

(à paraître dans *Archives de Philosophie*)

Redéfinir l'humanisme médical au-delà de l'empathie

Juliette Ferry-Danini

Résumé

L'empathie est souvent dépeinte comme une émotion vertueuse qui permettrait de rendre la médecine plus humaniste. Une médecine plus humaniste serait une médecine où les professionnels de santé feraient preuve de plus d'empathie envers leurs patients et leurs patientes. Cette thèse est à la fois plébiscitée par des philosophes, des médecins et des patients, qui considèrent que les professionnels de santé ont perdu, à cause de leur formation biomédicale, une certaine façon d'éprouver de l'empathie. Cette contribution souligne deux limites de cette thèse. D'une part, il est difficile d'attester un déclin de l'empathie en médecine et de l'attribuer au modèle biomédical. D'autre part, l'empathie n'est pas sans défaut, que ce soit d'un point de vue moral ou pour la pratique de la médecine. Cela ne signifie cependant pas la mort de l'humanisme médical : il est possible de le faire reposer sur un concept minimal de compassion et de lui intégrer une approche basée sur les systèmes de santé. L'humanisme ainsi défendu n'est plus empathique, mais il est aussi plus convaincant.

English abstract

Empathy is often described as a virtue which could help in making medicine more humanistic. This thesis has been put forward by philosophers, health professionals and patients who believe that doctors have lost their capacity for empathy during their biomedical studies. This paper argues that there are two limits to this thesis. First, it is unclear whether a lack of empathy can be attributed to the biomedical education. Second, empathy itself is not without issues such that it is dubious that empathy should be put forward as a way towards medical humanism. This rejection of empathy does not mean the end of medical humanism, as another concept, compassion, can be put forward instead. Humanism based on compassion is more minimalist, but integrated with an approach focused on health systems, it makes humanism more tangible and radical.

52 000 caractères

Empathie – humanisme médical – compassion – systèmes de santé
Empathy – medical humanism – compassion – health systems

1) Introduction : la place de l'empathie dans l' « humanisme médical »

Le concept d'empathie est souvent invoqué par les défenseurs des approches humanistes en médecine. C'est l'une des ressemblances de famille qui caractérisent ce que l'on pourrait nommer « l'humanisme médical ». Ainsi, selon les partisans de l'humanisme médical, les « praticiens d'une médecine humaine » (Marcum, 2008, p. 396) doivent faire preuve d'empathie envers leurs patients pour prendre en compte leurs besoins psychologiques et émotionnels. L'empathie, mais aussi la compassion, la sympathie et le souci de l'autre sont invoqués. Il est utile de distinguer différents concepts pour clarifier ce panorama. L'empathie émotionnelle fait référence à l'empathie proprement dite : l'émotion qui consiste à ressentir ce que l'autre ressent en se mettant à sa place. L'empathie cognitive fait référence à la capacité qui permet de comprendre ce que pense ou ressent l'autre, mais sans nécessairement ressentir ce qu'il ou elle ressent. La compassion enfin désigne l'attitude qui consiste à se soucier du bien-être d'autrui, et ce, sans pour autant ressentir ses émotions. Cette distinction est arbitraire, mais correspond au vocabulaire usuel de la littérature sur l'empathie en philosophie et psychologie¹. Bien qu'elles ne suivent pas forcément le langage ordinaire et tous les usages philosophiques, ces distinctions ont le mérite de clarifier certaines ambiguïtés. Pour les approches humanistes de la médecine, où cette convention n'est pas toujours utilisée, c'est surtout l'empathie émotionnelle qui semble plébiscitée pour la médecine (parfois sous d'autres noms). Ainsi, pour Rita Charon et la médecine narrative, les médecins ont besoin « d'être touchés pour agir » (« *move to act* ») (Charon, 2001, p. 1897, 2004, p. 862) et il est nécessaire qu'ils cultivent une « familiarité avec la souffrance » (2001, p. 1899) de leurs patients. L'approche narrative est elle-même comprise comme pouvant permettre de développer l'empathie :

« (...) – lire de la littérature, étudier les humanités, écrire de façon littéraire sur sa pratique – tout cela est maintenant reconnu comme étant central dans l'enseignement médical de l'empathie et de la réflexion. » (2004, p. 863)

L'empathie a également une place centrale dans les approches phénoménologiques de la médecine et de la maladie. Par exemple, Havi Carel a déploré le manque d'empathie dans la médecine :

¹ Voir par exemple chez (Bloom, 2016; Svenaeus, 2015)

« Si je devais nommer l'émotion humaine qui manque le plus, ce serait l'empathie (...), le manque d'empathie est ce qui fait le plus souffrir. » (Carel, 2008, p. 45)

Fredrik Svenaeus, une autre figure de la phénoménologie de la médecine, a également défendu la nécessité de définir une « empathie digne de ce nom » (Svenaeus, 2015, p. 270) pour la médecine. D'autres approches ont défendu l'importance de l'empathie – émotionnelle ou cognitive – dans la médecine (Halpern, 2001). De plus, on retrouve des appels similaires à plus d'empathie dans les revues médicales et sous la plume des patients. Par exemple, un article publié dans une revue médicale s'interroge en ces termes : « Le déclin de l'empathie dans la formation médicale : comment arrêter ce pourrissement ? » (Spencer, 2004).

Ce qui caractérise l'ensemble de ces appels à plus d'empathie dans la médecine est la présupposition que l'empathie est une bonne chose, une vertu que l'on déploie dans l'exercice de la médecine. Cette présupposition sur la nature de l'empathie dépasse le cadre de la médecine : en général, on considère que faire preuve d'empathie est digne de louanges. À l'inverse, manquer d'empathie est généralement considéré comme une faute morale. Comme le note Jesse Prinz,

« L'empathie est un concept épais qui connote des louanges. Mais promouvoir l'empathie demande plus que d'avoir chaud au cœur. On doit donner des arguments pour justifier que l'empathie est précieuse dans le domaine moral. » (Prinz 2011, 214)

En effet, il ne suffit pas de supposer que l'empathie soit bénéfique pour la médecine ou qu'elle soit particulièrement indiquée pour défendre la pratique d'une médecine plus humaine ou humaniste. Le risque est, comme l'avait déjà écrit George Engel en 1977, que « les appels à plus d'humanisme et de compassion soient éphémères et sans substance lorsqu'ils ne sont pas basés sur des principes rationnels » (Engel, 1977, p. 135). Dans ce qui suit, il s'agira d'étudier les arguments proposés par le mouvement humaniste pour défendre l'introduction de plus d'empathie dans la médecine. Pour cela, il s'agira de répondre à deux questions. D'abord, le modèle biomédical a-t-il mené au déclin de l'empathie dans la médecine ? Ensuite, l'empathie permet-elle vraiment de défendre une forme d'humanisme en médecine ? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

2) Manque-t-on d'empathie en médecine ?

