



HAL
open science

L'art et la manière d'être empathique : la posture thérapeutique du psychomotricien, une empathie psychocorporelle

Leora Simonet

► **To cite this version:**

Leora Simonet. L'art et la manière d'être empathique : la posture thérapeutique du psychomotricien, une empathie psychocorporelle. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944313

HAL Id: dumas-02944313

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944313>

Submitted on 21 Sep 2020

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

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

IFP de la Pitié-Salpêtrière

Faculté de Médecine Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75013 Paris



L'art et la manière d'être empathique :

la posture thérapeutique du psychomotricien, une empathie psychocorporelle

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien

Session de juin 2020

Référents de mémoire :

Françoise GIROMINI

Christina OLIVEIRA

Leora SIMONET



IFP de la Pitié-Salpêtrière

Faculté de Médecine Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75013 Paris

L'art et la manière d'être empathique :

la posture thérapeutique du psychomotricien, une empathie
psychocorporelle

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien

Session de juin 2020

Référents de mémoire :

Françoise GIROMINI

Christina OLIVEIRA

Leora SIMONET

Remerciements

Je remercie sincèrement,

Françoise Giromini pour sa confiance et nos entrevues si enrichissantes qu'elles m'ont permis de clarifier et d'étayer ma pensée tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Christina Oliveira pour son professionnalisme source d'inspiration, sa disponibilité, ses conseils avisés et son accueil bienveillant et instructif en stage.

Julie Bechnainou pour ses nombreux encouragements et la liberté formatrice et valorisante qu'elle m'a accordée dans la découverte de la pratique libérale.

Tous les patients que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de mes études, dont Monsieur K., et leurs proches, qui ont volontiers participé à mon apprentissage.

L'équipe pédagogique de l'IFP Paris pour leurs apports professionnels et personnels au travers de la transmission de leur savoir, savoir-faire et savoir-être.

Catherine, ma maman, pour ses multiples relectures, son soutien sans faille, sa patience et la force qu'elle me donne dans tout ce que j'entreprends.

Noémie, mon amie la plus chère et modèle de courage, pour ce que nous partageons depuis plus de dix ans.

Angèle pour nos rires, nos pleurs, nos doutes et nos certitudes qui ont rythmé ces trois années d'études, et Tiphaine pour son humour et son amitié véritable.

Enfin, je remercie ma famille, Jordan et mes amis proches de croire en moi et de m'entourer quoi qu'il arrive.

*Il faut toujours viser la lune,
car même en cas d'échec,
on atterrit dans les étoiles.*

– Oscar Wilde

Sommaire

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION 10

1 L'EMPATHIE : ETUDE TRANSDISCIPLINAIRE D'UNE FONCTION COGNITIVE

COMPLEXE 12

1.1 L'histoire d'un concept 12

1.1.1 La sympathie, précurseur de l'empathie 12

1.1.2 L'Einfühlung au cœur du jugement esthétique 14

1.1.3 L'Einfühlung transposée à la relation intersubjective 19

1.1.4 L'ascension et la différenciation de l'empathie 22

1.2 La théorie de la simulation mentale en psychologie cognitive 24

1.2.1 La théorie de l'esprit : déduction consciente ou simulation inconsciente 26

1.2.2 La résonance motrice 29

1.2.2.1 Les représentations motrices partagées 31

1.2.2.2 Les représentations émotionnelles partagées 34

1.2.3 La distinction entre soi et autrui 39

1.3 Une analyse neurophysiologique de l'adoption de la perspective subjective d'autrui 43

1.3.1 La spatialisation de l'empathie 44

1.3.2 Le changement de point de vue 46

1.3.3 « Esquisse d'une théorie de l'empathie » 50

2 L'EMPATHIE, DE LA COMPREHENSION DE L'EMOTION D'AUTRUI A UNE POSTURE PSYCHOCORPORELLE	53
2.1 Le développement de l'empathie et ses degrés	53
2.1.1 Les prérequis de l'empathie chez l'enfant	53
2.1.1.1 Les interactions précoces ou les jalons de l'empathie	54
2.1.1.2 La reconnaissance d'autrui comme un semblable	57
2.1.1.3 L'imitation et les représentations partagées	58
2.1.1.4 L'émergence d'un soi différencié	59
2.1.1.5 La perception de l'espace	61
2.1.1.6 L'acquisition de la théorie de l'esprit	63
2.1.2 Les degrés de compréhension	65
2.1.2.1 Une compréhension de l'émotion qui s'affine au fil du développement de l'enfant	66
2.1.2.2 Du point de vue de la psychomotricité	71
2.2 La posture thérapeutique du psychomotricien : une empathie psychocorporelle	76
2.2.1 L'empathie psychocorporelle comme outil thérapeutique de la thérapie psychomotrice ?	77
2.2.1.1 Le rôle de la posture empathique dans la relation thérapeutique	79
2.2.1.2 La communication non-verbale ou l'expression de la posture empathique	85
2.2.1.3 Pouvons-nous parler d'outil thérapeutique ?	92
2.2.2 Réflexion sur l'empathie psychocorporelle du psychomotricien	98
CONCLUSION	103

BIBLIOGRAPHIE	105
ANNEXES	I
ANNEXE I : La roue des émotions de Robert Plutchik	I
ANNEXE II : Photographies du Jeu des Emotions en fabrication	II
ANNEXE III : Expérience de Sally et Anne	III
ANNEXE IV : Voie haute et voie basse vers le système limbique	IV
ANNEXE V : Schéma des trajectoires dorsale et ventrale du traitement cérébral visuel	V
ANNEXE VI : Représentations latérale et médiane du cerveau humain	VI
ANNEXE VII : Représentation du cerveau du singe	VII
ANNEXE VIII : Représentation du modèle efférent	VIII
ANNEXE IX : Schéma représentant la place de l'empathie psychocorporelle du psychomotricien au sein de la thérapie psychomotrice	IX

Avant-propos

Le jeudi 30 avril 2020, 19 heures

Aujourd'hui je sais. C'est l'empathie psychocorporelle, que je crois être celle du psychomotricien, que j'ai senti se développer en moi pendant ces trois années d'études. Mon écoute, mon regard, ma compréhension du monde ont changé. Mon point de vue intègre peu à peu celui des autres. Maintenant, je sais. C'est cette posture bienveillante que j'adopterai et continuerai d'enrichir auprès des patients que je rencontrerai, si mon aspiration à devenir psychomotricienne se concrétise.

La lecture, la compréhension et l'inspiration de différents ouvrages, auteurs et théories, des questionnements successifs, et l'écriture de quatre-vingt-quatorze pages nous séparent de cet aboutissement. Pour ne négliger aucune étape, revenons quelques mois en arrière...

Le jeudi 10 octobre 2019, 19 heures

Aujourd'hui, un évènement s'est produit au sein du Centre Médico-Psychologique (CMP) dans lequel j'effectue mon stage auprès d'une psychomotricienne. En fin de séance avec un patient, nous entendons une dame hurler dans une pièce adjacente. Ma maître de stage, sans savoir ce qu'il se passe, s'éclipse alors de la salle dans le but d'apporter son aide. Plus tard, elle m'explique qu'il s'agissait d'une patiente à qui un psychiatre annonçait son hospitalisation d'office alors qu'elle pensait venir pour un entretien habituel. Face à sa réaction,

les professionnels infirmiers ont décidé de procéder à une contention au sol. Selon la psychomotricienne, arrivée après, elle hurlait, un bras sur le visage, de ne pouvoir respirer. Une fois la pression relâchée, elle s'est calmée. Suite à cet incident, une réunion d'urgence a été organisée. Au cours de la discussion, la psychomotricienne a supposé qu'à la place de la patiente, elle aurait interprété cette démarche comme un piège qu'on lui aurait tendu. Un professionnel a alors répondu : « On ne se met pas à la place d'une paranoïaque. » Se mettre à la place d'autrui pour comprendre ce qu'il est entrain de vivre, n'est-ce pas avoir de l'empathie ? Et l'empathie n'est-elle pas une disposition essentielle à tout professionnel de santé ?

Introduction

Nous vivons et évoluons au sein d'un monde dans lequel coexistent des comportements sociaux très paradoxaux, oscillant entre manifestations égoïstes et altruistes. Le discours ambiant dénonce une individualisation progressive des mentalités dans nos sociétés, cherchant sans relâche un responsable. Or, en témoignent les Sciences Humaines et Sociales, toute civilisation résulte d'une myriade de phénomènes mouvants, imbriqués dans des liens de causalités, et auxquels les actes de chacun contribuent. Dans ce contexte, l'empathie, tel un garde-fou contre l'égoïsme, apparaît souvent comme le paroxysme de la bienveillance. Le terme est utilisé continûment et de façon inconsidérée dans les sphères privées et publiques. Tantôt leçon de morale : « Mettez-vous à leur place ! », tantôt conseil : « Si j'étais à votre place... », ou encore témoignage de gentillesse : « Je me mets à votre place... », l'usage du concept dans le langage populaire figure toujours une valeur éthique, une qualité honorable dans la relation à autrui. En ce sens, il est régulièrement confondu avec celui de sympathie. Mais qu'est-ce véritablement que l'empathie ?

Fonction cognitive donnant accès à la compréhension d'autrui, de ses émotions, intentions, motivations, par l'adoption de son point de vue, l'empathie intéresse tous les domaines d'études portant sur l'être humain en interaction. Notre propos se rapporte au cas particulier de la relation thérapeutique en psychomotricité. Comme tout acteur de santé, le professionnalisme du psychomotricien atteste d'une volonté d'aider les autres par la mise en place d'une thérapie. Selon la psychomotricienne Catherine Potel (2015), la spécificité de la prise

en soin en psychomotricité repose sur l'intérêt porté, avant tout, au patient en tant que sujet riche de sa singularité et de sa complexité. Tout au long de la thérapie, le psychomotricien s'implique donc corporellement dans un partage d'expérience avec le patient. Il adopte une posture bienveillante que nous nous proposons de nommer empathie psychocorporelle, permettant au patient de se sentir écouté, compris et d'adhérer au dispositif de soin.

L'empathie est à la fois un concept, une fonction cognitive et, ici, une véritable manière d'être en relation. Quels sont les fondements historiques et neurophysiologiques de ce concept, et comment cette fonction se développe-t-elle chez l'homme ? Comment la posture du psychomotricien peut-elle être conçue comme un outil thérapeutique de la thérapie psychomotrice ? En somme, quelle est la spécificité de l'empathie du psychomotricien, en tant que posture psychocorporelle ?

Nous offrirons d'abord une approche, bien que non exhaustive, de la transdisciplinarité de l'étude de l'empathie, de ses origines aux recherches actuelles, et ce, grâce aux travaux de plusieurs auteurs émérites. Puis, nous aborderons son développement chez l'homme pour enfin éclaircir le concept d'empathie psychocorporelle et son rôle primordial dans la thérapie psychomotrice.

1 L'empathie : étude transdisciplinaire d'une fonction cognitive complexe

Depuis les prémices du concept, il y a presque trois siècles, l'empathie inspire les sciences d'horizons très divers. De la philosophie aux neurosciences, en passant par la psychologie cognitive, sociale, développementale, la psychanalyse, l'éthologie... Cette fonction cognitive complexe ne met pas tout le monde d'accord. Toutefois, les progrès des techniques d'investigations scientifiques donnent lieu à un approfondissement progressif de la connaissance du cerveau, de son anatomie et de ses fonctionnements, dont celui de l'empathie. Nous commencerons donc par dépeindre l'histoire du concept en philosophie et sa transposition en psychologie. Ensuite, nous exposerons les composantes du processus empathique, les mécanismes cérébraux qui sous-tendent cette compréhension d'autrui et les substrats neuro-anatomiques impliqués.

1.1 L'histoire d'un concept

1.1.1 La sympathie, précurseur de l'empathie

Notre étude de l'histoire de l'empathie, inspirée, entre autres, de l'ouvrage éponyme du psychiatre et psychanalyste Jacques Hochmann (2012), débute au milieu du XVIII^{ème} siècle. Le terme utilisé à l'époque était celui de sympathie. Dérivé du grec *sun pathein* (souffrir avec), il concernait pendant longtemps des phénomènes

uniquement somatiques. Depuis la médecine antique, il servait à désigner la transmission d'une maladie entre deux organes, sans qu'elle ne puisse être expliquée par une quelconque propriété organique objectivable. Appliqué aux relations humaines, il commence alors à signifier le fait de ressentir la souffrance d'autrui.

Le philosophe écossais David Hume, définit, en 1739, la sympathie comme un processus pendant lequel notre « esprit passe aisément de l'idée de nous-même à celle d'un objet quelconque relié à nous » (cité par Hochmann, 2012, p.24). Il fait principalement référence aux êtres humains à qui, selon lui, nous pouvons attribuer par analogie et association d'idées, une souffrance et ses causes. Dans sa lignée, Adam Smith élargit le pouvoir de sympathie, non plus seulement à la souffrance, mais à tous les affects possiblement éprouvés par l'homme. Il est le premier d'une longue série à placer l'imagination à la base de ce phénomène :

« Comme nous n'avons aucune expérience de ce que les autres hommes ressentent, écrit-il, nous ne pouvons nous faire une idée de la manière dont ils sont affectés, sinon en concevant ce que nous ressentirions nous-même dans une pareille situation. » (Smith cité par Jorland, 2004, p.44).

A. Smith donne un exemple, repris plus tard par d'autres auteurs : le spectateur regardant un funambule, en s'identifiant à lui, en simule subrepticement les mouvements. Les sensations qu'il éprouve en s'imaginant dans la situation en question, proviennent de ses propres perceptions et, bien qu'elles ne puissent être exactement les mêmes que celles d'autrui, lui donnent une idée de ce qu'il peut ressentir. Les sentiments reconnus par sympathie sont indéniablement de plus faible intensité chez le sympathisant que chez le sujet éprouvant. Cet écart exercerait une sorte de rétrocontrôle sur ses affects initiaux : réfléchis en lui par la sympathie

d'autrui, il en ajuste l'expression en fonction de ce que ce dernier, par sympathie réciproque, lui semble capable de ressentir. Le sympathisant, par sa réaction, atteste une adéquation entre les affects du sujet éprouvant et leurs causes. A. Smith place cette validation sympathique à l'origine du jugement moral qui permet la cohésion de la vie en société. En effet, les comportements humains seraient dirigés par la recherche naturelle de l'approbation des autres car cette dernière étayerait l'amour-propre de chacun. À chaque instant donc, le sujet perçoit ce que l'autre est capable de comprendre de ses affects par sympathie et, pour recevoir son approbation, les régule. Au fil des interactions va se constituer chez lui ce qu'Adam Smith appelle « the man within », un « homme intérieur », dont le regard objectif est digne de juger ses propres actes et permet ensuite de prendre de la distance avec le jugement des autres. Enfin, il fait le lien avec ce que peut ressentir le spectateur au théâtre qui, en sympathisant avec le comédien, peut alors mieux entrer dans l'intrigue. Le philosophe ouvre donc la voie à une étude multidisciplinaire (psychologique, morale et esthétique) de ce qu'il appelle la sympathie mais qui n'a plus le même sens désormais. Bien qu'il ne soit pas à l'origine du terme, sa pensée amorce plutôt le concept actuel d'empathie (Jorland, 2004 ; Hochmann, 2012).

1.1.2 L'Einfühlung au cœur du jugement esthétique

À cette période de l'histoire, la philosophie occidentale se détourne d'une vision du monde solipsiste qui définit le moi comme seule réalité, basée sur le cogito de Descartes : « Je pense donc je suis. » Elle oriente sa réflexion sur la connaissance

de l'autre et de ses états mentaux. Emmanuel Kant, en 1790, tente d'élaborer les fondements du sens commun dans la *Critique de la faculté de juger* (*Kritik der Urteilskraft*). Il reprend parmi eux le concept smithien de sympathie. Après le précepte de « penser par soi-même », et avant celui de « la cohérence de la pensée », le philosophe allemand énonce la maxime « penser du point de vue de n'importe qui d'autre ». Elle sous-entend la capacité d'étendre sa pensée à une perspective universelle et n'est possible qu'en se mettant, par sympathie, à la place des autres. Il nomme cette maxime « mode étendu de la pensée » et la place à la base du jugement, dont le jugement esthétique (Kant cité par Jorland & Thirioux, 2008, p.269-270). La sympathie va alors devenir l'objet d'étude de l'esthétique allemande pendant plus d'un siècle et permettre, sinon le terme, la conceptualisation de l'empathie.

Entre la fin du XVIII^{ème} et le XIX^{ème} siècle, cette discipline philosophique oppose deux courants de pensée : le formalisme et le symbolisme, eux-mêmes soumis à des idées divergentes. E. Kant a une vision formaliste du jugement esthétique (Hochmann, 2012). Selon lui, il ne met en jeu que le registre affectif de plaisir et déplaisir chez le sujet considérant un objet. Ce dernier fait résonner en lui un sentiment agréable ou désagréable, sans intellectualisation. Le philosophe considère que c'est la concordance des contours de l'objet et des formes qui l'assemblent qui le rend beau ou laid. Malgré la subjectivité des éprouvés, ce jugement esthétique est influencé par la poursuite d'une supposée « validité commune ». Elle constitue une approbation, comme évoqué plus haut, du jugement esthétique du sujet. Le physiologiste et philosophe symboliste Friedrich Theodor Vischer estime au contraire que l'objet est plaisant ou déplaisant en fonction des émotions que le sujet reconnaît symboliquement dans sa forme. « L'architecture est

l'art symbolique par excellence car elle met du mouvement dans la pierre » (Hochmann, 2012, p.37). Il croit que l'homme, par l'imagination, se représente dans tout objet une qualité émotionnelle, essentielle à l'appréciation du beau. Finalement, il y aurait une correspondance sympathique entre ses émotions et la forme de l'objet. F.T. Vischer suppose une origine neurologique à ce phénomène : la perception de la forme de l'objet établirait une liaison nerveuse avec un état émotionnel chez tout un chacun et pourrait alors expliquer la « validité commune » formulée par Kant (Hochmann, 2012).

C'est en 1872 que le fils de F.T. Vischer, Robert Vischer, érige l'*Einfühlung* dans sa thèse de doctorat *Sur le sentiment optique de forme (Über das optische Formgefühl)* (Caliandro, 2004 ; Jorland & Thirioux, 2008). Sa traduction anglaise est *empathy*, et créera, plus tard, en français le terme d'empathie. Le mot allemand est composé du radical *-fühl*, qui désigne le sentiment éprouvé au contact des choses ou des êtres, et du préfixe *ein-*, qui a plusieurs sens mais signifie ici un mouvement de l'extérieur vers l'intérieur. R. Vischer élabore le concept d'empathie pour étoffer et comprendre la théorie symboliste de son père. Gérard Jorland, directeur de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), et Bérangère Thirioux, chercheuse en neurosciences au Collège de France, formulent le problème très clairement : « Si le plaisir esthétique ne se réduit pas à la contemplation de formes pures, si les formes esthétiques doivent avoir un contenu qui nous émeuve, d'où vient ce contenu ? » (2008, p.271). Il s'agit donc d'identifier la nature des relations entre l'objet et l'observateur, et d'expliquer comment, dans le jugement esthétique subjectif, un contenu psychique et émotionnel est-il attribué à la forme. Selon la pensée de F.T. Vischer : l'impression des formes de l'objet sur les sens du

sujet, c'est-à-dire l'excitation de ses terminaisons nerveuses sensibles par un stimulus, donne lieu à une sensation. Celle-ci suscite chez lui une représentation associée neurologiquement à un sentiment. C'est cette correspondance qui permet au sujet de projeter sur la forme de l'objet qu'il contemple, un contenu émotionnel. Mais quelles sont les mécanismes qui unissent la forme de l'objet, la sensation ressentie par le sujet et le complexe sentiment-représentation qu'elles engendrent ?

Pour répondre à ces interrogations, R. Vischer pose les bases d'une théorie physiologique de l'*Einfühlung*. La sensation, en envoyant des informations nerveuses au système limbique (région du cerveau considérée comme le siège des émotions), entre en résonance avec le psychisme du sujet de façon harmonique ou dysharmonique et provoque alors un sentiment de plaisir ou de déplaisir à la vue de l'objet. En effet, l'excitation nerveuse, liée à la vision et au suivi des contours de l'objet par le globe oculaire, produit, chez le sujet, le ressenti de mouvements internes qui peuvent être familiers et confortables ou bien étrangers et incommodants. De plus, toutes les sensations sont chargées de représentations. Le philosophe en formule deux sortes : la représentation de soi et la représentation d'objet. La sensation est agréable ou désagréable selon si la résonance entre la stimulation kinesthésique procurée par l'excitation sensorielle et la représentation mentale induite est harmonieuse ou non. Pour qu'elle le soit, le sujet doit percevoir un rapport analogique entre l'objet et lui. Cette correspondance est soumise aux caractères régulier, symétrique et proportionnel de la forme de chacun. En outre, les différents organes sensoriels recevant les sensations entretiennent des liens étroits dans le phénomène empathique. Une excitation visuelle, comme nous l'étudions ici, peut entraîner des sensations dans une autre partie du corps voire dans le corps tout entier. R. Vischer donne l'exemple de la sensation d'écrasement

que nous pouvons ressentir en entrant dans une pièce au plafond bas. Ce phénomène est celui de la synesthésie, vécu individuel dans lequel une perception issue d'un organe sensoriel est souvent doublée d'une sensation provenant d'un autre organe sensoriel en l'absence de sa stimulation. La mise en commun des sensations dans le processus empathique permet un sentiment d'unité de soi que R. Vischer nomme « la sensation vitale » et qui permet au sujet de chercher une correspondance entre sa forme globale et celle de l'objet (Caliandro, 2004 ; Jorland & Thirioux, 2008). Quelle est la nature de cette résonance harmonique ou dysharmonique entre l'objet et le psychisme du sujet ?

C'est le sentiment d'humanité en chaque homme, comme l'homme intérieur d'A. Smith, qui permet à l'individu d'attribuer des sentiments à tout ce à quoi il accorde un caractère humain. Cette idée est illustrée par G. Jorland et B. Thirioux : « Ce que la sensation doit faire vibrer à l'unisson pour produire un sentiment, c'est donc notre fibre spécifique, notre humanité. » (2008, p.274). La conception de l'humanité d'autrui est donc aisée. En ce qui concerne les objets, ils exercent une vibration interne chez le sujet à la condition qu'ils symbolisent des sentiments connus par celui-ci. Cet anthropomorphisme est inhérent à la perception humaine. C'est ainsi qu'une sculpture peut nous sembler triste, morose ou au contraire joviale, allègre. Mais ce n'est pas ses propres sentiments que le sujet projette sur l'objet, c'est à l'inverse l'objet qui manifeste en lui ce qu'il pourrait ressentir s'il était vivant et donc doué de sentiments. Pour R. Vischer, l'imitation interne est alors la condition de l'empathie. Toutefois, elle n'est pas l'expression reproductive de ce que le sujet perçoit. Il s'agirait plutôt d'une capacité mimétique intérieure, permise par l'imagination. Cette dernière mettrait en résonance inconsciente le sujet avec

l'objet. Elle initierait alors entre eux une relation empathique, dévoilant au premier le contenu interne du second.

« La contemplation empathique est, comme nous l'avons vu, une imitation interne. Cette imitation inconsciente se constitue d'un ensemble de mouvements. Quand quelque chose dans un paysage charme nos sens, notre humeur ou notre affectivité, cela doit venir de ce que ses formes, ses couleurs, sa lumière incitent notre homme intérieur à effectuer des mouvements réactifs en sympathie, par lesquels notre corps de chair a coutume d'exprimer dans la vie réelle les états d'âme comme les agitations de l'âme. » (Vischer cité par Jorland & Thirioux, 2008, p.278).

Pour R. Vischer donc, le jugement esthétique provient de la relation empathique du sujet avec les objets et les phénomènes par un processus inconscient d'imitation interne. Il a ainsi ouvert la voie à la transposition du concept d'empathie de l'esthétique à la psychologie (Caliandro, 2004 ; Jorland & Thirioux, 2008).

