

LA RÉVOLUTION BIENVEILLANTE

Comment l'empathie a le potentiel de soigner, humaniser et transformer le réseau de la santé

CHARLES-ANTOINE BARBEAU-MEUNIER

Candidat M.D., Ph. D., M.A. sociologie

Expert sur l'empathie, Université de Sherbrooke

charles.antoine.barbeau@gmail.com

« Là où croît le péril, croît aussi ce qui sauve. »

Hölderlin

Au moment d'écrire ces lignes s'entrelacent, en s'amplifiant, trois crises qui menacent de renverser des décennies de progrès sanitaire en matière d'équité et de résilience sociale. Si ces crises regroupées sous trois « C » – le climat, le conflit armé en Ukraine, et la pandémie de COVID-19 – mettent aujourd'hui en péril l'écosystème humanitaire, ils ouvrent aussi la porte à un mouvement de collectivisme, de solidarité et de bienveillance sans précédent pour les professionnels et les usagers du réseau de la santé.

D'ores et déjà, la crise climatique appelle à une réorganisation rapide de notre économie et de notre mode de fonctionnement social, un « virage à 180 degrés » afin de minimiser les conséquences d'un réchauffement qui, selon le dernier rapport du GIEC (IPCC, 2022), n'épargne désormais personne sur Terre, affectant toutefois de manière disproportionnée les communautés désavantagées et marginalisées. Selon ce rapport, jusqu'à 3,6 milliards d'êtres humains sont d'emblée « très vulnérables » face à cette crise, et l'on estime qu'un milliard de ceux-ci deviendront des réfugiés climatiques d'ici 30 ans.

L'invasion armée de l'Ukraine par le gouvernement russe, le 24 février dernier, a pour sa part précipité une crise de la diplomatie et de la solidarité internationale. Au-delà d'une salve de sanctions économiques, les hauts dirigeants ont tenté de négocier une désescalade, tout en essayant d'éviter l'amorce d'une guerre mondiale. Or, les citoyens ordinaires demeurent pour la plupart en proie à un sentiment d'impuissance et d'effroi, témoins d'une violence qui, à ce jour, n'a épargné ni les hôpitaux ni les soignants, ni les civils ni les enfants, et qui a valu au gouvernement russe des accusations de « crimes de guerre ». Des millions d'Ukrainiens ont déjà fui leur pays en quête de sécurité.

Enfin, il est impossible de ne pas situer ces sentiments collectifs et leurs échos sur un fond d'essoufflement lié à la pandémie de la COVID-19. La tête à peine hors de l'eau après le déluge de la cinquième vague et l'esprit à peine décanté, de quel espace disposons-nous pour penser la résilience, la guérison, la solidarité ? S'il est un changement de conscience qu'a

suscité cette épreuve collective, peu importe notre appartenance locale, c'est celui d'une fragilité globale – humaine, sociale, institutionnelle – dont l'étendue est bien plus large, profonde, et même intime, que ce que nous aurions pu prévoir.

QUELQUES CONSTATS

Notre fracture sociale, telle une fissure enfouie dans les couches terrestres, a soudainement fait trembler la Terre. Le territoire humain s'est fragmenté en archipels d'individus isolés, esseulés par le confinement, simultanément confrontés à une perte de repères, au deuil de leurs proches et angoissés face à l'avenir. Ceux qui ne l'avaient pas déjà vécu ont connu l'expérience de la précarité relationnelle.

Aujourd'hui plus de 6 millions de décès sont directement attribués au virus, auxquels s'ajoutent, selon les statistiques usuelles, au moins 18 millions de décès collatéraux ou « excédentaires » émanant de nos fragilités (Collaborateurs 2022). En santé publique, on s'est rapidement inquiété d'une augmentation de l'usage de drogues et d'alcool, de la précarité financière, de la violence conjugale et de l'exacerbation d'une crise de santé mentale déjà chronique, sédimentée dans le rythme effréné de nos vies (Poirier 2020).

Parallèlement à ces situations, nous constatons une méfiance croissante de la population vis-à-vis de l'autorité publique et des consignes sanitaires, nous rappelant humblement les limites de l'entreprise scientifique (McLennan et coll. 2022). Les directives sanitaires fondées sur la preuve ont été inefficaces face à une méfiance récalcitrante et un doute systématique qui, proportionnellement à la croissance des inégalités sociales, se sont infiltrés dans la population et ont ultimement paralysé, en février dernier, la capitale nationale du Canada. Les politiques d'austérité, l'érosion du filet social, la centralisation sanitaire et le désinvestissement des soins de périphérie, les coupures en éducation et la substitution de la culture pour une industrie du divertissement ont atomisé

notre confiance sociale et notre habileté à rassembler autour d'un projet de société. Ainsi, bien que le virus soit un assaillant naturel, l'ampleur des dégâts que nous avons connue, pour sa part, relève de lacunes sociétales. C'est de cette fragilité-là, plus insidieuse, qu'il faut apprendre.

Or, la fragilité est aussi le premier instant de la résilience.

Cette prise de conscience aujourd'hui relève de la nécessité et, tel que l'a énoncé le poète Hölderlin, « là où croît le péril, croît aussi ce qui sauve ». Face aux désastres contemporains, on réclame de ne plus revenir à l'anormal. Les manifestations de ce changement ont été nombreuses : ce point d'inflexion s'est manifesté par le mouvement Black Lives Matter, par l'indignation lors du décès de Joyce Echaquan, dans l'appel à reconnaître le racisme systémique de nos institutions. Si le choc et l'isolement de la pandémie ont anémié un mouvement climatique autrement vigoureux, nous sommes aujourd'hui appelés à être solidaires du peuple ukrainien – sans pour autant ostraciser les personnes russes qui, il est facile de l'oublier, n'ont pas toutes choisi cette guerre.

Dans les sillons de la pandémie, nous avons observé un retour en force des discours axés sur la responsabilité sociale, l'équité, l'inclusion, la diversité et le communautaire. Les politiques de la première ministre de la Nouvelle-Zélande, Jacinda Ardern, qui ont privilégié l'inclusion et l'écoute des communautés, puis le bien-être de la population plutôt que l'impératif économique et la croissance du PIB, ont consolidé le leadership de ce pays en gestion de pandémie (McGuire 2020). Nous savons que les milieux qui se sont le mieux portés face à la COVID-19 sont ceux qui ont stimulé activement la confiance de la population et où il y a moins d'inégalités sociales (Devine et coll. 2021 ; Karmakar et coll. 2021).

En réaction à des décennies de précarité sociale, économique et relationnelle, nous assistons aujourd'hui à un tournant social guidé par les valeurs de la bienveillance, de l'empathie et de la compassion.

RÉSEAU DE LA SANTÉ: PALLIER LA CRISE DU CARE

Microcosme de nos politiques sociales, le réseau de la santé représente un cas éloquent de fragilité et d'érosion de la solidarité. À l'image du tournant hyper-managérial des dernières décennies, la prestation des soins est plus que jamais contrainte par des normes de productivité, des protocoles de gestion de risque et des mesures d'optimisation des effectifs médicaux. Alors que l'établissement de cibles de performance offre une impression de prouesse technique et de médecine à haut débit, la quantification des épisodes de soin peine à rendre compte de leur véritable valeur. Dans ces calculs, la qualité des rapports humains, l'appartenance à son milieu et, ultimement, le bien-être des acteurs du réseau sont des externalités.