La première justification qui revient sous la plume des partisans de l'humanisme médical pour défendre l'importance de l'empathie dans la médecine correspond au constat

que l'empathie « manque », tout simplement, dans la médecine, chez les médecins et chez les étudiants et étudiantes en médecine. C'est par exemple le constat de Rita Charon, selon qui « ce qui manque à la médecine aujourd'hui – la singularité, l'humilité, la responsabilité, l'empathie – peut être apporté par un entraînement narratif intensif » (Charon, 2006, p. viii). Ce même constat est fait par Havi Carel : « Si je devais nommer l'émotion humaine qui manque le plus, ce serait l'empathie (...) » (Carel, 2008, p. 45). L'une des idées récurrentes associées à cette justification est que c'est le modèle biomédical ou le naturalisme scientifique qui ont mené à une baisse de l'empathie dans la médecine. Pour le dire autrement, selon ces approches, le modèle biomédical, ne s'occupant que d'aspects matériels, biologiques et scientifiques, a fini par délaisser des aspects plus « humains » de la pratique médicale, comme les émotions et l'empathie. Pour défendre cet argument, sont souvent citées des études empiriques selon lesquelles les étudiants et étudiantes en médecine deviendraient de moins en moins empathiques au fil de leurs études. Ces études sont présentées comme étant à la fois indubitables et catastrophiques pour la médecine, certains n'hésitant pas à faire référence, comme on l'a vu, à un véritable « pourrissement » (Spencer, 2004). Cependant, ces mesures empiriques de l'empathie rencontrent des difficultés qui, nous allons le voir, nous poussent à relativiser la nature de ce pourrissement.

La raison principale pour laquelle l'empathie est difficile à mesurer empiriquement est définitionnelle. Derrière le vocable d' « empathie » se cache un agrégat de notions qui va, on l'a vu, de l'empathie émotionnelle à la compassion en passant par un sens cognitif. Comme l'écrivent Decety et Cowell, cités par Paul Bloom, le concept d'empathie est « flou » (« *muddy* ») et a été utilisé pour décrire des phénomènes aussi différents que « la contagion du bâillement chez les chiens, le signalement de la détresse chez les poules, et les attitudes centrées sur le patient dans la médecine humaniste » (Bloom, 2016, p. 16; Decety & Cowell, 2014, p. 525). La multiplication des sens donnés au vocable d'empathie est un problème pour la recherche, car sans un accord même minimal à ce propos, les mesures proposées sont difficiles à interpréter. Mais ce problème de définition n'est pas le seul obstacle rencontré par ces études empiriques. La méthode la plus employée pour mesurer l'empathie est la méthode des questionnaires, qui sont malheureusement imparfaits : les questions sont parfois orientées pour mesurer l'empathie émotionnelle, parfois orientées pour mesurer d'autres réalités, comme la compassion ou la gentillesse (Bloom, 2016, p. 78-79). L'un de ces questionnaires, très utilisé dans le champ, est celui de Mark Davis, l'index IRI pour « *Interpersonal Reactivity*

Index ». Il s'organise en quatre parties distinctes qu'il propose de mesurer : 1) la « Prise de perspective », c'est-à-dire la capacité d'une personne à vouloir s'intéresser à la perspective de l'autre, 2) la « Fantaisie », la propension à s'identifier à des personnages de fictions, 3) le « Souci empathique », qui se concentre sur les sentiments pour autrui, et enfin 4) la « Détresse personnelle », la mesure de l'anxiété que l'on ressent lorsqu'on est exposé à des expériences négatives pour autrui (Bloom, 2016, p. 78-79). Dans chaque partie du questionnaire de Davis, il s'agit de répondre à des phrases descriptives par « cela me correspond bien » ou « cela ne me correspond pas bien ». On pourrait débattre de la pertinence de chaque partie et de leur capacité à mesurer quelque chose comme de l'empathie émotionnelle – puisque c'est celle-ci qui est plébiscitée dans l'humanisme médical. Au-delà de cette ambiguïté intrinsèque, deux catégories sont particulièrement étranges. Dans la seconde catégorie, la « Fantaisie », on mesure si les personnes interrogées s'identifient au fait de « rêvasser et imaginer, régulièrement, des choses qui pourraient leur arriver² ». Il est difficile de concevoir le lien entre cette proposition est quelque chose comme de l'empathie – ainsi que le bénéfice que l'on pourrait en retirer en tant que professionnel de santé. C'est la partie 4) intitulée « Détresse personnelle » qui est à la plus problématique de ce point de vue là. Cette section du questionnaire mesure la propension à perdre son sang-froid dans une situation d'urgence. Les items proposés sont les suivants : « Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin de mon aide dans une situation, je m'effondre³ », « Dans des situations d'urgence, je me sens mal à l'aise et j'appréhende⁴ », « J'ai tendance à perdre le contrôle dans des situations d'urgence⁵ ». Répondre « me correspond bien » à ces questions fait augmenter votre score d'empathie ; or, dans un contexte médical où des urgences vitales sont courantes, il semble peu souhaitable à tout point de vue de répondre à ces questions par « me correspond bien ». Pour le dire autrement, même si l'on s'accorde pour dire que l'index de Davis mesure de l'empathie (ce qui n'est pas certain), dans le contexte médical, il serait plutôt souhaitable que les étudiants et étudiantes éprouvent de moins en moins d'empathie. C'est un problème, d'autant plus que comme nous allons le voir, l'index de Davis est l'un des plus utilisés par les études qui mesurent l'empathie chez les médecins et les étudiants et étudiantes en médecine :

² « *I daydream and fantasize, with some regularity, about things that might happen to me.* »

³ « *When I see someone who badly needs help in an emergency, I go to pieces.* »

⁴ « *In emergency situations, I feel apprehensive and ill-at-ease.* »

⁵ « *I tend to lose control during emergencies.* »

« (...) toutes les mesures de l'empathie utilisées couramment mesurent en réalité un ensemble d'éléments : l'empathie, mais aussi le souci et la compassion, ou bien d'autres traits comme la capacité à garder son calme dans une situation d'urgence, qui ont peut-être peu à voir avec l'empathie dans toutes ses acceptations. » (Bloom 2016, 82)

Dans une revue de littérature publiée en 2009, Reidar Pederson a étudié 206 publications proposant de mesurer l'évolution de l'empathie chez les étudiants et étudiantes en médecine au fil de leurs études et le niveau d'empathie des médecins (Pedersen, 2009). Il faut d'abord souligner qu'il n'y a pas de consensus clair à propos de la baisse de l'empathie chez les étudiants et les médecins (2009, p. 316). Sur les 206 publications, 51 admettent mesurer l'empathie de façon implicite ou vague (2009, p. 309) ; dans certaines publications, il n'y a tout simplement pas de définition de l'empathie (2009, p. 318). Les études oscillent entre des mesures de l'empathie émotionnelle, de l'empathie cognitive ou d'un mélange des deux. Le questionnaire le plus utilisé est l'index IRI, avec les problèmes que nous avons déjà mentionnés. L'une des conclusions de Pedersen est que ces études quantitatives qui se fondent majoritairement sur des questionnaires ne mesurent pas de façon claire l'empathie dans le cadre clinique. Par ailleurs, elles omettent les facteurs qui pourraient avoir un impact sur sa présence, son absence ou son déclin. Par exemple, Pedersen note que l'impact des conditions de travail sur la présence ou non de l'empathie sous toutes ses acceptations demeure une zone d'ombre de ces recherches (2009, p. 318).