1.1.3 L'*Einfühlung* transposée à la relation intersubjective

Le philosophe et psychologue allemand Théodor Lipps s'est saisi, en 1903, du concept d'*Einfühlung*. Selon lui, toutes les formes de l'environnement, animées ou inanimées, peuvent impulser inconsciemment et automatiquement chez l'homme des sensations motrices qu'il perçoit alors dans ces formes. Il étend cette théorie à la psychologie de l'intersubjectivité. Il différencie quatre types d'empathie : l'anthropomorphisme immanent à la nature humaine, ou « empathie aperceptive générale » ; sa concrétisation devant une forme précise, ou « empathie empirique » ; l'aptitude à exprimer un état mental conforme aux propriétés de la

forme, ou « empathie d'état d'âme » (Lipps cité par Caliandro, 2004, p.799). Seule la quatrième nous intéresse ici. Il s'agit de l'empathie comme un mécanisme de compréhension des émotions d'autrui dans la relation, et dont l'imitation interne introduite par R. Vischer est la clé. Il reprend alors l'image du funambule d'A. Smith : le spectateur en imite furtivement les mouvements d'équilibre et de déséquilibre. Il se transpose en lui sensiblement et spatialement mais reste pour autant individualisé dans sa forme et dans ses propres mouvements. Il vit l'action de l'acrobate tout en ayant conscience de sa place de spectateur. T. Lipps fait alors de l'empathie un « troisième mode de connaissance », après les capacités de perception et d'introspection (Jorland, 2004).

G. Jorland, dans *L'Empathie* (2004), propose une analyse en trois parties du modèle de Lipps et de la pensée de ses successeurs dans les domaines de l'art, de la psychologie, de la psychanalyse et de la philosophie. La première composante du modèle concerne la conscience de l'émotion d'autrui. T. Lipps réfute l'idée selon laquelle l'homme conclut cet état mental par analogie, après perception de ses expressions verbales et corporelles puis comparaison avec soi par introspection. La simple perception d'une émotion le renvoie uniquement à ses propres émotions mais pas à la compréhension de celles d'autrui. L'introspection, quant à elle, permet un retour sur ses propres états mentaux. Or, l'empathie est un mécanisme de connaissance de l'autre, totalement différent de soi. Elle permet l'intelligibilité de ses émotions et non pas leur partage. T. Lipps accorde plutôt à l'homme un « instinct d'imitation » qui lui permet de reproduire intérieurement les mimiques, postures et gestes qu'il perçoit chez l'autre. Ainsi, il ressent l'émotion qui leur est associée par réactivation d'une émotion déjà ressentie et s'apparentant à celle d'autrui. De plus, cette faculté immédiate, inconsciente et involontaire lui permet d'atteindre le

psychisme de l'autre et donc de le considérer comme différent de lui. C'est la sensation du geste non réalisé qui lui fait éprouver l'émotion et non pas la sensation de l'émotion qui lui fait exécuter le geste. Le sujet a alors conscience que ce ne sont pas ses affects qu'il ressent mais bien ceux d'autrui. Selon la deuxième composante du modèle, l'empathie permet également d'approcher les intentions d'autrui. Prenons une nouvelle fois l'illustration du funambule. L'objectif n'est pas de connaître ses émotions car s'il y prêtait lui-même attention, il ne déambulerait pas au-dessus du vide. De même, si le spectateur les éprouvait réellement, il ne pourrait sans doute pas regarder le spectacle. Les mouvements reproduits intérieurement amènent alors à une anticipation des actions de l'acrobate. La troisième et dernière composante du modèle reprend le phénomène de résonance de R. Vischer et le transpose à tout ce qui existe : une relation empathique rendue possible entre le psychisme du sujet et un objet inanimé ou animé, humain ou non (Jorland, 2004).

La théorie de l'empathie de T. Lipps est celle que nous avons choisi d'exploiter dans cet écrit. Cependant, il faut savoir qu'elle ne fait pas l'unanimité. Un débat est né, et persiste encore à propos du concept de théorie de l'esprit que nous aborderons ensuite, entre défenseurs du mécanisme d'imitation interne, automatique et immédiat, et tenants du raisonnement analogique. Selon eux, le sujet met en lien la mimique qu'il perçoit de l'autre et une émotion par correspondance avec son propre vécu physique et psychique.

1.1.4 L'ascension et la différenciation de l'empathie

Bien qu'il ait explicité le concept d'*Einfühlung* en esthétique et l'ait élargi à la psychologie, T. Lipps a utilisé alternativement les termes de sympathie et d'empathie. C'est le psychologue anglais Edward Titchener qui traduit, en 1909, *Einfühlung* par *empathy*. Il réfute la théorie analogique et reprend la théorie de l'imitation interne de T. Lipps. Il s'inspire donc à la fois du mot grec *empathia* qui signifie « sentir intérieurement », et du terme sympathie (Eisenberg & Strayer, 1990). Tout au long de cet historique, et toujours dans le langage populaire actuel, la séparation entre les deux termes n'est pas clairement établie. Pourtant désormais, leurs sens sont bien distincts.

G. Jorland (2006) admet la difficulté de différenciation entre les concepts d'empathie et de sympathie dans la mesure où tous deux se réfèrent à l'expression des émotions et à leur reconnaissance par ou chez autrui. Toutefois, il les différencie très clairement. Selon lui, la sympathie se rapporte au fait d'éprouver les émotions d'autrui. L'empathie, quant à elle, implique de se mettre à sa place sans obligatoirement éprouver ses émotions. Elle peut ne concerner que ses intentions et permet alors d'anticiper l'action. La première serait alors un « processus ascendant » : le sujet ressent les émotions d'autrui avant de les comprendre. Au contraire, la seconde serait un « processus descendant » : le sujet adopte la perspective subjective d'autrui, ce qu'il pense ou perçoit de son point de vue, et alors, éprouve, ou non, les mêmes émotions que lui. Par ailleurs, l'auteur définit la notion de compassion, dérivée du mot grec *sympátheia*, comme une action conduite vers autrui et pouvant être induite par la sympathie comme par l'empathie. G. Jorland (2006) l'associe à « l'hypothèse empathie-altruisme » postulée par le

psychologue social américain, Daniel Batson. Le maître de recherches au Fonds belge de la Recherche Scientifique (FRS-FNRS) et professeur de psychologie, Olivier Luminet, et son équipe, définissent l'altruisme comme un « état motivationnel volontaire dont le but en soi est d'augmenter le bien-être d'autrui. » (2013, p.246). D. Batson a mis au point une série d'expériences dans le début des années 1990 : deux groupes d'observateurs ont été placés devant un individu en situation de détresse. Ils pouvaient lui venir en aide ou, en cas de refus, choisir de se dérober facilement pour un groupe, difficilement pour l'autre. L'une de ces expériences concernait un individu recevant des électrochocs. Le choix du premier groupe était de prendre la place du sujet ou de s'en aller (dérobade facile). Pour le second, les propositions étaient de prendre sa place ou de rester le regarder souffrir (dérobade difficile). Ceux qui ressentent une détresse en retour et éprouvent donc de la sympathie pour l'individu, ont aidé le sujet lorsqu'il était difficile de se dérober mais pas dans le cas contraire. Les observateurs empathiques ont secouru le sujet dans les deux cas. La sympathie et l'empathie entraînent donc, dans cette situation, respectivement un comportement égoïste et altruiste (Jorland, 2004). L'individu empathique et altruiste porte secours à une personne même si cela doit lui porter préjudice. L'empathie aurait donc une place majeure dans le jugement moral. Par conséquent, G. Jorland (2006) caractérise la sympathie comme une relation affective de partage émotionnel, et l'empathie comme une relation cognitive de compréhension d'autrui, permettant d'élargir son point de vue en prenant en compte celui des autres. Enfin, il associe la compassion à une relation agentive, c'est-à-dire l'acte volontairement adressé à autrui.

Après avoir retracé l'histoire de l'empathie de la philosophie esthétique à la psychologie sociale et contrasté sa définition avec celles des notions qui lui sont souvent assimilées, nous allons mettre en avant les recherches actuelles en psychologie cognitive et en neurosciences pour en connaître les fonctionnements et supports cérébraux. Nous pourrions alors constater que ces premières théories philosophiques se trouvent désormais confirmées par les découvertes neuroscientifiques.

1.2 La théorie de la simulation mentale en psychologie cognitive

Selon le professeur de neurosciences sociales, Jean Decety (2004), l'empathie prend forme en une réponse affective engendrée par la perception et la compréhension de l'état émotionnel d'autrui, avec ou sans partage de celui-ci. Elle repose sur la capacité mentale d'adopter son point de vue et implique nécessairement la distinction nette entre soi et lui. Il est important, pour notre propos, de spécifier le sens des termes d'émotion, d'affect et de sentiment. O. Luminet & al (2013) définissent les émotions de la façon suivante : « réponses extrêmement rapides de l'organisme suite à certaines circonstances inhabituelles de l'environnement qui se caractérisent par un ensemble de réponses physiologiques, comportementales expressives et cognitives expérientielles concomitantes. » (Luminet & al, 2013, p.252). Les affects et les sentiments, quant à eux, correspondent uniquement aux réactions cognitives expérientielles. Par conséquent, ils se réfèrent tous trois à des états mentaux. J. Decety (2004) avance la théorie selon laquelle l'empathie procède d'une simulation mentale de la subjectivité

d'autrui. Cette faculté est permise par l'aptitude innée de l'individu à considérer les autres êtres humains comme des semblables. Elle met en jeu deux éléments, que T. Lipps présentait déjà : une résonance motrice automatique, involontaire et inconsciente ainsi que la distinction entre ses propres actions et celles d'autrui pour pouvoir adopter sa perspective subjective tout en gardant une distance avec ses éprouvés.

Pour illustrer cliniquement les mécanismes que je vais présenter dans cette partie, je vais m'appuyer sur des faits observés en stage. J'effectue un stage d'initiation thérapeutique dans un service de psychiatrie adulte, en Hôpital De Jour (HDJ) et en Centre Médico-Psychologique (CMP). Je mène, à l'HDJ, un groupe composé de cinq patients. Je suis assistée par la psychomotricienne et une infirmière. J'y ai repris l'atelier d'expression théâtrale organisé par ma maître de stage et j'ai proposé, en parallèle, un travail autour de l'expression des émotions. J'ai donc créé un jeu de société, nommé « Jeu des Emotions » basé sur la roue des émotions de Robert Plutchik¹. Elle répertorie 8 émotions primaires : la joie, la confiance, la peur, la surprise, la tristesse, le dégoût, la colère et l'excitation, ainsi que leurs nuances de plus ou moins grande intensité. Il ajoute des émotions secondaires qui seraient chacune le mélange de deux émotions primaires (la peur et la surprise forment la crainte par exemple). J'ai décomposé l'expression des émotions selon plusieurs modalités : la posture, la mimique, la prosodie de la voix et la parole. Elles sont répertoriées sur les faces d'un dé : P pour Posture, M pour Mimique, V pour Voix, D pour Discours. J'y ai également inscrit T pour Tout lorsque

¹ cf. *infra* Annexe I, p.I

la personne doit utiliser toutes les modalités en même temps, et E pour Ensemble lorsque chacun va jouer la même émotion à sa façon. Par ailleurs, j'ai disposé la roue des émotions au milieu du plateau de jeu et installé une flèche au centre de celle-ci². Ensuite, j'ai dessiné des emplacements de cartes à la pointe de chaque feuille de la rosace. Sur ces emplacements sont posées trois cartes de la couleur de la feuille : l'une indique l'émotion primaire, et les deux autres, ses nuances. Un dernier emplacement, dans un coin du plateau, est destiné aux huit émotions secondaires. Le jeu se déroule ainsi : un joueur fait tourner la flèche et attend qu'elle s'arrête sur une feuille de la rosace ou entre deux, il pioche une carte dans le paquet correspondant à la couleur. Ensuite, il lance le dé qui lui indique la façon dont il va devoir jouer l'émotion inscrite. L'espace scénique de la salle est délimité par une corde devant la table autour de laquelle nous sommes installés tous ensemble. Le but du jeu est, pour les spectateurs, de deviner de quelle émotion il s'agit.

1.2.1 La théorie de l'esprit : déduction consciente ou simulation inconsciente

D'après J. Decety, la théorie de l'esprit (*Theory of mind* ou TOM) est « la capacité d'attribuer à soi-même et aux autres des états mentaux comme des désirs, des croyances, des sentiments ou des intentions » (2004, p.83). Née des recherches de Premack et Woodruff dans le domaine de l'éthologie en 1978, elle a donné lieu à de nombreuses expériences en psychologie sociale. Nicolas Georgieff, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et membre de l'Institut des Sciences

² cf. *infra* Annexe II, p.II

Cognitives de Lyon, évoque celle qu'il détermine comme la plus représentative de la fonction de la TOM (2005). Réalisée par le psychologue évolutionniste britannique Simon Baron-Cohen, elle est nommée « Sally et Anne »³. C'est une expérience dite « de fausse croyance » car elle repose sur la faculté du sujet à concevoir qu'un individu puisse croire en quelque chose qui n'est pas la réalité, alors que lui connaît cette dernière. Pourtant, en ne considérant que les connaissances de l'individu, sa croyance est juste. Devant Anne, Sally met une bille dans un panier et s'en va. En son absence, Anne sort la bille du panier et la met dans une boîte. La première question est de savoir où est la bille. La seconde, où Sally ira-t-elle la chercher. Le sujet ne possédant pas de théorie de l'esprit répondra la même chose aux deux questions : dans la boîte. Dans le cas contraire il répondra, à la seconde question : dans le panier. Alors, il est capable de se mettre à la place de l'autre et de s'en représenter l'état mental, différent de la réalité et de sa propre idée. La *Theory Of Mind* nécessite un accès aux représentations matérielles et factuelles de toutes choses du monde, mais aussi à la méta-représentation : « capacité de se représenter ses propres représentations, croyances et intentions ou celles d'autrui. » (Luminet & al, 2013, p.257).

L'étude de la théorie de l'esprit a mis en exergue deux modèles concernant son fonctionnement. Le premier, dit « théorie de la théorie » est une conception cognitive. La TOM résulterait d'une déduction consciente de l'état mental d'autrui par des opérations logiques. Le second, dit « théorie de la simulation » et qui nous intéresse ici, est né d'un principe neurophysiologique. La TOM serait issue d'une simulation mentale inconsciente des états mentaux d'autrui. Elle reposerait sur des

³ cf. *infra* Annexe III, p.III

processus neurologiques de partage des représentations motrices et émotionnelles (Georgieff, 2005).

Par ailleurs, pour N. Georgieff, l'empathie constitue « le mécanisme de base (distinct de la perception comme de l'introspection) de la connaissance d'autrui, permettant de se représenter et de partager les états mentaux et les émotions d'autrui » (2005, p.349). En ce sens, elle est une condition à la fonction de la théorie de l'esprit qui est l'attribution de ces états mentaux à autrui. Il souligne que les notions d'empathie et de théorie de l'esprit mettent en avant l'importance de la capacité métareprésentationnelle dans l'esprit humain et dans ses interactions. Pour être en relation, le sujet doit à la fois être capable de se représenter les choses concrètes et abstraites mais également de se représenter les représentations des autres sur ces mêmes choses pour pouvoir accéder à leurs états mentaux. C'est dans ce cadre que J. Decety (2004) propose une théorie simulationniste de l'empathie.

Dans le Jeu des Emotions, un patient joue une émotion tirée au hasard. L'objectif pour le spectateur est de deviner de laquelle il s'agit. Pour y parvenir, il doit être capable de lui attribuer un état mental, donc avoir accès à la théorie de l'esprit. Prenons l'exemple d'un patient qui doit exprimer la tristesse par toutes ses modalités d'expression (faciales, posturales, vocales, langagières...). Son visage se détend, ses paupières et les coins de sa bouche s'abaissent, l'espace entre ses sourcils s'élève. Sa posture est en fermeture : son buste et son cou entrent en flexion, sa ceinture scapulaire en abduction. Il parle bas, d'un ton grave et annonce qu'il a perdu son chat. Selon la théorie de la simulation, le spectateur, par empathie, se met à sa place et simule mentalement toutes les expressions qu'il

perçoit. C'est alors qu'il peut, par la théorie de l'esprit, attribuer l'émotion de tristesse au patient qui joue. Pour cela, il doit posséder une représentation de la tristesse mais également la représentation du fait que l'autre se représente la tristesse (métareprésentation).

1.2.2 La résonance motrice

Le processus empathique débute par la perception de l'état émotionnel de l'autre. Julie Grèzes, directeur de recherche à l'INSERM, explique comment de façon spontanée, la perception de nos émotions et/ou de celles des autres dirige nos actions (2019). Darwin l'affirmait, les émotions ont un rôle adaptatif dans le rapport de chaque être humain à son environnement. Les changements qu'elles impliquent sont des réflexes que l'homme a intégrés au cours de l'Evolution pour assurer sa survie (Decety, 2004). En effet, un état émotionnel survient chez un individu par des changements physiologiques internes et externes. Ils lui permettent de mieux percevoir et comprendre la situation dans laquelle il se trouve ou au contraire de s'en détourner pour pouvoir réagir et moduler son comportement de façon optimale. De la même façon, l'expression corporelle et faciale permet de transmettre ou de recevoir un état émotionnel dans la relation à autrui pour favoriser l'anticipation ou l'ajustement d'un comportement. J. Grèzes (2019) parle de « signaux de communication » en tant qu'ils adressent à l'autre des informations sur un état mental. Cette capacité de l'homme à produire de tels signaux n'a pu être préservée par la sélection naturelle que si cet autre est capable de les déchiffrer et d'adapter ses actes. Pour percevoir et comprendre un état émotionnel, l'individu reçoit l'information visuelle qui se dirige vers le thalamus (centre de contrôle) puis le

cortex visuel (traitement de l'information), et enfin le système limbique (centre des émotions). Il existe également un passage direct du message nerveux du thalamus au système limbique qui contribue à une réponse très rapide de l'individu, sans intervention corticale (Grèzes, 2019). Joseph Ledoux, psychologue et professeur de neurosciences, les a nommés « voie haute » (indirecte, qui passe par le cortex visuel), et « voie basse » (directe)⁴. Cette dernière permet de réagir spontanément à une situation. Ensuite, la voie corticale, indirecte, l'analyse afin de réguler la réaction. L'influx nerveux s'achemine en deux axes : la voie ventrale (ou occipito-temporale) qui indique au sujet la nature de l'émotion perçue, et la voie dorsale (occipito-pariétale) qui le renseigne sur la localisation de la source et les façons dont il peut y répondre⁵ (Luminet & al, 2013). Cette fois-ci ce ne sont plus des réponses réflexes mais des décisions d'actions, bien qu'elles soient souvent inconscientes (Grèzes, 2019). De quelle façon la voie dorsale dresse-t-elle un inventaire des possibilités de réponse de l'individu ?

Selon l'expression d'Alain Berthoz, « La perception est une simulation interne de l'action. » (cité par Decety, 2004, p.69). Cet ingénieur et neurophysiologiste enseigne au Collège de France où il dirige le laboratoire de physiologie de la perception et de l'action. Le lien entre ces deux facultés du corps humain vient du but premier du système nerveux : transformer les afférences sensorielles en activités motrices. De plus, J. Decety (2004) énonce « l'hypothèse du codage commun », issue des études de la psychologie cognitive et selon laquelle les actions et la perception de ses effets exciteraient les mêmes régions corticales chez l'acteur et l'observateur⁶. C'est ce que la psychologie sociale et la psychologie du

⁴ cf. *infra* Annexe IV, p.IV

⁵ cf. *infra* Annexe V, p.V

⁶ cf. *infra* Annexe VI, p.VI

développement ont nommé « les représentations partagées » au sein d'une même espèce. J. Grèzes, dans un colloque organisé par l'INSERM en 2008, *La pluralité interprétative : fondements historiques et cognitifs de la notion de point de vue*, intervient sur les bases neurales des relations avec autrui. Elle définit les représentations partagées comme un « système qui est spécialisé dans la compréhension des actions d'autrui et qui est basé, donc, sur la représentation des commandes motrices qui sont nécessaires à la réalisation de cette action. » (Grèzes, 2008). Quels sont les systèmes neuronaux responsables du partage de ces représentations entre les individus d'une même espèce ?

1.2.2.1 Les représentations motrices partagées

Grâce aux techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle, l'équipe de Giacomo Rizzolatti, directeur du département de neurosciences de la faculté de médecine de Parme, a découvert dans les années 1990 l'existence chez le singe de ce qu'elle a appelé les « neurones miroirs ». Dans un article sur leur fonctionnement (2004), G. Rizzolatti définit ces cellules comme une classe particulière de neurones visuo-moteurs dont le rôle principal est la compréhension de l'action d'autrui. Ils ont été mis au jour dans l'aire F5 du cortex pré-moteur du singe⁷, par une décharge produite à la fois lorsqu'il effectuait une action particulière et quand il observait un autre individu (singe ou humain) l'exécuter. Des expériences similaires ont été effectuées chez l'homme et ont révélé l'existence de ces mêmes cellules nerveuses dans le cortex humain pré-moteur et pariétal, responsable de la programmation de

⁷ cf. *infra* Annexe VII, p.VII

l'acte moteur volontaire (Decety, 2004). Cette région cérébrale est agencée selon une somatotopie motrice répertoriant la position relative des différentes parties du corps et s'activant en fonction de celles qui sont observées ou réellement mobilisées dans le geste. Lorsque le sujet voit une action faite par un autre individu, les neurones concernés du cortex pré-moteur s'activent et induisent automatiquement une représentation motrice de cette action et de ses effets. Elle est la même que celle qui est générée spontanément, chez l'individu observé, au cours de l'exécution motrice. C'est pourquoi nous parlons de résonance motrice. D'autres études ont ensuite démontré l'activation de nombreuses régions cérébrales (pré-motrices, motrices primaires, pariétales et cérébelleuses) lorsque le sujet exécute un mouvement et, à plus faible intensité, lorsqu'il l'imagine. De la même façon que lors de l'observation de l'action, sa simulation engage des zones corticales spécifiques aux muscles effecteurs. Ce sont des dispositifs inhibiteurs frontaux qui empêchent sa réalisation. Ce modèle de codage commun à la perception et à l'action offre donc au sujet la possibilité de simuler mentalement l'action, sans l'exécuter, pour comprendre et anticiper un comportement (Decety, 2004).

J. Grèzes (2008) présente les limites de ce modèle. Tout d'abord, il semble que la résonance motrice n'ait lieu que pour des mouvements biomécaniquement réalisables. Ensuite, plus l'action observée se rapproche d'éléments présents dans le répertoire moteur de l'observateur, plus ses neurones miroirs s'activent. Les représentations partagées se multiplient au fil du développement psychomoteur de l'individu et la résonance motrice est d'autant plus importante si les capacités sensori-motrices de l'observateur se rapprochent de celles de l'individu qui exécute le mouvement. Par ailleurs, plus l'observateur est impliqué dans l'interaction avec autrui, et donc plus il y a de « potentialités d'interaction » entre eux, plus le système

miroir va s'activer. Enfin, J. Grèzes et son équipe ont effectué des expériences permettant de mettre en avant l'influence des « capacités socio-affectives ». Elles ont montré que plus l'observateur a la capacité d'adopter la perspective subjective d'autrui (et donc plus il est empathique), plus ses régions cérébrales motrices vont être engagées (Grèzes, 2008).

Le système de résonance motrice a également un rôle dans la compréhension des intentions d'autrui. J. Grèzes et ses collaborateurs ont réalisé des expériences de détection, par un observateur, de fausse croyance (non intentionnelle) et de mensonge (intentionnel) chez autrui à partir de la perception de son action. Nous retrouvons bien, à partir des résultats obtenus chez l'observateur, l'implication des neurones miroirs des cortex pré-moteurs et pariétaux, mais de façon indifférenciée que l'action soit intentionnelle ou non. Ils participent donc à la compréhension des intentions d'autrui, mais lorsque celles-ci deviennent complexes, comme ici, d'autres régions cérébrales interviennent. Il s'agit principalement du cortex frontal et du cortex cingulaire auxquels sont également attribués les processus émotionnels. En outre, cette fonction de détection des intentions est influencée par la dimension de communication. Alors que la fausse croyance n'implique que le sujet lui-même, le mensonge est, par essence, dirigé vers quelqu'un. Plus les actions ont une fonction de communication, plus ces régions frontale et cingulaire vont s'activer. La même loi de proportionnalité s'applique de nouveau aux capacités socio-affectives : plus le sujet est capable d'empathie, plus elles vont être impliquées (Grèzes, 2008).