On parle de plus en plus maintenant de « souffrance éthique » afin de désigner la tension cognitive (*cognitive strain*) et le conflit émotionnel qu'engendre l'écart entre nos valeurs et nos idéaux et la pratique (Provost 2019). Comment réconcilier la qualité du soin et le travail à la chaîne? L'élan vers l'autre et le manque de ressources? Le désir de soigner et l'épaisseur de la paperasse, le labeur du dossier médical électronique? Devant cette distance parfois abyssale entre ses convictions et ce que ses conditions de travail lui permettent d'accomplir (Shanafelt et coll. 2019), la personne soignante est de plus en plus en proie au cynisme, qu'il ou elle laisse parfois transparaître par un humour noir et de l'autodérision. Or, signe annonciateur de la blessure morale, le cynisme envers son travail – envers un pan important de sa propre identité – est reconnu comme étant un stade précoce de l'épuisement professionnel (Del Carmen et coll. 2019).

Ultimement, ces échecs répétés à surmonter une multitude de subtils conflits éthiques – « un millier de micro-trahissons de notre raison-d'être » (Gunderman 2014) – se manifestent par une fatigue compassionnelle. Cette fatigue représente une forme

de « trauma vicariant » qui émerge d'une exposition continue, prolongée et intense à des personnes souffrantes, lorsqu'on se sent incapable d'offrir les soins que l'on juge appropriés (Ledoux 2015). Ainsi, la personne soignante émousse sa sensibilité, ou « se blinde » affectivement devant l'anticipation des déceptions du quotidien (Corcuff 1998). Une étude de l'INSPQ (Pelletier et coll. 2021) réalisée par sondage auprès des employés du réseau de la santé entre juin 2020 et janvier 2021 rapportait que près d'un employé sur deux souffre de détresse psychologique élevée ou très élevée; de ceux-ci, 80 % n'attribuent pas cette détresse à la crainte de la COVID-19, mais plutôt à l'environnement de travail. Au total, 52 % des employés sondés se sentent « parfois, souvent ou toujours contraints de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle ».

Pour mieux comprendre cette situation alarmante, on s'interroge aujourd'hui sur la « crise du care » (Fraser 2016).

La notion de *care* fait référence à l'usage anglais du terme, désignant non seulement le geste de soigner, mais aussi l'acte de la sollicitude, de « se soucier » de l'autre. Il s'agit d'une prise en considération plus globale de la subjectivité et de la vulnérabilité d'autrui; soigner en honorant le contact humain et l'unicité de la personne, au-delà de la simple administration d'un protocole de soins. Or, ce type d'écoute et d'attention implique un certain dévouement, sinon un labeur émotionnel, qu'on a historiquement relégué typiquement au rôle des préposés et des infirmières et infirmiers, des métiers qui sont d'une part sous-rémunérés et sur-représentés par les femmes et, dans le cas des préposés aux bénéficiaires, de femmes migrantes dont le statut est davantage précaire. À cet effet, on se souviendra des critiques adressées à un gouvernement qui, appelant à la bonne volonté et à la nature vocationnelle des soins prodigués par nos « anges gardiens », a parallèlement coupé dans leur convention collective afin d'imposer, jusqu'à l'épuisement, la prestation de ces soins dans des conditions exploiteuses et peu sécuritaires.

Pourtant, le rôle des soins s'étend bien au-delà du simple fait de diminuer la souffrance ou de rétablir la santé des individus. Dans son bref essai *Le soin est un humanisme*, la psychanalyste et titulaire de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital (GHT Paris – Psychiatrie et Neurosciences) Cynthia Fleury parle du potentiel humanisant des soins qui est, comme l'éducation ou la parentalité, «une fonction en partage, [...] matriciel pour l'épanouissement de l'individu, d'une certaine forme de bien-être personnel» pour ceux qui sont diminués par la maladie (Fleury 2019). Il s'agit selon elle d'un témoignage de la valeur, de l'irremplaçabilité des êtres, redonnant au sujet sa subjectivité et son agentivité. Le *care* est donc une manière d'entrer en relation qui redonne à la personne vulnérable sa confiance et engendre une volonté créatrice face au deuil ou à la mort. Il s'agit parfois de la seule manière de rendre habitable le réel. Si le soin rétablit ou revitalise une trajectoire de développement qui s'était interrompue chez la personne souffrante, il ne faut pas oublier qu'il s'agit aussi d'un acte gratifiant qui humanise tout autant la personne soignante. Prendre soin d'autrui renforce son lien d'appartenance et son rôle actif au sein de la communauté humaine.

Le rôle du *care* est particulièrement tangible dans la pratique des soins palliatifs où, par défaut, la nature des soins se tourne vers l'accompagnement et où la relation thérapeutique devient, forcément, la composante centrale du soin. Vis-à-vis de la crise de la COVID-19, les acteurs du milieu ont donc été particulièrement sensibles à la souffrance éthique : on y rapporte un «sentiment d'impuissance» alors que le «palliatif est oublié devant le curatif», que l'humain a été «éclipsé par l'urgence d'agir» (Marchand 2020). Dans les pires cas, on a témoigné de mesures d'isolement qui ont empêché des personnes à l'article de la mort de mourir dans la dignité, près de leurs proches et avec le soutien de services de soins palliatifs ou d'accompagnement spirituel.

Pourtant, c'est précisément la qualité de la relation avec les patients qui, en soins palliatifs, soutient le sentiment de satisfaction des soignants et

leur offre une raison d'être (Kearney et Harrison 2009). La présence de contacts empathiques chez les soignants, selon une récente étude sur le stress et le bien-être, a d'importants effets protecteurs : la présence de contacts empathiques diminue la perception du stress au travail, le sentiment de solitude, la présence de symptômes somatiques (maux de têtes, perte d'appétit, insomnie), l'épuisement professionnel et le sentiment d'aliénation au travail (Soler-Gonzalez et coll. 2017). À l'inverse, une carence de ces rapports empathiques était associée à plus de sentiments de solitude et une augmentation des symptômes somatiques chez les soignants. Il n'est donc pas anodin que Kearney et Harrison (2009), dans leur examen des connexions humaines en soins palliatifs, notent une «revigoration» des soignants et une baisse d'épuisement lorsque ceux-ci sont engagés dans ce qu'ils ont nommé une «empathie exquise», soit un état où, tout en maintenant de saines limites, l'individu est pleinement présent et activement à l'écoute d'autrui (traduction libre).

On ne pourra panser ces blessures morales ni lutter contre l'épuisement professionnel endémique dans le réseau de la santé sans un renversement de la logique des soins qui prédomine actuellement. La conséquence inévitable de cet acharnement à toujours optimiser la gestion des soins, à opérer constamment à pleine capacité, sans considération sur le coût humain d'un tel débit, continuera d'épuiser les effectifs médicaux. Paradoxalement, c'est précisément ce qui compromet la sécurité et la qualité des soins. La bienveillance s'inscrit donc peut-être ici dans un souci de redonner aux humains le temps et l'espace du *care* et d'entrer en réelle relation de soin. Soit, mais par où commencer ?