Pour toutes ces raisons, il semble peu prudent de considérer que la baisse de l'empathie chez les étudiants et étudiantes en médecine ou les médecins soit parfaitement étayée ; si baisse il y a, les études en question ne permettent pas de trancher sur la thèse selon laquelle se serait l'éducation scientifique ou biomédicale qui en serait la cause ; enfin il semble peu prudent de conclure que cette baisse de l'empathie est nécessairement une mauvaise chose pour la pratique médicale. Il semble tout du moins difficile de trancher cette question.

3) L'empathie peut-elle fonder la morale ?

La thèse selon laquelle l'empathie ferait de nous de meilleures personnes, qui mènent plusieurs défenseurs de l'humanisme médical à promouvoir l'empathie dans la médecine, prend plusieurs formes. On retrouve deux idées principales : d'abord l'idée selon laquelle le manque d'empathie fait souffrir et ensuite la thèse selon laquelle l'empathie est l'un des fondements de notre morale.

Selon Carel, « le manque d'empathie est ce qui fait le plus souffrir » (Carel, 2008, 45). Dans un exemple autobiographique, Carel détaille une expérience médicale rendue extrêmement désagréable par l'attitude froide d'une infirmière. Celle-ci n'a pas exprimé de réconfort ou d'émotions, menant Carel à une grande souffrance psychologique. Sans remettre en cause cette souffrance, on peut se demander ce qui exactement a mené à cet effet délétère. Est-ce l'absence d'empathie émotionnelle, d'empathie cognitive, l'absence de mots de réconfort, ou bien l'absence de compassion qui a produit cet effet ? Sans l'accès à l'état d'esprit de cette infirmière, il semble difficile de répondre de façon certaine à cette question. Il est possible en effet de ressentir de l'empathie – de se mettre à la place de l'autre – sans exprimer les émotions ressenties, de telle sorte que cette infirmière a pu ressentir quelque chose comme de l'empathie émotionnelle sans pour autant l'exprimer ou proposer de mots de réconfort. À l'inverse, cette infirmière aurait pu proposer des mots de réconforts ou des expressions de visage compatissantes sans pour autant ressentir de l'empathie proprement dite. Il est même possible que ce soit une émotion d'empathie qui ait mené l'infirmière à réagir de façon délétère : en effet, on sait que faire l'expérience de la souffrance d'autrui peut mener à des attitudes défensives ou d'évitement (Prinz 2011, 223)⁶.

Une seconde thèse est que l'empathie serait souhaitable, car elle nous rendrait meilleurs au sens où elle serait l'un des fondements de notre morale : elle nous permettrait d'agir moralement et de façon altruiste. Autrement dit, on aurait besoin de l'empathie pour identifier les bons comportements (ceux qui causent du bien-être) des mauvais comportements (ceux qui causent de la souffrance). Ce seraient nos réactions empathiques à ce bien-être ou cette souffrance qui permettraient d'identifier ces situations comme étant le résultat d'actions bonnes ou mauvaises et d'agir en conséquence de la meilleure des façons possibles. Comme l'écrit Bloom,

« L'un des meilleurs arguments en faveur de l'empathie est qu'elle nous rend plus aimables envers la personne avec laquelle on a de l'empathie. Cet argument est appuyé par des recherches en laboratoires, l'expérience ordinaire quotidienne et le sens commun. Si le monde était simple, si les seuls dilemmes rencontrés ne concernaient qu'une seule personne se trouvant dans une situation de détresse immédiate, et si aider

⁶ Dans tous les cas, des études de psychologie n'ont pas pu s'accorder sur un consensus à propos de la corrélation entre d'une part le manque d'empathie et d'autre part les comportements agressifs (qui pourraient expliquer que le manque d'empathie fasse souffrir autrui). Bloom cite ainsi l'étude de David D. Vachon, Donald R. Lyman et Jarrod A. Johnson (Vachon, Lynam, et Johnson 2014; Bloom 2016, 84).

cette personne avait des conséquences positives, alors le dossier de l'empathie serait solide. » (Bloom 2016, 85)

On pourrait souligner que c'est justement le cas le plus habituel de la médecine que de confronter un individu à une personne dans une situation de détresse immédiate. En ce sens, l'empathie serait parfaite ; elle pousserait les professionnels de santé à agir de façon optimale pour venir en aide à leurs patients et patientes en détresse.

Cette hypothèse selon laquelle l'empathie irait de pair avec des comportements et des actions bonnes moralement a notamment été défendue par le psychologue C. Daniel Batson et ses collègues sous la forme de ce qu'ils ont appelé l'hypothèse de l'« empathie-altruiste » (Batson, Shaw, Klein et Highberger, 1991⁷) (cité par [Prinz 2011, 226]). Alors qu'ils sont les partisans les plus importants de cette thèse, Batson et ses collègues soulignent cependant que l'« altruisme » ainsi motivé par l'empathie n'entraîne pas nécessairement les meilleures conséquences d'un point de vue moral. Ils écrivent ainsi que cet « altruisme-empathique » n'est « ni moral ni immoral, mais amoral » (C. Daniel Batson et al 1995) (cité par [Bloom 2016, 86]), autrement dit, si l'empathie peut susciter un comportement « altruiste » (au sens d'un comportement en faveur d'une personne, par exemple), ce comportement n'est pas forcément moral et ne mène pas forcément à de bonnes conséquences. Résumons dans ce qui suit l'expérience de psychologie que Batson et ses collègues ont conçu pour illustrer et défendre cette thèse. Dans cette expérience, l'empathie a poussé les sujets vers une décision injuste.

Les expérimentateurs ont présenté une organisation caritative fictive aux sujets, en leur expliquant que cette association travaille pour rendre les derniers jours d'enfants souffrant d'une maladie incurable plus confortables. Les expérimentateurs ont ensuite présenté aux deux groupes une interview d'une enfant (« Sheri ») sur la liste d'attente pour obtenir un traitement. Dans le premier groupe, la consigne donnée est qu'ils doivent écouter l'interview en essayant d'avoir une « perspective objective » et en essayant de ne pas « ressentir ce qui arrive à l'enfant et comment cela l'affecte ». Au second groupe, les expérimentateurs ont donné comme consigne de « ressentir le plus fortement ce que cette enfant endure et ce qu'elle ressent ». Autrement dit, le premier groupe a eu pour consigne de s'efforcer de ne pas ressentir de l'empathie, tandis que le second groupe a eu pour consigne de s'efforcer de ressentir de l'empathie. À l'issue de l'écoute de l'interview, on demande aux deux groupes s'ils souhaitent

⁷ L'article de 1991 est une revue de leurs travaux.

monter Sheri dans la liste d'attente ; on leur explique clairement que cette action a pour conséquence que d'autres enfants plus prioritaires dans la liste devront attendre plus longtemps pour obtenir leur propre traitement. Dans le premier groupe (celui qui a eu pour consigne de ne pas éprouver de l'empathie), un tiers des participants ont souhaité monter Sheri dans la liste ; dans le second groupe, trois quarts des participants ont pris cette décision. Pour le dire simplement, l'empathie ici a clairement eu un effet qui va à l'encontre d'un principe de justice. L'empathie a certes dirigé l'intérêt et l'altruisme des participants vers Sheri, mais au détriment des autres enfants⁸.

