



HAL
open science

Évaluer l'autonomie du patient : le médecin à l'épreuve de la métaphysique

G Durand

► **To cite this version:**

G Durand. Évaluer l'autonomie du patient : le médecin à l'épreuve de la métaphysique. Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences , 2019, 10.3917/jibes.302.0169 . hal-03602972

HAL Id: hal-03602972

<https://hal.science/hal-03602972>

Submitted on 9 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CHAPITRE 8

EVALUER L'AUTONOMIE DU PATIENT : LE MÉDECIN À L'ÉPREUVE DE LA MÉTAPHYSIQUE »

G. DURAND*

INTRODUCTION

Chloé, 25 ans, nullipare, demande à son gynécologue une contraception définitive. Pierre, 27 ans, détenu au Centre Pénitentiaire, diabétique, refuse son traitement médical. Julie, 17 ans, est atteinte d'un ostéosarcome ; sportive de haut niveau, elle exige une amputation alors que celle-ci n'est pas indiquée sur le plan médical.

* Université de Nantes, France. Maison des Sciences de l'homme Ange-Guépin, 5 Allée Jacques Berque, 44000 Nantes.

Guillaume Durand est Maître de conférences en Philosophie à l'Université de Nantes, chercheur au CAPHI (EA 2163), membre de la Consultation d'Éthique Clinique au CHU de Nantes et à l'Hôpital Mutualiste Jules Verne. Chercheur résident USR 3491 MSH Ange Guépin. Responsable du Parcours « Autonomie, Responsabilité, Soins » au sein du Master d'éthique médicale de l'Université de Nantes. http://www.msh.univ-nantes.fr/26335119/0/fiche___annuaire/&RH=1159878877262
guillaume.durand@univ-nantes.fr

A l'hôpital, les soignants sont souvent confrontés à l'une des plus vieilles questions philosophiques : l'homme est-il libre ? Dans le soin, cette interrogation ne porte pas sur l'homme en général mais sur un individu dans un contexte particulier : une demande de contraception définitive, un refus de traitement vital, etc. A la question trop générale de la liberté humaine, l'éthique et le droit médical substituent celle de l'autonomie de la volonté et de la décision : cette demande du patient est-elle l'expression d'une volonté autonome ? On peut contester sans doute la prise en charge de cette question par le corps médical en y voyant là encore la subsistance du paternalisme médical tant décrié aujourd'hui : si la loi reconnaît le droit d'accès pour tous à tel acte médical, au nom de quel principe, si le patient n'est pas mineur ou sous une mesure de protection judiciaire, lui contester ce droit ? Le médecin devrait-il seulement *informer* son patient de la nature de l'intervention souhaitée, de ses bénéfices et de ses risques, des alternatives possibles, etc. ? Or la loi française et la déontologie médicale exigent davantage qu'une simple relation contractuelle entre le médecin et le patient ; la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dispose ainsi :

« *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » [1]

Le médecin, avant tout acte et tout traitement, *doit* s'assurer de l'autonomie du patient, qui est censée s'exprimer dans un tel consentement. Telle est sa responsabilité. Si un tel consentement est recherché le plus souvent de manière implicite dans les actes quotidiens d'une consultation de médecine générale (auscultation, prescription d'un antibiotique, etc.), ce sont les situations complexes, aux conséquences plus sérieuses pour le patient, qui rendent la recherche et l'évaluation de l'autonomie du patient plus exigeantes.

Dans la logique de la loi de 2002, je distinguerai deux dimensions essentielles de l'autonomie. Premièrement, l'intelligibilité ou la rationalité de la décision : le patient a-t-il bien *compris* la situation et **évalué** les conséquences de ses choix ? Deuxièmement, la liberté : la décision est-elle prise en l'absence de toute contrainte (*spontanéité*) ? Et le patient a-t-il le pouvoir d'agir autrement (*contingence*) ?

Quels sont les outils qui permettent au soignant d'évaluer précisément et objectivement ces deux dimensions fondamentales de l'autonomie du patient ? Il est remarquable qu'on exige du médecin – et aussi du philosophe ou du juriste dans le cadre des consultations d'éthique clinique par exemple¹ – qu'il réponde à l'une

¹ Il en existe aujourd'hui plus d'une dizaine en France dont beaucoup font intervenir des soignants

des questions les plus complexes qui traverse l'histoire de la philosophie et de la métaphysique : comment prouver la liberté d'une décision ?