AVOIR LE CŒUR INTELLIGENT : COMMENÇONS PAR L'EMPATHIE

D'emblée, exercer l'art de la connexion humaine nous invite à contempler notre nature empathique. Ce souci n'est pas nouveau dans le soin et un réel

engouement pour l'empathie en clinique a été propulsé par Carl Rogers qui en a fait la pierre angulaire du *counseling*, prototype de la thérapie centrée sur le patient. Autrement, les premiers usages de l'empathie pour désigner un rapport interpersonnel remontent au tournant du 20^e siècle – on employait auparavant une notion indifférenciée de sympathie – lorsque Theodor Lipps et Edward Titchener ont décrit l'empathie comme la faculté de « se projeter dans le monde d'autrui » (Barbeau-Meunier 2013).

Or, la nature interdisciplinaire de l'empathie et le cumul de nombreuses définitions en ont fait un véritable brouillard conceptuel qui représente aujourd'hui un des principaux obstacles à son intégration et son enseignement dans les curriculums et formations (Cuff et coll. 2016; Jeffrey 2016). Il est encore coutume de confondre empathie et sympathie – un état affectif partagé, le fait de ressentir ce que ressent autrui – malgré que l'empathie préserve une distinction entre le monde d'autrui et le sien. On la confond également avec la compassion – une propension à l'action ayant pour intention d'alléger la souffrance d'autrui – qui est d'ailleurs fréquemment motivée par l'empathie (voir la thèse de l'empathie-altruisme de Batson et coll. 1981); or, l'empathie ne se limite pas à la relation d'aide, mais inclut également, et le plus souvent d'ailleurs, tout le spectre des émotions positives telles que la joie, l'enthousiasme et la fierté (Depow, Francis et Inzlicht 2021). L'empathie, en contraste, n'est ni un état ni une action, mais un processus par lequel on tente, par une « infinité d'approximations successives », de comprendre les constituants de la réalité d'autrui (Broome 1991). Plutôt qu'un trait inné ou invariable, l'empathie est particulièrement modulable selon de nombreux déterminants de son expression tels que la familiarité à autrui et la désirabilité sociale, ou alors le stress et l'épuisement (Cheng, Chen, et Decety 2017; Zaki 2014). Il faut donc reconnaître qu'il existe une importante distinction entre la disposition empathique et sa propension (Keysers et Gazzola 2014). Ainsi, l'empathie est « essentiellement un processus dynamique et flexible dépendant de son contexte et

reposant largement sur des facteurs situationnels » (Decety 2020; traduction libre).

Et comment concevoir ce processus derrière l'empathie de manière plus tangible, plus granulaire? Les neurosciences s'évertuent à répondre à cette question depuis plusieurs décennies et on conçoit communément aujourd'hui que l'empathie est la résultante de trois composantes indissociables en pratique et pourtant distinctes en théorie: l'empathie affective (analogue à la sympathie), l'empathie cognitive (analogue à la prise de perspective) et la sollicitude empathique (analogue à la compassion). On reconnaît également aujourd'hui le rôle essentiel d'une quatrième composante, la régulation émotionnelle, soit « la capacité à répondre aux demandes d'une expérience émotionnelle de manière flexible et socialement adéquate » (Decety 2020). Ces composantes sont reflétées dans une définition plus formelle que j'ai proposée dans le cadre de mes travaux, et qui définit l'empathie comme « la capacité à ressentir et se représenter les états affectifs et mentaux d'autrui, et à y répondre avec cohérence » (Barbeau-Meunier 2013).

Pour résumer, la fonction caractéristique de l'empathie est donc de nous permettre de comprendre au mieux des circonstances la réalité d'autrui, en fondant cette impression simultanément sur une proximité affective et un recul cognitif. Il s'agit d'avoir, en quelque sorte, le cœur intelligent.

DES ORIGINES DE LA SENSIBILITÉ EMPATHIQUE ET DE L'INTELLIGENCE SOCIALE

Si nous sommes dotés de la capacité à être empathique, c'est d'abord parce que l'empathie confère des bienfaits. Sur un plan évolutif, l'hypothèse dominante avance que l'empathie affective, ou la sympathie, a évolué dans le contexte des soins parentaux. Les mammifères montrent cette innovation particulière où, plutôt que de produire une large quantité de descendants qui sont subséquentement laissés

à eux-mêmes avec des chances de survie moindre, comme le font les reptiles, ils conçoivent une progéniture moins nombreuse à laquelle ils offriront des soins adaptés. C'est l'évolution d'un système parental sensibilisé aux besoins du nouveau-né, par le biais de la résonance émotionnelle qui, par extension, aura permis à la fois de ressentir ce que les autres ressentent et d'être attendri par leur réalité, ou soucieux de leur état. Les répercussions de cette sensibilité sont nombreuses au mieux, elle motive l'altruisme, la coopération et la prosocialité, consolidées par les bases d'un attachement sécurisé avec le parent. À l'opposé, elle ouvre aussi la porte à une profonde vulnérabilité sociale, l'absence de soins parentaux pouvant fragiliser le développement entier et imbriquer un modèle d'attachement insécure. Les expériences de Harry Harlow sur des singes rhesus isolés de tout contact social ont témoigné des conséquences désastreuses de la carence affective sur le développement des mammifères (Mitchell et coll. 1966).

L'essor d'une empathie davantage cognitive – notre capacité à inférer les états mentaux, l'intentionnalité d'autrui – aurait pour sa part émané du contexte éminemment social de notre espèce et de celles qui l'ont précédée. Cet adage selon lequel l'être humain est un « animal social » n'est nullement mieux démontré que par la carrière de l'anthropologue Robin Dunbar, dont les travaux ont établi une relation marquée entre l'augmentation de taille du cerveau, des primates aux hominidés puis à l'être humain, et l'augmentation de taille des groupes sociaux (Dunbar 1992). Plus précisément, cette augmentation de volume concerne le cortex préfrontal où siègent nos fonctions exécutives et, surtout, notre faculté à réguler nos émotions, inhiber nos programmes réflexes, enfin, à faire abstraction de nos expériences afin d'agir de manière adaptée et réfléchie. Les corollaires de ces observations constituent aujourd'hui le socle de l'hypothèse du « cerveau social » : sans intégration, sans intelligence sociale, les chances de survie de nos ancêtres auraient été presque nulles puisque, singes déchus sans réel avantage combatif sinon celui de la coopération et du maniement

des outils (la préhension, voir McGinn 2017), c'est essentiellement l'union qui a fait notre force. C'est notre habileté à fleurir en société – à se comprendre mutuellement, à s'organiser, puis à manœuvrer entre alliances et rivalités – qui est déterminante. Être l'animal social par excellence, c'est réaliser que nous sommes la seule espèce de primates dont la sclère (le blanc) des yeux est visible, afin de permettre de mieux lire le regard d'autrui ; c'est comprendre combien notre souci de réputation, le désir d'approbation et la crainte du rejet sont de puissantes motivations à l'intégration sociale, et c'est même, selon Robin Dunbar, saisir que le commérage, aussi vain semble-t-il, joue un rôle primordial dans le maintien et la lubrification des rapports sociaux (Dunbar 2005).

