

## L'HUMANISME MÉDICAL AU-DELÀ DE L'EMPATHIE

[Juliette Ferry-Danini](#)

Centre Sèvres | « [Archives de Philosophie](#) »

2020/4 Tome 83 | pages 103 à 120

ISSN 0003-9632

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2020-4-page-103.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Centre Sèvres.

© Centre Sèvres. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# L'humanisme médical au-delà de l'empathie

Juliette Ferry-Danini

Université de Paris, Institut Droit et Santé, Inserm

Le concept d'empathie est souvent invoqué par les défenseurs des approches humanistes en médecine. Il est l'un des traits 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 cependant 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 psychologie<sup>1</sup>. Bien qu'elles ne suivent pas forcément le langage ordinaire et tous les usages philosophiques, ces distinctions ont le mérite de mettre en lumière 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*) » (2001, 1897; 2004,

1. Voir par exemple Bloom, 2016 ou Svenaeus, 2015.

862) et il est nécessaire qu'ils cultivent une « familiarité avec la souffrance » (2001, 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, 863)

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

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. (2008, 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 » (2015, 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. (2011, 214)

Il ne suffit en effet 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 » (1977, 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, je répondrai à deux questions. Le modèle biomédical a-t-il mené au déclin de l'empathie dans la médecine ? L'empathie permet-elle vraiment de défendre une forme d'humanisme en médecine ?

## 1) 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 qu'elle y fait tout simplement défaut tant chez les médecins que 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 » (2006, viii). Ce même constat est aussi celui de Havi Carel indiqué plus haut (2008, 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, des études empiriques sont souvent citées selon lesquelles les étudiants et étudiantes en médecine deviendraient de moins en moins empathiques au fil de leurs études. Ces études étant présentées comme à la fois indubitables et catastrophiques pour la médecine, certains n'hésitent pas à évoquer, on l'a vu, un véritable « pourrissement » (Spencer, 2004). Cependant, ces mesures empiriques de l'empathie rencontrent des difficultés qui 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, rappelons-le, 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, 16; Decety & Cowell, 2014, 525). La multiplication des sens donnés au vocable d'empathie est alors 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, 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, 78-79). L'un des questionnaires très utilisé dans le champ médical est celui de Mark Davis : l'index IRI (*Interpersonal Reactivity Index*). Le questionnaire s'organise en quatre parties distinctes qui proposent 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 ; (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, 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 ici 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 arriver<sup>2</sup> ». Il est difficile de concevoir le lien entre cette proposition et quelque chose comme de l'empathie – ainsi que le bénéfice que l'on pourrait en retirer en tant que professionnel de santé. La partie (4) intitulée « Détresse personnelle » est la plus problématique de ce point de vue. 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'effondre<sup>3</sup> », « Dans des situations d'urgence, je me sens mal à l'aise et j'apprehende<sup>4</sup> », « J'ai tendance à perdre le contrôle dans des situations d'urgence<sup>5</sup> ». 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 :

[...] 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 acceptions. (Bloom 2016, 82)

En 2009, Reidar Pedersen 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

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.* »

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, 316). Sur les 206 publications, 51 admettent mesurer l'empathie de façon implicite ou vague (2009, 309). Dans certaines publications, il n'y a tout simplement pas de définition de l'empathie (2009, 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 toutefois l'index IRI, avec les problèmes que nous avons déjà mentionnés. L'une des conclusions de Pedersen est que ces études quantitatives majoritairement fondées 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. Ainsi, Pedersen note que l'impact des conditions de travail sur la présence ou non de l'empathie sous toutes ses acceptions demeure une zone d'ombre de ces recherches (2009, 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 chez les médecins soit parfaitement établie. Si baisse il y a, les études en question ne permettent pas de trancher sur la thèse selon laquelle ce 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 la question.