Cet effet est bien connu dans la littérature sur l'empathie qui la compare à un « faisceau lumineux » (« *spotlight* ») (Bloom 2016, 87). Le problème d'un spot lumineux est qu'en attirant l'attention sur une personne, il délaisse les autres. Comme l'écrit Bloom,

« Un spot lumineux se concentre sur un espace pour l'illuminé, mais laisse le reste dans la pénombre ; l'objet de son attention est restreint. Ce que l'on voit dépend de ce que l'on éclaire avec le spot lumineux, de sorte que sa direction est biaisée. » (Bloom 2016, 87)

C'est la raison principale pour laquelle l'empathie ne serait pas un guide moral fiable : elle serait biaisée et elle discriminerait. Elle attirerait l'attention sur un individu au détriment des masses ou d'autres individus⁹. Elle attirerait l'attention sur le moment présent et ignorerait les conséquences à long terme. Comme l'écrit également Prinz,

« (...) on ne peut pas cultiver de l'empathie pour toutes les personnes dans le besoin, et l'insistance sur les individus affectés nous distrait des problèmes systémiques qui peuvent être l'objet d'interventions à une tout autre échelle » (Prinz 2011, 228).

Ce faisceau qu'est l'empathie est par ailleurs biaisé en faveur des personnes qui nous ressemblent ou qui nous sont proches (les membres de notre groupe social, culturel, notre famille, nos enfants, etc.). En d'autres termes, elle n'est pas systématique et elle ne s'applique pas à tout le monde, elle est biaisée par nos préférences qui la précèdent. Elle souffre à la fois d'un biais de proximité et d'un biais de ressemblance (Hoffman, 2000).

D'autres études de psychologie à ce sujet montrent que l'empathie n'est même pas forcément un moteur très efficace pour l'altruisme, notamment lorsque l'acte altruiste demande un effort de la part de l'individu (Prinz, 2011, p. 225-226). Or il paraît plausible que

⁸ Je reprends le récit que fait Bloom de cette expérience (Bloom, 2016, p. 86).

⁹ On parle de « *identifiable victim effect* », dit simplement, le biais provoqué par le fait de pouvoir identifier une victime en particulier et d'aider en priorité cette victime au détriment de masses plus nombreuses.

dans un contexte médical, les sollicitations dues à l'empathie soient si nombreuses, que l'empathie cesse d'être efficace tant elle demanderait un effort pour chaque action. Selon Prinz, d'autres émotions sont des moteurs plus efficaces à l'action altruiste, notamment la honte, le sentiment de culpabilité, et l'espérance d'une récompense (Prinz 2011, 226). Au niveau de l'action politique, les émotions comme la colère ou le dégoût motiveraient plus vraisemblablement les gens à l'action collective qu'une émotion comme l'empathie. Pour résumer, l'empathie peut être un moteur d'actions altruistes (voir par exemple la longue littérature à ce sujet produite par Batson et al), mais ce moteur demeure faible et peut parfois mener à des conséquences problématiques à cause des biais qu'elle charrie. Par ailleurs, comme l'empathie est biaisée, il semble peu souhaitable d'être motivé à agir dans des directions restreintes par nos préférences.

4) Quelques conséquences néfastes de l'empathie

L'empathie émotionnelle n'aboutira donc pas toujours à de bonnes conséquences. Plus problématique encore, selon plusieurs auteurs, l'empathie émotionnelle pourrait également avoir des conséquences néfastes qu'il est important de souligner, notamment dans le contexte médical ; ces conséquences délétères fragilisent d'autant plus la thèse selon laquelle l'empathie doit être placée au cœur de la médecine pour l'humaniser. Nous l'avons déjà noté, les biais dont souffre l'empathie peuvent mener à des conséquences néfastes à cause des injustices qu'ils créent. Quelles sont ces conséquences et quelles formes peuvent-elles prendre dans le contexte médical ? Privilégier le court terme au profit du long terme peut vraisemblablement être une mauvaise idée dans le cadre médical, pourtant l'empathie peut pousser le médecin à agir ainsi ; par exemple, en prescrivant des antidouleurs alors que le problème de la patiente va au-delà de ces douleurs ; en prescrivant sinon des médicaments inutiles, voire inefficaces, pour rassurer la personne ; en ne reconnaissant pas les signes d'une maladie grave chez un patient proche, car on ne souhaite pas le voir souffrir ; à ressentir l'anxiété de son patient et attribuer à tort la cause de ses symptômes à cette anxiété ; on peut imaginer plusieurs scénarios possibles dans lesquels l'empathie ne mène pas aux meilleures décisions médicales possible. Tout du moins, elle pourrait biaiser les décisions médicales vers ce type de problèmes. L'une des partisans principales de l'empathie dans la médecine — Jodie Halpern — a ainsi écrit son livre autour d'un exemple autobiographique où l'empathie émotionnelle pour une

patiente l'a menée à de mauvaises conclusions. Pourquoi ? Elle s'est sentie si mal pour sa patiente qu'elle n'a pu imaginer une issue favorable pour celle-ci et a accepté à tort son désir de mourir (Halpern, 2001)¹⁰. On peut également imaginer que l'intensité de l'empathie et de notre volonté de s'occuper de la personne pourrait mener les médecins à s'affranchir de ce que souhaite ou non la personne malade. On peut imaginer des cas où l'empathie émotionnelle (mais aussi cognitive) du type « je sais ce que vous endurez » peut mener à des comportements paternalistes : je sais, donc j'agis sans vous demander vos préférences ou sans vous expliquer pourquoi. C'est aussi ce que suggère Jane Macnaughton. Selon elle, considérer l'empathie comme une compétence infaillible d'accès à l'esprit d'autrui est dangereux et irréaliste, dangereux, car on peut notamment se tromper sur ce que ressent l'autre (Macnaughton 2009, 1941). Ces quelques situations imaginées ne signifient pas que l'empathie mène nécessairement à des cas plus ou moins variés de paternalisme – ces exemples ne sont là que pour souligner que ces conséquences sont toutefois possibles. L'empathie peut mener à de bonnes actions comme elle peut mener à des actions délétères d'un point de vue moral.