J. Grèzes (2008) conclut de ces études que la perception et la compréhension d'actions simples et familières sont dirigées par le mécanisme de résonance motrice mais que des processus plus élaborés s'y associent lorsque les actions sont nouvelles, inattendues et que leurs motivations sont intimement liées à la situation. De plus, la

compréhension de l'action d'autrui ainsi que la prédiction de ses intentions sont modulées par le contexte, les différences interpersonnelles et le degré d'implication du sujet empathique dans l'interaction. Elles activent les aires corticales mises en jeu dans le système émotionnel (frontale et cingulaire) qui seraient donc en lien avec le dispositif de résonance motrice.

1.2.2.2 Les représentations émotionnelles partagées

De nombreuses recherches ont démontré la pertinence de la théorie de la simulation dans les champs de la perception des émotions et des comportements d'autrui. Ils sont d'ailleurs indissociables car, c'est bien par les comportements qu'elles engendrent que les émotions sont perceptibles (Decety, 2002). Les premières études concernaient seulement des actions à effectuer, dénuées d'émotions, et n'activaient alors que les régions corticales motrices. De nouvelles expériences, plus récentes, ont montré que les expressions émotionnelles, corporelles et faciales, ainsi que leur perception, reposaient également sur le mécanisme des représentations partagées. En effet, lorsqu'un individu perçoit l'expression d'une émotion, consciemment ou non, il engendre une réponse automatique et immédiate par des contractions musculaires différentes selon le type d'émotion (positive ou négative). De plus, les mêmes modifications physiologiques réflexes (rythme cardiaque, respiration, pression artérielle, sudation, etc.) surviennent chez des individus qui observent ou imaginent la même émotion.

Au niveau neurologique, l'expression d'une émotion et sa perception activent les mêmes régions cérébrales, impliquées dans le traitement émotionnel. O. Luminet

& al détaillent les substrats neuro-anatomiques des émotions (2013). Il s'agit, en premier lieu, du système limbique, composé de l'amygdale et du cortex cingulaire antérieur, qui est souvent considéré comme le centre des émotions. Toutefois, d'après Antonio Damasio, médecin et professeur de neurologie, neurosciences et psychologie, ces régions cérébrales s'organisent en un plus vaste réseau cortical (Luminet & al, 2013). Au niveau cognitif, les émotions ont une influence sur la mémoire, le raisonnement et l'entreprise de choix. L'expression émotionnelle, quant à elle, objective la capacité de régulation des organismes complexes. Elle participe activement à la régulation de l'homéostasie, notamment grâce aux modifications physiologiques réflexes et aux expressions faciales qui sont à la limite entre l'organisme et son environnement. A. Damasio implique donc, dans le traitement émotionnel, le cortex préfrontal (régions orbitaire et ventro-médiane) et le cortex somatosensoriel qui analysent et intègrent les sensations corporelles, mais également l'insula, des noyaux du tronc cérébral et la moelle épinière, qui régissent les viscères et l'homéostasie. Il attribue un rôle central au cortex orbito-frontal. Celui-ci connecte les aires associatives qui reçoivent, interprètent et intègrent les informations des différents systèmes sensoriels, aux zones qui planifient la motricité volontaire et à celles qui contrôlent le système végétatif. Il permet donc l'assimilation des sensations émotionnelles à un stimulus et la mémorisation de cet assemblage, qu'A. Damasio a nommé « marqueur somatique ». L'individu a ainsi la possibilité de s'appuyer sur ses expériences antérieures avec des stimuli, d'en tirer des leçons pour ensuite adapter ses comportements (Luminet & al, 2013). En outre, le neuroscientifique attribue plutôt l'expression des émotions primaires au système limbique et les émotions secondaires aux cortex préfrontal (Decety, 2002).

Une dominance de l'hémisphère droit a été observée dans le traitement émotionnel, notamment au niveau du cortex somatosensoriel. Ce dernier est à la fois impliqué dans la production des expressions faciales et dans la reconnaissance des états émotionnels. Qu'ils soient exécutés, observés ou imaginés, ils génèrent des représentations somatosensorielles induites par l'activation des « marqueurs somatiques ». Ces représentations constituent donc un élément central de la compréhension des émotions et s'appuient sur une simulation mentale que A. Damasio a nommé *as-if-loop* (« boucle quasi corporelle ») (Decety, 2004). N. Georgieff, désigne ce dispositif de représentations partagées par « système du même ». Il induit la copie de l'activité neuronale d'un individu, d'origine motrice ou émotionnelle, chez un autre par la perception ou l'imagination. L'auteur amène donc à appréhender la compréhension d'autrui comme un « partage (par reproduction) d'activité mentale entre soi et autrui » (Georgieff, 2008, p.365).

Selon la définition de J. Decety, l'empathie ne provoque pas toujours un partage émotionnel. En effet, J. Grèzes (2008) explique que ce phénomène est indépendant de celui de la résonance motrice. Ses recherches ont montré que les systèmes responsables de la résonance motrice s'activent aussi bien lors de la perception d'un mouvement neutre que d'une émotion. En revanche, les systèmes impliqués dans le partage d'émotions ne s'activent que dans le second cas. Plus les deux protagonistes disposent d'une facilité à exprimer leurs émotions, plus le partage émotionnel est important. Ces phénomènes de résonance et de partage fluctuent selon le contexte, l'intimité de la relation, l'implication dans l'interaction et les différences interindividuelles concernant les capacités motrices et émotionnelles. Ils permettent de « communiquer de l'empathie » et sont donc essentiels dans les interactions sociales (Grèzes, 2008).

Dans le Jeu des Emotions, la principale difficulté repose sur le fait de devoir jouer une seule composante de l'expression émotionnelle. Pour les patients comme pour moi, il est difficile de les séparer, d'en extraire une seule et d'inhiber les autres. Comme la définition le précise, elles sont des réactions de l'organisme, rapides et automatiques, les contrôler demande donc beaucoup d'attention. Il est alors également difficile de deviner une émotion jouée à partir d'une seule caractéristique. En effet, les représentations somatosensorielles regroupent ces différentes composantes. Elles sont issues du cortex somesthésique qui est une aire associative. Les aires associatives sont des « zones du cerveau qui analysent les informations en provenance de plusieurs modalités sensorielles différentes (donc de plusieurs régions cérébrales distinctes). » (Luminet & al, 2013, p.245). Elles entrent en jeu dans l'élaboration de toutes les fonctions cognitives complexes. C'est ce rôle intégratif qui complique la dissociation des composantes émotionnelles.

Certaines fois, tous les participants jouent la même émotion, chacun à leur tour, en utilisant toutes les composantes. Il est intéressant de remarquer les diverses façons de figurer une même émotion mais également les ressemblances majeures. Reprenons l'exemple de la tristesse. Chacune des composantes expressives décrites précédemment peut être jouée à différentes intensités. Un patient insiste plus sur le ton grave de la voix, les pleurs, les plaintes, les gémissements. Un autre met plutôt l'accent sur la mimique abattue. Un troisième exagère l'enroulement de sa posture. L'expression émotionnelle d'un individu peut donc être considérée comme une combinaison personnelle de ces caractéristiques. Néanmoins, bien que leur proportions varient, les spectateurs trouvent toujours de quelle émotion il s'agit car elles restent en partie les mêmes. Les émotions primaires ont originellement un caractère universel car elles déclenchent chez tout

un chacun les mêmes réactions physiologiques, cognitives et expressives. Les normes culturelles peuvent cependant moduler (inhiber ou amplifier par exemple) leur expression. Lorsque le patient, pour jouer la tristesse, affiche une mimique joyeuse, les autres ne devinent pas la bonne émotion. Par ailleurs, chacun a sa propre représentation de la tristesse liée à ses expériences passées. Cependant, le fondement neurologique des représentations somatosensorielles implique un partage de celles-ci entre les individus. En tant que spectatrice, lorsqu'un patient joue une émotion, et si son jeu d'acteur est très réaliste, je me surprends parfois à réaliser de minimes expressions faciales, semblables aux siennes. Elles peuvent s'accompagner du ressenti interne correspondant à cette émotion. Par exemple, en observant un patient jouer la tristesse, je sens mon front se contracter pour relever l'espace entre mes sourcils, les coins de ma bouche s'affaisser, ma gorge se nouer, mon estomac se contracter... Ce mimétisme est dû à la résonance motrice automatique, inconsciente et involontaire et s'associe à un léger partage de l'état émotionnel. Sans doute est-ce parce que l'empathie que j'éprouve envers les patients est favorisée par le contexte de soin et l'investissement dont je fais preuve dans leur projet thérapeutique. Toutefois, la relation que j'entretiens avec eux étant thérapeutique, le partage émotionnel reste moindre. Par ailleurs, n'étant pas impliquée directement dans l'interaction qui se joue devant moi mais assistant plutôt à une présentation, j'inhibe certainement moins mes réactions émotionnelles.

Nous retrouvons bien, au sein de la théorie de la simulation mentale, la définition de R. Vischer sur la « contemplation empathique » en philosophie esthétique. De plus, l'empathie comme « troisième mode de connaissance », modèle

formulé par T. Lipps, prend tout son sens dans les découvertes neuroscientifiques que nous explicitons. L'approche de J. Decety (2004) énonce une connaissance d'autrui par reproduction mentale automatique et compréhension de son état mental. La résonance motrice est donc un mécanisme neurophysiologique fondateur de l'empathie mais n'en dévoile qu'une facette. L'autre concerne la prise de point de vue d'autrui, supposant une distinction entre soi et lui. C'est ce que N. Georgieff (2008) a appelé « système du qui » ou « système de l'autre ». Son rôle est de tempérer l'identification du sujet à autrui en saisissant ce qui le différencie de lui. Il lui permet ainsi de distinguer à qui appartiennent les états mentaux en question pour qu'aucune confusion n'existe.

1.2.3 La distinction entre soi et autrui

Le phénomène empathique peut survenir à la vue d'une situation ou en l'imaginant. Le sujet empathique a alors conscience que les affects dont il est question ne sont ni les siens, ni exactement identiques à ceux éprouvés par l'autre. Bien que certains systèmes cérébraux soient recrutés à la fois dans la représentation des actions et émotions du sujet et dans la perception et l'imagination de celles d'autrui, d'autres mécanismes sont responsables de la discrimination des signaux d'origine endogène ou exogène (Decety, 2004). Ils peuvent être expliqués par l'existence d'un « modèle efférent » : lors de l'envoi d'une commande motrice aux muscles effecteurs, une copie de cette information permet un calcul cérébral prédictif du mouvement devant être produit et de ses effets. Ce « feedback sensoriel prédit » est confronté au « feedback sensoriel actuel » par un comparateur.

Ce dernier reçoit les signaux sensoriels pronostiqués et les compare aux signaux proprioceptifs reçus après l'exécution du mouvement⁸ (Blakemore, 2002).

À l'origine, le « modèle efférent », conceptualisé par des physiologistes, permet d'anticiper les sensations auto-engendrées et d'évaluer la différence entre le mouvement attendu et celui qui a été réalisé : c'est la « divergence sensorielle ». Il a ensuite été repris en psychologie pour expliquer la distinction entre soi et autrui. Le discernement de ses propres intentions et commandes motrices permet au sujet de déterminer la provenance des efférences sensorielles. Un système de contrôle, le cervelet, compare les signaux prédictifs avec les signaux reçus, endogènes ou exogènes. Plus la divergence sensorielle entre ces signaux est faible, plus la sensation est atténuée. Par conséquent, si la divergence sensorielle calculée par ce système est grande, il y a plus de chances que la sensation provienne de l'environnement du sujet. Le cervelet atténue donc les sensations provenant d'un mouvement auto-réalisé en inhibant l'activation du cortex cingulaire antérieur et du cortex somatosensoriel. En revanche, il les active davantage lorsque les mouvements proviennent de l'extérieur. Les sensations d'origine exogène sont donc amplifiées, ce qui les distingue des premières, d'origine endogène (Decety, 2002).

D'autres recherches de neuro-imagerie ont été menées pour connaître les aires cérébrales responsables de la distinction entre soi et autrui. Selon J. Decety (2004), des expériences montrent l'activation d'aires cérébrales situées dans l'hémisphère gauche lorsque le sujet réalise ou imagine ses propres mouvements. À l'inverse, une augmentation du métabolisme a lieu dans des zones corticales de l'hémisphère droit lorsqu'il les observe ou les imagine chez autrui. De fait, si le sujet imagine la réaction

⁸ cf. *infra* Annexe VIII, p.VIII

affective de quelqu'un d'autre à une situation précise, c'est là l'activité empathique même, une augmentation du métabolisme s'observe dans le cortex pariétal inférieur et le cortex fronto-polaire de l'hémisphère droit en plus des régions associées au traitement des émotions. L'auteur affirme donc que ces régions cérébrales sont responsables de l'attribution d'actions ou d'émotions à autrui, distinct de soi, au sein du mécanisme de résonance motrice.

Le cortex pariétal inférieur droit est une aire associative multimodale qui traite l'ensemble des informations reçues par les diverses entrées sensorielles et le système limbique. Elle est connectée avec le cortex préfrontal et temporal et est engagée dans la conscience spatiale et corporelle. En ce sens, elle est impliquée dans la capacité de changer de point de vue, nécessaire, nous le verrons, pour se mettre à la place de l'autre tout en restant soi-même. Le cortex fronto-polaire, quant à lui, dirige les fonctions exécutives. Elles « correspondent aux opérations nécessaires pour effectuer les tâches non routinières, conflictuelles ou complexes. » (Decety, 2004, p.82). Elles contrôlent et régulent le traitement de l'information et entrent en jeu dans l'élaboration de toutes fonctions cognitives. La simulation mentale des actes d'autrui implique l'inhibition, « processus de contrôle qui consiste en une suppression active de comportements ou de pensées. » (Censabella, 2007, p.126). Elle empêche la réalisation des mouvements issus de la résonance motrice et permet l'inhibition de son propre point de vue. De plus, l'adoption du point de vue d'autrui, différent du sien, engage la fonction de flexibilité mentale qui est « la capacité à passer d'un type de traitement de l'information à un autre de manière fluide et rapide. » (Censabella, 2007, p.130).

Bien que, dans le Jeu des Emotions, j'éprouve de l'empathie pour le patient, tente de comprendre et de deviner son émotion, voire la partage parfois, j'ai en parallèle bien conscience de moi en tant que spectatrice, assise sur ma chaise et le regardant jouer sur scène. Je peux me mettre à sa place, en m'imaginant dans sa situation tout en ayant en tête que je ne suis pas fondamentalement à sa position et donc en gardant un certain recul face à l'éprouvé émotionnel. D'ailleurs, malgré certaines contractions musculaires légères, je n'exprime pas ouvertement l'émotion, ni ne me laisse envahir par le ressenti, grâce à la distanciation inhérente au processus empathique.

En résumé, la distinction entre soi et autrui semble permise par le fonctionnement de réseaux neuronaux précis, antagoniste du système miroir. Elle est nécessaire au mécanisme d'adoption de la perspective subjective d'autrui. Selon J. Decety, ce dernier est un dispositif de haut niveau, en partie maîtrisable et volontaire, contrairement au phénomène de résonance motrice. Cependant, J. Grèzes s'interroge sur ces affirmations. Ne serait-ce pas, au contraire, la capacité de changer de point de vue qui serait à l'origine de l'activation du système de résonance dans l'empathie ? Le changement de point de vue serait peut-être, lui aussi, « beaucoup plus automatique, implicite, que cognitif, contrôlé et intentionnel. » (Grèzes, 2008). Pour comprendre comment le sujet empathique se met à la place d'autrui, nous allons nous appuyer sur la théorie d'A. Berthoz, fondée sur la manipulation mentale des référentiels spatiaux.

1.3 Une analyse neurophysiologique de l'adoption de la perspective subjective d'autrui

A. Berthoz a pour ambition de percer à jour les mécanismes neurophysiologiques qui sous-tendent la capacité d'adoption du point de vue d'autrui. Il définit l'empathie comme une expérience impliquant à la fois le sentiment d'exister, et la transposition en l'autre. « C'est d'un double vécu dont il s'agit, curieux mélange de soi et de l'autre » (Berthoz, 2004, p.254). Pour ce faire, le sujet doit être capable de se distancier de son propre référentiel pour se projeter dans un référentiel extérieur à lui, celui d'autrui. A. Berthoz emploie les termes de référentiels égocentré, hétérocentré et allocentré. Le premier concerne l'utilisation de son propre corps comme repère dans toute orientation spatiale. Le deuxième se réfère à l'utilisation du corps d'autrui et engage des capacités de décentration et de rotation mentale. Le dernier s'en rapproche, mais s'applique à tous les repères extérieurs au corps du sujet. A. Berthoz utilise alors préférentiellement le terme d'allocentré car, selon lui, ce référentiel peut associer, au changement de point de vue spatial, un état mental. C'est en adoptant le point de vue d'autrui, donc, que le sujet empathique peut se mettre à sa place. L'auteur choisit d'élaborer une approche de l'empathie en faisant un parallèle avec ses recherches sur le traitement de l'espace par le cerveau. Il ne s'agit pas là d'une théorie de l'esprit à laquelle il reproche son intellectualisation. Son objectif, au contraire, est d'intégrer le vécu sensori-moteur du sujet dans le processus empathique, qui correspond à une expérience subjective, vécue par le sujet, du point de vue d'autrui.

1.3.1 La spatialisation de l'empathie

L'objectif d'A. Berthoz (2004) est de découvrir le fonctionnement du changement de perspective dans l'empathie, et pour cela, il matérialise la navigation mentale en navigation dans l'espace. Plusieurs arguments sont en faveur de cette spatialisation de l'empathie. Tout d'abord, adopter la perspective d'autrui c'est voir à travers son regard. Mais c'est bien de sa propre vision, projetée dans le champ visuel de l'autre, que le sujet envisage ce qu'il percevrait en étant à sa place. La physiologie de la vision repose sur des propriétés de traitement spatial des informations. En effet, elle implique la voie dorsale (ou occipito-pariétale) qui a pour fonction d'analyser la position des objets extérieurs, de renseigner le sujet sur ses possibilités d'action et d'orienter son comportement dans l'interaction avec son environnement. Ensuite, il existe au niveau cérébral une spécialisation fonctionnelle des hémisphères. Alors que le cortex cérébral gauche gère les informations linguistiques dans leur compréhension et leur production, le cortex cérébral droit est responsable des fonctions visuo-spatiales et émotionnelles. Ainsi, le système cortical émotionnel est attaché à celui de l'orientation dans l'espace, de la perception des objets de l'environnement, de leur organisation visuelle cohérente et de leur manipulation mentale. Il est donc intéressant, pour comprendre le processus du changement de point de vue dans l'empathie, qui amène à une compréhension des émotions d'autrui, de connaître l'origine corticale de l'analyse de l'espace. Enfin, l'empathie est une expérience qui se vit dans l'interaction. Elle engage donc la mémoire des expériences du sujet et de sa relation avec autrui (Berthoz, 2004). Or, le lien entre mémoire et espace peut être démontré de façon pragmatique. Prenons l'exemple, de plus en plus utilisé, des cartes heuristiques (ou cartes mentales). Il

s'agit d'inscrire un concept général au centre d'une page et de disposer autour toutes les idées qui peuvent y être associées. Une idée en amenant une autre, elles sont organisées spatialement selon les liens qu'elles entretiennent avec le concept de base mais aussi entre elles pour former des groupes. La pose sur un support de ces concepts et raisonnements logiques peut être apparentée aux réseaux neuronaux mis en jeu lors de l'élaboration des connaissances. De par sa fonction de catégorisation et, avec l'aide d'indices visuels comme les couleurs, cette technique aide fortement à la compréhension, à la réflexion et à la mémorisation. Des associations d'idées peuvent sans cesse apparaître au sujet et faire émerger de nouveaux points de vue sur le concept initial.

Par ailleurs, A. Berthoz (2004) insiste sur le fonctionnement projectif du cerveau. Celui-ci construit le monde selon ses propres lois, il crée et formule en permanence des conjectures. En ce qui concerne la perception de l'espace, il fait des prédictions en se basant, entre autres, sur des formes invariantes ou en appliquant des règles géométriques de symétrie. Ce fonctionnement explique par exemple les illusions d'optique : le cerveau fait des choix et interprète ce qu'il perçoit selon ses modèles internes. Par conséquent, l'empathie est une fonction cérébrale qui projette sur le monde, en se mettant à la place de l'autre, ses propres logiques et ses croyances. Mais perception et compréhension ne sont alors qu'interprétation du monde, et « Le monde perçu n'est pas conforme au monde vécu. » (Berthoz, 2004, p.257).

L'utilisation d'un référentiel spatial égocentré est innée, contrairement à celle d'un référentiel allocentré. Nous expliciterons la façon dont l'enfant parvient finalement à passer d'un référentiel à l'autre, quand nous synthétiserons le développement de l'empathie chez l'homme. Le sujet empathique doit donc inhiber

le processus automatique de traitement égocentrique de l'espace pour accéder à un système allocentrique. Mais il ne confond pas sa perspective avec celle d'autrui, c'est par sa propre analyse projective du monde qu'il se met à sa place. A. Berthoz (2004) admet donc la faculté de l'homme à se positionner dans plusieurs référentiels simultanément.

1.3.2 Le changement de point de vue

Des opérations spatiales sont nécessaires à l'utilisation de nombreuses composantes cognitives telles que les connaissances, les représentations, les émotions mais également la recherche d'informations gardées en mémoire. Parmi celles-ci, il y a les images mentales de l'espace, les repères spatiaux, qui permettent au sujet de planifier un parcours. Pour établir les bases neurales de la capacité du cerveau à changer de point de vue pour se mettre à la place d'autrui, A. Berthoz (2004) s'appuie donc sur l'aptitude à planifier un trajet mentalement. En effet, avec ou sans l'accès à la perception visuelle, le cerveau du sujet peut imaginer son corps et son champ visuel d'une autre position de l'espace. Par analogie, l'individu empathique a la capacité d'adopter la perspective d'autrui, sans se déplacer et en restant lui-même. En dehors du changement de point de vue, l'empathie engage un « changement de point de sentir » (Berthoz, 2004, p.266) en assimilant l'expérience de l'autre à son propre éprouvé. C'est ce qu'il se passe dans l'exemple du spectateur qui regarde un funambule se déplacer sur une corde de T. Lipps. Ce processus nécessite un « dédoublement » du sujet. Une partie de lui adopte le point de vue de

l'autre quand la seconde reste consciente « du sentiment de soi » (Berthoz, 2004, p.263).

Le neurophysiologiste explique le fait que, pour concevoir un trajet, le cerveau peut utiliser plusieurs stratégies mentales. Il en expose deux sortes. La « stratégie de route » s'appuie sur les souvenirs d'un parcours déjà emprunté. La mémoire kinesthésique du corps dans l'espace enregistre les mouvements et les changements de direction. De surcroît, la mémoire visuelle structure le trajet à partir de photographies mentales prises à différents instants et d'évènements survenus lors du parcours, impliquant alors des souvenirs émotionnels et sensoriels. C'est une stratégie égocentrée puisque le sujet prend comme repères ses expériences vécues. A. Berthoz parle de « tyrannie du vécu » car elle oblige en quelques sortes le sujet à emprunter le chemin habituel. La seconde est la « stratégie de survol ». Elle repose sur l'élaboration mentale d'un plan vu du dessus et sur lequel le trajet se dessine. Elle est privilégiée lorsque le sujet veut se souvenir d'une longue distance. Si la mémorisation implique une tierce personne, il peut également utiliser son point de vue. Au contraire de la première, elle est allocentrique car les repères spatiaux du sujet sont extérieurs à lui. Ainsi, il peut décider d'emprunter de nouveaux chemins (Berthoz, 2004).

