée de supporter les aléas d'une santé qui s'en va en déclinant.

Rude épreuve pour les accompagnateurs ? Sans doute, mais une épreuve assortie d'un pressant appel au dépassement, car c'est souvent au milieu des difficultés qu'on progresse dans l'art de secourir les autres. Si tous les malades étaient des modèles de détachement et de compréhension, le personnel ne risquerait-il pas de dormir sur ses bonnes habitudes ? « Faute d'adversaire, le courage s'étiole », disait déjà Sénèque. Manifestement, tel n'est pas le cas ici.

Ici, il y a, d'une part, une patiente lourdement hypothéquée, en même temps capable de mauvaise humeur, de résistance, parfois même de chantage affectif, c'est-à-dire de manipulation. Il y a, d'autre part, un médecin généraliste dans la force de l'âge, en pleine possession de ses capacités et riche d'une sensibilité naturelle supérieure à la moyenne. Comment vivre la rencontre avec M^{me} Morosa de façon constructive pour les deux parties ? – Voilà toute la question.

Accompagner pour aider

Pour bien comprendre les réactions de la malade, le médecin essaiera d'abord d'imaginer ce qui se passe dans la tête de cette dernière, la nature et la force des sentiments qui l'habitent. Après tout, il n'est pas nécessaire d'être passé par la mort pour compatir aux souffrances des agonisants. De même, ici, le médecin essaiera de pénétrer ce qui est caché, attendu qu'il

Il faut dire que chez le médecin s'activent un côté humain et un côté professionnel, l'un ou l'autre tenant le premier rôle selon la conjoncture. Le côté professionnel peut apprendre du côté humain, c'est sûr, à condition qu'il ne se laisse pas envahir par la passion. Il faut concilier les deux facettes du métier.

Repère

est plus facile de composer avec les blocages quand on en connaît la cause. Ici comme ailleurs, même s'il faut patienter, la vérité peut finir par gagner. Elle devient alors libératrice.

Il ne s'agit donc pas de céder par complaisance aux caprices de la patiente, mais de comprendre cette dernière pour l'aider à recouvrer son aplomb avec ce qu'il lui reste de fierté et d'autonomie. Au lieu d'essayer de « contrôler » la situation par des questions dirigées, le médecin gagne à porter toute son attention sur la personne. Il gagne à adopter une attitude non verbale d'écoute et de compréhension, car on peut parier que le principe actif de la rencontre, en ce qui concerne l'efficacité, se trouve surtout du côté de la malade.

Le philosophe Max Scheler a longuement réfléchi dans son ouvrage *Nature et formes de la sympathie* sur les différentes figures que prend ce qu'il appelle « la participation affective¹ ». Il s'est demandé, entre autres, par quels processus et dans quelle mesure les sentiments vécus par les autres peuvent nous apparaître directement intelligibles. Il entend par « sympathie » à peu près ce qu'on entend en français par « compassion ». À noter, du reste, que ces deux termes tirent leur sève de racines linguistiques apparentées : « sympathie » vient du grec *sun pathein* : souffrir avec ; « compassion » vient du latin *cum pati* : je souffre avec*.

Compatir, pour cet auteur, c'est « souffrir de la souffrance d'autrui, en tant que d'autrui¹ ». La compassion, en ce sens, diffère de la fusion affective (le coup de foudre des amoureux, par exemple) et du sentiment-contagion (l'assemblée syndicale survoltée, par exemple). Ces deux montées émotives prennent trop de place dans le psychisme pour permettre la réflexion. Aussi, elles ne sont pas vécues comme étant « d'autrui », mais comme étant « de soi », comme « allant de soi », pourrait-on dire. Elles prennent dans la conscience, faute de recul, la force de l'évidence, d'une évidence qu'on croit fondée comme toute évidence sur la nature des choses. Par malheur, ces « bouffées de certitude » n'ont pas la réputation de tenir la route bien longtemps. « Quand on n'a pas de vie véritable, remarque Tchekhov, on la remplace par des mirages. »

* À noter que le mot « sympathie » a plus d'extension en français que le mot « compassion », car il couvre aussi les joies, pas seulement les peines, ce qui n'est pas le cas de la compassion.