L'EMPATHIE COMME DÉTERMINANT DE LA SANTÉ INDIVIDUELLE ET SOCIALE

En vertu donc de cet héritage affectif et cognitif, nous sommes dotés d'une sensibilité exquise pour ces liens qui nous habitent et nous constituent. Et en raison du rôle prépondérant des rapports sociaux sur notre bien-être, l'empathie n'est ni plus ni moins qu'un déterminant de la santé.

Cela semble déjà évident dès que nous constatons les effets de la solitude. Dans l'année suivant un épisode de soins aigus, les personnes seules sont plus à risque de souffrir de handicaps et/ou de décéder (Falvey et coll. 2021). Selon les données épidémiologiques, la solitude triple le risque de souffrir d'un trouble neurocognitif (Salinas et coll. 2021). Dans l'ensemble, les personnes isolées montrent 30 % plus de risque de mourir prématurément et sont 30 % plus à risque de souffrir de maladies cardiovasculaires ou d'un AVC, un risque comparable à la consommation de 15 cigarettes par jour ou encore aux effets de l'obésité sur la santé (Holt-Lunstad et coll. 2015). Cette comparaison n'est pas anodine puisque, entre les maladies cardiovasculaires, le tabagisme, l'obésité et l'expérience de la solitude, nous trouvons un déterminant commun : celui d'une réponse inflammatoire

dérégulée. Ces preuves commencent d'ailleurs à émerger, montrant récemment que la solitude était associée à une augmentation des marqueurs d'inflammation (Cudjoe et coll. 2022), plus encore chez l'homme que chez la femme (Davidsen et coll. 2022). Associée à l'inflammation, cette dérégulation affecte aussi notre système immunitaire, expliquant une des observations précoces et autrement curieuse dans ce champ de recherche : les personnes seules sont plus vulnérables aux épreuves virales, même le simple rhume (Cohen, Tyrrell et Smith 1991 ; LeRoy et coll. 2017).

Plus problématique peut-être, l'isolement tend à s'agripper aux individus et, atrophiant graduellement leur vie sociale, se renforce par une boucle de rétroaction. Ainsi, Lieberz et ses collaborateurs (2021) rapportent que les personnes les plus seules montrent une réponse affective atténuée aux rapports sociaux positifs, sont plus méfiantes vis-à-vis des autres et sont enclines à plus de distance. Réciproquement, ces individus sont perçus avec plus de suspicion de la part des autres. Selon l'expert John Cacioppo, la précarité relationnelle sème dans l'esprit des biais cognitifs insidieux, et le monde tel qu'il est perçu se présente plus menaçant, voire machiavélique, fragilisant les individus et suscitant une piètre estime d'eux-même et une méfiance interpersonnelle (Cacioppo et Hawkley 2005). Ces traits renforcent subséquemment leur solitude, et cette insécurité existentielle, ultimement, affecte leur empathie vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui.

L'intégration sociale revêt une telle importance pour notre bien-être que l'expérience de l'exclusion provoque une douleur psychogène comparable à celle de la douleur physique. En fait, la chercheuse Naomi Eisenberger (2012) a montré, par la mise en scène d'une expérience d'exclusion sociale – un jeu virtuel où des participants fictifs sont programmés afin d'ignorer le réel participant –, que la « douleur sociale » et la douleur physique relèvent largement des mêmes substrats biologiques selon leur activité sur l'IRM fonctionnelle. À l'inverse, l'expérience d'un contact empathique diminue l'intensité de la douleur,

même physique (Krahé et coll. 2013). Fauchon et ses collaborateurs (2019) ont d'ailleurs pu identifier quels réseaux neuronaux sont associés au soulagement de la douleur lors de conditions empathiques.

La littérature sur les bienfaits de l'empathie est impressionnante. Cela dit, il est avisé de conserver une certaine humilité conceptuelle, car il serait injuste de dire que c'est l'empathie uniquement qui est responsable de ces effets positifs. Ce que ces études documentent dans l'ensemble correspond davantage à la perception d'une attitude empathique qui, de manière tangible, regroupe sans doute aussi bien l'empathie, l'écoute active, l'altruisme et la compassion (Decety 2020). Autrement dit, c'est d'abord l'expérience plus globale de la bienveillance qu'il est essentiel de cultiver et de transmettre.

Ainsi, il a été montré qu'une attitude bienveillante, cliniquement, peut diminuer l'expérience de douleur des patients, améliorer leur système immunitaire et raccourcir leur séjour hospitalier (Riess 2017). Ensuite, la bienveillance améliore l'alliance thérapeutique, menant à une meilleure anamnèse, donc de meilleures prises en charge cliniques (Howick et coll. 2017). Et surtout, l'empathie clinique favorise l'observance thérapeutique, un facteur décisif dans la prévention des complications médicales (Howick et coll. 2020). Enfin, les bienfaits d'une relation empathique sont observés aussi chez les cliniciens qui, tout autant, rapportent moins d'anxiété et de stress dans leur travail et, ultimement, de plus faibles taux d'épuisement professionnel (Sturzu et coll. 2019). Cette donnée peut sembler surprenante, puisqu'on cultive couramment l'idée qu'être « trop empathique » à la souffrance des autres mène à la fatigue de compassion. C'est dans de tels contextes qu'il faut rappeler la nuance entre la contagion émotionnelle qui caractérise la sympathie, et la distinction soi-autrui de l'empathie qui, au final, facilite la posture de soin et diminue l'épuisement professionnel (Thirioux, Birault et Jaafari 2016).

L'EFFRITEMENT DE L'EMPATHIE

Il semble s'agir d'une opportunité manquée, considérant le cumul d'études montrant un déclin de l'empathie auprès des professionnels de la santé – étudiants en médecine, personnel infirmier, etc. – et faisant typiquement suite à l'intégration dans le milieu hospitalier (Hojat et coll. 2004). On avance que de nombreux facteurs du contexte hospitalier – le haut volume de patients, les hauts standards de performance, le manque de sommeil, la médiation de plus en plus technologique des soins et, chez les étudiants, le fait d'être scrutés et évalués constamment pour leur performance – exacerbent le stress du personnel et effritent leur empathie. Or, il y a certains parallèles à tracer avec un contexte sociétal plus large. Contrastant des tests psychométriques effectués entre 1980 et 2010, Konrath et ses collaborateurs (Konrath, O'Brien, et Hsing 2011) ont aussi rapporté un déclin de l'empathie auprès d'un échantillon stable de la population américaine (des étudiantes et étudiants universitaires). Si la professeure Konrath n'évoquait pas de raison précise pour ce changement – malgré que plusieurs ont pointé du doigt une montée de l'individualisme et du narcissisme (Twenge et Foster 2010) – elle avance aujourd'hui qu'il s'agit vraisemblablement de l'effet secondaire d'une « culture du *burnout* », l'épuisement ayant augmenté de manière disproportionnée dans nos sociétés (Konrath 2020). D'autres y voient aussi le rôle d'une crise de santé mentale chez les jeunes, montrant que l'augmentation du temps passé devant les écrans depuis 2010 coïncide avec une augmentation des symptômes de dépression et des idées suicidaires, surtout chez les adolescentes qui, en contraste avec leurs confrères, passent proportionnellement plus de temps sur les réseaux sociaux (Twenge et coll. 2018).