Les conséquences négatives de l'empathie peuvent prendre d'autres formes. On peut ainsi imaginer que ressentir les souffrances et les détresses de ses patients mette les médecins dans des situations difficiles pour mener à bien leur travail — comment soigner efficacement quelqu'un de dépressif si l'on devient soi-même submergé par un sentiment dépressif¹¹ ? Dans un milieu saturé de souffrances comme l'est la médecine, il semble cruel de promouvoir l'empathie émotionnelle — se mettre à la place de l'autre et ressentir ce qu'il ressent — comme une vertu, au risque de tomber dans l'écueil d'une peinture qui représente les médecins comme des saints ou saintes morales ; un idéal impossible à atteindre et potentiellement néfaste pour celui qui s'y investirait corps et âme. Ainsi, même l'un des plus grands défenseurs de l'empathie comme Simon Baron-Cohen admet que l'empathie émotionnelle peut avoir des risques non négligeables si celle-ci est très élevée. Dans un passage cité par Bloom (2016, 133), Baron-Cohen décrit ainsi une psychothérapeute empathique, « Hannah » : « La première chose qu'elle vous demande est "Comment allez-vous ?", mais ce n'est pas une platitude superficielle

¹⁰ La leçon que tire Halpern est différente de celle tirée ici. Pour Halpern, à l'empathie émotionnelle initiale, il faut ajouter un effort cognitif afin d'éviter tout écueil dans le raisonnement. Elle nomme également « empathie » cet effort cognitif.

¹¹ Bloom écrit ainsi que « [t]oute personne qui pense qu'il est important pour un thérapeute d'être déprimé et anxieux pour s'occuper de personnes dépressives ou anxieuses ne comprend pas ce qu'est une thérapie » (Bloom, 2016, p. 144).

et mécanique (...) elle a un besoin irrépressible de faire preuve d'empathie » (Baron-Cohen 2012, 26-27) ; très simplement, Hannah est empathique avec ses patients, elle ressent ce qu'ils ressentent et fait un effort pour se mettre à leur place et imaginer leur situation. Baron-Cohen admet que l'empathie « haute » peut avoir des risques pour ceux qui l'éprouvent, mais juge que ces risques ne s'appliquent pas à Hannah. Pourtant, remarquons qu'Hannah ne peut pas s'empêcher de ressentir de l'empathie. Le coût de cette empathie « irrépressible » est bien étudié dans la littérature psychologique. Les effets délétères d'une empathie émotionnelle sur le bien-être mental d'une personne (ce que les chercheurs en psychologie sociale appellent « communion totale » ou en anglais « *unmitigated communion* ») sont ainsi régulièrement mis en avant. Bloom cite notamment le fait que les individus qui sont très souvent en « communion totale » se retrouvent aussi également plus souvent dans des relations asymétriques : ils aident beaucoup, mais n'aiment pas recevoir de l'aide ; les effets de cette communion peuvent se prolonger chez ces personnes pendant plusieurs jours ; enfin, des maladies à la fois physiques et mentales sont corrélées à cette empathie et communion irrépressible (Bloom, 2016, p. 134-135).

Le choix d'un prénom féminin « Hannah » n'est enfin pas anodin. Les femmes obtiennent des scores plus élevés que les hommes lorsque pour mesurer l'empathie on leur demande si elles s'inquiètent des problèmes des autres, si elles ne peuvent s'empêcher d'aider les autres et si elles ont besoin que les autres soient heureux pour l'être également (Bloom 2016, 134). Bloom (2016, 135) cite les études empiriques et théoriques de Vicki Helgeson et Heidi Fritz (1998) qui montrent en effet une différence de genre : les femmes sont plus susceptibles d'être empathiques à un degré extrême. Selon ces autrices, il est possible que cette différence explique en retour les hauts niveaux de détresse mentale des femmes, notamment d'anxiété et de dépression¹² (Helgeson & Fritz, 1998).

Le problème de l'empathie « irrépressible » et de la « communion totale » est d'autant plus saillant lorsque cette empathie n'a pour objet que la souffrance d'autrui (et non son bonheur ou sa joie). Or dans le contexte médical, la souffrance des patients est le quotidien des personnels médicaux. Il n'est d'ailleurs pas non plus anodin de souligner que des pourcentages

¹² Barbara Oakley souligne elle qu'il est « surprenant que beaucoup de maladies et de syndromes communs chez les femmes semblent être liées à leur empathie en général plus forte pour les autres » (Oakley, 2011, p. 69).

très élevés de dépression et de troubles anxieux sont régulièrement identifiés chez les médecins et les étudiants et étudiantes en médecine (Mata et al. 2015 ; Rotenstein et al. 2016). Exiger qu'ils et elles se soumettent à une empathie constante pour la souffrance des autres — alors même que la littérature empirique a identifié des risques non négligeables à ce sujet — est problématique.

Pour toutes ces raisons, l'empathie ne semble pas la candidate idéale pour promouvoir l'humanisme en médecine. Notons cependant qu'il a été question de l'empathie émotionnelle — celle qui est le plus souvent plébiscitée par les partisans de l'humanisme médical — jusque-là et que nous n'avons pas mentionné d'autres concepts comme celui de compassion. Se pourrait-il que nous ayons besoin de plus de compassion en médecine ? La compassion est-elle plus à même de promouvoir un humanisme en médecine ?

5) Où chercher l'humanisme en médecine ?

Dans son livre « Contre l'empathie », Bloom suggère que la compassion est préférable à l'empathie d'un point de vue moral (2016). Comme définie précédemment, la compassion est le fait de se soucier du bien-être ou de la souffrance d'autrui, de vouloir son bien-être, mais sans l'éprouver ou le simuler pour soi-même. Les termes de compassion et de souci (ou celui d'empathie, mais en prenant le sens de ce que nous venons de définir comme de la compassion) sont parfois invoqués lorsqu'il est question d'humanisme en médecine. Une fois que l'on a distingué la compassion de l'empathie, on peut remarquer que la compassion échappe à certains inconvénients de l'empathie émotionnelle. Une médecin compassionnelle serait une médecin qui a pour volonté de faire cesser la souffrance des malades et de ne pas provoquer de souffrance supplémentaire. Cependant, si elle est « concernée » par le sort d'autrui, elle ne va pas jusqu'à ressentir ce qu'autrui ressent. On peut par exemple être dans une attitude de compassion ou de souci face à une personne délirante et joyeuse qui se fait du mal, par exemple, sans pour autant éprouver par empathie son humeur joyeuse. La compassion permet ainsi d'éviter la plupart des biais, des errances et des souffrances que génère l'empathie émotionnelle. Tout du moins, selon Bloom, ses biais sont moindres (2016, 50-51). La compassion évite par exemple le biais de proximité en nous permettant d'être « concernés » par le sort d'une multitude. Elle évite également l'épuisement émotionnel qui est la

conséquence de l'empathie émotionnelle. Enfin, moins soumise aux biais, la compassion serait également un meilleur guide moral que l'empathie.