Dans l'idée de compassion que Scheler met de l'avant, l'aidant ne s'identifie pas à l'aidé au point de souffrir de sa souffrance. Compatir, ici, c'est prendre part à la souffrance de l'autre, certes, mais sans s'y laisser « embarquer ». La compassion ainsi considérée n'a pas la fulgurance des forces instinctives qui s'activent dans la fusion amoureuse ou dans la contagion. Elle permet de participer aux états affectifs de l'autre, mais « par un acte d'attention réfléchi² ». Au fond, elle veut s'établir dans la conformité au réel, en toute vérité, plutôt que de s'abandonner à la spontanéité des pulsions, sans doute bien naturelles, oh ! combien explicables, mais irresponsables en quelque sorte, proches de l'enfance, proches de l'instinct, proches de l'animalité.

Tandis que la compassion dont il s'agit ici est proprement humaine puisqu'elle nécessite, au milieu de la tempête, un acte de la volonté et qu'elle tend vers la sagesse. D'où la supériorité sur le plan éthique de cette sorte de sympathie réfléchie par opposition à la bouillante communion qu'on appelle également « sympathie », mais qui n'a pas le même poids intellectuel, ni les mêmes conséquences.

La souffrance de l'aidant, avons-nous dit, n'est pas celle de l'aidé. Voici un exemple susceptible d'illustrer cette distinction. Supposons que mon meilleur ami vient de perdre sa mère. J'ai de la compassion pour lui pour la simple raison qu'il est mon ami. Quand je lui offre « mes sympathies », je lui manifeste que je ne suis pas du tout indifférent à ce qui lui arrive. Je lui offre ma sincérité, et il l'accepte. Je n'entends tout de même pas signifier par là que sa souffrance est aussi la mienne. Lui, il est accablé par le départ de sa mère, cela se comprend. Tandis que moi, je prends part à son deuil, bien sûr, mais comment pourrais-je souffrir de sa souffrance, alors que je n'ai croisé sa mère que deux ou trois fois dans ma vie ?

De même, quand on dit que le médecin compatit aux malheurs de M^{me} Morosa, on ne dit pas qu'il souffre de la même misère. On dit qu'il prend part à sa souffrance, c'est-à-dire qu'il prête attention à sa personne, qu'il évite de la juger, qu'il la reconforte, si l'on veut, par la qualité de sa présence, mais tout cela « à tête reposée », pourrait-on dire, en sauvegardant son pouvoir d'intervention en cas de besoin. Et s'il communie à la souffrance de l'autre, c'est parce qu'il le veut bien, non pas parce que « c'est plus fort que lui ».

Rien, ici, de fusionnel, donc. Rien qui ressemble à de la contagion, rien non plus qui se rapproche de la pitié, cette grande humiliatrice dont parle Balzac : « Le sentiment que l'homme supporte le plus difficilement, dit-il, est la pitié, surtout quand il la mérite. La pitié tue, elle affaiblit encore notre faiblesse ».

Bref, le problème du soignant est qu'il doit « garder toute sa tête », faire attention pour comprendre et soutenir, tandis que celui de la soignée est d'apprivoiser son mal en vue de recouvrer, si possible, un peu de paix intérieure, ne serait-ce que devant l'inéluctable.

Si, en réponse aux ruses ou aux méchancetés de la plaignante, le médecin se laisse gagner par l'indignation ou la colère, c'est comme s'il perdait ses moyens. Il est à prévoir qu'il sera alors privé de sa liberté émotionnelle et que son rôle d'aidant se réduira, si tant est qu'il persiste, à celui de l'aveugle guidant un autre aveugle. À moins que, blessé dans sa fierté, il ne devienne le défenseur éploré de sa bastille assiégée.