Ces résultats illustrent bien, encore, que l'empathie n'est pas tout à fait une compétence innée mais un comportement modulable, et suggèrent que l'empathie est tout particulièrement vulnérable en situation de détresse ou d'épuisement. À cet effet,

Jean Decety a réexaminé d'une manière innovante l'hypothèse du déclin de l'empathie chez les étudiants et étudiantes en médecine (Smith, Norman et Decety 2017). Après avoir constaté que l'ensemble des études ont documenté le déclin de l'empathie par le biais d'une échelle standardisée plutôt commune (la *Jefferson Scale of Physician Empathy*), qui mesure bien l'empathie dans son contexte clinique mais ne permet pas autrement de quantifier ses composantes affectives et cognitives, il a mis au point (puis validé) de nouvelles échelles permettant de mesurer la disposition empathique des individus. Ses résultats montrent que, au cours de la formation médicale, dans le contexte de nombreuses heures d'exposition clinique aux patients, les étudiantes ne montrent pas un déclin mais bien une augmentation de leurs représentations mentales et de leur habileté à discerner les émotions d'autrui. Or, lorsqu'il mesure cette empathie en contexte clinique, il en arrive au même constat : elle diminue au fil des années. Cette étude apporte donc une nuance particulièrement importante : l'empathie ne s'effrite pas véritablement en milieu hospitalier. Plutôt, l'élan empathique de soignants parfaitement sensibles et intelligents est inhibé par des facteurs contextuels. Pour le dire autrement, l'exercice moderne des soins semble incompatible à l'exercice de l'empathie ; c'est le corollaire naturel de la crise du *care* exposée précédemment.

BÂTIR SA PRATIQUE AVEC LES CINQ PILIERS DE L'EMPATHIE

Mes travaux sur l'empathie m'ont permis de modéliser l'empathie selon cinq composantes, ou paramètres, qui tracent les contours de son expression : le visage, la résilience, l'attention, le lien social, et la culture empathique (Barbeau-Meunier 2013). Ce modèle est unique car, examinant l'empathie de manière contextuelle et dynamique, il permet d'identifier quels éléments la facilitent et quels facteurs inhibent son expression dans l'écosystème des rapports humains. Or, le réseau de la santé est lui-même

un écosystème de relations complexes, et la manière dont il module chaque paramètre de l'empathie a une influence directe sur la disposition empathique des acteurs du réseau. Ainsi, bien que promouvoir l'empathie chez les soignants est bénéfique, l'efficacité de cette approche est contestée et partielle. Il faut aussi identifier et étudier ce qui inhibe l'empathie. Quelques exemples.

Le visage (la qualité de présence)

Tel que l'écrit Suzanne Jacob : « [notre] visage est d'abord un texte et nous traversons cette expérience d'être un texte vivant que des regards déchiffrent, que des regards, infatigablement, attirent à eux pour le lire » (1997 : 18). L'intimité de la clinique représente un espace idéal pour s'ancrer dans la réalité du patient, et le visage représente ici l'ancrage de la qualité de présence. Selon le philosophe Emmanuel Levinas (1991), le visage est un « lieu » où nous existons, et l'humain est, pour ainsi dire, « le seul être que je ne peux rencontrer sans lui exprimer cette rencontre ». En effet, les micro expressions faciales, la prosodie, la gestuelle et la posture produisent la majeure partie de l'effet d'une communication, comparativement au contenu langagier (Mehrabian et Ferris 1967). En contrepartie, la présence accrue des écrans dans la pratique clinique, notamment en raison des dossiers médicaux électroniques, peut compromettre le contact et l'ancrage sur lequel l'empathie repose (Leslie et coll. 2017).

La résilience (la régulation émotionnelle)

Les hauts standards de performance des soins, le stress d'une journée trop chargée, le manque de sommeil, les sentiments de culpabilité ou de souffrance éthique, associés à des situations de soin sous-optimales ou escamotées, exercent ensemble une charge émotionnelle chronique qui risque tôt ou tard d'excéder la résilience de la personne soignante. On réalise aujourd'hui que la régulation émotionnelle, trop peu considérée dans son rôle à harmoniser les rapports sociaux, est « l'angle mort » de l'empathie (Buruck

et coll. 2014). On reconnaît alors que le ou la plus empathique des personnes soignantes, malgré ses meilleures intentions, sent parfois qu'elle a « épuisé » son empathie. On remet de plus en plus en question la culture médicale actuelle – une culture de négligence de soi (Roman et Prévost 2015) – où se cumulent les coûts engendrés par les arrêts de travail, congés de maladie, retraites prématurées et démissions. L'OMS reconnaît aujourd'hui que l'épuisement professionnel, plutôt qu'une maladie, est un « risque professionnel » ; comme l'empathie, il s'agit un attribut de l'environnement qu'on peut moduler en améliorant les conditions de travail et en transformant la culture institutionnelle.

L'attention (la précision empathique)

Nos rôles professionnels nous socialisent à porter un regard particulier sur le monde et déterminent comment porter attention en contexte clinique : observer avec soin les signes et symptômes, se concentrer sur le récit de maladie, examiner le langage employé en le contrastant au non-verbal et aux réactions physiques à l'entretien médical. Or, l'empathie cognitive est fondamentalement une pratique « attentionnelle », et la justesse de nos impressions, notre précision empathique, repose presque entièrement sur la qualité de notre attention. Si le stress et l'épuisement réduisent considérablement notre flexibilité cognitive, le calme et les pratiques méditatives nous permettent de mieux apprécier la réalité d'autrui (Shapiro, Schwartz et Bonner 1998). Si l'attention peut faire l'objet d'une pratique consciente, l'empathie aussi peut bénéficier d'une certaine « hygiène » de l'attention : par exemple, en répartissant et en scindant les tâches plus complexes pour réduire la charge cognitive, en accommodant son environnement de verdure aux attributs apaisants (Basu, Duvall et Kaplan 2019), et en faisant régulièrement « le vide » en s'immergeant dans le moment présent par la méditation, les arts, la lecture, ou le sport (Lachaux 2012).

La distance sociale

La distance sociale représente, depuis les travaux du sociologue et philosophe Georg Simmel, un écart de légitimation et de reconnaissance sociale entre des individus ou groupes selon leur classe sociale, leur ethnie, leur sexe ou leur identité de genre (Ethington 1997). La mise en scène de ces relations de pouvoir dans notre quotidien en tant que soignant trace aussi les contours de notre empathie et, pourtant, peu en prennent réellement conscience. Ces attributs sociaux colorent nos impressions de manière presque, sinon carrément, subliminale. Frans de Waal a d'ailleurs pour son dire que «l'identité est le portail de l'empathie» (de Waal 2009), signifiant que plus il nous est aisé de s'identifier à autrui (moins la distance sociale est prononcée), plus nous montrons d'ouverture empathique. Réciproquement, plus nous sommes empathiques, plus il est aisé de nous identifier à autrui dans notre commune humanité. À l'inverse, du moment que nous percevons autrui comme un rival ou une menace potentielle, cette ouverture se ferme presque complètement. Par un penchant naturel d'affiliation et d'appartenance, nous classons rapidement nos rapports sociaux dans une catégorie binaire : nos semblables (« nous »), et les autres (« eux »). Par sentiment de sécurité, notre empathie s'exprime plus librement envers nos semblables. Par contre, elle peut être interrompue sinon carrément inhibée, vis-à-vis de personnes jugées « étrangères ». On parle alors de « mésempathie » ou de déshumanisation dont les personnes marginalisées et les migrants, par exemple, sont souvent sujets. Le psychiatre Thomas Fuchs (2017) documente bien la pente glissante de l'exclusion sociale où une population est graduellement sujette à une discrimination ordinaire, puis à l'objectification (la perte de subjectivité, le déni de leur réalité émotionnelle), entraînant une déshumanisation qui, dans des contextes d'hostilité ou de pressions institutionnelles, peut devenir meurtrière comme dans le cas de génocides. Forcément, les populations ayant le plus besoin de soins sont aussi les plus marginalisées, appelant à un changement d'attitude global