## 2) L'empathie peut-elle fonder la morale ?

L'affirmation selon laquelle l'empathie ferait de nous de meilleures personnes, qui conduit plusieurs défenseurs de l'humanisme médical à promouvoir l'empathie dans la médecine, prend plusieurs formes. On y retrouve deux thèses principales : (1) le manque d'empathie fait souffrir, (2) l'empathie est l'un des fondements de notre morale.

Selon Carel, « le manque d'empathie est ce qui fait le plus souffrir » (2008, 45). Dans un exemple personnel, Carel raconte une expérience médicale rendue extrêmement désagréable par l'attitude froide d'une infirmière. Celle-ci n'a exprimé ni réconfort ni émotions, Carel en éprouvant alors une grande souffrance psychologique. Sans remettre en question cette souffrance, on peut toutefois se demander ce qui a précisément causé cet effet nuisible. Est-ce l'absence d'empathie émotionnelle, d'empathie cognitive, l'absence de mots de réconfort, ou bien l'absence de compassion ? Sans accès à l'état d'esprit de cette infirmière, il semble difficile de répondre de façon certaine à la 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 réconfort 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 regrettable : faire l'expérience de la souffrance d'autrui peut en effet conduire à des attitudes défensives ou d'évitement (Prinz 2011, 223)<sup>6</sup>.

Selon la seconde thèse, 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 discerner 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 à 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. Ainsi, pour 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 cette personne avait des conséquences positives, alors le dossier de l'empathie serait solide. (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 proposition selon laquelle l'empathie irait de pair avec des comportements et des actions moralement bonnes 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, 1991<sup>7</sup>, cité par Prinz 2011, 226). Alors qu'ils en sont les partisans les plus importants, 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. Bien plus, ils notent 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

6. Dans tous les cas, les 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).

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

pas forcément moral et ne mène pas forcément à de bonnes conséquences. Présentons ici l'expérience de psychologie que Batson et ses collègues ont conçue pour illustrer et défendre cette thèse. Dans cette expérience, l'empathie a en effet 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 plus confortables les derniers jours d'enfants souffrant d'une maladie incurable. 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 était qu'ils devaient 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 a demandé aux deux groupes s'ils souhaitaient faire monter Sheri dans la liste d'attente en leur expliquant clairement que cette action avait pour conséquence que d'autres enfants plus prioritaires dans la liste devraient 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 faire 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 enfants<sup>8</sup>.

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. Pour Bloom en effet,

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. (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 individus<sup>9</sup> et sur le moment présent en ignorant les conséquences à long terme. Ainsi, selon Prinz,

---

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

9. On parle d'« 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.



[...] 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 (2011, 228).

Ce faisceau lumineux que serait l'empathie introduit par ailleurs un biais 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 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, 225-226). Or il paraît plausible que 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 : par exemple la honte, le sentiment de culpabilité et l'espoir d'une récompense (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. Celle-ci peut être ainsi le 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'il charrie. Par ailleurs, comme l'empathie est biaisée, il semble peu souhaitable d'être motivé à agir dans des directions restreintes par nos préférences.

### 3) Conséquences néfastes de l'empathie

L'empathie émotionnelle n'aboutit 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, car elles 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? Par exemple, privilégier le court terme au profit du long terme peut vraisemblablement être une mauvaise idée dans le cadre médical. L'empathie peut en effet pousser le médecin à prescrire des antidouleurs alors que le problème de la patiente va au-delà de ces douleurs ; à prescrire sinon des médicaments inutiles – du moins

inefficaces – pour rassurer la personne ; à ne pas reconnaître les signes d'une maladie grave chez un patient proche car le médecin ne souhaite pas le voir souffrir ; à ressentir l'anxiété de son patient et à 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, l'empathie pourrait biaiser les décisions médicales concernant 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)<sup>10</sup>. 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. De même, pour Jane Macnaughton, considérer l'empathie comme une compétence infaillible pour permettre l'accès à l'esprit d'autrui est dangereux et irréaliste : dangereux, car on peut notamment se tromper sur ce que ressent l'autre (2009, 1941). Ces quelques situations imaginaires 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 fâcheuses d'un point de vue moral. Elle n'est donc pas un remède miracle d'un point de vue moral, que ce soit pour régler le problème du paternalisme ou de tout autre maltraitance médicale.