Ces deux stratégies, et de façon générale l'utilisation des référentiels égocentré ou allocentré, reposent sur l'activité connexe de plusieurs aires cérébrales. Les aires pariétales contrôlent la stratégie égocentrée de par leur implication dans le fonctionnement de la voie dorsale dont nous avons précisé le rôle précédemment. Les stratégies allocentrées, quant à elles, activent le cortex temporal dont l'hippocampe contient des neurones dits « de lieu » car ils codent une position de l'espace spécifique où le sujet se trouve, et ce de façon allocentrique.

La région hippocampique est primordiale pour l'activité mnésique et se situe en arrière de l'amygdale. L'hippocampe droit, composé des neurones « de lieu », s'associe au parahippocampe qui intervient dans la mémoire visuelle de l'environnement inerte, et au gyrus fusiforme qui intègre en mémoire tout ce qui concerne le monde vivant. L'hippocampe gauche, quant à lui, mémorise les successions d'évènements. La spécialisation hémisphérique ne semble donc pas s'appliquer aux bases neurales des référentiels spatiaux puisqu'elles forment de vastes réseaux neuronaux dispersés dans le cerveau. L'hémisphère droit, assigné au traitement visuo-spatial et émotionnel, semble impliqué dans des tâches spatiales à la fois égocentrées et allocentrées. L'hémisphère gauche, responsable des fonctions linguistiques, entre en jeu dans les souvenirs de scènes vécues. Par ailleurs, des expériences ont démontré l'implication des zones frontale et préfrontale dans le passage d'un référentiel à l'autre. Ce dernier est en partie contrôlé, nous l'avons déjà évoqué, par les fonctions exécutives telles que la flexibilité mentale et l'inhibition. Enfin, des études récentes ont formulé le rôle potentiel du cortex rétro-splénial, au sein du gyrus cingulaire, dans l'usage des différents référentiels. Il contient des neurones codant l'orientation de la tête dans l'espace. Le système vestibulaire pourrait donc participer au processus de changement de point de vue, aux côtés du système de traitement visuo-spatial, du système mnésique stockant les expériences vécues dans leurs aspects émotionnels et cognitifs, et ce, sous le contrôle des fonctions exécutives (Berthoz, 2004).

Une façon d'envisager la capacité du cerveau à manipuler les référentiels spatiaux serait de présenter une situation que j'ai vécue dans mes études de psychomotricité. Depuis la première année, nous apprenons à lâcher prise, à vivre

les expériences proposées sans les intellectualiser. Nous nous exprimons librement par le corps et la voix, en nous concentrant sur nos ressentis. Mais cela n'a pas toujours été facile et, en discutant avec mes camarades, j'ai souvent entendu des propos comme « imaginez si quelqu'un entrait dans la salle à cet instant, que penserait-il ? ». Il m'arrive encore parfois de me poser la question. J'ai participé en troisième année à l'option « Mimothérapie ». Nous avons pu expérimenter de nombreuses propositions de mime adapté à la psychomotricité. L'une d'elle était d'imaginer un animal, réel ou fictif, duquel nous devons nous occuper. J'ai choisi un cochon que j'ai caressé, nourri et promené. Ensuite, les professeurs nous ont proposé de devenir peu à peu cet animal. De ma perspective égocentrée, je me suis doucement transformée en cochon, adoptant la quadrupédie et le grouinement. Alors que j'étais sur le dos, me roulant dans la boue, une étudiante se prenant pour une licorne volante a sauté au-dessus de moi. Surprise, je suis sortie de mon personnage et, adoptant une perspective allocentrée, j'ai observé la scène d'un tout autre point de vue. Ma vision, projetée à un angle opposé de la pièce et en hauteur, était portée sur la salle qui était devenue un zoo assourdissant, débordant d'animaux incongrus. Mon regard, comme s'il était hors de mon corps, me voyait allongée parmi eux, entraînant d'imaginer ce que j'observerais de cette perspective. Je voyais en fait, par imagination, à travers les yeux de quelqu'un se trouvant à cette position précise. J'ai alors réalisé à quel point ces études, par des expériences telles que celle-ci, m'ont permis d'entrer de plus en plus facilement dans l'imaginaire et de me détacher de ce que j'aurais pensé, avant, être ridicule du point de vue d'autrui.

A. Berthoz fait donc une analogie entre les deux stratégies mentales d'anticipation d'un trajet et la faculté de se mettre à la place d'autrui. La première, égocentrée, enferme le sujet dans un parcours prédéfini alors que la seconde, allocentrée, lui offre de nouvelles possibilités. Dans l'empathie, l'association des deux référentiels donne au sujet les ressources nécessaires pour concevoir ce qui l'entoure de son point de vue et d'une toute autre perspective. Il garde sa perspective subjective mais intègre celle des autres afin d'envisager le monde avec ce que nous pourrions appeler une plus grande ouverture d'esprit. En articulant la manipulation mentale des points de vue avec la simulation mentale des émotions et actions d'autrui, le sujet peut accéder à l'empathie (Berthoz, 2004).

1.3.3 « Esquisse d'une théorie de l'empathie »

Pour conclure sur cette approche spatiale de l'empathie, nous allons présenter l'« Esquisse d'une théorie de l'empathie » qu'A. Berthoz propose dans son livre *L'Empathie* (2004, p.272). Il distingue trois mécanismes, concomitants et enchevêtrés dans le processus empathique, mais dont les bases neurales sont bien différentes.

« 1) Un vécu égocentré » : le sujet vit son expérience subjective de la situation, dans ses aspects cognitif, sensible et émotionnel, d'un point de vue égocentré.

« 2) Un changement de point de vue égocentré » : le sujet se « dédouble ». Il garde, d'une part, sa perspective égocentrée, le « sentiment de soi », mais se

transpose d'autre part à la place de l'autre. Ainsi, il perçoit sa perspective subjective sur la même situation et l'intègre à son expérience.

« 3) Un changement de référentiel » : le sujet adopte un point de vue allocentré. Il inhibe sa vision égocentrée de la situation, tout en restant lui-même, mais ne se contente pas de celle de l'autre, hétérocentrée. Par l'assimilation de différentes perspectives, il envisage en réalité la situation par une « vision d'ensemble » (Berthoz, 2004, p.273), il s'en fait une idée globale.

Le jeudi 10 octobre 2019, plus tôt dans la journée...

Je suis à mon stage au CMP, dans la salle de psychomotricité, avec un patient, Monsieur K., et la psychomotricienne. Nous sommes en pleine discussion de fin de séance lorsque nous entendons une dame hurler au même étage. Surpris, nous nous arrêtons de parler instantanément. Je ne sais pas ce qu'il se passe. Mon cœur s'accélère, je sens une inquiétude grandir en moi. Je me tourne vers la psychomotricienne au moment où elle nous explique qu'elle s'éclipse pour comprendre ce qu'il arrive. Je regarde alors Monsieur K. Si souriant et loquace il y a quelques secondes, il s'est figé et me regarde d'un air effrayé. Dans l'observation de sa réaction, je comprends qu'il a peur. De plus, j'ai appris à le connaître et je pense qu'il est d'autant plus inquiet que moi. Alors, je me ressaisis et tente de le rassurer par ma posture, mes mimiques et mes paroles. Il me demande si la dame qui vient de crier est en colère contre lui. Je lui explique qu'il n'y a aucune raison à cela, que la situation est sous contrôle et qu'il est en sécurité. Nous avons tous les deux été stupéfaits, mais je sais que nous ne risquons rien et mon principal objectif est de changer les idées de Monsieur K. afin qu'il ne soit plus anxieux. Nous

discutons alors de choses et d'autres, et il décide fièrement de me faire visionner un film dans lequel il a joué.

Pour conclure, la transdisciplinarité de l'étude de l'empathie nous permet de comprendre ses fonctionnements psychologiques, cognitifs, neurologiques, physiologiques et ainsi, de disposer d'une approche globale de cette fonction complexe de compréhension d'autrui. Pour simuler mentalement la perspective subjective de ce dernier, elle engage, chez le sujet, trois mécanismes concomitants et reposant sur d'amples organisations neuronales. La résonance motrice des actions d'autrui, la distinction entre soi et lui et l'adoption de son point de vue, tout en restant soi-même, entraînent une compréhension de ses affects, motivations et intentions. Alors, par l'accès à la théorie de l'esprit, le sujet peut lui attribuer des états mentaux.

2 L'empathie, de la compréhension de l'émotion d'autrui à une posture psychocorporelle

Nous avons désormais connaissance de la manière dont procède l'empathie. Nous pouvons donc nous intéresser à son ontogénèse chez l'enfant et aux différents niveaux de compréhension d'autrui. Dès lors, nous pourrions aborder la situation de l'empathie en psychomotricité pour transposer la fonction de compréhension en une posture psychocorporelle adressée au patient dans la relation thérapeutique. Nous allons enfin déterminer si cette posture peut être considérée comme un outil thérapeutique de la thérapie psychomotrice et proposer certaines limites et potentiels écueils rencontrés par le psychomotricien dans l'adoption de cette façon d'être avec le patient.

2.1 Le développement de l'empathie et ses degrés

2.1.1 Les prérequis de l'empathie chez l'enfant

En tant que fonction essentielle du cerveau humain, dans sa dimension sociale, le développement de l'empathie chez l'homme peut être relié à l'acquisition de nombreuses facultés. Nous choisirons ici de nous concentrer sur l'évolution des composantes décrites précédemment en nous appuyant sur les processus engagés dans les interactions précoces, premières expériences sociales du bébé. De l'aptitude à reconnaître autrui comme un semblable, à celle de lui attribuer des

états mentaux, en passant par la résonance motrice, la distinction soi-autrui et le changement de point de vue, quels sont les prémices de la fonction empathique et comment émergent-ils chez l'enfant ?

2.1.1.1 Les interactions précoces ou les jalons de l'empathie

Les interactions sociales sont des « situations relationnelles qui impliquent un échange verbal (conversations) ou non verbal (attitudes, expressions faciales) entre un minimum de deux personnes et au cours desquelles les personnes participant à l'échange vont s'influencer de manière réciproque. » (Luminet & al, 2012, p.255). Dès la naissance, le bébé est capable d'entrer activement en interaction par des échanges mutuels avec ses partenaires. Pour rappel, les psychiatres Serge Lebovici, Philippe Mazet et Jean-Pierre Visier ont établi en 1989 trois niveaux d'interactions précoces, comportementales, affectives et fantasmatiques (Bekier & Guinot, 2015), que nous présenterons brièvement.

Les interactions comportementales décrivent la symbiose qui s'exerce entre les comportements du bébé et de ses proches. Elles se déclinent en trois aspects. Tout d'abord, les interactions corporelles sont fondées sur le « dialogue tonique ». Julian de Ajuriaguerra l'a défini, à la suite des travaux d'Henri Wallon, comme « une réelle interaction entre le tonus musculaire du parent et celui de l'enfant » (Bekier & Guinot, 2015, p.103). Il permet un ajustement postural réciproque des deux partenaires. Par ailleurs, Donald Winnicott s'est intéressé à l'importance du portage du nourrisson par son parent, dans ses dimensions physique et psychique. Il a nommé et différencié le « handling » et le « holding ». Le premier correspond à la manière

par laquelle il prodigue des soins à l'enfant en fonction de ses besoins physiologiques. Le second désigne sa façon de le contenir, tant physiquement que psychiquement, afin de le sécuriser des tensions externes et internes. Ensuite, les interactions visuelles reposent sur la qualité des échanges de regards entre le parent et le nourrisson. Ce dernier perçoit son reflet dans les yeux de son parent, que D. Winnicott apparente à un « miroir » car ils réfléchissent ce que l'adulte voit de lui et participent à la construction d'une représentation de soi. Enfin, les interactions vocales sont caractérisées par les cris, les pleurs et les vocalises du bébé d'un côté, la prosodie de la voix parentale de l'autre. L.W. Sander et H.L. Julia parlent d'un « cordon ombilical acoustique » liant le parent et l'enfant. C'est une composante essentielle de l'attachement, théorisé par John Bowlby. Elle traduit les états émotionnels de chacun et est à la base de l'« accordage affectif » étudié par Daniel Stern. Les interactions affectives désignent le partage émotionnel qui se produit entre le parent et l'enfant. Dans l'échange, chacun réagit à l'état affectif de l'autre, de la même façon ou non. Emergent ainsi des sentiments comme le plaisir ou le déplaisir. Les interactions fantasmatiques concernent l'influence réciproque qu'exercent la vie psychique, consciente et inconsciente, du bébé et de son parent. Ces catégories d'interactions précoces sont entremêlées puisque nous pouvons imaginer que les interactions comportementales, facilement observables, sont soutenues par les interactions fantasmatiques, et soutiennent les interactions affectives. « Ainsi, l'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement. » (Bekier & Guinot, 2015, p.102).

Selon J. Decety (2004), l'observation des interactions précoces démontre donc la capacité du bébé à amorcer des proto-conversations avec les autres. Ces échanges,

dont les plus flagrants sont corporels, visuels et vocaux, informent chaque partenaire de l'état mental de l'autre. Les émotions primaires, originellement universelles, sont détectables très tôt dans le développement de l'enfant. De la même façon, il est capable précocement de les reconnaître chez autrui. Les retours émotionnels des adultes donnent de nombreuses indications au bébé sur son environnement. Ces premiers dialogues sont donc portés sur le partage émotionnel et la réciprocité. (Decety, 2004). N. Georgieff (2008) considère que ces deux éléments sont primordiaux pour le développement de l'empathie. La capacité du nouveau-né à répondre à l'action d'autrui et donc à entrer en interaction avec lui traduit un instinct inné de partage d'états mentaux par l'élaboration d'une « activité psychique commune ». L'auteur évoque alors une « pulsion de partage », révélatrice d'une affinité précoce pour l'empathie. Un exemple concret de ce processus est le concept d'attention conjointe décrit par Jerome Bruner. L'enfant ou l'adulte incite l'autre à porter son regard sur une chose d'intérêt contiguë, ce qui engendre un partage de représentations mentales. Cette compétence est acquise entre la première et la deuxième année (Luminet & al, 2014). Nous allons le voir dans la décomposition de l'empathie en degrés, l'aptitude au partage d'attention permet une lecture empathique de la relation qui lie autrui à l'objet responsable de son état émotionnel. De surcroît, pour N. Georgieff (2008) l'empathie est « étroitement liée à la réciprocité des conduites humaines » (Georgieff, 2008, p.371). Chaque individu qui interagit avec autrui perçoit et comprend, par empathie, ce que ce dernier éprouve et exprime. De la même façon, il reçoit ce qu'il induit chez autrui par empathie réciproque.

2.1.1.2 La reconnaissance d'autrui comme un semblable

Le fait qu'un nouveau-né pleure en entendant un autre bébé pleurer est avéré. C'est certainement l'une des réactions les plus élémentaires témoignant d'un partage émotionnel et avant coureuse de la capacité d'empathie. Toutefois, ce comportement s'observe uniquement dans le cas où les pleurs proviennent d'un autre être humain, différent de lui, et est d'autant plus manifeste si ce dernier est également un nouveau-né. Il met alors en évidence la capacité innée à reconnaître autrui comme semblable à soi, ainsi qu'une certaine distinction entre soi et autrui. Il n'implique pas encore la capacité à se mettre à sa place, nous ne pouvons donc pas parler d'empathie mais d'« éveil empathique » (Decety, 2004, p.66).

De son côté, N. Georgieff décrit la présence d'une « place réservée de manière innée à autrui dans le psychisme individuel » (Georgieff, 2008, p.371). L'existence de l'autre serait une notion déjà présente dans le psychisme du nouveau-né. Selon le professeur de psychologie de l'enfant Colwyn Trevarthen, il posséderait en lui un « autre virtuel », une représentation primaire de l'autre, comme une anticipation de la rencontre, et expliquant sa faculté innée d'interagir avec lui. Elle-même serait sous-tendue par un système cognitif nommé « Innate Motive Formation » responsable de l'intégration psychique de cet « autre virtuel ». Ce système préfigurerait alors, chez le nourrisson, la capacité à imaginer et prévoir les actions de l'autre dans l'interaction et donc à réguler les siennes propres (Georgieff, 2008).

« Un autre en soi : soi comme un autre, autrui comme un soi » (Georgieff, 2008, p.371). En d'autres termes, autrui est reconnu comme semblable à soi, donc le soi présente également une homologie avec autrui. Par conséquent, l'empathie, en tant

que mode de connaissance de l'autre par analogie avec soi, peut être considérée comme un mode de connaissance de soi par analogie avec l'autre et ce de façon « réflexive ». Elle participerait alors à la mise en place d'une conscience de soi chez l'enfant, par son propre éprouvé, mais aussi de la perspective de l'autre, puisqu'il se situe en chacun par l' « autre virtuel ». L'aperception de l'activité mentale se réaliserait de manière empathique si elle concerne autrui, et de manière « réflexive » ou « auto-empathique » si elle est dirigée vers soi. Cette théorie admet ainsi une correspondance neurobiologique et une concomitance entre la conscience de soi et celle de l'autre (Georgieff, 2008).

2.1.1.3 L'imitation et les représentations partagées

Le bébé est pourvu, dès la naissance, d'une capacité d'imitation qui lui permet de reproduire les comportements et les états affectifs d'autrui et de les assimiler aux siens (Decety, 2004). Jacqueline Nadel, psychologue et directeur de recherche CNRS au Centre Emotion à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, a étudié l'aptitude à l'imitation précoce. Elle la définit de la manière suivante : « Considérée comme un couplage entre perception et action, elle établit une correspondance entre tout type de perception, immédiate ou représentée, et tout type d'action, quelle qu'en soit la complexité. » (Nadel, 2003, p.69). Les mécanismes responsables de l'imitation sont les mêmes que ceux des représentations partagées, à savoir les réseaux de neurones miroirs. Les capacités d'imitation sont donc elles aussi sous-tendues par les mouvements inscrits dans le répertoire moteur de l'individu. Elles suivent le développement psychomoteur de l'enfant selon la maturation des systèmes

neuronaux responsables de l'acquisition et du perfectionnement de la motricité volontaire.

L'imitation a plusieurs objectifs. Lorsqu'elle est dirigée vers les objets, elle a un rôle dans l'apprentissage et est sous-tendu par la curiosité du bébé. Si elle est orientée vers autrui, alors elle devient un outil de communication non verbale dans l'alternance imiter - être imité, comme « deux facettes coordonnées du même phénomène permettant d'alterner deux rôles, comme des " tours de parole " sans langage. » (Nadel, 2003, p.70). Dans tous les cas, l'imitation permet au bébé d'acquérir le répertoire gestuel humain, et plus tard, d'accéder à la pensée symbolique. En outre, plus ces échanges vont se répéter, plus l'enfant pourra percevoir et intégrer des invariants entre ses propres comportements et ses états mentaux et, par analogie, identifier les intentions et les motivations de l'autre (Decety, 2004). Nous tenterons de comprendre plus loin, grâce aux travaux d'E. Pacherie qui propose un parallèle entre les degrés de l'empathie et son évolution chez l'enfant, comment, de l'imitation précoce, il passe à une compréhension de l'état émotionnel d'autrui.

2.1.1.4 L'émergence d'un soi différencié

Dès la naissance, le bébé réagit différemment à des stimulations tactiles d'origine endogène et exogène (Decety, 2004). Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que le mécanisme du « modèle efférent » est fonctionnel et permet au nouveau-né de distinguer son action de celle d'autrui. Parallèlement, il est réceptif aux conséquences de ses propres actions sur l'environnement et est capable de les

différencier de celles qui résultent d'une activité externe. Ces observations sont en faveur de l'existence d'un « sens implicite de soi » chez le bébé, dans l'expérience. Il s'agirait d'un vécu sensible de soi, préalablement au « sens explicite de soi ». Ce dernier est mis en évidence par l'expérience du miroir dans laquelle le bébé reconnaît son reflet, vers dix-huit mois (Decety, 2004).

Contrairement aux théories anciennes sur la psychologie du développement, Philippe Rochat, professeur de psychologie spécialisé dans l'étude des nourrissons, attribue au bébé une représentation précoce d'un soi distinct de l'autre. Elle ne serait donc pas issue de la différenciation plus tardive entre soi et autrui (Georgieff, 2008). Elle germerait préalablement dans le psychisme de l'enfant comme un prérequis à cette distinction nette advenant au cours de la deuxième année. Ce serait précisément une « coconscience de soi en relation avec autrui » (Rochat cité par Georgieff, 2008, p.369) qui émerge dans les six premiers mois de l'enfant. Il s'agirait d'une continuité plutôt que d'une différenciation progressive à partir d'une activité psychique commune.

De cette perspective, N. Georgieff sépare la conscience vécue d'un soi distinct, plus tardif, et les mécanismes cognitifs précoces sous-tendant cette représentation (2008). L'auteur énonce alors le paradoxe selon lequel le psychisme, contrairement à l'organisme, n'appartient pas uniquement au sujet mais est toujours partagé avec autrui, en tant que ce dernier l'influence en permanence. Il conclut ainsi que « le cerveau est un organe social ou groupal et non individuel, qui produit pourtant des représentations individuelles de soi et d'autrui. » (Georgieff, 2008, p. 370). D'ailleurs, nous avons vu que, dans l'empathie, les représentations partagées et la distinction soi-autrui, ou les systèmes du même et de l'autre, sont complémentaires.

2.1.1.5 La perception de l'espace

Bien que les nourrissons soient pourvus de capacités indispensables à l'empathie, ils ne sont pas encore capables de changer de point de vue. Or, selon la théorie d'A. Berthoz, pour éprouver de l'empathie, le sujet doit adopter des référentiels à la fois égocentrés et allocentrés. Il se réfère alors aux études de Jean Piaget et Bärbel Inhelder sur la psychologie du développement. Ils décrivent l'évolution de la perception de l'espace par l'enfant, ou le passage d'un espace purement perceptif à un espace intellectuel (Berthoz, 2004).

De la naissance à quatre mois, l'espace du bébé n'est pas unifié. Les différents espaces sensoriels, visuel, tactile, auditif, olfactif et gustatif ne sont pas reliés entre eux. Ils sont traités individuellement et de façon strictement égocentrée. De plus, la perception de l'espace est topologique, c'est-à-dire qu'elle est fondée sur les rapports de voisinage, de séparation, d'ordre et de continuité. Elle se base sur l'expérience immédiate perceptive et motrice. De quatre, cinq mois à un an, le bébé acquiert les coordinations oculo-manuelles et perfectionne progressivement sa préhension. L'exploration de l'espace, par des expériences sensori-motrices réalisées de façon accidentelle puis intentionnelle, lui permet d'appréhender la permanence de l'objet, de concevoir peu à peu les formes et les grandeurs pour parvenir à une perception spatiale, non plus seulement topologique, mais également métrique et projective. De deux à sept ans, grâce à la maîtrise de plus en plus prononcée de ses déplacements et de sa motricité, l'enfant peut localiser les objets constituant l'espace par rapport à lui. En effet, vers six ans il se repère de façon égocentrée. De plus, la pensée symbolique s'installe, c'est-à-dire la capacité à évoquer des objets ou des situations non perçues actuellement en se servant

d'images mentales. Il se représente alors l'espace de plus en plus finement. Il peut envisager les changements de point de vue et, bien que l'expérience vécue reste fondamentale pour son orientation dans l'espace, il commence à adopter une perspective allocentrée. Vers sept, huit ans, l'espace n'est alors plus perceptif mais intellectuel. L'enfant devient capable de se représenter une même scène visuelle selon différentes perspectives. Selon J. Piaget, c'est donc le développement des compétences motrices et les expériences qui en découlent qui sont responsables de ce changement (Berthoz, 2004).

A. Berthoz (2004) associe donc la septième année de l'enfant à la mise en place de la capacité de se mettre à la place d'autrui. Il précise que c'est un âge fondamental dans la relation de l'enfant à l'espace et aux autres. Il acquiert la réversibilité, c'est l'aptitude à imaginer un objet, une personne ou une action orienté(e) spatialement, tout en restant dans sa position initiale.