de la part des soignants et des personnes en position d'autorité. Pratiquer l'empathie à l'égard des populations marginalisées représente un défi majeur du réseau de la santé, qu'on peut toutefois relever en apprenant à remettre en question les stéréotypes, en suspendant notre jugement, en cultivant l'humilité culturelle et en intégrant ces populations aux tables de concertation ainsi que dans nos équipes de soin.

La culture empathique

Finalement, on peut situer la propension empathique à un niveau plus abstrait encore (mais non moins déterminant), qui est celui de la culture. La culture, au sens anthropologique, peut être définie comme un ensemble de mœurs et de croyances qui orientent l'identité et les comportements d'un groupe d'individus. À grande échelle, on peut défendre que l'individualisme et les politiques néolibérales de l'Occident ont tendance à promouvoir la compétition et l'avancement personnel, parfois au détriment de la solidarité et du souci de son prochain. Ces politiques, ultimement, ont détourné le réseau de la santé de ses objectifs initiaux de développer la première ligne, d'améliorer la santé communautaire et de démocratiser la prise de décision (Hébert, Sully et Nguyen 2017). À une échelle plus locale, la culture managériale actuelle promeut l'efficacité et le rendement, parfois au détriment du sentiment de sécurité psychologique, du bien-être et de l'appartenance des acteurs à leur milieu (Goudreau et coll. 2019; Levesque 2020). À l'inverse, changer de cap permettrait de renverser la donne, car non seulement l'empathie devient-elle particulièrement transmissible du moment où elle est érigée en norme sociale (Nook et coll. 2016), on documente même qu'elle est une attitude contagieuse (Radzvilavicius, Stewart et Plotkin 2019). De ce fait, en réaction aux modèles en place, on reconnaît de plus en plus les mérites d'une culture de leadership empathique, de soutien par les pairs et d'auto-compassion.

NOUVELLES PERSPECTIVES

Au crépuscule d'une ère où l'individu s'est senti esseulé parmi ses semblables et atomisé par une société hyperconsumentiste, la crise de la COVID-19 signale possiblement un point de rupture dans notre tolérance de la détresse psychologique. Le seuil inédit de solitude et de fragilité auquel nous avons collectivement fait face permet aujourd'hui de valider un discours centré sur le communautaire, la bienveillance et la résilience humaine. À l'instar de la Nouvelle-Zélande, par exemple, nous savons qu'une gouvernance soucieuse de l'équité et du bien-être social et à l'écoute de la population est l'approche la plus efficace en gestion de crise. À l'inverse, nous avons pu observer que les gouvernements paternalistes – songeons aux États-Unis de Trump, au Brésil de Bolsonaro, à la Russie de Poutine, et même au Québec de François Legault – ont connu des sommets de transmission communautaire et de mortalité due à la COVID-19. Dans un réseau de la santé ayant lui-même subi les ravages du paternalisme et d'une centralisation du pouvoir sans précédent, et au sein duquel un employé sur deux rapporte désormais vivre une détresse significative, il s'avère urgent de remettre l'humain au cœur des considérations administratives. Il est urgent de résorber la crise du *care* qui érode tranquillement la qualité de nos soins et la pérennité de nos personnes soignantes.

Cet article a tenté de montrer que, au-delà d'une posture permettant de mieux comprendre la réalité d'autrui, l'empathie est également une colle sociale qui nous sensibilise aux besoins des autres, motive l'altruisme et la compassion, et permet de renforcer l'alliance thérapeutique sur laquelle repose le bien-être des patients et des soignants. L'empathie clinique renforce chez chacun le sentiment de connexion humaine qui, subséquemment, soulage contre l'isolement, l'anxiété et la douleur, améliore l'immunité, raccourcit la durée de l'hospitalisation des patients et, ultimement, diminue l'épuisement professionnel

chez les soignants. L'empathie peut être cultivée dans notre environnement, notamment en misant sur la qualité de la présence, en mobilisant de bonnes pratiques attentionnelles et en acquérant une approche consciencieuse des stéréotypes sociaux et soucieuse des populations marginalisées. Or, c'est aussi une sensibilité qu'il faut protéger et, ultimement, il faudra alléger la souffrance des soignants et panser leur solitude. Il faudra prioriser le bien-être plutôt que le rendement à tout prix, œuvrer ensemble à bâtir un milieu de travail qui soit à l'image de nos idéaux, et non aux dépens de notre vocation.

Ce tournant empathique se bute cependant à des défis de taille. Alors que se chevauchent de multiples désastres et un bombardement continu d'informations alarmantes au quotidien, certains craignent que ne se « vident » nos réserves empathiques (Stern et Lee 2021). Or, dans son enseignement de la fragilité, la pandémie a aussi montré à notre société qu'il était possible de ralentir. Cet instant inhabituel doit servir de pivot vers une nouvelle temporalité, une lenteur bienveillante, une invitation à vivre au rythme de l'auto-compassion. La culture est une réalité vivante et en constante évolution, et son changement est déjà amorcé; qu'il s'agisse de la campagne visant à transformer notre culture médicale par l'Association médicale canadienne, des enseignements de résilience de Rachel Thibault, de la vision d'un système de soins empathique de Brian Goldman, du mouvement de soutien par les pairs piloté par Sandra Roman et Claire Gamache ou du 30^e Congrès de l'AQSP sur la bienveillance, l'on voit dans les échos de la crise actuelle une opportunité de résonance solidaire, une révolution bienveillante.