Les conséquences négatives de l'empathie peuvent également 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 dépressif<sup>11</sup>? 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 fresque qui représente les médecins comme des saints ou saintes morales ; un idéal impossible à atteindre et potentiellement dévastateur pour celui ou celle qui s'y investirait corps et âme. Ainsi, même l'un des plus

---

10. La leçon que tire Halpern est différente. 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 » (2016, p. 144).

grands défenseurs de l'empathie tel Simon Baron-Cohen admet que l'empathie émotionnelle peut avoir des risques non négligeables si elle 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 et mécanique [...] elle a un besoin irrésistible de faire preuve d'empathie » (2012, 26-27); Hannah est empathique avec ses patients, elle ressent ce qu'ils ressentent et elle fait un effort pour se mettre à leur place et imaginer leur situation. Baron-Cohen reconnaît que l'empathie « haute » peut avoir des risques pour ceux qui l'éprouvent mais il juge que ces risques ne s'appliquent pas à Hannah. Pourtant, Hannah ne peut pas s'empêcher de ressentir de l'empathie. Le coût d'une telle empathie « irrésistible » est bien étudié dans la littérature psychologique. Les effets dévastateurs d'une empathie émotionnelle sur le bien-être mental d'une personne – que les chercheurs en psychologie sociale appellent « communion totale (*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 irrésistible (2016, 134-135).

Le choix d'un prénom féminin « Hannah » n'est ici 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 dépression<sup>12</sup> (Helgeson & Fritz, 1998).

Le problème de l'empathie irrésistible et de la communion totale est d'autant plus vif quand 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 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

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

la souffrance des autres – alors même que la littérature empirique a identifié des risques non négligeables à ce sujet – pose question.

Pour toutes ces raisons, l'empathie ne semble pas la candidate idéale pour promouvoir l'humanisme en médecine. Notons cependant qu'il a été jusqu'ici question de l'empathie émotionnelle – celle qui est le plus souvent plébiscitée par les partisans de l'humanisme médical – 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 ?

#### 4) Où chercher l'humanisme en médecine ?<sup>13</sup>

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 compassion que nous venons de définir) sont parfois invoqués lorsqu'il est question d'humanisme en médecine. Une fois que la compassion a été distinguée de l'empathie, on peut remarquer que la compassion échappe à certains des inconvénients qui sont ceux 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, 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

---

13. Voir Ferry-Danini 2018.

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. Pour sortir de ce paradoxe et donner une base solide à un discours qui se veut compassionnel ou humaniste, il est toutefois 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 on défend l'humanisme médical 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 ». 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 le médecin/scientifique possède un savoir médical qu'il applique – c'est là son art – à des situations particulières. Or cette dichotomie entre la science et l'art n'est pas foncièrement utile pour décrire les différents aspects de la médecine (Solomon, 2015 ; Ferry-Danini, 2018). Les approches contemporaines en philosophie des sciences donnent notamment une vision totalement différente de la médecine comme activité sociale avec des acteurs multiples – humains et non humains – et plus largement comme 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. Ainsi, pour William Stempsey, 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, des kinésithérapeutes, des techniciens de radiologie et ainsi de suite. Pour le dire autrement, la "médecine" est une sorte de raccourci pour désigner les "services de santé". (2008, 380)

En un sens très large, 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 de façon similaire le concept de système de santé comme toutes les activités qui ont pour but de « promouvoir, restaurer et maintenir la santé » (2000, 5). À ce stade, il faut souligner que c'est évidemment d'abord d'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'écarter de ce sens restreint et non de l'étendre 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, une telle définition de la médecine est intimement liée à celle de ses buts. Quels sont-ils ?