Par contre, s'il garde la maîtrise de lui-même, il sera bien placé pour comprendre, c'est-à-dire pour prendre conscience que la partie qui se joue entre lui et la malade n'est pas égale et qu'il lui revient d'en tenir compte. Sa difficulté à lui, l'aidant, est relativement mineure : c'est de composer, le temps des entrevues, avec une malade exigeante, détestable par moments, peu portée à reconnaître d'emblée la qualité des soins prodigués et le mérite du professionnel à son service.

Même si la conduite de la patiente, à certains égards, a quelque chose de révoltant, ce n'est tout de même pas le temps de lui apprendre à vivre. Il faut voir ici que son fardeau à elle est autrement plus lourd à porter que celui du médecin. Elle doit subir jour après jour ses divers maux physiques, s'endurer elle-même dans les passes « mouvementées », vivre coupée de toute vision d'avenir et assister impuissante à l'écroulement de son monde à elle – ce n'est pas rien – avec les habitudes, la sécurité et les petits bonheurs qui s'y rattachent.

La disproportion des misères ici comparées crève les yeux. Elle incite le médecin à oublier le poids des entrevues, à distraire son regard de ses problèmes personnels et à prendre conscience du profond désarroi dans lequel se débat la patiente. Bravo, s'il parvient, au milieu des intempéries, à se représenter la souffrance de l'autre et à lui communiquer quelque

chose de cette compréhension ! Car le rôle de l'accompagnateur, ce n'est pas seulement de comprendre pour sa propre gouverne, mais de partager, d'échanger, de rendre la patiente capable d'une éventuelle maîtrise d'elle-même.

Qu'advient-il de tous ces efforts ? On ne saurait dire. Une fois que l'accompagnateur a fait ce qu'il avait à faire, tout peut arriver avec M^{me} Morosa, y compris le déblocage. On touche ici aux limites de la casuistique[†], cette étude du fait contingent. Tant et aussi longtemps qu'on colle de près au concret, on ne peut jurer des résultats ; surtout qu'ici les acteurs évoluent dans un lieu de liberté et que la réussite de l'entreprise exige le consentement et la participation des deux parties, sans oublier l'appoint souhaitable d'un peu de chance. Chose certaine, si la patiente recouvre enfin la paix intérieure, c'est d'abord qu'elle l'aura voulu.

Compassion et sensibilité

Que le médecin soit, comme il est dit plus haut, d'une sensibilité naturelle « supérieure à la moyenne », doit-on y voir un avantage ou un inconvénient ? Tout dépend, pourrait-on répondre, des zones de sensibilité des deux personnes. Il est clair qu'un accompagnateur dépourvu de sensibilité serait désavantagé en comparaison d'un autre plus sensible. Mais sensible à quoi ? – Voilà surtout la question qu'il faut se poser !

Imaginons qu'un médecin, par trait de caractère et par sociabilité, soit habituellement inquiet de l'opinion que les gens se font de lui. Supposons qu'il ait à accompagner un patient qui, par tempérament, est au contraire rempli de lui-même et d'une soif de domination à nulle autre pareille. Quelles seraient les chances de réussite d'un pareil tandem dans l'œuvre de l'accompagnement réfléchi dont nous parlons ? Tout à fait nulles, probablement. Pourquoi ? Parce que la tentation d'acquiescer du pouvoir à peu de frais est trop forte chez le forban pour qu'il renonce à satisfaire son appétit. « Il ne faut pas tenter le diable », comme dirait Sancho³.

[†] On appelle « casuistique » au sens large « tout examen d'un cas particulier à la lumière des principes dont il relève ». « En soi, écrit A. Bayer, la casuistique est le complément de toute morale théorique qui prétend atteindre la vie, comme la jurisprudence est le complément de la législation. »

Théoriquement, il est manifeste que la sensibilité est un atout précieux dans l'élaboration des relations humaines, qu'elle permet de connaître les autres et de se faire connaître. Aucun doute là-dessus, à condition qu'il ne s'agisse pas d'une hypersensibilité. Nous en avons donné plus haut la raison. Si l'on poussait à bout l'argument, on pourrait en arriver à dire à la suite du vieux de La Fontaine : « Les délicats sont malheureux, rien ne saurait les satisfaire. » Mais laissons là ce mauvais exemple et revenons à M^{me} Morosa et à l'office du médecin qui l'accompagne.