I. LA RATIONALITÉ DE L'ACTION

L'autonomie suppose un ensemble de capacités intellectuelles telles que l'intention, la compréhension, la réflexion, le jugement, la délibération, la maîtrise du temps (assimilation, rétention, anticipation), la prise de décision, le contrôle de ses émotions, etc. Une multitude de capacités cognitives qu'il est intéressant de hiérarchiser : mon autonomie est moins entravée par la perte de la capacité à prendre une décision et à agir en conséquence, par exemple lors d'un état dépressif, que par la perte ou l'absence de capacités plus abstraites telles que la compréhension et le raisonnement. Si le patient dépressif ne réussit pas à décider de se laver, il *sait* qu'il devrait le faire. Dans ce cas, il a conscience de ses difficultés et accepte plus volontiers l'aide d'un tiers voire recherche par lui-même à obtenir de l'aide.

Dans cette première dimension psychologique, l'autonomie présente une multiplicité de degrés : elle est plus ou moins grande en fonction du degré de conscience, de compréhension et de raisonnement dont est capable le sujet dans un contexte particulier. Plutôt qu'une propriété catégorielle, qui impliquerait qu'un individu *est ou n'est pas* autonome – tel est le sens juridique binaire de l'autonomie – l'autonomie est une propriété graduelle et variable : un individu est *plus ou moins* autonome dans telle situation et à tel moment de son existence (lors d'une maladie, suite à un deuil, avant un examen, en état d'ivresse, etc.) – ainsi contextualisée, on emploie aussi le terme de *compétence* entendue simplement comme « la capacité à exécuter une tâche » [2]. T. Beauchamp et J. Childress distinguent ainsi trois niveaux essentiels d'incapacités [3] – que je reprends ci-dessous en termes de capacités :

A. *Expression* :

1) *La capacité à exprimer ou à communiquer une préférence ou un choix ;*

B. *Compréhension*

2) *La capacité à comprendre la situation dans laquelle on se trouve et ses conséquences ;*

3) *La capacité à comprendre l'information pertinente ;*

(médecins, infirmiers, etc.) et des non-soignants (philosophes, juristes, sociologues, etc.). Pour une présentation de ces consultations, voir par exemple : Durand, G. (2014), « La consultation d'éthique clinique : comment respecter l'autonomie du patient ? » *Ethique et santé*, Elsevier Masson, Volume 11, Issue 2, pp. 111-117.

C. Raisonnement

- 4) La capacité à apporter une raison ;
- 5) La capacité à apporter une raison rationnelle ;
- 6) La capacité à apporter des raisons relatives aux risques et avantages ;
- 7) La capacité à parvenir à une conclusion raisonnable (jugée raisonnable par une personne capable de jugement).

Un enfant de 4 ans, qui n'est pas atteint de déficiences intellectuelles lourdes, est capable d'exprimer une préférence voire un choix² (« **Je ne veux pas jouer avec Pierre** »), **de comprendre la plupart des situations dans lesquelles il se trouve, de réfléchir avant d'agir aux conséquences de ses actes, de faire le tri entre des informations que lui délivrent un adulte pour ne sélectionner que celles qui l'intéressent (en vue d'atteindre un but) mais aussi de formuler** des raisonnements simples. Cependant, dans certains contextes, les raisons qu'il donne pour justifier ses choix ne sont ni rationnelles ni raisonnables : « Je ne veux pas jouer avec Pierre *parce qu'il a les cheveux bouclés* ».