Les partisans de l'humanisme médical considèrent que les buts de la médecine consistent à se soucier du bien-être des individus et à 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 le médecin qui prend soin de son patient, 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 l'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 recourant à 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.

La définition de la médecine n'a donc pas besoin de se restreindre à la relation médecin-patient et elle peut en même temps 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 seulement comme la santé des individus, mais encore comme la santé de la population. De la même manière, l'humanisme ici compris selon 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 empirique : dans les sociétés occidentales contemporaines, en pratique, la médecine n'est pas séparée 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) Dépasser les limites d'un humanisme fondé sur l'empathie**

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. La réduction des individus à leur corps physique était en effet l'un des reproches les plus courants de ces approches humanistes au modèle biomédical. La santé publique en ce sens suit le modèle « biopsychosocial » d'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, on ne retrouve pas de réflexions véritablement sociales sous leurs plumes. La santé publique, en s'occupant par exemple des inégalités de santé, 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 du médecin une professionnelle multitâche : médecin, psychologue, thérapeute, assistante sociale et même amie. Pour illustrer l'importance des compétences narratives, Rita Charon 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 psychothé-



rapie d'une de ses patientes, pendant plusieurs semaines, alors même qu'elle n'est ni thérapeute ni psychiatre. À propos de cette autre patiente en deuil, elle rapporte :

[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 (2006, 11).

Faire des médecins ou des professionnels de santé des aides multitâches fait problème, car cela fait reposer toute la médecine et l'humanisme sur la bonne volonté de chaque soignant qui n'a pas forcément 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 plus déterminant que de le chercher au niveau de la dyade patient-médecin.

En demeurant subjectiviste, l'humanisme empathique ne peut par ailleurs pas poser de questions véritablement éthiques et politiques. Pour ne donner qu'un exemple, à quoi servirait d'humaniser la médecine si celle-ci demeurerait inaccessible? Cela n'aurait, nous semble-t-il, que peu de sens. L'humanisme empathique n'a pourtant pas de réponse claire à apporter à la problématique de l'accès aux soins.

Un dernier problème réside dans la posture de l'humanisme empathique par rapport à la médecine. L'empathie est souvent présentée comme une solution complémentaire au naturalisme de la médecine, ou dit autrement, au côté scientifique de sa pratique. En retour, l'humanisme médical est souvent présenté comme ce qui permettrait de compléter la science ou le naturalisme de la médecine. Or une telle stratégie ne permet pas de prendre en compte, au sein d'une approche humaniste, les critiques légitimes qui sont régulièrement énoncées par des philosophes des sciences et d'autres chercheurs à propos de la recherche biomédicale. Par exemple, promouvoir l'empathie en médecine ne permet pas de s'attaquer à des problématiques comme celle des biais de genre dans la recherche biomédicale. Face à cela, l'approche que je propose, puisqu'elle vise une médecine la plus efficace ou bienfaitrice possible, doit se saisir de ce genre de questions. Dans l'humanisme compassionnel proposé, ce qui est en jeu n'est 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. La relation clinique n'est pas pour autant oubliée puisqu'il s'agit aussi de souligner les conditions structurelles qui conditionnent la qualité de cette relation.

Où chercher l'humanisme en médecine ? On l'a vu, l'humanisme est traditionnellement recherché dans la relation médecin-patient, avec bien souvent l'empathie présentée comme valeur clef. À la place, je propose un



humanisme de la compassion qui ne se limite pas à la relation clinique. Cet humanisme de la compassion est d'une certaine façon minimaliste : en venant que répéter les buts de la médecine, il ne demande pas aux soignants d'éprouver les émotions de leurs patients. En même temps, en allant au-delà d'une approche intersubjective, cet humanisme est plus radical, car il insiste sur les conditions de possibilité d'un système de santé efficace et bienfaisant. Il évite ainsi de se présenter en porte à faux vis-à-vis de questions éthiques, politiques ou méthodologiques.