Aux yeux de Scheler, la sympathie porte sur la personne d'autrui, non sur soi-même aidant. L'état affectif de M^{me} Morosa demeure dans la pensée de son médecin, mais n'est nullement le sien, ce qui revient à dire que « nous pouvons partager une joie ou une souffrance sans nous réjouir ou souffrir nous-même¹. »

Certes, il existe des gens qui ne s'intéressent aux autres « qu'en proportion des joies et des tristesses qu'ils ont eux-mêmes éprouvées dans leur vie¹. » On ne peut alors parler de compassion, car il faut, dans la compassion, l'attention à l'autre. Même remarque en ce qui regarde le cataplasme consolateur de l'ami maladroit qui fait dans le genre comparatif : « Il y a pire cas que le vôtre, vous savez. Prenez ma tante, par exemple... ». Non, la sympathie positive et pure comme la conçoit notre auteur « consiste à s'abstraire de soi-même, à se dépasser pour se mettre résolument en présence d'un autre et de son état psychique individuel¹. »

Une question d'empathie

Aujourd'hui, il est vrai, on parle plus volontiers d'empathie que de sympathie ou de compassion. Pourtant, la définition commune de l'empathie ne s'éloigne guère de l'état affectif dont nous parlons. L'empathie, d'après le dictionnaire, c'est « la connaissance d'autrui par communion affective ou sympathie ». Carl Rogers y ajoute une visée supplémentaire : essayer de se mettre dans le peau de l'autre pour mieux comprendre. « Percevoir de manière em-

pathique, écrit le psychothérapeute, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui comme si on était cette personne – sans toutefois perdre de vue qu'il s'agit d'une situation comme si⁴. »

De plus, Rogers enrichit sa définition d'une technique d'écoute dont toute personne, sans être psychothérapeute, peut tirer profit. Sa méthode, entre autres, interdit à l'aidant de porter des jugements de valeur sur la personne qu'il accompagne. Elle lui défend de l'abreuer de conseils, comme si la gestion de ses problèmes, en vertu d'on ne sait quel pouvoir, lui revenait de droit. Son procédé repose, par contre, sur la conviction que toute personne, quelles que soient les contre-indications de surface, aspire au plus profond d'elle-même à se réaliser. Pour faciliter chez le malade en situation de guérilla l'accouchement de dispositions positives, Rogers recommande de reformuler les propos de ce dernier, technique de son invention qui permet à l'accompagnateur de servir de miroir à son vis-à-vis afin de lui permettre, dans les meilleurs cas, de s'objectiver lui-même et de découvrir par ses propres moyens de quoi résoudre l'impasse psychologique dans laquelle l'a jeté la maladie.

REMARQUONS EN TERMINANT que le rôle d'accompagnateur ne revient pas systématiquement au médecin ni au personnel soignant. Tout le monde n'est pas psychothérapeute et n'a pas à le devenir. Par contre, en milieu de santé, il se trouve que, selon l'occasion et le bon sens, chacun dans son élément doit souvent accompagner des malades en situation difficile. Tous les patients n'ont pas le caractère de M^{me} Morosa. Dieu merci ! N'empêche que les situations délicates ne sont pas rares. Qu'on procède alors selon son charisme propre, aidé d'une méthode s'il le faut, est approprié. Voilà qui va dans le sens du devoir de bienveillance et de l'idéal cultivé par les disciples d'Hippocrate qui ambitionnent de vivre au mieux leur humanité et les exigences de leur profession. L'éthique, faut-il le rappeler, ne vise rien d'autre que l'épanouissement de ce

Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui comme si on était cette personne – sans toutefois perdre de vue qu'il s'agit d'une situation comme si.