Reprenons maintenant l'analogie faite par A. Berthoz entre les stratégies mentales de planification d'un trajet et l'aptitude à se mettre à la place d'autrui. Nous pouvons observer dans le développement de l'enfant, un passage entre la « stratégie de route », égocentrée, et la « stratégie de survol », allocentrée, qui ont été présentées plus haut. En effet, les déplacements du jeune enfant semblent dépendre très fortement d'un contrôle visuel centré sur des repères spatiaux précis autour desquels s'organise son parcours. A. Berthoz (2004) illustre ses propos par l'histoire du Petit Poucet ayant retrouvé son chemin dans la forêt grâce aux cailloux qu'il avait semés à l'aller. Au fil du temps, l'enfant détache sa vision de son déplacement et adopte un référentiel allocentré qui lui permet d'emprunter de nouveaux chemins. Il n'est plus enfermé dans une exploration fondée uniquement sur ses expériences vécues et peut « prendre de la hauteur » (Berthoz, 2004, p.260).

Si le Petit Poucet avait eu accès à cette stratégie, il aurait pu rentrer chez lui par le même trajet ou un trajet différent en se représentant mentalement un plan de la forêt. Pour A. Berthoz et son approche spatiale de l'empathie, cette transition soutient la capacité d'adopter la perspective d'autrui car, en plus d'avoir accès à un espace structuré, l'enfant peut le manipuler en passant d'un référentiel à l'autre, et inhiber la tendance innée à percevoir le monde de façon égocentrée. « pour avoir de l'empathie, il faut en plus posséder la capacité de rentrer chez soi sans petits cailloux » (Berthoz, 2004, p.261).

2.1.1.6 L'acquisition de la théorie de l'esprit

Pour finir, l'accès à la théorie de l'esprit est secondaire à l'empathie. Elle est donc en partie sous-tendue par les composantes que nous venons de décrire. D'après O. Luminet & al (2014), à partir de dix-huit mois l'enfant peut jouer à faire semblant : se servir d'un objet en lui attribuant une toute autre fonction ou incarner un personnage par exemple. Cette faculté va s'enrichir et devenir de plus en plus élaborée au fil du temps. Nous le verrons dans la partie suivante, elle préfigure le niveau le plus élevé d'empathie. De plus, elle témoigne de l'acquisition du concept des métareprésentations, nécessaires pour inférer des états mentaux à autrui. Ces dernières « permettent de comprendre la nature représentationnelle de la relation entre la représentation et l'objet de référence. » (Luminet & al, 2014, p.108). L'enfant peut alors puiser dans ses propres représentations mentales pour convoquer des choses non-présentes ou prendre une chose pour une autre. Entre deux et trois ans, l'enfant devient capable d'exprimer verbalement ses états mentaux. Il

commence à en attribuer à autrui, s'ils sont en lien avec le contexte de la situation, et à prédire ses intentions par rapport à son comportement. Il exprime ses propres désirs et motivations vers quatre ans et, enfin, acquiert les notions de croyance et de fausse croyance à cinq ans (âge auquel il devient capable de répondre correctement à l'expérience de Sally et Anne) (Lumiet & al, 2014). Avant la quatrième année donc, Simon Baron-Cohen nomme « mind reading » (lecture de l'esprit) les prérequis à la théorie de l'esprit (Georgieff, 2008).

Cependant, nous pouvons parler d'empathie entre la deuxième et la troisième année puisque l'enfant commence à porter attention aux états mentaux d'autrui. Lorsque ce dernier éprouve de la détresse, il n'est plus affecté personnellement et est alors capable de lui venir en aide (Luminet & al, 2014). Cet âge est crucial dans le développement des compétences sociales de l'enfant puisqu'il commence à participer à des jeux coopératifs avec ses pairs. De plus, il discrimine de mieux en mieux les comportements dommageables intentionnels ou non et devient capable d'exprimer des émotions sociales (Decety, 2004). Ces dernières sont des « émotions que l'on ne peut ressentir que dans un contexte d'interaction avec autrui » (Luminet & al, 2014, p.252) comme le mépris, la culpabilité, l'envie, la honte ou la fierté.

Nous avons donc déterminé le fait que, dès la naissance, le bébé est capable d'entrer en interaction avec autrui. Cette aptitude s'explique par une tendance innée au partage d'états mentaux et par une représentation très précoce de l'autre comme un pair. Par ailleurs, les prémices des composantes de résonance motrice et de distinction entre soi et autrui sont observables chez le nouveau-né. En outre, la faculté de changement de point de vue, nécessaire pour se mettre à la place

d'autrui, se met très progressivement en place entre deux et sept ans. Certains prérequis à l'empathie sont donc présents chez l'enfant de façon innée, mais il ne peut commencer à comprendre les émotions d'autrui et à y adapter son comportement que dans la deuxième année. Le développement de son empathie suivra ensuite la maturation de ses structures cérébrales et de ses fonctions cognitives (exécutives, mnésiques, de raisonnement, de traitement de l'espace, etc.), mais également l'enrichissement de ses expériences et apprentissages sociaux et sensori-moteurs.

2.1.2 Les degrés de compréhension

Elisabeth Pacherie, chargée de recherche CNRS en philosophie à l'institut Jean-Nicod, a décomposé l'empathie en degrés de compréhension. Le premier correspond à la compréhension de l'émotion d'autrui. Au deuxième s'ajoute la compréhension de l'objet de cette émotion. Le troisième et dernier degré désigne leur compréhension et celle de la relation qui les unit. La maîtrise de ces degrés s'acquiert au fil du développement de l'enfant en s'appuyant sur l'évolution des composantes de l'empathie. Elle caractérise une compréhension d'autrui de plus en plus habile.

2.1.2.1 Une compréhension de l'émotion qui s'affine au fil du développement de l'enfant

Le premier degré d'empathie, ou compréhension de l'émotion d'autrui, repose sur la perception des composantes comportementales et expressives de l'émotion. E. Pacherie (2004) s'est appuyée sur les études d'Andrew N. Meltzoff, psychologue reconnu pour ses travaux portés sur le développement du nourrisson et en particulier ses capacités d'imitation. Selon lui, depuis la naissance, et par l'imitation précoce des expressions faciales, le bébé serait capable de comparer les changements perçus visuellement chez autrui, à ceux qu'il ressent chez lui de manière proprioceptive. Par ailleurs, il postule une forte correspondance entre expression faciale et éprouvé émotionnel. La reproduction de la première donnerait accès au second. Cette conjecture pose deux interrogations. Comment l'action d'imiter autrui peut-elle faire ressentir une émotion au bébé ? Comment s'élabore, chez ce dernier, la correspondance entre « corps vu » et « corps senti » ?

Les mimiques représentant un des aspects fondamentaux de l'expérience émotionnelle et étant reliées aux autres par un large réseau neuronal, nous pouvons facilement imaginer que leur reproduction par imitation entraîne une sensation affective. De plus, l'universalité des émotions primaires explique que cet éprouvé soit semblable à celui d'autrui. En outre, pour que le cerveau du nourrisson puisse faire correspondre les deux types de perception (visuelle et proprioceptive) par l'imitation, il faut qu'il planifie une réponse motrice apte à lui faire ressentir l'émotion en question. Le mouvement reproduit doit engendrer des signaux proprioceptifs conformes aux signaux visuels perçus dans l'observation de l'expression émotionnelle d'autrui (Pacherie, 2004).

Le lien direct entre perception et action a été démontré par les neurosciences et la résonance motrice est une de leurs découvertes majeures. La mise en relation immédiate et automatique des informations visuelles avec les représentations motrices partagées est une ressource essentielle de l'imitation et de l'empathie. Ces représentations se multipliant au fil du développement psychomoteur du sujet, les imitations deviennent de plus en plus élaborées et s'étendent à l'ensemble des manifestations comportementales émotionnelles, non plus seulement les expressions faciales. En parallèle, la maturation du cerveau renforce les fonctions exécutives, dont l'inhibition. Elle empêche, à terme, l'exécution motrice involontaire et automatique issue de l'observation de l'action. Par conséquent, l'accroissement du répertoire moteur du sujet entraîne l'activation de représentations partagées de plus en plus étoffées lorsqu'il observe le comportement d'autrui. Elles constituent peu à peu un accès direct entre la perception visuelle de l'action d'autrui et l'éprouvé émotionnel qu'elle procure chez le sujet, sans faire appel au ressenti proprioceptif. L'imitation permettant la comparaison entre « corps perçu » et « corps senti » n'est plus indispensable. Lors de l'observation du comportement d'autrui, le sujet est alors capable de lui attribuer un état émotionnel (Pacherie, 2004).

Le niveau supérieur d'empathie intègre la compréhension de l'émotion d'autrui et celle de son objet. Elle est plus facilement perceptible par le sujet s'il est témoin de la situation responsable de cet état émotionnel. E. Pacherie (2004) associe ce deuxième degré d'empathie au phénomène d'attention conjointe, que nous avons décrit plus haut, et qui apparaît chez l'enfant entre un et deux ans. Ce partage d'attention, ajouté à la compréhension des expressions émotionnelles de son partenaire, constitue « la référence sociale » qui naît chez l'enfant à ce même

âge. En effet, lorsqu'il se trouve devant un objet qu'il ne connaît pas, il se tourne vers son parent et se sert de sa réaction pour moduler son attitude.

E. Pacherie (2004) s'appuie cette fois sur la pensée de Paul Harris, psychologue spécialiste du développement de l'enfant sur les plans cognitif, émotionnel et imaginaire. Pour lui, dans la « référence sociale », la réaction émotionnelle de l'adulte constitue, pour l'enfant, une interprétation de l'objet (Pacherie, 2004). Le psychologue signale, par la suite, l'apparition d'une nouvelle compétence. Au cours de sa deuxième année, l'enfant commence à appréhender la corrélation entre l'émotion et sa cause. Il peut consoler ou, au contraire, tourmenter une personne en détresse. Ce comportement démontre sa capacité à comprendre l'émotion d'autrui ainsi que son objet et à anticiper la potentialité d'engendrer une émotion différente chez lui.

Enfin, E. Pacherie (2004) soulève le fait que les actions d'un individu reflètent ses intentions et qu'elles peuvent donc être comprises grâce à la résonance motrice. Ce processus participe à l'empathie dans le sens où il concourt à la compréhension des émotions d'autrui. Si le sujet décèle, par l'observation de l'action de l'autre, ses intentions, il peut plus facilement appréhender les raisons de ses expressions émotionnelles.

Le troisième et dernier degré d'empathie inclut, en plus des précédents, la compréhension des raisons de l'émotion. Or, le « potentiel motivationnel » d'autrui, c'est-à-dire ses désirs et ses préférences, n'est pas toujours perceptible ni analogue à celui du sujet. Une même situation ne fait pas naître les mêmes émotions chez tout un chacun. C'est là l'importance de la théorie de l'esprit, dans son versant

simulationniste, comme nous l'avons explicité en première partie. Grâce à elle, l'enfant accède à une « flexibilité imaginative » lui permettant de concevoir les concepts de croyance et de fausse croyance chez lui comme chez autrui. E. Pacherie (2004) aborde le principal prérequis à cette acquisition, le jeu de faire semblant. Nous l'avons dit, il apparaît chez l'enfant par l'attribution d'une fonction différente à un objet puis par l'utilisation d'objets imaginaires et enfin, la mise en scène des états émotionnels. Il devient capable d'animisme, c'est-à-dire de concevoir les choses comme vivantes et douées d'émotions et d'intentions.

Paul Harris a proposé de décomposer le jeu de faire semblant en trois phases. La première, que nous venons de présenter, est la capacité à imaginer des états mentaux. Elle est possible à partir de dix-huit mois. Lors de la deuxième, entre trois et quatre ans, l'enfant apprend à discerner le monde imaginaire du monde réel. La troisième concerne le type de situations et d'états émotionnels que l'enfant peut créer dans le jeu. Dans sa mise en scène d'un personnage en situation imaginaire, l'enfant est capable de lui attribuer des envies différentes des siennes avant de pouvoir envisager des croyances opposées à ses propres certitudes. En effet, cette deuxième situation engage une élaboration cognitive plus complexe car elle demande à l'enfant de faire abstraction de sa propre réalité. Reprenons l'expérience de Sally et Anne. Avant cette phase, l'enfant sait que la bille est dans la boîte et ne peut pas penser que Sally ira la chercher ailleurs. Après avoir acquis la notion de croyance, il comprend la situation dans laquelle se trouve Sally et pourquoi elle ne peut pas aller chercher la bille dans la boîte. Ce passage marque l'émergence de la « flexibilité imaginative » nécessaire au troisième degré d'empathie, soit à la compréhension des raisons de l'émotion qui sont propres à autrui et rarement perceptibles directement (Pacherie, 2004).

Dans une situation quelconque, les deux premiers degrés d'empathie sont « relativement transparents », et ce, grâce au lien étroit entre perception et action (Pacherie, 2004, p.174). Le sujet perçoit et comprend l'émotion d'autrui à travers son comportement, mais également l'objet de son émotion par le processus d'attention conjointe, ou ses intentions par l'observation de ses actions. Dans une situation plus complexe où le sujet prévoit de faire émerger volontairement une émotion chez autrui, entre en jeu la composante mnésique d'expériences vécues. Cependant, toutes les situations ne permettent pas une compréhension empathique si aisée. Bien que l'expression des émotions primaires soit universelle, celle des émotions secondaires et des émotions sociales présente des différences interindividuelles. De surcroît, la culture peut avoir un impact sur l'expression de tout type d'émotion, même primaires. La réaction émotionnelle résulte alors d'un apprentissage. Par ailleurs, si l'émotion d'autrui n'est pas en rapport avec la situation dans laquelle il se trouve avec le sujet, l'objet de l'émotion n'est pas directement perceptible par ce dernier. Enfin, le troisième degré d'empathie, en tant qu'il concerne la compréhension des raisons de l'émotion d'autrui et n'est donc pas visible, demande au sujet une plus grande distanciation de sa réalité pour tenter d'apprécier la pensée d'autrui. Il doit alors faire appel à sa « flexibilité imaginative », et ce, de façon proportionnelle à la différence de « potentiel motivationnel » entre lui et l'autre. Le sujet s'attache à imaginer la perspective subjective d'autrui pour que sa compréhension empathique soit au plus près de son éprouvé émotionnel, de son objet et de ses raisons (Pacherie, 2004).

2.1.2.2 Du point de vue de la psychomotricité

L'évolution de l'empathie en degrés correspond à l'acquisition d'une compréhension des émotions d'autrui de plus en plus raffinée. Qu'en est-il des degrés de l'empathie dans la compréhension du comportement d'un patient en psychomotricité ? Nous ne parlons plus là de degrés d'empathie dans un sens chronologique lié au développement de l'enfant. Dans l'absolu, le psychomotricien tente, dans chaque situation avec un patient, de saisir à la fois ses émotions, leurs objets, et leurs raisons. Alors, l'observation de son comportement et la mise en jeu d'une flexibilité imaginative indispensable à ce troisième degré d'empathie, offre au psychomotricien une compréhension du sujet. Toutefois, lorsque cette entreprise s'avère difficile, le psychomotricien peut être contraint de se contenter d'une empathie de premier ou deuxième degré. Mais, même la compréhension de l'émotion et de son objet peuvent ne pas être intelligibles aisément. Le psychomotricien peut être témoin de l'émotion mais pas toujours de son objet. Ce dernier peut alors être verbalisé ou non par le patient. En outre, l'émotion en elle-même est parfois difficilement décelable.

Nous pouvons évoquer différentes conditions à laquelle est alors soumise la compréhension du comportement du patient. Suivant sa culture, son histoire ou sa pathologie, la différence de « potentiel motivationnel » peut être plus ou moins grande entre les deux individus. Par exemple, le fonctionnement cognitif et comportemental d'un patient présentant un handicap mental peut-être très différent de celui du psychomotricien. Plus leurs perspectives sont éloignées, plus la compréhension est subtile. À l'inverse, si elles sont très proches, il y a un risque d'identification et la relation ne peut plus être ni empathique, ni thérapeutique.

Par ailleurs, les troubles moteurs ou sensoriels du patient peuvent entraîner une grande différence entre ses capacités sensori-motrices et celles du psychomotricien, et donc entraver la résonance motrice sur laquelle repose la compréhension empathique. Ensuite, la capacité du sujet à exprimer ses émotions de façon adaptée, mais également l'aptitude empathique du psychomotricien, entrent en jeu dans l'équation. Si le patient inhibe son expression émotionnelle ou s'il exprime une émotion à la place d'une autre, l'accès à ses véritables éprouvés se complique. De plus, il existe des différences interindividuelles dans l'aptitude à être empathique, et bien que nous supposons que le psychomotricien ait particulièrement développé cette faculté, telle que nous allons l'aborder prochainement, ces inégalités peuvent persister. En outre, la qualité de la relation thérapeutique entre le patient et le psychomotricien est fondamentale pour le déroulement de la thérapie. Elle influence en permanence les comportements du patient et du psychomotricien et facilite ou complique la compréhension empathique.

Je me souviens de cette classe de dix jeunes enfants que j'observais au Pérou. Je venais d'arriver, c'était mon premier jour dans cette école spécialisée pour enfants porteurs de handicap. Les élèves étaient assis en face de leur maîtresse qui commençait la journée en leur chantant des chansons. Mon attention était portée sur un petit garçon de trois ans qui ne se concentrait pas sur l'activité proposée. Il souriait et parlait gaiement en observant ses mains bouger. Parfois, avec de grands yeux, il regardait partout autour de lui. Il remuait sur sa chaise puis se levait, courait. Les auxiliaires qui travaillaient auprès de l'enseignante allaient le chercher à chaque fois et l'obligeaient à rester à sa place. Elles restaient à côté de lui mais il recommençait. Après quelques minutes, elles décidèrent d'attacher une écharpe

à la chaise et de l'enrouler autour de son buste afin qu'il ne puisse plus se lever. En lui tenant les mains et les jambes, elles le maintenaient face à la maîtresse. La joie que je pouvais lire dans son comportement s'est soudainement évaporée. Son visage et tout son corps se contractaient. Il fronçait les sourcils, plissait les yeux, criait et se débattait. Quelle émotion éprouvait-il ? Par l'observation de ce petit garçon, il m'a semblé qu'il était en colère. L'objet de sa colère ? Il était forcé de rester immobile sur sa chaise. La raison de sa colère ? Dans cette situation précise, ce qu'il voulait, je crois, c'était se déplacer dans la salle, parler, explorer. Ou peut-être était-ce sa façon de réagir au chant de la maîtresse, de danser. À une proposition d'écoute et d'attention, il apportait une réponse motrice non désirée. Bien sûr, ce ne sont que des hypothèses. Par empathie, donc en essayant de me mettre à la place de cet enfant pour comprendre son comportement, je me suis imaginée une certaine lecture de cette scène.

Lors de ce voyage solidaire au Pérou, organisé par l'association à laquelle j'appartenais, Psychomotricité et Ouverture sur le Monde du Maternage (POMM), je suis intervenue, avec trois autres camarades, dans une école accueillant une centaine d'enfants âgés de trois à vingt ans. Ils sont porteurs de handicaps moteurs, sensoriels et/ou mentaux, liés à des pathologies diverses. Notre objectif était à la fois d'apporter une aide aux enfants et aux maîtresses par l'expérience relative que nous avons acquise en seulement deux ans, et de nous enrichir des savoir-faire et savoir-être des professionnels de cette école spécialisée. Malheureusement, nous nous sommes rapidement retrouvés confrontés à de nombreuses difficultés. La barrière de la langue a complexifié la communication avec les adultes et les enfants. Les méthodes qu'ils employaient étaient parfois éloignées des idées sur lesquelles repose la pratique de la psychomotricité comme nous l'entendons en France.

L'objectif premier de l'institution était l'égalité : tous les enfants devaient faire la même chose, et ce, malgré leurs différences de capacités. Aucune différenciation n'était proposée aux élèves, afin d'adapter au mieux les activités selon les difficultés de chacun. Les professionnels se trouvaient donc dans l'obligation de mobiliser le corps des enfants à leur place pour certaines actions. De plus, les exercices proposés étaient qualifiés d'actes de psychomotricité. Or, selon notre perspective, ils se rapprochaient davantage d'activités sportives obligatoires. Nos conceptions de la discipline étaient alors très divergentes. Par ailleurs, l'instauration d'une relation thérapeutique avec les enfants s'est avérée compliquée pour différentes raisons. Le projet ne s'étendant que sur les matinées du lundi au jeudi durant six semaines, nous n'avions que peu de temps au-delà de la rencontre. Bien que nous ayons préalablement construit un planning des séances de psychomotricité, il n'a pu être respecté. Les absences des enfants, très fréquentes, entravaient la continuité de nos entrevues. Certains n'ont profité que d'une unique séance. Au jour le jour, nous proposons et adaptions donc des activités à ceux qui étaient présents. Par ailleurs, une salle de psychomotricité avait été aménagée avec beaucoup de matériel mais nous n'y avons accès que ponctuellement car elle était également investie par des professionnels de l'école. La tentative de constitution d'un cadre spatio-temporel stable et contenant avec les enfants était donc très compromise.

Pour pallier toutes les difficultés rencontrées et envisager un accompagnement pertinent avec ces enfants, j'ai dû m'appuyer sur mes capacités empathiques, et ce, malgré la différence de « potentiel motivationnel » imposée par nos deux cultures. Avec le jeune garçon que j'avais précédemment observé et duquel j'avais appris qu'il présentait un trouble du spectre de l'autisme, j'ai tenté d'organiser des séances de psychomotricité. Lors de ma rencontre avec lui, ma

compréhension empathique de sa colère, de son objet et de ses raisons était à la portée de toute personne capable d'empathie. Mais, par la suite, nos entrevues m'ont fait prendre conscience d'une toute autre chose. Lors des premières séances, il semblait me fuir. Il ne me regardait pas, rien de ce que je lui proposais n'attirait son attention et il partait lorsque je m'approchais de lui. Je me sentais impuissante et m'interrogeais sur le bien-fondé de mon intervention. En repensant à la première observation que j'avais pu faire de cet enfant, j'ai envisagé le fait qu'il n'avait peut-être pas l'occasion, à l'école, d'explorer l'environnement dans lequel il se trouvait selon ses envies. En prenant l'initiative de lui apporter du matériel, ne prenais-je pas là la même posture que son enseignante et les auxiliaires qui s'occupaient de lui ? En d'autres termes, je l'obligeais à porter son attention sur un objet en particulier plutôt que le laisser faire l'expérience de manipuler, à sa guise, les éléments qui se trouvaient autour de lui. C'était alors devenu mon objectif. Au fil des séances, j'ai cessé de lui faire des propositions. Je l'ai observé et j'ai suivi ce que je pourrais appeler son instinct d'exploration. Par empathie, je tentais d'apercevoir ce qui, dans mon comportement lui plaisait ou lui déplaisait. Ainsi, je pouvais m'adapter à lui et, peu à peu, prévoir le matériel auquel il pourrait porter de l'intérêt. Après quelques temps, j'ai perçu un début de relation entre nous. Il acceptait que je reste à côté de lui et participe à son activité. Parfois, il s'approchait de moi, et même, me regardait. Au-delà d'une compréhension empathique de ses émotions à un instant précis, j'ai adopté une posture générale bienveillante lui permettant d'assouvir son besoin de découverte. Je tentais, en l'observant, de comprendre ses intentions, ses désirs et ses préférences. J'avais en fait adopté ce que je me propose d'appeler une posture empathique, et peut-être l'a-t-il senti.

D'une fonction, accessible à toutes les personnes en ayant développé les composantes nécessaires durant l'enfance, nous sommes passés à une compréhension empathique graduelle selon les situations, pour aboutir à l'idée d'une réelle posture empathique. Nous faisons alors l'hypothèse que cette posture est nécessaire à la pratique de la psychomotricité et nous proposons de la nommer empathie psychocorporelle, pour des raisons que nous allons désormais éclaircir.