## 5) De l'empathie à la compassion

Cet article 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 étudiant(es) 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. Nous l'avons vu, l'empathie n'est pourtant pas exempte de défauts, de sorte qu'imaginer une médecine plus empathique ne semble pas être une idée si pertinente 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 non 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*, 68, p. 1043-1048.
- BATSON C. D., SHAW L. L., KLEIN T. R. *et al.* (1991), Evidence for altruism: Towards a pluralism of prosocial motives, *Psychological Inquiry*, 2, p. 107-122.
- BLOOM P. (2016), *Against Empathy*, Harper/Collins, New York.
- CAREL H. (2008), *Illness: the cry of the flesh*, Acumen, Stocksfield, 164 p.
- CHARON R. (2001), Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust, *JAMA*, 286/15, p. 1897-1902.
- CHARON R. (2004), Narrative and medicine, *The New England Journal of Medicine*, 350/9, 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*, 9/4, p. 525-537.
- ENGEL G. L. (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science (New York, NY)*, 196/4286, p. 129-136.
- FERRY-DANINI J. (2018), A new path for humanistic medicine, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 39/1, p. 57-77.
- FERRY-DANINI J. (2020), « Petite introduction à l'éthique des essais cliniques », <https://medium.com/@ferry.danini/petite-introduction-à-l'éthique-des-essais-cliniques-d1b6d9f0bbb2>.
- HALPERN J. (2001), *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*, Oxford University Press, New York, 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*, 75, p. 121-140.
- 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*, 373/9679, p. 1940-1941.
- MARCUM J. A. (2008), Reflections on humanizing biomedicine, *Perspectives in Biology and Medicine*, 51/3, p. 392-405.
- MATA D. A., RAMOS M. A., BANSAL N. *et alii* (2015), Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA*, 314/22, 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*, 76/3, p. 307-322.
- PRINZ J. (2011), Against Empathy, *The Southern Journal of Philosophy*, 49, p. 214-233.
- ROTENSTEIN L. S., RAMOS M. A., TORRE M. *et al.* (2016), Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis, *JAMA*, 316/21, 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*, 38/9, p. 916-918.
- STEMPSEY W. E. (2008), Philosophy of Medicine Is What Philosophers of Medicine Do, *Perspectives in Biology and Medicine*, 51/3, p. 379-391.
- SVENAEUS F. (2015), The relationship between empathy and sympathy in good health care, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18, p. 267-277.
- VACHON D. D., LYNAM D. R. & JOHNSON J. A. (2014), The (Non) Relation Between Empathy and Agression: Surprising Results from a Meta-Analysis, *Psychological Bulletin*, 140, p. 16.
- WHO (2000), The World Health Report: Health systems: improving performance, <https://www.who.int/whr/2000/en/> (consulté le 03/06/16).

## Résumé

Une médecine plus humaniste serait une médecine où les professionnels de santé feraient preuve de plus d'empathie envers leurs patients. Or s'il est difficile d'attester un déclin de l'empathie en médecine en l'attribuant au modèle biomédical, l'empathie n'est pas sans défaut. Cela ne signifie pas la mort de l'humanisme médical mais un appel à le faire reposer sur un concept minimal de compassion non sans lui intégrer une approche basée sur les systèmes de santé.

*Mots-clés: empathie, humanisme médical, compassion, systèmes de santé.*

## Abstract

Empathy is often described as a virtue that could help in making medicine more humanistic. This paper argues that there are two limits to this thesis. First, it is unclear whether a lack of empathy can be attributed to biomedical education. Second, empathy itself is not without issues, and another concept, compassion, can be put forward instead. When integrated with an approach focused on healthcare systems, humanism based on the more minimalist concept of compassion becomes more tangible and radical.

*Keywords: empathy, medical humanism, compassion, healthcare systems.*