Par rapport à l'empathie émotionnelle, la compassion apparaît comme une notion plus minimaliste. Être compatissant, c'est se soucier du sort d'autrui et vouloir son bien. Or c'est ce minimalisme apparent qui mène l'humanisme médical – s'il souhaite s'appuyer sur la compassion – dans une position paradoxale. En effet, ainsi définie, la compassion ne vient que répéter l'un des buts de la médecine : s'occuper des malades, tenter de réduire leur souffrance et promouvoir leur bien-être. Ainsi, promouvoir un humanisme compassionnel spécifique à la médecine devient paradoxal puisque selon la définition proposée de la compassion, la médecine est par définition une entreprise compassionnelle. En ce sens, on ne pourrait pas réclamer « plus » de compassion en médecine. Dans ce qui suit, nous montrerons que ce minimalisme de la compassion n'est pas un problème inéluctable. Cependant, pour sortir de ce paradoxe et donner une base solide à un discours qui se veut compassionnel ou humaniste, il est nécessaire de dépasser une définition trop restreinte de la médecine et de ses buts.

A) Pour une définition plus large de la médecine

Le cadre dans lequel l'humanisme médical est défendu est presque exclusivement celui de la relation « patient-médecin ». L'inquiétude principale est que les médecins oublient qu'ils ont affaire à des êtres psychologiques et subjectifs dans la pratique de leur science. C'est sur cette dyade patient-médecin que se fonde l'humanisme de « l'empathie », mais également ce que l'on pourrait appeler l'humanisme de la « compassion ». Or cette dyade est une vision restreinte de la médecine ; par conséquent l'humanisme médical auquel cette vision aboutit est lui-même restreint.

L'idéal de la rencontre patient-médecin se fonde probablement sur une vision individualiste de la science selon laquelle la médecin/scientifique possède un savoir médical qu'elle applique — c'est là son art — à des situations particulières. Or cette dichotomie entre la science et l'art n'est pas fondièrement utile pour décrire les différents aspects de la médecine (Solomon, 2015 ; Ferry-Danini 2018). Les approches contemporaines en philosophie des sciences nous donnent notamment une vision totalement différente de la médecine — comme une activité sociale avec des acteurs multiples – humains et non humains, et plus largement comme un réseau de systèmes. Selon cette définition plus globale de la médecine, celle-ci inclut les services de santé et les institutions qui sont nécessaires pour s'occuper des patients, autrement dit, toute activité de recherche, clinique et organisationnelle qui a un impact sur la

santé. William Stempsey écrit ainsi que le terme de « médecine » désigne par métonymie l'ensemble du système de soin :

« La médecine est la rencontre d'un individu qui souffre d'une maladie avec un autre individu qui a pour but de restaurer sa santé. Cependant, la complexité de cette rencontre dépasse de loin cette simple description. La médecine est parfois comprise en un sens large comme non seulement le travail des médecins, mais aussi le travail des infirmiers, les kinésithérapeutes, les techniciens de radiologie et ainsi de suite. Pour le dire autrement, la "médecine" est une sorte de raccourci pour désigner les "services de santé". » (Stempsey 2008, 380)

En un sens très large, on peut dire que la médecine correspond à un système de santé dans un pays donné (en ce sens, la médecine diffère d'un pays et d'un système à l'autre). Un système de santé peut être défini comme ce qui rassemble les services de santé, la recherche médicale et le système d'assurance de santé. La base financière d'un système de santé — son système d'assurance ou l'absence de système d'assurance — a en effet un impact crucial sur la santé et donc joue un rôle dans les services et les institutions nécessaires pour un système de santé. La médecine ainsi définie inclut non seulement les professionnels de santé, mais aussi les personnels administratifs, les institutions, les lois ou législations qui sont votées et implémentées et le système économique à sa base. L'Organisation Mondiale de la Santé définit similairement le concept de système de santé comme toutes les activités qui ont pour but de « promouvoir, restaurer et maintenir la santé » (WHO 2000, 5). À ce stade, il faut souligner que c'est évidemment d'abord un désaccord sémantique dont il s'agit : nous ne voulons pas dire que les administrateurs, les lois ou les systèmes d'assurance font de la « médecine », si par médecine on entend l'application de connaissances médicales à des problèmes de santé chez des patients (ce qui est réservé légalement aux médecins et à certaines autres professions médicales et paramédicales). Ce que nous proposons est simplement de s'écartez de ce sens restreint (et non d'étendre ce sens restreint à d'autres acteurs). On peut, si on le souhaite, remplacer « médecine » par « système de soins » dans ce qui suit. Une définition systématique de la médecine permet de mieux saisir le ou les buts de la médecine et, ce faisant, d'élargir la portée de l'humanisme médical. En effet, la définition de la médecine est intimement liée à la définition de ses buts. Quels sont les buts de la médecine ?

Les partisans de l'humanisme médical considèrent que les buts de la médecine consistent à se soucier du bien-être des individus et soulager leurs souffrances. Pour l'humanisme médical, ces buts se comprennent du point de vue de la relation patient-médecin : pour le dire grossièrement, c'est la médecin qui prend soin de sa patiente, de ses souffrances

et de son bien-être. C'est d'ailleurs en ce sens qu'il faut comprendre l'insistance de ces approches sur l'empathie, qui contrairement à la compassion – qui peut avoir un sens abstrait – correspond à une émotion d'un individu vis-à-vis d'un autre individu. Or on peut très bien élargir le sens que l'on donne à ce but de compassion au-delà du bien-être des individus pris séparément. On peut songer au bien-être des individus pris collectivement ainsi qu'au bien-être collectif, d'un point de vue populationnel. En prenant cela en compte, le but de la médecine devient donc de soulager les souffrances dans une population et de s'occuper du bien-être de cette population; en adoptant un vocabulaire utilitariste, on pourrait dire que le but de la médecine est de maximiser le bien-être dans une population en traitant le plus et le mieux possible les maladies et les souffrances qui en résultent. Bien sûr, cela revient à demander si le but de la médecine est de s'occuper de la santé publique, de la santé individuelle ou des deux. Inclure la santé publique dans les buts de la médecine n'est pas controversé alors même que la littérature humaniste semble délaisser tout à fait cet aspect.

Pour résumer, la définition de la médecine n'a pas besoin de se restreindre à la relation médecin-patient, mais elle peut également prendre en compte le système de santé dans son ensemble ; en effet, tout ce système concourt au même but, que l'on peut définir non pas simplement comme la santé des individus, mais aussi comme la santé de la population. De la même façon, l'humanisme (ici compris comme une approche compassionnelle et non pas empathique) n'a pas besoin de se restreindre à la relation patient-médecin. Cet argument est à la fois philosophique et naturaliste : dans les sociétés occidentales contemporaines, la médecine n'est pas séparée en pratique des systèmes de santé, tout comme la santé des individus n'est pas séparable de la santé publique. Elles sont intimement liées. Il faut rappeler que s'il n'est pas possible d'éprouver de l'empathie émotionnelle pour une population (car cela signifierait être capable de ressentir l'expérience de chaque individu), il est possible de se soucier de son bien-être, c'est-à-dire de faire preuve de compassion. En ce sens, la définition large des buts de la santé que nous proposons va de pair avec un humanisme de la compassion.