On peut articuler cette conception scalaire [4] de l'autonomie avec une conception catégorielle par la recherche et la reconnaissance d'un *seuil* d'autonomie à partir duquel la décision d'un individu est reconnue comme autonome. T. Beauchamp et J. Childress **défendent ainsi l'idée** d'une « autonomie substantielle » qui doit être évaluée dans des contextes toujours particuliers :

« La limite entre ce qui est substantiel et ce qui ne l'est pas apparaît souvent comme arbitraire. Pourtant, des seuils marquant des décisions substantiellement autonomes peuvent être soigneusement fixés à la lumière d'objectifs spécifiques, par exemple, une prise de décision sérieuse. (...) Des critères appropriés d'autonomie substantielle sont par conséquent mieux abordés à la lumière d'un contexte particulier. » [5]

Accepter une appendicectomie de manière éclairée exige davantage de capacités intellectuelles que d'accepter de prendre un simple antalgique pour calmer une migraine : l'acte chirurgical est en effet plus complexe et aussi plus risqué que la simple prise de paracétamol. Telle est la *stratégie de l'échelle variable* qui consiste à adapter le degré d'autonomie exigé en fonction de la complexité de la décision à prendre : principalement, le degré d'incertitude du diagnostic et/ou du pronostic, le

² A la suite d'Appelbaum et Grisso, je fais ici la différence entre les deux : le choix exige davantage de capacités intellectuelles que la simple préférence en ce qu'il est stable et perdure. Une préférence peut être comprise comme instantanée et fugace. Voir Appelbaum et Grisso, *op. cit.*, p. 1635.

nombre d'options thérapeutiques envisagés, la complexité de la situation médicale en tant que telle mais aussi l'importance des répercussions de la décision dans l'existence. Le philosophe américain J. F. Drane [6] distingue trois catégories de situations médicales (de la plus simple à la plus complexe) :

La première catégorie concerne des décisions médicales qui sont objectivement dans l'intérêt du patient et dont les bénéfices sont certains et élevés et les risques très faibles. Peu ou aucune alternative n'est possible. Le degré minimal de capacité exigé est ici la simple conscience et la capacité à consentir de manière explicite ou même implicite. Un enfant de 10 ans, une personne atteinte de déficience intellectuelle modérée, ou encore certaines personnes souffrant de pathologies mentales légères à modérées sont reconnues ici comme autonomes. Dans ces situations, le patient incompetent est le plus souvent une personne reconnue comme légalement incompétente : un patient dans le coma, un nourrisson, une personne atteinte de déficiences intellectuelles profondes ou souffrant de troubles psychiatriques sévères, etc.

La seconde catégorie concerne les situations d'incertitude diagnostique et/ou pronostique. La balance bénéfice/risque est ici nuancée et plusieurs voies thérapeutiques (dont celle d'un arrêt des traitements) sont proposées au patient. Dans cette situation, le soignant doit exiger des capacités de compréhension et de raisonnement : la compréhension de la situation médicale et des traitements proposés, l'appréciation de la part d'incertitude, la capacité de comparer les alternatives proposées et de prendre une décision basée sur cette compréhension. L'adolescent ou certaines personnes atteintes de troubles mentaux (narcissiques, obsessionnels, *borderline*) sont reconnus comme autonomes. Les individus jugés incompetents sont, en plus des types cités dans la première catégorie, les personnes souffrants de troubles sévères de la personnalité, phobiques, ou encore ayant des troubles de la mémoire à court terme qui entraverait leur compréhension et leur raisonnement.

La troisième catégorie concerne des décisions dont les conséquences sont dangereuses pour la vie du patient et surtout « contraires à la rationalité tant professionnelle que publique » [7] : consentir à un traitement inefficace, par exemple, ou refuser un traitement vital dont les bénéfices sont pourtant certains. Le sujet incompetent, en plus des types précédents (l'adolescent par exemple), est un patient « ambivalent », qui peut avoir des « croyances fausses sur la réalité », hystérique ou encore dépressif. Le patient autonome est légalement compétent, réfléchi et autocritique. Le soignant exige de lui qu'il apprécie la situation et qu'il justifie sa décision, de manière cohérente, en s'appuyant sur ses opinions et ses valeurs. *L'appréciation de la situation* est ici le degré le plus haut de compétence selon J. F. Drane : une « compréhension qui est à la fois technique et personnelle, intellectuelle et sensible » [8].