2.2 La posture thérapeutique du psychomotricien : une empathie psychocorporelle

Afin d'argumenter mes propos sur l'empathie du psychomotricien en tant que posture thérapeutique, je vais m'appuyer sur l'observation d'une psychomotricienne qui travaille au sein d'un centre hospitalier de soins psychiatriques. Elle intervient dans un service intra-hospitalier ainsi que dans le Centre Médico-Psychologique (CMP) et l'Hôpital de Jour (HDJ) qui y sont rattachés et dans lesquels elle m'accueille en stage. Plus spécifiquement, je vais expliciter la posture bienveillante dont elle fait preuve avec un certain Monsieur K. Monsieur K. est un jeune homme né le 03 juin 1997. Il est protégé sous tutelle de sa mère, chez qui il vit, et sous cotutelle de son frère. Il a intégré le CMP en janvier 2015, date à laquelle son psychiatre a posé le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme. Monsieur K. présente également une déficience mentale et une épilepsie congénitales. En plus d'un suivi psychiatrique, il participe à des séances de psychothérapie, d'art-thérapie et de psychomotricité. Dans son dossier, la prise en soin est prescrite pour des troubles du comportement, des difficultés importantes dans les apprentissages, une absence

d'autonomie, une hétéro-agressivité, une anxiété aigüe, des difficultés relationnelles et des troubles de la communication avec un investissement du langage verbal parfois incompréhensible. La psychomotricienne l'a rencontré en juillet 2018, dans le service intra-hospitalier au sein duquel il est resté un mois.

2.2.1 L'empathie psychocorporelle comme outil thérapeutique de la thérapie psychomotrice ?

Du nouveau-né prématuré à la personne âgée en fin de vie, en passant par tous les domaines médicaux et médico-sociaux, le psychomotricien peut intervenir auprès de patients ayant des problématiques très variées. Pour avoir accès à ces problématiques, l'un des objectifs du psychomotricien est de concevoir la relation du sujet à son environnement : est-il en capacité de réagir de façon adaptée aux situations qu'il rencontre ? D'après les psychomotriciens Régis Soppelsa et Jean-Michel Albaret (2015), la réponse à cette question doit être conçue selon trois critères. Le « critère de finalité » concerne la recherche des buts poursuivis par le patient. En effet, chaque situation dans son environnement n'a de raison d'être, pour lui, que parce qu'il y voit un intérêt et un but final. Ce dernier peut être explicite, si le sujet en a conscience, ou implicite si ce n'est pas le cas. Par ailleurs, le patient peut vouloir le cacher et les buts exposés ne sont alors pas les buts réellement poursuivis. Dans tous les cas, nous l'avons vu, ce sont les intentions du sujet qui déterminent son comportement. Cependant, il peut ne pas avoir les capacités de les concrétiser. Le « critère de moyen » évalue alors les outils dont il dispose pour y parvenir. Une défaillance des fonctions sensorielles ou mentales du

patient peut ne pas lui permettre de traiter correctement les signaux de son environnement. Si le déficit touche ses habiletés motrices, il l'empêche alors d'y répondre de façon adaptée. « Il serait ainsi plus adéquat de parler de psychoperceptivo-motricité. » (Soppelsa & Albaret, 2015, p.4). Enfin, le « critère de carence » s'intéresse à l'origine de sa déficience. Dès lors, quels moyens pourrait-il mettre en place pour s'adapter à son environnement ? C'est sur ce questionnement que repose la thérapie psychomotrice. Le psychomotricien, par le déploiement de divers outils thérapeutiques, et le patient, par sa coopération, vont ensemble trouver des stratégies d'adaptation à son milieu.

R. Soppelsa et J.M. Albaret (2015), décomposent la mise en place de la thérapie psychomotrice en cinq étapes relevant de cinq interrogations. En premier, le « quoi ? », le psychomotricien procède par une évaluation quantitative et qualitative des moyens dont dispose le sujet. Cette analyse offre une approche de la sémiologie psychomotrice du patient. Celle-ci est constituée de symptômes, « caractéristique, présente chez le sujet, qui n'apparaît que dans des organisations morbides » (Soppelsa & Albaret, 2015, p.5). En outre, elle est psychomotrice dans le sens où elle est mise en évidence par l'examen psychomoteur, lui-même divisé en items. Ce sont des notions psychomotrices qui relèvent des concepts fondamentaux permettant au psychomotricien d'apprécier le sujet dans sa globalité et sa complexité. Ensuite, le « pourquoi ? », il cherche les causes des troubles psychomoteurs. Elles peuvent être diverses, tant organiques que psychodynamiques et nécessitent une connaissance théorique dans de larges domaines médico-psychologiques. La question suivante est « qui ? ». Elle revient à appréhender la personnalité du patient et à se demander quel rôle a le symptôme dans son équilibre psychique. Il ne s'exprime pas de la même manière chez tous les individus. De plus,

il est possible que le patient en tire des bénéfices secondaires ou bien qu'il serve d'organisateur au sein du groupe social dans lequel l'individu est intégré. « Que faire ? », établir un projet thérapeutique consiste à définir un ou plusieurs objectifs avec le patient. Enfin, « comment faire ? », le psychomotricien choisit les médiations adéquates pour atteindre ces objectifs. Il imagine, crée, propose des activités, et s'adapte au mieux aux besoins du patient tout au long de la prise en soin. Celle-ci engage à la fois le patient et le psychomotricien dans tout leur être et au sein d'une relation thérapeutique (Soppelsa & Albaret, 2015).

2.2.1.1 Le rôle de la posture empathique dans la relation thérapeutique

Nous considérons que la spécificité de la thérapie psychomotrice est qu'elle repose sur un partage d'expériences vécues entre le patient et le psychomotricien. Olivier Moyano, lui-même psychomotricien, décrit « l'implication corporelle » comme « la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien dans le cadre des séances » (Gatecel & al, 2015, p.333). En postulant qu'elle s'applique à un patient de tout âge, cette définition donne tout son sens à la réciprocité de l'implication corporelle nécessaire à la thérapie psychomotrice. Tout au long de la prise en soin, c'est ensemble que le psychomotricien et le patient vont pratiquer des activités cognitives, sensorielles et motrices à visées thérapeutiques. En tant qu'elles sont issues d'une relation intersubjective, elles impliquent les états mentaux des deux individus. O. Moyano insiste sur le fait que le psychomotricien constitue un « support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives pour le sujet » (Gatecel & al, 2015, p.334). Nous proposons donc de définir

la relation thérapeutique en psychomotricité comme l'influence réciproque qui se joue entre la psycho-corporéité du patient et celle du psychomotricien. Par psycho-corporéité nous entendons le lien indéfectible entre l'être psychique et l'être corporel. Cette relation naît et évolue sans cesse de la rencontre à l'aboutissement du projet thérapeutique. En même temps qu'elle l'étaye, elle s'élabore au sein d'un cadre thérapeutique fondé sur des données pratiques et de conscience professionnelle. Les premières concernent le lieu et l'horaire du rendez-vous, la prescription médicale, le champ de compétence du psychomotricien, etc. Les secondes se rapportent à la fois à l'application des lois éthiques, mais également à la conscience morale individuelle qui consiste à respecter la subjectivité du patient, à ne jamais lui imposer sa propre perspective en laissant libre cours à la sienne. Ce sont ces impératifs qui rendent le cadre contenant et sécurisant pour le patient. Par ailleurs, la relation thérapeutique permet la mise en place d'une alliance thérapeutique, fondée sur la confiance, la bienveillance, le non-jugement. Elle dépend de l'adhésion du patient à la thérapie, dans laquelle il doit être acteur au même titre que le psychomotricien. C'est en relation qu'ils vont pouvoir remplir leurs objectifs communs.

« Le psychomotricien va également percevoir chez le patient des signes corporels et émotionnels avec lesquels il va entrer en résonance afin de pouvoir y apporter une réponse tant au niveau sensoriel et corporel qu'au niveau du langage. » (Gatecel & al, 2015, p.334). En effet, l'aptitude empathique du psychomotricien entre en jeu dans l'établissement et la continuité de la relation thérapeutique. Elle est sollicitée dès sa rencontre avec le patient et va ensuite permettre une compréhension de plus en plus fine des ressentis de ce dernier. La prise en soin pourra alors être conçue « sur-mesure », elle sera personnalisée pour convenir au

mieux à ses besoins. Toutes les expériences qu'ils vont vivre ensemble reposeront sur une adaptation du comportement du psychomotricien mais également des activités, des médiations utilisées et du cadre dans lequel il les propose. Cette adaptation permanente est la preuve d'une réelle « préoccupation empathique » (Gatecel & al, 2015, p.347). Elle est sous-tendue par « l'hypothèse empathie-altruisme » de D. Batson, que nous avons présentée en première partie, sur l'histoire du concept. La compréhension empathique, n'impliquant pas toujours un partage émotionnel et reposant nécessairement sur une distinction soi-autrui, opère une distanciation entre les éprouvés du patient et ceux du psychomotricien. Ce dernier n'étant alors pas personnellement affecté par les émotions exprimées par le patient, son empathie soutient la volonté de l'aider. Il s'agit d'une posture psychocorporelle bienveillante, compréhensive et à l'écoute des moindres signaux provenant du comportement du patient, et ce, à finalité altruiste. La notion de posture psychocorporelle sous-entend que les dynamiques psychiques et corporelles constituant la subjectivité du psychomotricien sont sans cesse entremêlées dans sa « façon d'être » (Servant-Laval, 2017) auprès du patient. C'est pourquoi nous postulons que l'empathie, dans la thérapie psychomotrice, est une réelle posture psychocorporelle, d'où le terme d'empathie psychocorporelle. Elle dépasse la simple situation de compréhension des émotions d'un patient à un instant précis. En même temps qu'elle s'étaye sur toutes ces situations, elle sous-tend un comportement global chez le psychomotricien.

Résumons. La relation thérapeutique est constituée par les influences réciproques et permanentes des psycho-corporalités du patient et du psychomotricien. Or, nous envisageons justement l'empathie du psychomotricien comme une posture psychocorporelle. Alors, nous pouvons dire que cette dernière

est responsable de la relation thérapeutique et a une véritable incidence sur le patient. Par ailleurs, la relation thérapeutique, par l'implication mutuelle du patient et du psychomotricien, est un soubassement de la thérapie psychomotrice, donc l'empathie psychocorporelle du psychomotricien l'est aussi.

Lorsque la psychomotricienne arrive dans le hall du service intra-hospitalier de soin psychiatrique, Monsieur K. est allongé au sol. Il est seul, recroquevillé sur le flanc gauche. Ses bras enroulés autour de ses jambes, elles-mêmes pliées et remontées contre sa poitrine, il engouffre sa tête dans l'espace séparant ses épaules de ses genoux. Les autres patients et les infirmiers passent à côté de lui sans lui prêter attention. Est-ce devenu une habitude dans le service que Monsieur K. s'allonge en position fœtale ? Les soignants sont-ils trop occupés pour s'arrêter ? Quoiqu'il en soit, la psychomotricienne s'approche alors en lui demandant s'il va bien. Il lève la tête et prononce doucement : « je veux ma maman ». Il lui semble triste. Elle s'accroupit, se présente, et lui propose d'en discuter avec elle. Il se lève, et, avec un léger sourire, se présente brièvement à son tour. Il a l'air soulagé de voir quelqu'un lui porter de l'intérêt et a peut-être besoin, à cet instant, d'une oreille attentive.

C'est ainsi que se sont rencontrés Monsieur K. et la psychomotricienne. Dans sa posture, Monsieur K. a sans doute ressenti de la contenance et une capacité d'écoute. Il a alors pu s'ouvrir à elle. Tous les jours qui ont suivis, lorsqu'elle était présente dans le service, elle le saluait. Il manifestait à chaque fois une grande excitation. Il sautillait sur place, bras et jambes tendus, les poings serrés. Puis il riait, en portant ses poings devant sa bouche. Il semblait ne pas avoir connaissance

de la notion de distances relationnelles. Il cherchait le contact physique et lui parlait en se rapprochant de très près. Lorsque son séjour à l'hôpital a pris fin, il est revenu vivre chez sa mère et a continué son suivi au CMP. Le principal objectif était que Monsieur K. puisse se détacher de cette dernière, de qui il était très dépendant. Le médecin a prescrit une prise en soin en psychomotricité. La psychomotricienne a alors procédé à un examen psychomoteur complet qui a engendré de l'anxiété chez Monsieur K. Lorsqu'il était en difficulté, il semblait inquiet et la psychomotricienne devait le rassurer en permanence. Fort heureusement, elle avait entretenu le début de relation thérapeutique qui s'était précédemment instauré entre elle et le patient. Le bilan a révélé des symptômes évocateurs d'une dyspraxie visuo-spatiale. Elle a donc décidé, afin de le faire gagner en autonomie, d'orienter le suivi de Monsieur K. sur, d'une part, le renforcement des coordinations dynamiques globales, de la dextérité manuelle et des fonctions visuo-spatiales. En parallèle, il lui a semblé essentiel de l'aider à réguler l'excitation qu'il éprouvait et manifestait dans les interactions sociales et de développer son appréciation des distances relationnelles. Désormais, Monsieur K. semble appréhender les relations intersubjectives de façon plus adéquate. Il parvient à réguler son excitation et respecte les distances. Il manifeste toujours une anxiété lorsque l'activité proposée met en jeu ses difficultés. Cependant, alors qu'il tentait auparavant d'éviter ces situations, il démontre de plus en plus une capacité à surmonter ses craintes et s'engage très sérieusement dans les propositions.

La semaine dernière, Monsieur K a semblé pris au dépourvu lorsque la psychomotricienne lui a annoncé qu'elle allait lui apprendre à faire ses lacets. Il l'a véritablement suppliée de faire autre chose avant d'essayer de changer de sujet par

tous les moyens. Pourtant, quelques temps avant, ils s'étaient mis d'accord sur cet objectif : apprendre à faire ses lacets cette année. Mais ce jour-là, il répétait : « Attends, attends, j'ai encore quelque chose à vous dire ! », sans vraiment savoir quoi. Le temps passait, et, alors qu'elle tentait une dernière fois d'insister, il lui a demandé si elle pouvait « exceptionnellement » reporter cette activité. Elle a alors accepté et ils ont décidé ensemble de la prévoir pour la semaine à venir. Nous voilà donc à cette prochaine séance. Monsieur K. sait qu'il va commencer à apprendre à faire ses lacets aujourd'hui. Alors il parle, de tout et de rien, sans interruption. La psychomotricienne profite d'un court moment de pause dans son élocution pour aborder le sujet. Elle lui explique très sereinement qu'il va apprendre à son rythme, que ce n'est pas un apprentissage facile mais, qu'avec de l'entraînement, il est tout à fait capable d'y parvenir. Il accepte rapidement mais semble inquiet. Il ne parle plus et adopte une posture légèrement renfermée. Elle lui indique qu'elle reste à côté de lui pour l'aider et commence par lui expliquer verbalement l'exercice tout en lui montrant les gestes sur des lacets accrochés à une plaque. Il porte grandement attention aux mouvements manuels de la psychomotricienne, ses yeux sont fixés sur les lacets. C'est à son tour. « Tu ne vas pas être en colère si je n'y arrive pas ? » La psychomotricienne se positionne face à lui et tente de le rassurer : « Je ne suis pas là pour me mettre en colère. Il n'y a pas de raison de se mettre en colère car vous êtes là pour apprendre, et moi pour vous aider. » Monsieur K. se redresse, attrape la plaque, et s'attèle à reproduire les gestes de la psychomotricienne. Il n'y parvient pas tout de suite mais persévère. Après quelques temps et de réels progrès, la psychomotricienne lui propose d'arrêter l'activité et de la reprendre la prochaine fois. Il accepte. « Tu es fière moi ? » Elle le félicite grandement et appuie son

évolution : « Bien sûr ! Mais c'est à vous d'être fier de vous ! Vous voyez ? Vous êtes tout à fait capable d'y arriver. »

Apparaissent ici très nettement les capacités d'adaptation de la psychomotricienne. Lorsqu'elle perçoit chez le patient une trop grande anxiété, elle lui propose un accord. Par ailleurs, ne se laissant pas envahir par celle-ci, elle garde en tête l'objectif de faire gagner Monsieur K. en autonomie. Elle essaye alors de procéder à l'activité au rythme qu'elle pense être celui du patient. Fort de cette écoute bienveillante, ce dernier se montre ensuite capable d'affronter ses difficultés et témoigne une envie d'apprendre. Ils semblent tous deux très engagés au sein d'une alliance thérapeutique solide. Dès mon arrivée, j'ai perçu entre eux une véritable relation thérapeutique fondée, en partie, sur l'implication et l'attitude compréhensive de la psychomotricienne. D'ailleurs, Monsieur K., juste après s'être présenté à moi, m'a demandé d'un air inquiet si j'allais la remplacer. Une fois rassuré, il a toujours été très accueillant et m'a beaucoup impliquée de lui-même dans les activités.

2.2.1.2 La communication non-verbale ou l'expression de la posture empathique

La relation thérapeutique est affaire de communication. Selon Jacques Cosnier, professeur émérite en psychologie des communications, « La Communication implique un émetteur et un récepteur, reliés par un Canal (ou des canaux), qui fournit un support aux signaux qui véhiculent le Message, les signaux sont organisés selon les prescriptions d'un Code, et le Message ainsi transmis apporte

une Information, c'est-à-dire modifie le niveau de connaissance (ou " d'incertitude ") du récepteur. » (Cosnier, 1977).

Au sein de notre propos, la communication a un intérêt thérapeutique et soutient des objectifs, communs au patient et au psychomotricien. Par leur implication corporelle mutuelle dans la thérapie, elle sera en partie verbale, et surtout non-verbale. « La façon dont on le dit importe plus que ce qu'on dit. » (Gatecel & al, 2015, p. 341). Selon Gatecel & al (2015), ce deuxième aspect représente 80% des signaux transmis. Une majorité d'entre eux sont à caractère émotionnel et indiquent les intentions du sujet. C'est par ce biais que le psychomotricien incarne une posture psychocorporelle empathique auprès du patient, et ce, sous différentes modalités : la posture, le tonus, la respiration, les gestes, l'espace, les mimiques, le regard et la voix.

Nous avons précédemment utilisé le terme de posture au sens figuré, c'est-à-dire une façon d'être, mais c'est la posture, au sens propre, qui est une composante de la communication non verbale. D'après la définition d'Agnès Servant-Laval (2017), elle correspond alors à la « disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace. » Elle est un réel indicateur des états mentaux de l'individu, chacun d'eux étant associé à des éléments de posture caractéristiques. A. Servant-Laval cite Henri Wallon pour qui la posture est déterminée par l'équilibre tonique du corps, qui lui-même, est sous influence émotionnelle permanente. Le tonus est « le niveau de tension de la musculature. » (Servant-Laval, 2017). La fonction tonique et le système émotionnel sont indissociables car ils exercent l'un sur l'autre des influences réciproques. C'est pourquoi Marc Guiose, psychomotricien, psychologue et psychothérapeute de formation psychanalytique, affirme que les différentes pratiques de relaxation

(contrôle de la respiration, mobilisations passives ou actives, suggestions, etc.) agissent sur ce qu'il nomme le « tonus émotionnel ». En effet, par le « climat émotionnel apaisant » dans lequel elles se déroulent, elles provoquent un abaissement du tonus musculaire. Parallèlement, la détente musculaire, induite par les actions concrètes des techniques de relaxation, permet « d'abaisser les tensions psychiques » du patient (Guiose, 2007, p. 60). Par ailleurs, l'équilibre tonique de chaque individu est organisé selon un modèle capable de se moduler lors de l'expression physiologique et motrice d'un état émotionnel. C'est le fondement de ce que J. de Ajuriaguerra a nommé le « dialogue tonico-émotionnel » entre deux partenaires. Le tonus, dans sa dimension relationnelle, est alors le reflet des éprouvés internes de l'individu. Les motivations empathiques du psychomotricien sont donc perceptibles, par le patient, dans la régulation et la répartition de son tonus déterminant sa posture globale.

La respiration entretient un lien étroit avec le tonus et les émotions. Pour l'expliquer, M. Guiose, (2007) prend l'exemple de l'hyperventilation. Elle est associée, entre autres, à un état de stress émotionnel. Elle en résulte en même temps qu'elle l'entretient. Pourtant, la relaxation, visant à abaisser le tonus musculaire et les tensions psychiques, peut s'appuyer sur l'hyperventilation. Réalisée au sein d'un cadre rassurant, des études expérimentales ont montré qu'elle pouvait avoir des effets de détente. Plus généralement, le contrôle de la respiration est une composante très utilisée par la pratique de différents types de relaxation (Guiose, 2007). D'autre part, selon A. Servant-Laval (2017), la respiration, au même titre que le tonus et les émotions, se trouve à la croisée des fonctions physiologiques et psychiques. En ce sens, son rythme et son amplitude sont propres au sujet et se modulent en permanence. Dans l'interaction, les caractéristiques de la respiration

de l'un et l'autre des protagonistes peuvent s'accorder. Le psychomotricien, en proposant une cadence respiratoire, peut agir sur celle du patient et donc sur son tonus et ses émotions. En tant que miroir de ses propres états mentaux, elle peut également lui communiquer ses intentions empathiques.

Il existe trois niveaux toniques correspondants aux degrés de contraction musculaire. En premier lieu, le tonus de fond est une contraction légère d'origine réflexe, permanente et isométrique. Ensuite, le tonus postural est responsable du maintien de la posture. Enfin, le tonus d'action sous-tend la réalisation de mouvements. Ce dernier met en évidence une nouvelle composante de la communication non-verbale, le geste. Le geste est défini par Aurélien D'Ignazio et Juliette Martin, tous deux psychomotriciens, comme une « combinaison de mouvements, produisant une action consciente et volontaire, ayant un but » (D'Ignazio & Martin, 2018, p. 221). Dans l'interaction, le geste est impliqué, au même titre que le registre verbal, dans l'expression d'un contenu. Il peut appuyer ou illustrer le propos aux côtés de la parole, mais également s'en abstraire. Il est un vecteur primordial de l'information (Cosnier, 1977). Les gestes du psychomotricien, pour traduire sa posture empathique, doivent être contenant, sécurisants et adéquats. Ils dépendent de la dynamique temporo-spatiale de l'interaction. En effet, leur rythme et leur amplitude doivent témoigner d'une écoute attentive et être en harmonie avec les manifestations psychocorporelles du patient. Les gestes des deux protagonistes peuvent entrer en synergie, et ceux du psychomotricien, en se régulant, prennent alors une signification empathique.

Le geste se déploie dans l'espace de l'interaction selon des distances relationnelles, les « bulles » de l'anthropologue et sociologue Edward T. Hall. Elles sont au nombre de quatre, chacune correspondant à l'écart métré séparant les deux

sujets. Du corps à corps à un éloignement de sept mètres cinquante, elles dépendent de la relation qui les unit. La distance peut ainsi être « intime », « personnelle », « sociale » ou « publique » (Galliano & al, 2015). Au sein de la thérapie psychomotrice, la distance entre le patient et le psychomotricien varie en fonction des activités pratiquées. La distance relationnelle doit être adaptée aux besoins du patient tout en se conformant au cadre thérapeutique. Elle est limitée par l'espace et l'organisation de la salle de psychomotricité. De plus, même lorsqu'elle implique un contact physique, et qu'elle est donc dite « intime », elle doit rester thérapeutique par un toucher respectueux, attentionné mais non intrusif. Le psychomotricien régule donc l'espace qu'il occupe en fonction des besoins du patient, des médiations utilisées, des objectifs thérapeutiques et de la dynamique de leurs interactions.

Nous avons également insisté sur l'importance de la composante faciale de l'expression émotionnelle. Bien que dans la thérapie psychomotrice l'expressivité du corps tout entier soit engagée, dans les interactions en général l'expression faciale domine. En effet, la communication orale étant émise par la bouche, le regard de l'autre est spontanément attiré vers le visage. De plus, chaque état mental peut être associé à une mimique spécifique. Ajoutée au regard conciliant adressé au patient, elle permet alors au psychomotricien de lui signifier qu'il est à l'écoute de ses demandes. Le regard et l'expression faciale attestent d'une présence bienveillante du psychomotricien dans toutes les expériences qu'ils peuvent vivre ensemble.