B) Un meilleur cadre pour l'humanisme : la santé publique et les politiques de santé

À première vue, on pourrait craindre qu'intégrer la santé publique et les politiques de santé dans la définition de la médecine écarte le modèle médical de l'humanisme, puisque ses partisans s'intéressent en particulier aux états psychologiques et subjectifs des individus singuliers et à leurs émotions. L'objectif « populationnel » serait incompatible avec l'objectif « subjectif ». En même temps, comme la santé publique promeut la prévention et l'analyse des

déterminants de santé dans les populations, elle ne réduit pas les individus à leur corps biologique. En effet, la réduction des individus à leur corps physique était l'un des reproches les plus courants de ces approches humanistes au modèle biomédical. La santé publique en ce sens suit le modèle « biopsychosocial » de Engel (1977) en replaçant les individus dans leur contexte économique, social, culturel et environnemental. Malgré la référence assez courante des partisans de l'humanisme médical au modèle de George Engel, des réflexions véritablement sociales ne se retrouvent pas sous leurs plumes. La santé publique, en s'occupant des inégalités de santé, par exemple, et contrairement aux approches humanistes uniquement focalisées sur les individus particuliers, semble mieux équipée qu'une approche individualiste pour s'occuper de questions sociales en rapport avec la santé.

L'un des autres désavantages d'une approche individualiste et subjectiviste est à mettre en lien avec le problème de l'épuisement émotionnel créé par l'empathie. Cette approche individualiste place en effet tout le poids de l'humanisme de la médecine sur les épaules des professionnels de santé. Rita Charon notamment fait de la médecin une professionnelle multitâche : médecin, psychologue, thérapeute, assistante sociale et même amie. Pour illustrer l'importance des compétences narratives, elle raconte plusieurs histoires où elle s'occupe des problèmes financiers ou psychologiques de ses patients. Elle explique par exemple s'être elle-même occupée de la psychothérapie d'une de ses patientes, pendant plusieurs semaines, alors même que Charon n'est ni thérapeute ni psychiatre. À propos de cette autre patiente en deuil, elle écrit ainsi qu'elle

« (...) la verra la semaine suivante, et la semaine après cela, pas pour réparer quelque chose, mais simplement pour la veiller, l'écouter, pour contempler avec admiration sa foi, sa force et son amour » (Charon 2006, 11).

Faire des médecins ou des professionnels de santé des aides multitâche est problématique, car cela fait tenir toute la médecine (en un sens très large) sur la bonne volonté de chaque soignant – soignants ou soignantes qui n'ont pas forcément ni la formation, le temps, la force ou la volonté de s'en charger. Les politiques de santé et le travail collectif sont moins sensibles à la volonté individuelle, et auront un impact plus important que la pratique d'une seule personne. Rechercher l'humanisme à ce niveau collectif semble ainsi d'autant plus déterminant que de le chercher au niveau de la dyade patient-médecin.

C) Pour une défense d'un humanisme plus juste en médecine¹³

Où chercher l'humanisme en médecine ? Un humanisme compassionnel peut s'exprimer sous la forme d'un programme qui vise le meilleur soin possible dans la médecine, la meilleure efficacité. Cette approche demeure humaniste, car elle inclut un concept minimaliste de compassion ; par ailleurs, l'humanisme lui-même peut se définir comme un mouvement ayant pour but le bien-être d'autrui. L'humanisme n'a pas besoin de se construire ni contre la science ni contre le naturalisme ; il ne distingue pas la science de l'art, il ne s'attaque ni à un modèle biomédical théorique ou au réductionnisme supposé de la biomédecine¹⁴. En même temps, il n'écarte pas la critique de la recherche médicale ni la critique de certaines pratiques médicales — bien au contraire. Cet humanisme, pour le dire de façon simple, ne s'intéresse pas à la particularité des individus ni aux récits de leur maladie en tant que tel et pris séparément. En même temps, il se fonde sur un principe de compassion (ou de bienfaisance) et prend pour objectif le bien-être des malades ; ce faisant, il souligne ses conditions de possibilités (le système de santé). L'inspiration de cette approche est une philosophie des sciences qui étudie les sciences comme activités sociales. De ce point de vue, on ne peut pas ne pas inclure les actions et les différents acteurs qui travaillent au sein d'un système de santé. Or ces acteurs et ces dispositifs sont quasiment ignorés des philosophes de la médecine (à l'exception des philosophes travaillant sur la recherche biomédicale, ses méthodes et le contexte dans lequel elle évolue). Par ailleurs, comme cet approche prend pour objectif la santé publique en plus de la santé des individus, elle inclut des réflexions psychosociales et pas simplement biologiques. Enfin, puisqu'un système de santé est un artefact soumis à des choix politiques normatifs — par exemple la création d'un système d'assurance maladie publique — l'humanisme en médecine ne peut pas y faire abstraction et doit s'attaquer à des problèmes éthiques et politiques majeurs. Les problèmes que pose le principe de justice et d'égalité semblent particulièrement importants — notamment la problématique de l'accès aux soins. À quoi sert d'humaniser la médecine si celle-ci demeure inaccessible ? Cela n'aurait, nous semble-t-il, que peu de sens.

La médecine est un système complexe d'acteurs (humains, financiers, administratifs, économiques et scientifiques) qui déterminent les conditions de possibilité et les modalités de

¹³ Cette partie reprend des éléments de Ferry-Danini (2018).

¹⁴ Voir Ferry-Danini (2019).

la relation patient-médecin, ainsi que ses conséquences. La question importante de l'humanisme médical ne devrait donc pas être seulement « qu'est-ce qu'une bonne relation patient-médecin ? », mais aussi « quelles sont les conditions de possibilité pour que cette relation soit la plus optimale possible ? » Autrement dit, les conditions de possibilité d'une médecine efficace et encadrée par des principes moraux adéquats : le but étant la maximisation de la santé d'une population et de ses individus. Ce qui est en jeu n'est donc pas simplement la relation clinique médicale, mais la performance — l'efficacité — de la structure dans laquelle la médecine s'insère. L'efficacité dont il est question fait référence au bien-être des patients et c'est ce pour quoi cette approche demeure humaniste au sens propre du terme. Cette approche, désignée ailleurs sous le terme d'un humanisme médical « orienté par les effets » (« *outcomes-oriented humanistic medicine* ») (Ferry-Danini 2018, 73) se concentre sur la capacité pour un système de santé de répondre à des questions cruciales concernant la possibilité et la modalité du soin pris dans un sens large (tout ce qui vise à atteindre la santé). La relation clinique n'est pas pour autant oubliée puisqu'il s'agit de souligner les conditions structurelles qui conditionnent la qualité de cette relation.