Un témoin de Jéhovah refuse toute transfusion sanguine avant une opération chirurgicale importante et risquée. Le patient prend une décision jugée irrationnelle par les professionnels de santé et il met en danger sa vie. Or il est capable de comprendre la situation, les implications de sa requête et il est aussi capable de justifier sa demande par un système de croyances qui, même minoritaire aujourd'hui, est partagé par d'autres. Au regard de l'échelle proposée par J. F. Drane, la décision de ce patient peut être considérée comme autonome. Si sa décision finale (le résultat final de sa délibération) semble irrationnelle pour la plupart d'entre nous, le *processus de décision* en lui-même demeure tout à fait cohérent et rationnel.

II. LA LIBERTÉ DE LA DÉCISION

Aux côtés de la rationalité, l'autonomie requiert la liberté de l'individu à l'égard de différentes formes de contraintes : comme l'indique son étymologie (du grec *auto*, soi-même, et *nomos*, la loi), l'autonomie s'oppose à l'hétéronomie, c'est-à-dire à la condition d'un être qui subirait la loi d'un autre. Pour qu'une action puisse être qualifiée de libre, on exige donc qu'elle soit *spontanée* : la volonté de l'agent est la cause ultime de l'action ou de la décision.

Or l'absence de contrainte est-elle suffisante pour qu'une action soit libre ? Imaginons avec le philosophe J. Locke [9] un homme transporté lors de son sommeil dans une pièce où se trouve l'un de ses amis. Il ignore que la porte est fermée à clé. Il reste volontairement dans la pièce, mais il ne pourrait en sortir s'il le voulait. Son action (rester dans cette pièce) est volontaire et sans doute réfléchi. Cependant, si une action libre est une action qui aurait pu *ne pas être* ou **être autrement** – en d'autres termes, une action indéterminée – alors cet homme n'est pas libre : il voudrait sortir de la pièce qu'il ne le pourrait pas. Certains philosophes ont même défendu la thèse selon laquelle il y aurait des causes qui détermineraient la volonté elle-même ; le libre-arbitre, comme le défend Spinoza dans la célèbre *Lettre à G. H. Schuller*, n'est que l'illusion de l'homme vaniteux :

« Telle est cette liberté humaine que tous se vantent de posséder et qui consiste en cela seul que les hommes ont conscience de leurs appétits et ignorent les causes qui les déterminent. Un enfant croit librement appéter le lait, un jeune garçon irrité vouloir se venger et, s'il est poltron, vouloir fuir. Un ivrogne croit dire par un libre décret de son âme ce qu'ensuite, revenu à la sobriété, il aurait voulu taire. De même un délirant, un bavard, et bien d'autres de même farine, croient agir par un libre décret de l'âme et non se laisser contraindre. Ce préjugé étant naturel, congénital parmi tous les hommes, ils ne s'en libèrent pas aisément. » [10]

Ce sont de telles questions métaphysiques qui se posent lorsque le soignant est face à une situation difficile. Quelle peut être la posture du soignant face à celles-ci ?

A. La décision de Julie

Imaginons que Julie soit face à une décision difficile : accepter de donner l'un de ses reins à son père malade qui lui en fait la demande (A) ou refuser de le lui donner (B) ?

Julie est libre si premièrement elle peut prendre sa décision indépendamment de toute contrainte (spontanéité). Et si, deuxièmement, elle a le pouvoir d'agir autrement (contingence).

1) On peut distinguer et hiérarchiser différents types d'influences, externes et internes, selon leur force coercitive plus ou moins grande. Dans les relations interindividuelles en particulier (influences externes), on distingue l'ordre du convaincre (le père de Julie qui défendrait le don d'organe entre vivants à l'aide d'un argument rationnel), la persuasion et la manipulation (« Pense à tout ce que j'ai fait pour toi ! ») et la contrainte proprement dite. Les influences internes peuvent être classées elles aussi selon des degrés de contraintes variés : besoins vitaux, pulsions, désirs, croyances, opinions, etc. Elles n'entravent pas autant et de la même manière l'autonomie individuelle, ses dimensions physiques et psychiques. Les besoins vitaux par exemple – tels que l'hydratation, l'alimentation, la respiration, etc. – sont des contraintes vitales. Cependant, outre le fait qu'il y a une multiplicité de moyens d'assouvir ces besoins (dans l'alimentation en particulier), l'individu peut librement décider de ne plus y répondre et ainsi de se laisser mourir : le suicide, dans certains cas, peut être considéré comme une décision libre de la volonté. Il en va de même des désirs et des croyances : la question est de savoir si le sujet conserve encore une liberté à leur égard – choisit-il de désirer [11] ou de croire ?