Repère

Communiqués de presse et autres documents

- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec procède à l'élection de son Bureau et annonce ses priorités pour 2005 – 20 décembre 2004
- **Communiqué de presse** – Les médecins omnipraticiens s'inquiètent de certaines affirmations faites par M^{me} Louise Harel sur les relations médecins-pharmaciens et leurs impacts sur l'utilisation des médicaments – 16 novembre 2004
- **Lancement du nouveau site Internet de la FMOQ** – 11 novembre 2004
- **Lettre aux médias des trois fédérations médicales FMOQ-FMSQ-FMRQ** – Les médecins en ont assez ! – 6 novembre 2004
- **Communiqué de presse** – La FMOQ satisfaite de l'issue de la conférence fédérale-provinciale sur l'avenir des systèmes de santé au Canada – 16 septembre 2004
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – Un menu chargé pour l'automne – vol. 24, n° 2, septembre 2004
- **Communiqué de presse** – La FMOQ appuie la position du premier ministre Jean Charest à la conférence fédérale-provinciale sur l'avenir des systèmes de santé au Canada – 13 septembre 2004
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec appuie la position de Jean Charest au Conseil de la fédération – 30 juillet 2004
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec propose des solutions pour une utilisation optimale des médicaments – 20 mai 2004
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fondation OLO : une cause commune – 19 mai 2004
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec appuie les démarches des médecins résidents – 4 mai 2004
- Lettre du président en réaction à l'article de M. Claude Picher « Le médecin et le vendeur de pré-larts », en page 5 du cahier Affaires de la Presse du mardi 20 avril 2004 – L'accès aux soins est aussi une priorité pour les omnipraticiens – 26 avril 2004

www.fmoq.org

Summary

Ms Morosa, lessons learned from a difficult patient. Every doctor has encountered at least once in his professional life a difficult patient. Ms Morosa is one of them. She is hemiplegic, has frontal syndrome and terminal renal failure. She insists on having every diagnostic tests and medication available but then she does not follow orders. How can a doctor be unaffected and at the same time remain compassionate? From a study of the philosopher Max Scheler on the knowledge of others by means of compassion and from the lived experience, one comes to think that self-control, attentive listening of the patient and faith in the capacity of the patient to recover his balance are the basic conditions of supportive care and attention susceptible to end in some success. This method aims at bringing the patient to an understanding and acceptance of what is happening to him or her so as to improve his or her fate by finding peace of mind. The health professional has not only a medical role but a very humane one too.

Keywords: compassion, empathy, humaneness, distress, doctor-patient relationship, supportive care and attention

qu'il y a de meilleur dans l'homme, en même temps que la construction d'une cité plus fraternelle. ☺

Date de réception : 17 octobre 2004

Date d'acceptation : 5 novembre 2004

Mots-clés : compassion, empathie, humanité, détresse, relation médecin-patient, accompagnement

Bibliographie

1. Scheler M. *Nature et formes de la sympathie, contribution à l'étude des lois de la vie affective*. Ouvrage paru en 1913 en allemand, traduit par M. Lefebvre. Paris : Petite bibliothèque Payot ; 1971.
2. Saint-Jean F. *Vocabulaire du langage philosophique*. Paris, P.U.F., au mot « sympathie » : 1969.
3. Sur l'opposition Orgueil et Vanité qui a inspiré ce passage, voir Lacroix J. Le Sens du dialogue. Dans : *Être et Pensée*. Neuchâtel : Édition de la Baconnière ; 1965 : 28-32.
4. Rogers C. *Psychothérapie et psychologie humaine*, I. Nauwelwerts ; 1962 ; pp.187-8.

P. S. Nous apprenions le décès de M^{me} Morosa, deux mois et demi après l'abandon de la dialyse. Cette issue, comme nous l'avions vu, était prévisible.

L'éthique, faut-il le rappeler, ne vise rien d'autre que l'épanouissement de ce qu'il y a de meilleur dans l'homme, en même temps que la construction d'une cité plus fraternelle.

Repère