Pour résumer, dans l'humanisme que nous proposons, c'est la capacité pour un système de santé de produire des effets favorables sur la santé qui importe. Insister de cette façon sur les effets (ou les résultats) produits par un système permet d'ouvrir une voie pour l'étude critique des plans ou des dispositifs mis en place dans ce but (ou l'étude de l'absence de ces dispositifs). Si un système de santé n'a pas pour but d'atteindre le meilleur soin pour tous en quel sens pourrait-il n'être daucune façon dit « humaniste » ? Pour le dire autrement, ce n'est qu'en prenant du recul sur les conditions de possibilité de la médecine que l'humanisme peut être vraiment fécond. C'est en insistant sur l'accès à la médecine et pas simplement la qualité de la relation intersubjective clinique que l'on peut tendre à « humaniser » la médecine.

6) Conclusion

Cette contribution a proposé deux pistes pour rendre l'humanisme médical plus convaincant et peut-être plus fécond : d'abord recentrer l'humanisme autour d'un concept de compassion, en lieu et place de celui d'empathie ; ensuite, étendre le sens que l'on donne à la médecine pour intégrer à l'humanisme une approche basée sur les systèmes de santé et leurs conditions de possibilité.

D'abord, il n'est pas possible d'imputer avec certitude au modèle biomédical un quelconque déclin de l'empathie chez les médecins et les étudiants et étudiantes en médecine. Cette impossibilité tient à plusieurs difficultés auxquelles font face les études empiriques de mesure de l'empathie. Ensuite, l'un des problèmes de l'humanisme médical consiste en sa confiance excessive dans les bienfaits de l'empathie. Comme nous l'avons vu, l'empathie pourtant n'est pas exempte de défauts, de telle sorte qu'imaginer une médecine plus empathique ne semble pas être une si bonne idée que cela. L'empathie émotionnelle est ainsi sujette à divers biais, et par son effet de faisceau, elle peut mettre l'accent sur certaines questions ou personnes au détriment d'autres, jusqu'à provoquer des souffrances et des injustices. Par ailleurs, l'exigence d'empathie pour les personnels médicaux est une exigence qui fait peser un énorme poids sur leurs épaules, poids qui n'est pas justifié.

Pour autant, l'humanisme médical n'est pas perdu puisque l'on peut substituer à l'empathie un concept proche – celui de compassion. Contrairement à l'empathie, que l'on a définie comme le fait de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ce qu'il ressent, la compassion est le simple fait de vouloir le bien-être d'autrui. Selon cette définition, nous avons remarqué que la médecine est déjà d'une certaine façon compassionnelle et humaniste. C'est pourquoi nous avons proposé d'élargir et de creuser le sens donné à notre concept de médecine, afin d'intégrer une réflexion sur les systèmes de santé, leurs conditions de possibilités et leur efficacité. Cet humanisme médical fondé sur les systèmes de santé nous semble plus solide que l'humanisme fondé sur l'empathie – et ce, tout en restant compassionnel et humaniste.

Bibliographie

BARON-COHEN, S., (2012), *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*, Basic Books, New York.

BATSON, C. D. & ET AL, (1995), Immorality from Empathy-Induced Altruism: When Compassion and Justice Conflict, *Journal of Personality and Social Psychology*, n°68, p. 1043-8.

BATSON, C. D., SHAW, L. L., KLEIN, T. R. & HIGHERGER, L., (1991), Evidence for altruism: Towards a pluralism of prosocial motives, *Psychological Inquiry*, n°2, p. 107-22.

BLOOM, P., (2016), *Against Empathy*, HarperCollins, New York.

CAREL, H., (2008), *Illness: the cry of the flesh*, Stocksfield: Acumen, 164 p.

CHARON, R., (2001), Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust, *Jama*, vol. 286, n°15, p. 1897–1902.

CHARON, R., (2004), Narrative and medicine, *The New England Journal of Medicine*, vol. 350, n°9, p. 862-864.

CHARON, R., (2006), *Narrative medicine: honoring the stories of illness*, Oxford University Press, Oxford; New York.

DECETY, J. & COWELL, J. M., (2014), Friends or foes: Is empathy necessary for moral behavior?, *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, vol. 9, n°4, p. 525-537.

ENGEL, G. L., (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science (New York, N.Y.)*, vol. 196, n°4286, p. 129-136.

FERRY-DANINI, J., (2018), A new path for humanistic medicine, *Theoretical Medicine and Bioethics*, vol. 39, n°1, p. 57-77.

HALPERN, J., (2001), *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*, OUP USA, Oxford University Press, 196 p.

HELGESON, V. S. & FRITZ, H. L., (1998), Distinctions of unmitigated communion from communion: Self-neglect and overinvolvement with others, *Journal of Personality and Social Psychology*, n°75, p. 121-40.

HOFFMAN, M., (2000), *Empathy and moral development: The implications for caring and justice*, Cambridge University Press, Cambridge.

MACNAUGHTON, J., (2009), The dangerous practice of empathy, *The Lancet*, vol. 373, n°9679, p. 1940-1941.

MARCUM, J. A., (2008), Reflections on humanizing biomedicine, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 51, n°3, p. 392-405.

MATA, D. A., RAMOS, M. A., BANSAL, N., KHAN, R., GUILLE, C., DI ANGELANTONIO, E. & SEN, S., (2015), Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysisDepression and Depressive Symptoms Among Resident PhysiciansDepression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians, *JAMA*, vol. 314, n°22, p. 2373-2383.

OAKLEY, B., (2011), *Cold-Blooded Kindness: Neuroquirks of a codependent killer, or just give me a shot at loving you, dear, and other reflections on helping that hurts*, Prometheus Books, Amherst, NY.

PEDERSEN, R., (2009), Empirical research on empathy in medicine - A critical review, *Patient Education and Counseling*, vol. 76, p. 307-322.

PRINZ, J., (2011), Against Empathy, *The Southern Journal of Philosophy*, vol. 49, p. 214-233.

ROTHSTEIN, L. S., RAMOS, M. A., TORRE, M., SEGAL, J. B., PELUSO, M. J., GUILLE, C., ... MATA, D. A., (2016), Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-AnalysisPrevalence of Depression and Suicidal Ideation Among Medical StudentsPrevalence of Depression and Suicidal Ideation Among Medical Students, *JAMA*, vol. 316, n°21, p. 2214-2236.

SOLOMON, M., (2015), *Making medical knowledge*, Oxford University Press, Oxford, 288 p.

SPENCER, J., (2004), Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot?, *Medical Education*, vol. 38, n°9, p. 916-918.

STEMPSEY, W. E., (2008), Philosophy of Medicine Is What Philosophers of Medicine Do, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 51, n°3, p. 379-391.

SVENAEUS, F., (2015), The relationship between empathy and sympathy in good health care, *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 18, p. 267-277.

VACHON, D. D., LYNAM, D. R. & JOHNSON, J. A., (2014), The (Non) Relation Between Empathy and Aggression: Surprising Results from a Meta-Analysis, *Psychological Bulletin*, vol. 140, p. 16.

WHO, (2000), WHO | Health systems: improving performance, WHO.
<http://www.who.int/whr/2000/en/> (page consultée le 03/06/16)