De surcroît, le paralangage est riche d'affectivité. Le volume de la voix, son timbre, le débit de la parole et l'articulation des mots transmettent de nombreuses informations sur l'émotion d'un sujet. En dehors du vocabulaire employé, le psychomotricien doit adapter ces caractéristiques non verbales à l'âge et aux

capacités perceptives du patient. De plus, être compréhensif ne veut pas dire le « materner », elles ne doivent donc pas être infantilisantes. Elles ont en revanche, dans la relation thérapeutique, un rôle de contenance. En portant une attention particulière à la prosodie de sa voix dans son élocution, le psychomotricien signifie au patient ses motivations.

L'empathie du psychomotricien, au sens psychocorporel où nous l'entendons, reflète donc sa qualité de présence. Ces informations sont adressées au patient par sa posture, la régulation de son tonus, de sa respiration, sa gestuelle, ses expressions faciales et vocales. Elles représentent, nous l'avons dit, 80% des signaux transmis. Les 20% restants concernent donc les propos du psychomotricien. Ceux-ci doivent concorder avec l'expression des composantes non-verbales, et le vocabulaire employé doit s'adapter aux aptitudes du patient. De plus, en s'appuyant sur l'observation des expressions de l'individu, le psychomotricien peut décrire, verbalement, ce qu'il perçoit et les états émotionnels qu'il comprend subjectivement. Ainsi, il propose au patient une certaine interprétation de ses manifestations comportementales, lui démontre une écoute attentive, et lui permet d'accéder à la représentation de ses éprouvés émotionnels. Le patient a alors la possibilité de mettre en lien ses ressentis internes avec ses expressions corporelles, faciales et verbales, et l'émotion qu'ils sous-tendent.

Comme avant chaque séance, Monsieur K nous attend, la psychomotricienne et moi, devant la porte de la salle d'attente. Avant qu'il ne nous aperçoive, nous l'entendons dire « Ah ! Les voilà ! » Lorsque nous arrivons au bout du couloir, nous le voyons se balancer de gauche à droite, s'appuyant sur une jambe puis l'autre. Un

grand sourire se dessine sur son visage. Il affirme avoir reconnu les pas de la psychomotricienne. Nous nous serrons la main et échangeons quelques mots. Nous nous dirigeons tous trois vers la salle de psychomotricité. Là, il enlève rapidement sa veste tout en martelant qu'il a beaucoup de choses à nous dire, et vient s'asseoir avec nous. Ils sont installés de part et d'autre du bureau, et je suis assise sur le côté. « Alors, on peut discuter un petit peu ? » La psychomotricienne acquiesce. Le visage de Monsieur K. se remplit de joie. Il se redresse, rit, serre les poings, les porte à sa bouche et plisse les yeux. La psychomotricienne rit aussi et déclare : « Eh bien ! Ça a l'air de vous faire plaisir ! Vous avez besoin de ce temps-là ? Alors, dites-moi, de quoi voulez-vous nous parler ? » Elle se penche légèrement vers lui, pose ses avant-bras sur la table et le regarde attentivement avec un sourire bienveillant. Il lui raconte son rêve de la nuit passée, à l'Elysée avec tous ses amis. Il se balance d'avant en arrière sur sa chaise, parle très vite et bégaye. Alors la psychomotricienne se redresse, prend une grande inspiration par le nez en allongeant son axe verticalement, et expire par la bouche en relâchant son étirement. Monsieur K. l'imité en même temps. D'une voix douce, claire et apaisante, elle prononce : « Essayez de vous calmer, pensez à respirer et reprenez doucement. Nous avons le temps. » Elle revient à sa position initiale. Monsieur K. arrête alors de se balancer, se redresse sur sa chaise et, après avoir repris une grande inspiration, il réitère son histoire lentement. Sa posture semble détendue et son discours est beaucoup plus intelligible.

Cet exemple illustre l'importance et la multiplicité des signaux non-verbaux provenant de la psychomotricienne et qui témoignent de son empathie psychocorporelle. D'abord, elle décèle chez le patient un besoin de s'exprimer et adopte une posture d'écoute. Puis, elle observe une forte excitation dans le

comportement de Monsieur K. et ajuste le sien pour lui permettre de la réguler. De plus, elle appuie verbalement ce qu'elle comprend de ses expressions. Finalement, le patient semble percevoir cette posture empathique et s'appuie dessus pour réussir à s'apaiser et à parler plus clairement.

2.2.1.3 Pouvons-nous parler d'outil thérapeutique ?

La définition que nous avons retenue depuis le début de ce mémoire est celle de J. Decety (2004) pour qui l'empathie regroupe deux éléments. Le premier, « affectif », correspond à l'aperception de l'émotion d'autrui et est accompagnée, ou non, d'un partage émotionnel. Le second, « cognitif », se rapporte à la capacité d'adopter sa perspective subjective. Il s'oppose donc à d'autres théories qui distinguent ces deux éléments en deux types d'empathie, l'une affective, et l'autre cognitive. Au contraire, il rejoint l'approche psychothérapeutique qui voit dans l'empathie une capacité à pénétrer la subjectivité du patient par rapport à ses expressions émotionnelles verbales et non-verbales. Elle prend alors la forme, d'après l'auteur, d'un « outil thérapeutique ». Il s'appuie sur la pensée de Carl Rogers, psychologue humaniste.

« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du “ comme si “.» (Rogers cité par Decety, 2004, p.59).

Dans l'absolu, si le thérapeute pouvait accéder à l'ensemble des éprouvés psychocorporels du patient et à son vécu aussi bien conscient qu'inconscient, alors il pourrait aisément comprendre les motivations de ses comportements et ses intentions. Or, ce projet est inconcevable. Alors, le psychothérapeute s'appuie sur son propre champ d'expérience sensible, relationnel et émotionnel, pour pénétrer celui du patient. À travers leurs interactions et l'observation du sujet, il intègre ses éprouvés et lui en propose une interprétation (Decety, 2004). Bien que les objectifs et les moyens d'intervention du psychothérapeute soient différents de ceux du psychomotricien, l'intérêt de C. Rogers pour la relation d'aide en thérapie est pertinent pour notre propos. Il est le fondateur de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP), méthode de psychothérapie dans laquelle « la compréhension empathique est une “ façon d’être “ » (Decety, 2004, p.59). Nous prenons donc le parti d'appliquer sa définition du processus empathique à celui qui s'opère en psychomotricité par la posture psychocorporelle du psychomotricien. Le rôle de ce dernier n'est pas de ressentir les émotions du patient afin de lui en offrir une interprétation, comme c'est le cas du psychothérapeute adepte de l'ACP. Le psychomotricien partage avec lui des expériences psychocorporelles immédiates et nouvelles, faisant naître des émotions chez le patient qui, à travers sa relation avec le psychomotricien, va pouvoir accéder à des représentations mentales de celles-ci. Parce qu'il vit lui aussi le moment, le psychomotricien peut plus facilement recevoir les émotions du patient et se mettre à sa place pour les comprendre.

Nous avons décrit l'importance de l'empathie psychocorporelle du psychomotricien dans la relation thérapeutique, ainsi que l'ensemble des éléments non-verbaux par lesquels il la fait transparaître. Son implication corporelle admet un nombre élevé de ces signaux, formalisés par un cadre thérapeutique et des objectifs

partagés. Il les adresse au patient qui peut alors les recevoir, se sentir écouté et compris. Ces sentiments permettent au sujet de s'impliquer en toute confiance dans une relation thérapeutique bienveillante, sur laquelle il peut prendre appui pour vivre des expériences plus ou moins difficiles pour lui et en parler librement. Cette relation favorise donc l'adhésion du patient à la thérapie psychomotrice et contribue à l'alliance thérapeutique. Constituée de l'engagement mutuel des deux individus, celle-ci alimente en retour la posture empathique du psychomotricien qui s'adapte sans cesse aux besoins du patient. Il s'agit là d'un cercle sans fin que nous avons tenté de schématiser⁹. C'est un réseau, reliant les composantes nécessaires à la thérapie psychomotrice, qui se crée et s'entretient en permanence. Sur le long terme, nous pouvons même le lire en sens inverse. L'empathie psychocorporelle du psychomotricien étaye l'alliance thérapeutique qui soutient l'adhésion du patient à la thérapie. L'harmonie de la relation thérapeutique qui unit les deux individus s'en trouve renforcée. Elle permet alors au patient de se sentir contenu au sein de la thérapie et de favoriser un laisser-aller de sa psycho-corporéité. Le psychomotricien, en percevant les moindres modifications du comportement du sujet, adapte toutes les composantes non-verbales qui composent le sien, et ainsi, module son implication corporelle. Sa posture empathique, ainsi accentuée et personnalisée, peut être au plus près des besoins et de la réalité du patient. Toutefois, ce schéma n'est pas exhaustif, et, les flèches qui le composent, encore moins. Chacun des éléments pourrait être relié aux autres car tous s'entremêlent dans la relation intersubjective entre le patient et le psychomotricien.

Nous considérons donc l'empathie psychocorporelle du psychomotricien comme un outil thérapeutique. L'empathie, au sens strict du terme, se rapporte à

⁹ cf. *infra* Annexe IX, p.IX

la compréhension des émotions du patient dans toutes les situations qu'ils partagent. « Avant d'être un outil pour le thérapeute, c'est un processus psychologique au cœur de toute relation intersubjective. » (Decety, 2004, p.58). Toutefois, nous avons démontré que la posture thérapeutique du psychomotricien relevait d'un tout autre niveau d'empathie, une façon d'être comme fondement de la thérapie psychomotrice.

Depuis le début de la prise en soin de Monsieur K. en psychomotricité, il a l'habitude de demander à chaque fin de séance de « jouer la colère ». Il met toujours en scène deux figures d'autorité disputant un délinquant. Il distribue alors les trois rôles en s'attribuant à chaque fois celui d'un des deux personnages en colère. Cependant, lorsque Monsieur K. joue une figure d'autorité, souvent un policier, il ne se met pas vraiment en colère. Par exemple, son ton est neutre pour dire : « Tu vas aller en prison avec rien à manger et rien à boire jusqu'à quatre-vingts ans parce que tu as fait une grosse bêtise, il faut assumer. » Monsieur K. cherche-t-il à jouer la colère ou simplement à adopter une figure autoritaire ? Associe-t-il la colère à la figure d'autorité, ou peut-il envisager une réaction colérique de la part de la personne se faisant réprimander ? Face à ces interrogations et après qu'il ait pu jouer le policier durant de nombreuses séances, j'ai fait à Monsieur K. la proposition suivante.

Aujourd'hui, Monsieur K. invente une histoire qui concerne un magicien, son assistante et un voleur venant leur dérober un tableau. Cette fois, je lui demande s'il est d'accord pour inverser les rôles afin qu'il joue le voleur et que nous, la psychomotricienne et moi, jouions la magicienne et l'assistante. Il ne me répond

pas et semble nerveux. Je tente alors de le rassurer en lui expliquant que nous faisons semblant et que nous pouvons arrêter le jeu quand il le souhaite. Il accepte. La psychomotricienne ajoute que, même en tant que voleur, il peut ne pas se laisser faire. De nouveau, il acquiesce. Nous commençons alors à jouer, la psychomotricienne est l'assistante et je suis la magicienne. Nous mimons toutes deux une scène de magie quand le voleur arrive, attrape le tableau et s'éloigne. Nous nous dirigeons donc vers lui en criant « Au vol ! Au vol ! » Nous lui demandons de nous rendre le tableau. Il a l'air surpris et intimidé, il se replie sur lui comme s'il se faisait réellement disputer et nous rend le tableau. Sortant du jeu, la psychomotricienne lui chuchote de se défendre et de partir en affirmant qu'il reviendra, ce qu'il fait. À peine dit, il interrompt le jeu prétextant la fin de la séance. Avec un grand sourire, il nous demande comment était sa prestation.

Monsieur K. semble incapable de répondre à quelqu'un qui se met en colère contre lui. En parallèle, il parle à chaque séance de la relation conflictuelle qu'il entretient avec sa mère. Souvent, il l'imité : « Arrête de poser des questions sinon tu prends tes clics et tes clacs et tu dégages de chez moi ! ». Y a-t-il un rapport entre le fait de jouer la colère en séance et sa relation avec sa mère ? J'ai essayé de comprendre ce qu'entendait Monsieur K. par « jouer la colère », il m'a répondu : « C'est s'énerver très très fort, froncer les sourcils et casser tout. » Alors, je lui ai demandé pourquoi c'était important de le faire en séance, et il a affirmé : « Ici, on peut apprendre à se mettre en colère. » Les séances s'étant arrêtées brusquement à cause de la crise sanitaire actuelle, je n'ai pu avoir plus de réponse. Outre les raisons qui poussent Monsieur K. à jouer la colère, il semble que ce soit pour lui un réel besoin. Les notions de colère et d'autorité prennent beaucoup de place dans son discours, que ce soit lorsqu'il parle de sa mère ou lorsqu'il est en difficulté et

qu'il demande à la psychomotricienne si elle va le réprimander. Il dispose donc d'un endroit au sein duquel il peut expérimenter les deux positions, celui qui est en colère ou celui contre qui elle est dirigée. La psychomotricienne suit ses choix, il décide des scénarii et elle s'adapte, ou elle l'oriente sur certaines pistes mais toujours avec son accord.

L'empathie psychocorporelle de la psychomotricienne est ici un véritable outil thérapeutique dans le sens où elle permet à Monsieur K. de surmonter ses difficultés, qu'elles soient relationnelles ou praxiques, jusqu'à proposer, de lui-même, des activités qu'il ne maîtrise pas. D'ailleurs, lors de la dernière séance que nous avons pu vivre ensemble, il a inventé un nouveau jeu de rôle. Il a souhaité prendre la place de la psychomotricienne et qu'elle devienne la patiente. Tout au long de la séance, il l'a beaucoup félicitée : « C'est très bien ce que tu as fait, je suis fier de toi. » Et lorsqu'elle lui répondait que cela lui faisait plaisir, il reprenait ses mots : « Ah ça te fait plaisir ! » Tout se passait comme s'il essayait de reproduire la posture empathique qu'il percevait certainement chez la psychomotricienne depuis le début de la thérapie. À la fin de cette séance, lorsqu'ils sont redevenus eux-mêmes, la psychomotricienne lui a demandé ce qu'il avait pensé de ce changement de rôle.

« Ça m'a beaucoup plu de faire comme toi, et tout. J'adore quand toi tu fais le patient et que moi je suis ton psychomotricien préféré. La prochaine fois, on fait des dessins parce que moi je sais pas dessiner et je veux apprendre. »

– Monsieur K.

2.2.2 Réflexion sur l'empathie psychocorporelle du psychomotricien

La relation qui unit le patient et le psychomotricien fait partie intégrante de la plus large famille des relations intersubjectives. Par essence, elle engage d'autres processus que celui de l'empathie. Souvent automatiques et involontaires, ils sont responsables du partage d'affect. Ce phénomène, ordinaire lorsqu'il s'agit d'interactions courantes, peut compromettre la caractéristique thérapeutique de la relation qui nous intéresse. Du fait des spécificités de l'implication du psychomotricien dans la thérapie, il doit prendre garde à ce que sa posture reste empathique et adéquate. Il s'agit là de porter une attention particulière à ce qui se joue entre lui et le patient.

Tout d'abord, la contagion émotionnelle est définie par O. Luminet & al (2013) comme la « tendance à imiter automatiquement et à synchroniser les expressions, les vocalisations, les postures, et les mouvements avec ceux d'une autre personne. » (Luminet & al, 2013, p.250). Selon E. Pacherie (2004), la contagion émotionnelle traduirait une certaine indifférenciation entre soi et autrui. Elle l'assimile, entre autres, au « moi collectif » induit par les phénomènes de foules. Un autre exemple pourrait être celui du fou rire. Au contraire, la sympathie et l'empathie, que nous avons défini au début de notre sujet, opéreraient une distinction soi-autrui. Toutefois, la première aurait pour fonction d'établir un lien affectif avec autrui alors que la seconde viserait la compréhension de l'autre. E. Pacherie explique alors que l'empathie peut étayer la sympathie, mais que cette dernière n'est pas toujours issue d'une relation empathique. D'un autre point de vue, celui de J. Decety (2004), la sympathie et la contagion émotionnelle seraient en fait des équivalents.

Nous avons déterminé le fait que la posture du psychomotricien auprès du patient avait pour but de signifier une intention d'écoute et de compréhension. En ce sens, et d'après la pensée d'E. Pacherie (2004), elle est donc de nature empathique. Cependant, le psychomotricien doit rester vigilant vis à vis de ses motivations. Par toutes les interactions et expériences que partagent les deux individus, un lien affectif peut se nouer entre eux au fil du temps. Par conséquent, les objectifs du psychomotricien au sein de cette relation doivent rester empathiques, viser la compréhension du patient et non directement la création de ce lien affectif. Nous avons pu voir grâce aux expériences de D. Batson, que l'empathie et la sympathie pouvaient être précurseurs d'actes altruistes. Cependant, le sujet sympathisant, étant affecté par les émotions de l'autre, a tendance à fuir la situation s'il le peut. Ce n'est pas le cas de l'individu empathique qui répond présent devant la détresse d'autrui, et lui apporte son aide de façon inconditionnelle. De surcroît, E. Pacherie (2004) soulève un point important. Elle donne l'exemple, à l'extrême, d'un individu « sadique » comprenant la souffrance de l'autre, s'en réjouissant et se servant de son aptitude empathique pour amplifier cette détresse. Plus modérément, nous comprenons que l'empathie ne sous-tend pas toujours des actes altruistes. La capacité empathique du psychomotricien n'est donc pas suffisante pour parler d'empathie psychocorporelle, il faut qu'elle s'associe à une volonté continue d'aider le patient. Si la relation ne procède que par sympathie ou contagion émotionnelle, le psychomotricien ne sera pas apte à accompagner le patient dans l'accomplissement de leurs objectifs et elle ne sera donc plus qualifiée de thérapeutique.

Pour que la relation soit thérapeutique et efficace donc, le psychomotricien doit en permanence être sûr de la qualité empathique de ses intentions. Cette

entreprise n'est pas si aisée. Le lien affectif que nous avons évoqué doit impérativement être tempéré par le cadre thérapeutique établi. De plus, nous avons décrit l'obstacle que peut représenter la différence de « potentiel motivationnel » d'un individu à l'autre dans la compréhension empathique. À l'inverse, si cette différence est moindre et que les « potentiels motivationnels » des deux individus sont très similaires, une identification à l'autre peut avoir lieu et favoriser une contagion émotionnelle. Si les signaux non-verbaux que le psychomotricien adresse au patient transmettent des informations de l'ordre d'un partage émotionnel, alors leur relation s'en trouvera dénaturée. L'adhésion du patient à la thérapie pourrait être amplifiée, mais l'alliance serait alors plus affective que thérapeutique. Au contraire, il pourrait manifester un refus face à cette communication, ce qui entraverait également l'alliance. Parallèlement, si le patient éprouve de l'affection pour le psychomotricien, l'empathie de ce dernier permet de la réguler et de tempérer l'attachement pour qu'il reste en faveur de la thérapie et ne complique pas la séparation. Enfin, pour garder une posture empathique, le psychomotricien partageant les expériences du patient, ne doit pas lui attribuer ses propres éprouvés. La compréhension doit toujours conserver une valeur hypothétique.

Si les motivations de la psychomotricienne avait été purement sympathiques pour Monsieur K., ou si elle s'était laissée aller à une contagion émotionnelle, elle aurait certainement été affectée par l'anxiété qu'il manifestait à l'idée de se confronter à ses difficultés. Elle n'aurait alors pas engagé des activités telles que l'apprentissage des lacets et les objectifs thérapeutiques n'auraient pu être remplis. Grâce à l'empathie de la psychomotricienne donc, Monsieur K. parvient désormais de lui-même à proposer des exercices complexes. Ce patient semble avoir

noué des liens importants avec elle. Toutefois, nous pouvons observer que le travail sur les distances relationnelles, le vouvoiement qu'elle emploie avec lui, ou encore le rappel du cadre et des objectifs thérapeutiques, permettent de moduler leur relation afin qu'elle reste appropriée. Par exemple, lorsque Monsieur K. s'approche très près d'elle pour lui parler, elle lui demande si cette distance est adaptée et il répond vivement : « Tu sais bien que je rigole ! Regarde, je tends un bras entre nous et là c'est bon. »

En somme, en décrivant la posture thérapeutique du psychomotricien et les signaux communicationnels qu'elle engendre, nous considérons que le patient est capable de les recevoir. L'empathie étant la fonction qui permet de comprendre les intentions et les états mentaux d'autrui, nous pouvons imaginer que c'est par cette aptitude que le patient perçoit et comprend l'empathie psychocorporelle du psychomotricien. Mais si cette fonction empathique est défaillante, comment le patient peut-il y parvenir ? Prenons l'exemple des individus atteints d'un trouble du spectre de l'autisme, dont l'absence d'empathie constituerait l'un des symptômes fondamentaux. Selon G. Jorland (2006), des études ont démontré l'origine génétique de cette pathologie. D'autres ont ensuite cherché à déterminer les causes du défaut d'empathie. Il apparaît clairement que les lésions responsables ne touchent pas le système cortical lié aux émotions mais les aires cérébrales qui contrôlent la vision. Ces résultats prouvent l'aspect principalement cognitif, et non pas affectif, du processus empathique. De plus, ils signifient que les patients présentant une absence d'empathie pourraient reconnaître les émotions d'autrui mais seraient incapables de se mettre à sa place et à comprendre ces états mentaux. Nous pouvons donc imaginer que l'empathie psychocorporelle du psychomotricien soit ressentie par ces patients

grâce au mécanisme de résonance motrice. Il est lui-même permis par les représentations partagées dont les prémices, nous l'avons vu, sont présents dès la naissance. Bien qu'elle ne soit pas comprise, la posture empathique serait ainsi perceptible par une majorité de patients. Dès lors, il serait intéressant de mettre en œuvre une étude sur la perception de cette posture par des individus présentant des lésions au niveau des zones corticales responsables des représentations partagées. Ces dernières reposant sur les capacités sensori-motrices de l'individu, la perception de la posture du psychomotricien peut-elle engendrer une résonance motrice chez un patient atteint d'une déficience sensorielle et/ou motrice liée à une lésion cérébrale ?

Conclusion

Pour conclure ces trois années d'études de psychomotricité, nous nous sommes interrogés sur la spécificité de la posture thérapeutique du psychomotricien, son empathie psychocorporelle.

L'empathie est une fonction cognitive de compréhension des émotions d'autrui en adoptant sa perspective subjective tout en restant soi-même. Par conséquent, elle engage une certaine distanciation avec les éprouvés d'autrui et peut donc motiver des comportements d'aide. C'est là, la composante altruiste, fondement du professionnalisme du psychomotricien, comme de tout autre acteur de santé. Toutefois, au-delà d'une fonction de compréhension, nous proposons d'appréhender l'empathie comme une façon d'être essentielle et responsable de la qualité de la thérapie psychomotrice. Nous la nommons empathie psychocorporelle. Cette posture thérapeutique bienveillante et compréhensive s'adresse au patient par une communication essentiellement non-verbale au sein d'une relation thérapeutique fondée sur l'influence réciproque des deux individus. Elle est formalisée par un cadre thérapeutique contenant et contribue à l'instauration d'une alliance thérapeutique. La particularité de l'exercice du psychomotricien réside dans son implication corporelle et sa capacité d'adaptation au sein des expériences sensorielles, motrices, cognitives et affectives qu'il partage avec le patient. Dans l'interaction, l'empathie psychocorporelle du psychomotricien transparait au sujet. Elle constitue alors un outil thérapeutique, lui permettant de se sentir écouté et compris, de lâcher-prise pour atteindre leurs objectifs communs. Enfin, cette posture

thérapeutique demande au psychomotricien une attention particulière afin qu'elle demeure empathique et adéquate.

Le jeudi 30 avril 2020, 19 heures

Aujourd'hui je sais. C'est l'empathie psychocorporelle, que je crois être celle du psychomotricien, que j'ai senti se développer en moi pendant ces trois années d'études. Mon écoute, mon regard, ma compréhension du monde ont changé. Mon point de vue intègre peu à peu celui des autres. Maintenant, je sais. C'est cette posture bienveillante que j'adopterai et continuerai d'enrichir auprès des patients que je rencontrerai, si mon aspiration à devenir psychomotricienne se concrétise.