La force coercitive d'une influence dépend de trois éléments³ au moins : le facteur coercitif (une substance, la parole d'un tiers, un besoin, une pulsion, un désir, etc.), le sujet considéré (sa physiologie, son identité génétique, son âge, son histoire, etc.), et le contexte (social, politique, économique, etc.). Des substances telles que l'alcool, le cannabis ou l'héroïne ont un pouvoir addictif variable en raison de leur composition chimique, de l'individu qui la consomme et du contexte (lors

³ Je m'inspire ici de la thèse de Cl. Olievenstein sur les addictions, in *La drogue ou la vie*, Paris, Robert Laffont, 1983, p. 265-273.

d'un deuil, d'une séparation, d'une guerre⁴, etc.). Il est donc difficile, voire impossible, d'établir des lois générales sur les contraintes et les capacités de l'homme à s'en libérer. Revenons à Julie.

Julie subit-elle des contraintes dans sa décision ? En particulier, les regards culpabilisants de son père, de sa mère et de sa fratrie entravent-elle sa liberté de choisir ? Le rôle de l'équipe médicale est de garantir à Julie, en plus d'une information claire et complète (sur les alternatives possibles par exemple : trouver un autre donneur, etc.), les conditions d'une décision libre de toute contrainte : recueillir son consentement ou son refus *en l'absence* de son père et de sa famille mais aussi lui proposer de *déguiser* son refus éventuel auprès de sa famille et de ses proches, etc. Par là, on vise à émanciper Julie des contraintes éventuelles qu'elle pourrait subir mais aussi à lui donner un véritable pouvoir d'agir autrement.

2) La deuxième question est celle du libre arbitre : Julie est libre si elle a le pouvoir de choisir de donner son rein (A) ou de refuser (B) ; en d'autres termes, si nous nous plaçons au moment t_1 où Julie délibère, sa décision est indéterminée [12]. Une personne qui connaîtrait bien Julie pourrait prétendre qu'il existe une forte probabilité (0,7 ou 0,8) pour qu'elle accepte de donner son rein à son père. Mais si la probabilité que survienne (A) est égal à 1 et que par conséquent celle de (B) est nulle, alors Marie n'est pas libre au sens où elle n'a pas le pouvoir de choisir B : au moment t_1 , une seule et unique décision est *en réalité* possible. Admettre que la décision de Julie est libre, c'est admettre que Julie a le pouvoir d'agir autrement : même si Julie aime beaucoup son père, qu'elle n'a pas de problème de santé, etc., elle peut encore et toujours décider de refuser le don. Admettre que Julie est libre, c'est admettre que la décision de Julie reste indéterminée même dans des conditions qui tendent à restreindre sa liberté. Je défends ici une position « incompatibiliste » [13] **selon laquelle le libre arbitre et le déterminisme ne sont pas compatibles. La liberté, dans un système déterministe, consisterait éventuellement à vouloir que les choses arrivent telles qu'elles arrivent** [14] : la seule liberté de celui qui est en phase terminale de cancer et pour lequel plus aucun traitement n'est efficace serait *d'accepter* la mort qui vient. Or s'agit-encore de liberté ? Et comment cette acceptation, ce vouloir, dans un monde déterministe, pourraient-ils échapper aux lois de la nature ?

⁴ On sait par exemple qu'à la fin de la guerre du Vietnam, 20 à 30 % des soldats américains étaient dépendants aux narcotiques. Seulement 9% d'entre eux ont continué à consommer de l'héroïne, les autres ayant stoppé leur consommation le plus souvent grâce au soutien de leurs proches. Voir A. Morel, J-P. Couteron, *Drogues : faut-il interdire ?* Paris, Dunod, « tendances psy », 2011, p. 73.