BIBLIOGRAPHIE

- Barbeau-Meunier, Charles-Antoine. 2013. « L'empathie peut-elle changer le monde? Des fondements empathiques de l'action sociale au rôle de l'empathie face à la crise écologique : recherche interdisciplinaire » Mémoire. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Basu, Avik, Jason Duvall, et Rachel Kaplan. 2019. « Attention Restoration Theory: Exploring the Role of Soft Fascination and Mental Bandwidth. » *Environment and Behavior* 51 (9–10): 1055–81.
- Batson, C. D., Duncan, B. D., Ackerman, P., Buckley, T., & Birch, K. 1981. Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology* 40 (2): 290–302.
- Broome, Benjamin J. 1991. « Building Shared Meaning: Implications of a Relational Approach to Empathy for Teaching Intercultural Communication. » *Communication Education* 40 (3): 235–49.
- Buruck, Gabriele, Johannes Wendsche, Marlen Melzer, Alexander Strobel, et Denise Dörfel. 2014. « Acute Psychosocial Stress and Emotion Regulation Skills Modulate Empathic Reactions to Pain in Others. » *Frontiers in Psychology* 5 (MAY): 1–16.
- Cacioppo, J. T., et Hawley, L. C. 2005. « People Thinking About People: The Vicious Cycle of Being a Social Outcast in One's Own Mind ». *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection, and bullying*. Psychology Press: 91–108.
- Carmen, Marcela G. Del, John Herman, Sandhya Rao, Michael K. Hidrue, David Ting, Sara R. Lehrhoff, Sarah Lenz, James Heffernan, et Timothy G. Ferris. 2019. « Trends and Factors Associated With Physician Burnout at a Multispecialty Academic Faculty Practice Organization. » *JAMA Network Open* 2 (3): e190554.
- Cheng, Yawei, Chenyi Chen, et Jean Decety. 2017. « How Situational Context Impacts Empathic Responses and Brain Activation Patterns. » *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 11 (Septembre): 1–13.
- Cohen, Sheldon, David A J Tyrrell, et Andrew P Smith. 1991. « Psychological stress and susceptibility to the common cold. » *New England Journal of Medicine* 325: 606–12.
- Collaborateurs, Excess Mortality. 2022. « Estimating Excess Mortality Due to the COVID-19 Pandemic: A Systematic Analysis of COVID-19-Related Mortality, 2020–21. » *Lancet (London, England)* 399 (10334): 1513–36.
- Corcuff, Philippe. 1998. « Justification, stratégie et compassion: Apport de la sociologie des régimes d'action », Correspondances (Bulletin d'information scientifique de l'Institut de Recherche sur le Maghreb Contemporain), Tunis, n°51.
- Cudjoe, Thomas K.M., Sruthi Selvakumar, Shang En Chung, Carl A. Latkin, David L. Roth, Roland J. Thorpe, et Cynthia M. Boyd. 2022. « Getting under the Skin: Social Isolation and Biological Markers in the National Health and Aging Trends Study. » *Journal of the American Geriatrics Society* 70 (2): 408–14.
- Cuff, Benjamin M.P., Sarah J. Brown, Laura Taylor, et Douglas J. Howat. 2016. « Empathy: A Review of the Concept. » *Emotion Review* 8 (2): 144–53.
- Davidson, Karolina, Simon Carstensen, Margit Kriegbaum, Helle Bruunsgaard, et Rikke Lund. 2022. « Do Partnership Dissolutions and Living Alone Affect Systemic Chronic Inflammation? A Cohort Study of Danish Adults. » *Journal of Epidemiology and Community Health* 76 (5): 490–96.
- Decety, Jean. 2020. « Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. » *American Journal of Medicine*. Elsevier Inc.
- Depow, Gregory John, Zoë Francis, et Michael Inzlicht. 2021. « The Experience of Empathy in Everyday Life. » *Psychological Science* 32 (8): 1198–1213.
- Devine, Daniel, Jennifer Gaskell, Will Jennings, et Gerry Stoker. 2021. « Trust and the Coronavirus Pandemic: What Are the Consequences of and for Trust? An Early Review of the Literature. » *Political Studies Review* 19 (2): 274–85.
- Dunbar, Robin. 1992. « Neocortex Size as a Constraint Size in Primates on Group Ecologically. » *Journal of Human Evolution* 20 (March 1989): 469–93.
- Dunbar, Robin. 2005. *The Human Story. A new history of mankind's evolution*. Londre: Faber and Faber.
- Eisenberger, Naomi I. 2012. « The Pain of Social Disconnection: Examining the Shared Neural Underpinnings of Physical and Social Pain. » *Nature Reviews Neuroscience* 13 (6): 421–34.
- Ethington, Philip. 1997. « The Intellectual Construction of « Social Distance »: Toward a Recovery of Georg Simmel's Social Geometry », *Cybergeo: European Journal of Geography*.
- Falvey, Jason R., Andrew B. Cohen, John R. O'Leary, Linda Leo-Summers, Terrence E. Murphy, et Lauren E. Ferrante. 2021. « Association of Social Isolation with Disability Burden and 1-Year Mortality among Older Adults with Critical Illness. » *JAMA Internal Medicine* 181 (11): 1433–39.
- Fauchon, C., I. Faillenot, C. Quesada, D. Meunier, F. Chouchou, L. Garcia-Larrea, et R. Peyron. 2019. « Brain Activity Sustaining the Modulation of Pain by Empathetic Comments. » *Scientific Reports* 9 (1): 1–10.
- Fleury, Cynthia. 2019. *Le soin est un humanisme*. Collection Tracts. Paris: Gallimard.
- Fraser, Nancy. 2016. « Contradictions of Capital and Care. » *New Left Review*, no. 100: 99–117.