CONCLUSION

Les soignants jouent un rôle fondamental dans les différentes dimensions de l'autonomie du patient : dans le soin, l'autonomie individuelle est un processus dynamique, relationnel, une *autonomisation* qui dépend à la fois des capacités du patient (à communiquer, comprendre et apprécier une situation, prendre une décision) et des capacités des soignants à s'exprimer dans un langage adapté, à expliquer en termes accessibles mais adéquats des situations complexes, et sans doute aussi à apporter des conseils sur ce qui leur semble la meilleure voie thérapeutique.

L'évaluation de l'autonomie du patient exige du corps médical des réponses à des questions scientifiques et aussi métaphysiques pour lesquelles il n'existe pas de réponse unanime. Sans parler ici des situations d'urgence vitale, où l'évaluation de l'autonomie d'un patient qui refuse un soin vital est difficile, la question se pose, dans les conditions économiques actuelles, à l'hôpital public, des conditions de possibilité du respect d'un consentement véritablement libre et éclairé. Sans doute que des tiers peuvent aider les soignants dans cette recherche, telle une consultation d'éthique clinique par exemple. Or l'évaluation de l'autonomie n'est pas une question éthique proprement dite. La liberté est le fondement de l'éthique : sans liberté humaine, il n'y a pas d'éthique possible. La question éthique des *limites* qu'il faudrait opposer au respect de l'autonomie des patients est bien distincte de celle de l'évaluation de l'autonomie. Si les consultations d'éthique clinique souhaitent participer à la prise en charge de l'évaluation de l'autonomie du patient et de son autonomisation, il faut développer la formation et les compétences des éthiciens qui interviennent dans ce cadre et aussi, en France, leur donner une place bien plus importante dans les hôpitaux et les cliniques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Je souligne. Art. 11 de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L1111-4 du Code de la santé publique.
- [2] C. M. Culver et B. Gert, *Philosophy in Medicine*, New York, Oxford University Press, 1982, pp. 123-126.
- [3] Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford, 7th edition, 2012. *Les principes de l'éthique biomédicale*. trad. fr. M. Fisbach, Paris, Les Belles Lettres, "Médecine et Sciences Humaines", 2008, pp. 117. Les auteurs se réfèrent ici en particulier

à l'article de Paul S. Appelbaum and Thomas Grisso, « Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment », *N Engl J Med* 1988; 319:1635-1638.

- [4] Baertschi B., « L'autonomie de la personne », in G. Durand et M. Jean (dir.) (2015), *L'autonomie à l'épreuve du soin*, Nantes : Editions Nouvelles Cécile Defaut, p. 47.
- [5] Beauchamp T. L., Childress J. F., *op. cit.*, p. 94-95. Je souligne.
- [6] Drane J. F., « The Many Faces of Competency », *Hastings Cent Rep.* 1985 Apr;15(2):17-21.
- [7] *Ibid.*, p. 20. Je souligne.
- [8] *Ibid.*, p. 20. Sur ce concept, voir aussi Appelbaum et Grisso, *op. cit.*, p. 1636 : « The attributes of the ability to appreciate situations include acknowledging illness when it is shown to be present, evaluating its effect and the effect of the treatment options presented, and acknowledging that the general probabilities of risks and benefits apply to the situation. »
- [9] Locke J., *Essai sur l'entendement humain*, II, 21, § 10.
- [10] Spinoza B., *Traité politique. Lettres*, GF-Flammarion, 1966, Lettre LVIII à G. H. Schuller, p. 304.
- [11] Voir la distinction d'H. Frankfurt entre les désirs de premier ordre et ceux de second ordre : Frankfurt H. (1971), « Freedom of the will and the concept of a person. » *Journal of Philosophy* 68:5–20.
- [12] Pour une analyse philosophique éclairante du libre arbitre, voir C. Michon, *Qu'est-ce que le libre arbitre ?*, Paris, Vrin, « Chemins philosophiques », 2011. L'expérience de pensée que je propose ici est inspirée de celle de Peter Van Inwagen, in « Free Will Remains a Mystery », *Philosophical Perspectives* 14 (2000). On trouve la traduction d'un extrait de ce texte ainsi qu'un commentaire critique dans l'ouvrage de C. Michon cité plus haut.
- [13] Voir C. Michon, *op. cit.*, pp. 21 et sq.
- [14] Voir par exemple *Manuel d'Épictète*, trad. par E. Cattin, GF Flammarion, 1997.