- Goudreau, Marjolaine et Angelo Soares. 2019. «Approche industrielle dans le réseau de la santé. Une enquête publique s'impose». La Presse, Opinions (5 décembre 2019).
- Gunderman, Richard. 2014. «For the young doctor about to burn out». The Atlantic (21 février 2014) disponible en ligne au <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/02/for-the-young-doctor-about-to-burn-out/284005/> (accédé le 12 août 2022).
- Hébert, Guillaume., Jennie-Laure. Sully, and Minh. Nguyen. 2017. «L'allocation Des Ressources Pour La Santé et Les Services Sociaux Au Québec : État de La Situation et Propositions Alternatives,» 80.
- Hojat, Mohammadreza, Salvatore Mangione, Thomas J. Nasca, Susan Rattner, James B. Erdmann, Joseph S. Gonnella, et Mike Magee. 2004. «An Empirical Study of Decline in Empathy in Medical School.» *Medical Education* 38 (9): 934–41.
- Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith, Mark Baker, Tyler Harris, et David Stephenson. 2015. «Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review.» *Perspectives on Psychological Science* 10 (2): 227–37.
- Howick, J., S. Mittoo, L. Abel, J. Halpern, et S. W. Mercer. 2020. «A Price Tag on Clinical Empathy? Factors Influencing Its Cost-Effectiveness.» *Journal of the Royal Society of Medicine* 113 (10): 389–93.
- Howick, J., L. Steinkopf, A. Ulyte, N. Roberts, et K. Meissner. 2017. «How Empathic Is Your Healthcare Practitioner? A Systematic Review and Meta-Analysis of Patient Surveys.» *BMC Medical Education* 17 (1): 1–9.
- IPCC, 2022: *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge University Press.
- Jacob, Suzarre. 1997. *La bulle d'encre*, Montréal: PUM/Boréal.
- Jeffrey, D. 2016. «Can We Really Teach Empathy?» *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. Royal College of Physicians of Edinburgh.
- Karmakar, Monita, Paula M. Lantz, et Renuka Tipirneni. 2021. «Association of Social and Demographic Factors with COVID-19 Incidence and Death Rates in the US.» *JAMA Network Open* 4 (1): 1–12.
- Kearney, Michael K, et Richard L Harrison. 2009. «AT THE CLOSE OF LIFE CLINICIAN ' S CORNER Self-Care of Physicians Caring for Patients at the End of Life.» *JAMA Internal Medicine* 301 (11): 1155–64.
- Keysers, Christian, et Valeria Gazzola. 2014. «Dissociating the Ability and Propensity for Empathy.» *Trends in Cognitive Sciences* 18 (4): 163–66.
- Konrath, Sara H., Edward H. O'Brien, et Courtney Hsing. 2011. «Changes in Dispositional Empathy in American College Students over Time: A Meta-Analysis.» *Personality and Social Psychology Review* 15 (2): 180–98.
- Konrath, Sara. 2020. «Between burnout and the bends: Cascading crises have created a burnout epidemic». Salon.com (6 juin 2020) disponible en ligne au <https://www.salon.com/2020/06/06/between-burnout-and-the-bends-cascading-crises-have-created-a-burnout-epidemic/> (accédé le 12 août 2022).
- Krahé, Charlotte, Anne Springer, John A. Weinman, et Aikaterini Fotopoulou. 2013. «The Social Modulation of Pain: Others as Predictive Signals of Salience - a Systematic Review.» *Frontiers in Human Neuroscience* 7 (JUL): 1–21.
- Lachaux, Jean-Philippe. 2012. *Le cerveau attentif*. Paris: Odile Jacob.
- Ledoux, Kathleen. 2015. «Understanding Compassion Fatigue: Understanding Compassion.» *Journal of Advanced Nursing* 71 (9): 2041–50.
- LeRoy, Angie S., Kyle W. Murdock, Lisa M. Jaremka, Asad Loya, et Christopher P. Fagundes. 2017. «Loneliness Predicts Self-Reported Cold Symptoms after a Viral Challenge.» *Health Psychology* 36 (5): 512–20.
- Leslie, Myles, Elise Paradis, Michael A. Gropper, Simon Kitto, Scott Reeves, et Peter Pronovost. 2017. «An Ethnographic Study of Health Information Technology Use in Three Intensive Care Units.» *Health Services Research* 52 (4): 1330–48.
- Lévesque, Nicole. 2020. «Réforme de la santé, ou l'accouchement d'un éléphant blanc». Le Soleil (19 mai 2020).
- Lévinas, Emmanuel. 1991. *Entre nous: essais sur le penser-à-l'autre*. Paris: Bernard Grasset.
- Lieberz, Jana, Simone G. Shamay-Tsoory, Nira Saporta, Timo Esser, Ekaterina Kuskova, Birgit Stoffel-Wagner, René Hurlmann, et Dirk Scheele. 2021. «Loneliness and the Social Brain: How Perceived Social Isolation Impairs Human Interactions.» *Advanced Science* 8 (21): 1–12.
- Marchand, Marie-Hélène. 2020. Conférence-webinaire, Pallium Canada et Palli-Science (23 septembre 2020), disponible en ligne au <https://palli-science.com/limpact-de-la-covid-19-sur-les-soins-palliatifs-au-quebec> (accédé le 12 août 2022).
- McGinn, Colin. 2017. *Prehension. The hand and the emergence of humanity*. Boston: MIT Press.
- McLennan, Marsh, et SK Group. 2022. *The Global Risks Report 2022*. <https://www.weforum.org/reports/global-risks-report-2022>.
- Mehrabian, A., & Ferris, S. R. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology* 31 (3): 248–252.

- Mitchell, G. D., Raymond, E. J., Ruppenthal, G. C., & Harlow, H. F. 1966. Long-term effects of total social isolation upon behavior of rhesus monkeys. *Psychological Reports* 18 (2): 567–580.
- Nook, Erik C., Desmond C. Ong, Sylvia A. Morelli, Jason P. Mitchell, et Jamil Zaki. 2016. «Prosocial Conformity: Prosocial Norms Generalize Across Behavior and Empathy.» *Personality and Social Psychology Bulletin* 42 (8): 1045–62.
- Pelletier, Mariève, Sara Carazo, Nathalie Jauvin, Denis Talbot, Gaston De Serres, et Michel Vézina. 2021. *Étude Sur La Détresse Psychologique Des Travailleurs de La Santé Atteints de La Covid-19 Au Québec Durant La Deuxième Vague Pandémique.*
- Poirier, Alain. 2020. «Après la crise du virus, il y aura une crise de santé publique» Entretien avec Alain Poirier. *Observatoire des tout petits* (20 mai 2022). Disponible en ligne au <https://tout-petits.org/publications/sur-le-radar/covid-19/entretien-alain-poirier/> (accédé le 12 août 2022).
- Provost, Anne-Marie. 2019. «Le mal mystérieux de la médecine». Santé Inc. (31 août 2019).
- Radzvilavicius, Arunas L., Alexander J. Stewart, et Joshua B. Plotkin. 2019. «Evolution of Empathetic Moral Evaluation.» *ELife* 8: 1–17.
- Riess, Helen. 2017. «The Science of Empathy.» *Journal of Patient Experience* 4 (2): 74–77.
- Roman, Sandra, et Claude Prévost. 2015. *La Santé Des Médecins - Etat Des Connaissances et Approches Préventives. Programme d'aide Aux Médecins Du Québec.*
- Salinas, Joel, Adrienne O'Donnell, Daniel J. Kojis, Matthew P. Pase, Charles Decarli, Dorene M. Rentz, Lisa F. Berkman, Alexa Beiser, et Sudha Seshadri. 2021. «Association of Social Support with Brain Volume and Cognition.» *JAMA Network Open* 4 (8): 1–13.
- Shanafelt, Tait D., E. Schein, Lloyd B. Minor, Mickey Trockel, P. Schein, et Darrell Kirch. 2019. «Healing the Professional Culture of Medicine.» *Mayo Clinic Proceedings* 94 (8): 1556–66.
- Shapiro, Shauna L., Gary E. Schwartz, et Ginny Bonner. 1998. «Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students.» *Journal of Behavioral Medicine* 21 (6): 581–99.
- Smith, Karen E., Greg J. Norman, et Jean Decety. 2017. «The Complexity of Empathy during Medical School Training: Evidence for Positive Changes.» *Medical Education* 51 (11): 1146–59.
- Soler-Gonzalez, Jorge, Montserrat San-Martín, Roberto Delgado-Bolton, et Luis Vivanco. 2017. «Human Connections and Their Roles in the Occupational Well-Being of Healthcare Professionals: A Study on Loneliness and Empathy.» *Frontiers in Psychology* 8 (AUG): 1475.
- Stern, By Jacob, et Kang Lee. 2021. «All These Simultaneous Disasters Are Messing With Our Brains,» 1–2.
- Sturzu, Livia, Adrian Lala, Michael Bisch, Marie Gutter, Daniela Dobre, et Raymund Schwan. 2019. «Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France.» *Journal of Medicine and Life* 12 (1): 21–29.
- Thirioux, Bérangère, François Birault, et Nematollah Jaafari. 2016. «Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship.» *Frontiers in Psychology* 7 (MAY): 1–11.
- Twenge, Jean M., et Joshua D. Foster. 2010. «Birth Cohort Increases in Narcissistic Personality Traits Among American College Students, 1982-2009.» *Social Psychological and Personality Science* 1 (1): 99–106.
- Twenge, Jean M., Thomas E. Joiner, Megan L. Rogers, et Gabrielle N. Martin. 2018. «Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time.» *Clinical Psychological Science.*
- de Waal, Frans. 2009. *The Age of Empathy.* New York: Emblem.
- Zaki, Jamil. 2014. «Empathy: A Motivated Account.» *Psychological Bulletin* 140 (6): 1608–47.