Comment les études de psychomotricité permettent-elles au futur psychomotricien de déployer cette fonction de compréhension d'autrui propre à la nature humaine, en une empathie psychocorporelle à la base de la thérapie psychomotrice ? Il pourrait être pertinent d'analyser ces années d'études sous l'angle de la spécialisation de la posture empathique.

Bibliographie

Bazan, A. (2009). *Des Fantômes dans la Voix. Une hypothèse neuropsychanalytique sur la structure de l'inconscient.* (Thèse)

Blakemore, S. (2002). La reconnaissance des conséquences de l'action. In J. Nadel & J. Decety (dir.), *Imiter pour découvrir l'humain* (p. 131-152). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Bekier, S. Guinot, M. (2015). Les interactions précoces anténatales et néonatales. In J.M. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 1. Concepts fondamentaux, p. 102-105). Berchem, Belgique : De Boeck.

Berthoz, A. (2004). Physiologie du changement de point de vue. In A. Berthoz & G. Jorland (dir.), *L'Empathie (OJ.SC.HUMAINES) (French Edition)* (p. 251-275). Paris, France : ODILE JACOB éd.

Caliandro, S. (2004). Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques. *Revue française de psychanalyse*, 68(3), 791-800.

Cosnier, J. (1977). Communication non verbale et langage. *Psychologie médicale*, 2033-2049.

Decety, J. (2002). Naturaliser l'empathie. *L'Encéphale*, 28(1), 9-20.

Decety, J. (2004). L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ? In A. Berthoz & G. Jorland (dir.), *L'Empathie (OJ.SC.HUMAINES) (French Edition)* (p. 53-88). Paris, France : ODILE JACOB éd.

D'Ignazio, A., & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Paris, France : Tom Pousse.

Dumas, T. (2018). *Petit guide visuel : le cerveau*. Paris, France : Mango.

Eisenberg, N., & Strayer, J. (1990). Titchener on empathy. In *Empathy and Its Development* (p. 20-21). Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.

Galliano, A.C., Pavot, C., Potel, C. (2015). La proxémique et l'aménagement des espaces. In J.M Albaret, F. Giromini, & P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 1. Concepts fondamentaux, p. 258-264). Berchem, Belgique : De Boeck.

Gatecel, A. Massoutre-Denis, B. Giromini, F. Moyano, O., P. Scialom, J. Corraze. (2015). La relation en psychomotricité. In J.M Albaret, F. Giromini, & P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 1. Concepts fondamentaux, p. 342-348). Berchem, Belgique : De Boeck.

Georgieff, N. (2005). Intérêts de la notion de « théorie de l'esprit » pour la psychopathologie. *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), 341-371.

Georgieff, N. (2008). L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 357-393.

Grèzes, J. [Collège de F.]. (2008). *Bases neurales des relations avec autrui (INSERM. ENS)* [Fichier vidéo].

Grèzes, J. [TEDx T]. (2019). *Comment nos émotions influencent nos décisions* [Fichier vidéo].

Guiose, M. (2007). Les apports théoriques. In M. Guiose, *Relaxations thérapeutiques* (2^e éd., p. 59-99). Paris, France : Heures de France.

Hochmann, J. (2012). *Une histoire de l'empathie*. Paris : Editions Odile Jacob.

Jorland, G. (2004). L'empathie, histoire d'un concept. In A. Berthoz & G. Jorland (dir.), *L'Empathie (OJ.SC.HUMAINES) (French Edition)* (p. 19-59). Paris, France : ODILE JACOB éd.

Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(84), 58-65.

Jorland, G., & Thirioux, B. (2008). Note sur l'origine de l'empathie. *Revue de métaphysique et de morale*, 58(2), 269-280.

Luminet, O. & al. (2013). Quelques aspects biologiques de l'émotion : substrats neuro-anatomiques et conséquences sur la conscience émotionnelle. In O. Luminet & al, *Psychologie des émotions* (p.27-44). Berchem, Belgique : De Boeck.

Luminet, O. & al. (2013). L'empathie. In O. Luminet & al, *Psychologie des émotions* (p.89-127). Berchem, Belgique : De Boeck.

Luminet, O. & al. (2013). Glossaire. In O. Luminet & al, *Psychologie des émotions* (p.245-267). Berchem, Belgique : De Boeck.

Nadel, J. (2003). Imitation et autisme. *Cerveau & Psycho*, (4), 68-71.

Censabella, S. (2007). Les fonctions exécutives. Dans M.P. Noël (dir.), *Bilan neuropsychologique de l'enfant (PSY-EMD) (French Edition)* (p. 117-137). Liège, Belgique : Mardaga éditions.

Pacherie, E. (2004). L'empathie et ses degrés. In A. Berthoz & G. Jorland (dir.), *L'Empathie (OJ.SC.HUMAINES) (French Edition)* (p. 251-275). Paris, France : ODILE JACOB éd.

Potel, C. (2015). Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? In C. Potel, *Être psychomotricien* (2^e éd.) (p.11-148). Toulouse, France : Erès.

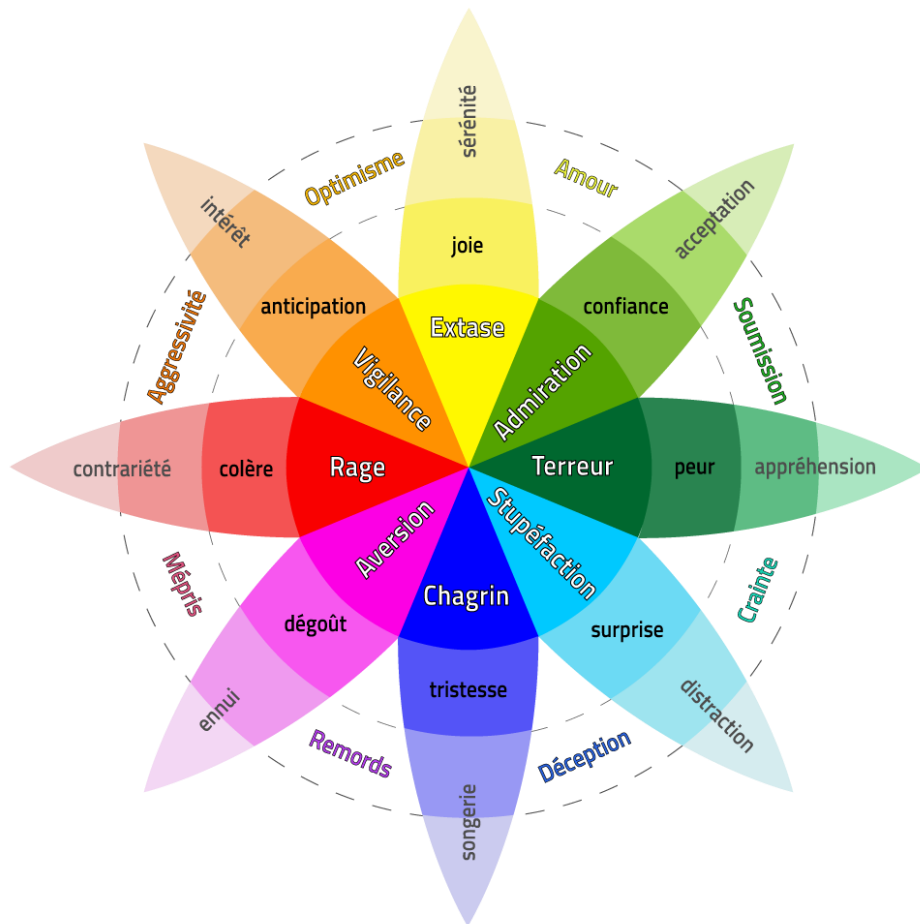
Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). THE MIRROR-NEURON SYSTEM. *Annual Review of Neuroscience*, 27(1), 169-192.

Servant-Laval, A. (2017). *Cours théorico-pratique / TD : « Anatomie fonctionnelle »*. Recueil inédit, IFP Paris.

Soppelsa, R. Albaret, J.M. (2015). Le domaine de la psychomotricité. In J.M Albaret, F. Giromini, & P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 1. Concepts fondamentaux, p. 4-7). Berchem, Belgique : De Boeck.

Annexes

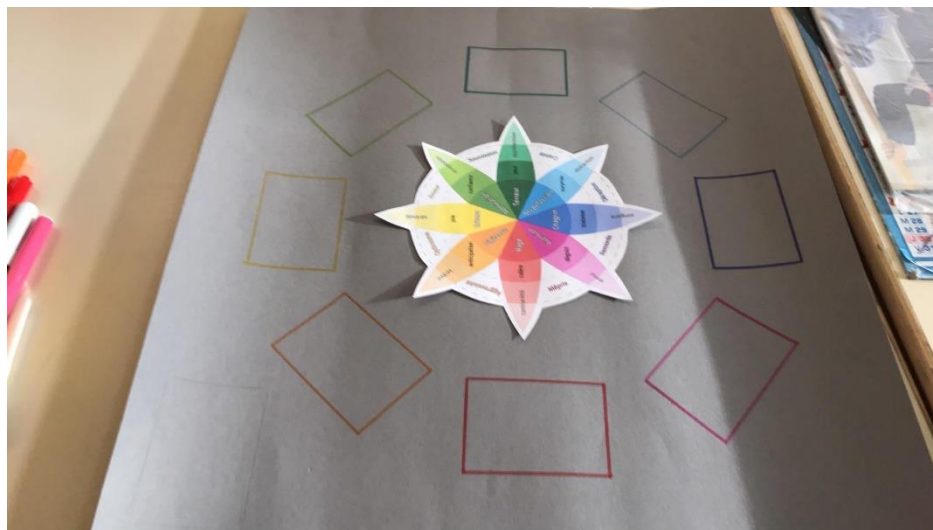
ANNEXE I : La roue des émotions de Robert Plutchik



Note. Les émotions sont traduites de l'anglais au français. Nous nous proposons de comprendre « anticipation » par « excitation ».

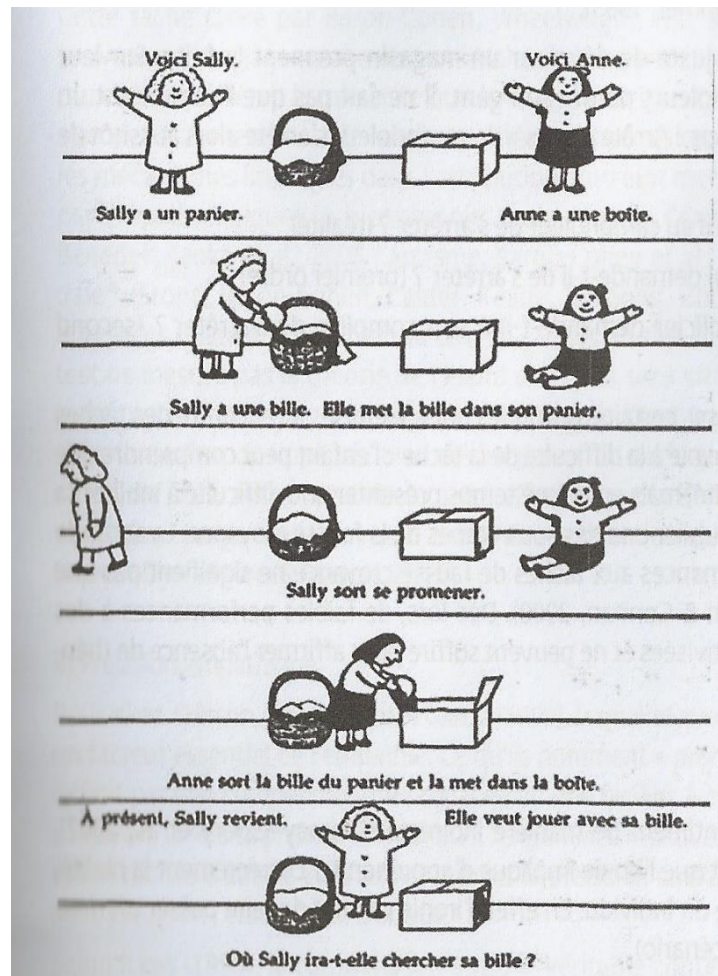
Source : Dumas, T. (2018). *La roue des émotions* [Illustration]. Petit guide visuel : le cerveau.

ANNEXE II : Photographies du Jeu des Emotions en fabrication



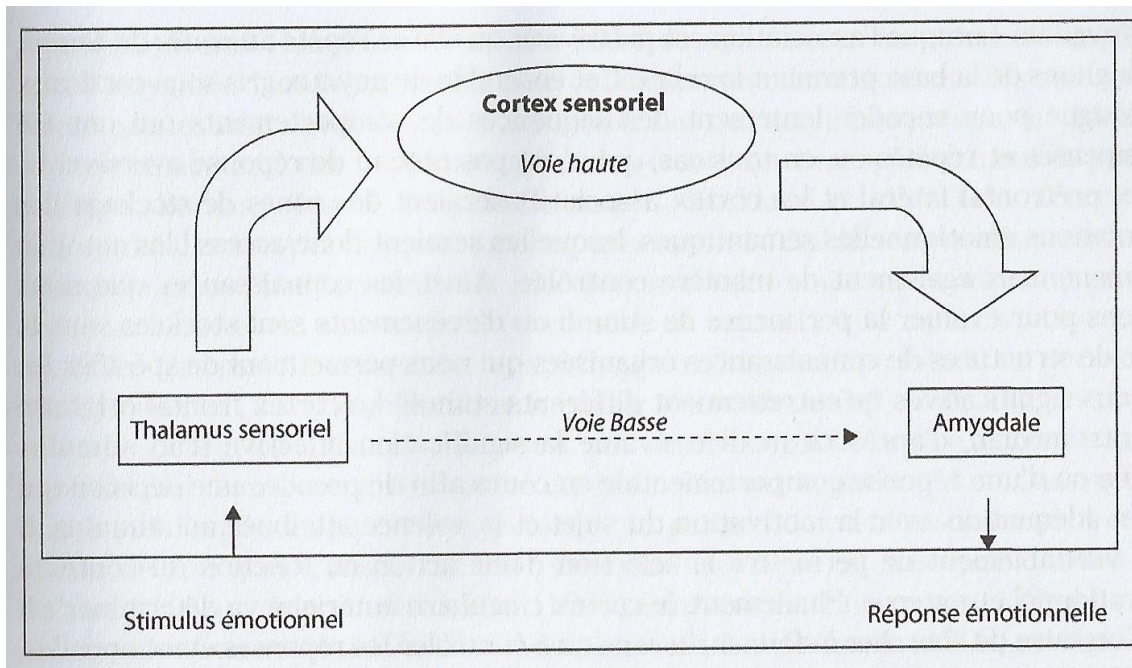
Note. En raison de la crise sanitaire et de l'arrêt imprévu des stages, je n'ai pas de photographie plus récente du jeu. Celles-ci vous permettent néanmoins de visualiser l'organisation du plateau de jeu et des cartes.

ANNEXE III : Expérience de Sally et Anne



Source : Luminet, O. (2013). *Figure 4.3. : Sally et Anne* [Illustration]. *Psychologie des émotions* : p.109.

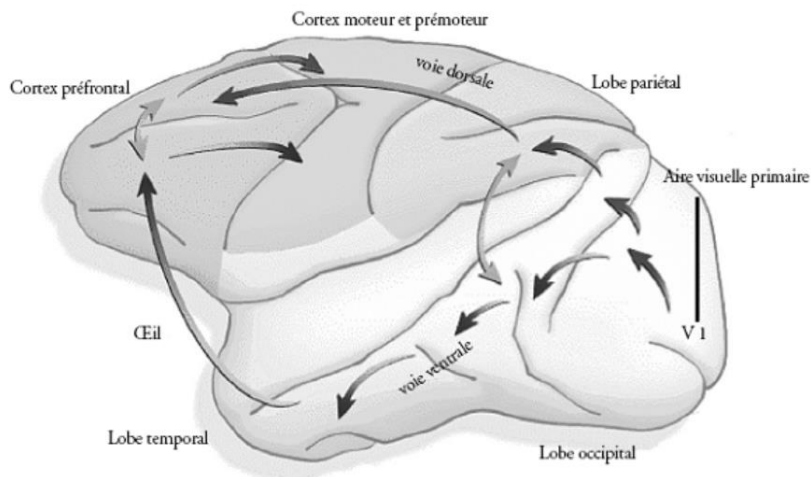
ANNEXE IV : Voie haute et voie basse vers le système limbique



Source : Luminet, O. (2013). *Figure 1.3. : Voie haute et voie basse vers l'amygdale* (d'après LeDoux, 1996) [Illustration]. *Psychologie des émotions* : p-35.

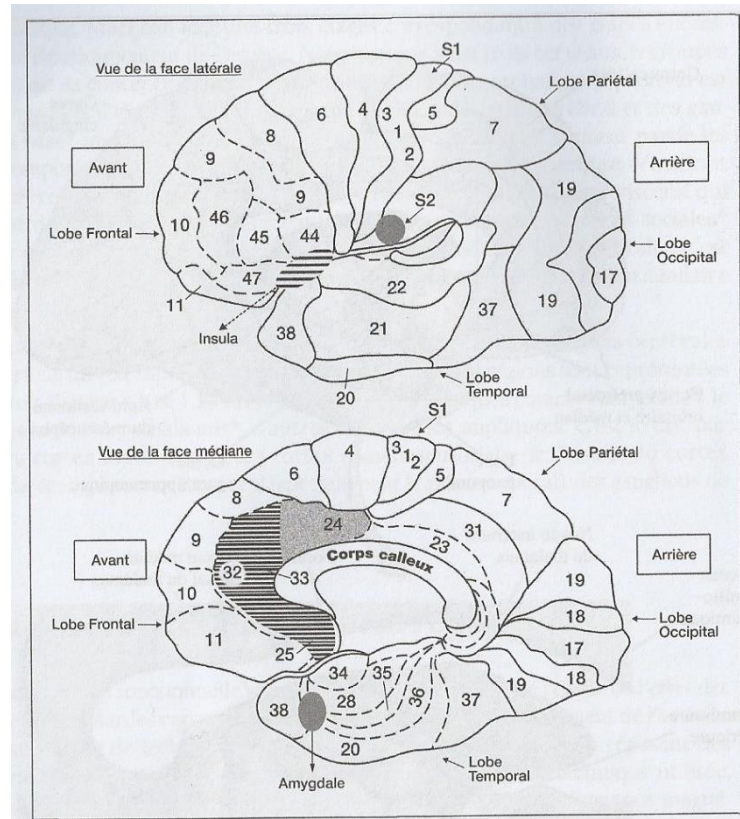
ANNEXE V : Schéma des trajectoires dorsale et ventrale du traitement cérébral

visuel



Source : Bazan, A. (2009). *Figure 15: Les deux voies de traitement visuel selon Milner et Goodale* [Illustration]. *Des Fantômes dans la Voix. Une hypothèse neuropsychanalytique sur la structure de l'inconscient.* (Thèse)

ANNEXE VI : Représentations latérale et médiane du cerveau humain

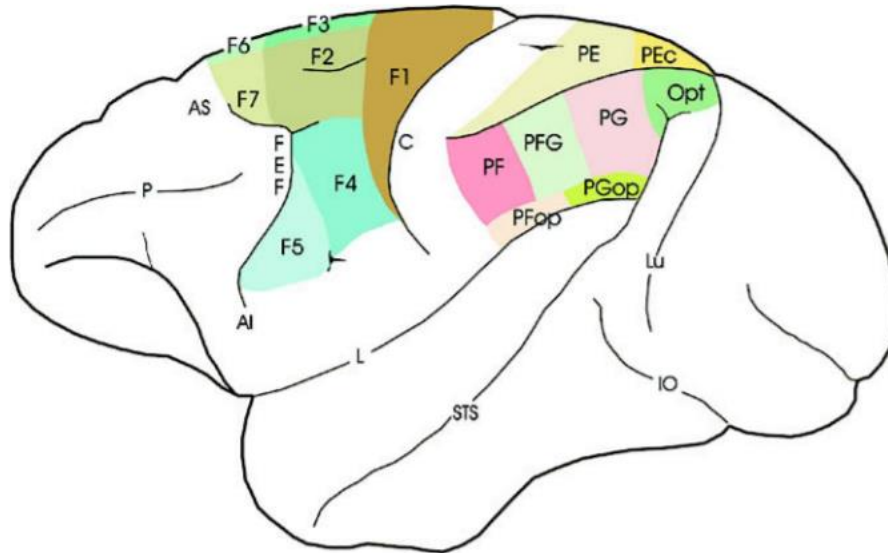


Note. Les chiffres correspondent aux aires de Brodmann (BA) :

Aire pré-motrice : **BA 6** ; Aire motrice primaire : **BA 4** ; Cortex somatosensoriel/aires somesthésiques (S1 et S2) : **BA 1, 2, 3** ; Cortex cingulaire antérieur : **BA 24, 25, 32** ; Cortex préfrontal médian : **BA 9, 10** ; Partie fronto-polaire du cortex préfrontal : **BA 10** ; Partie orbito-frontale du cortex préfrontal : **BA 11** ; Partie ventro-médiane du cortex préfrontal : **BA 47** ; Pôle temporal dans lequel est enfouie l'amygdale : **BA 38** ; Lobule pariétal inférieur : partie en dessous de **BA 7** (vue de face latérale)

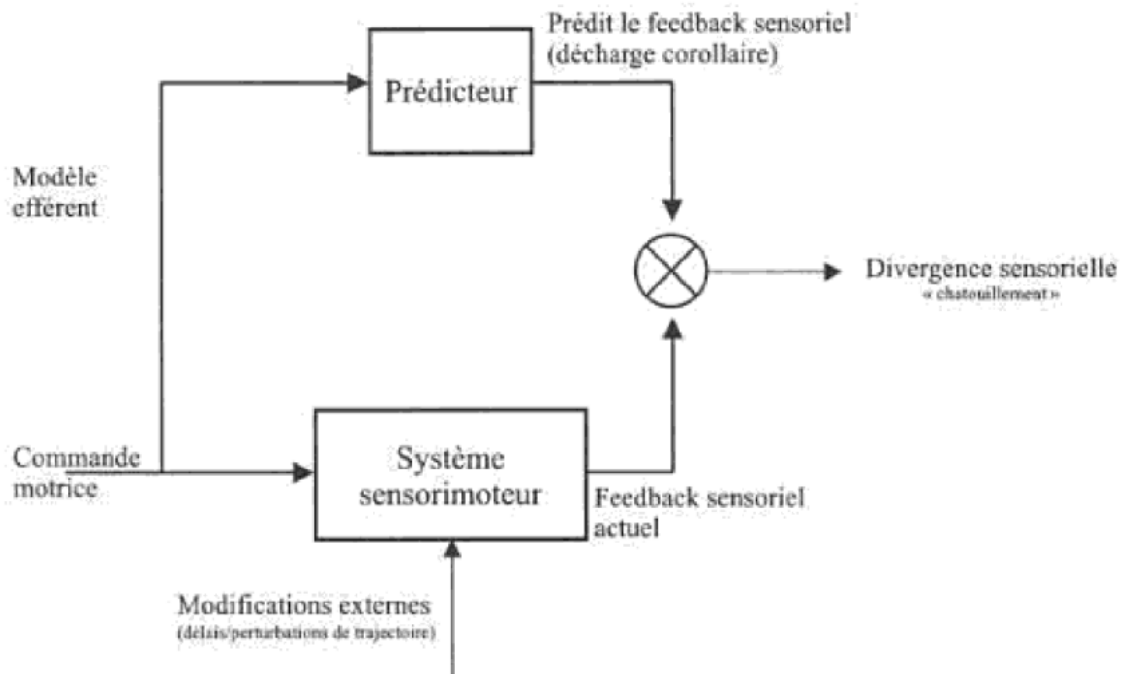
Source : Luminet, O. (2013). *Figure 1.2. : Représentations latérale et médiane schématisiques des régions cérébrales impliquées dans les fonctions émotionnelles* [Illustration]. *Psychologie des émotions* : p.32.

ANNEXE VII : Représentation du cerveau du singe



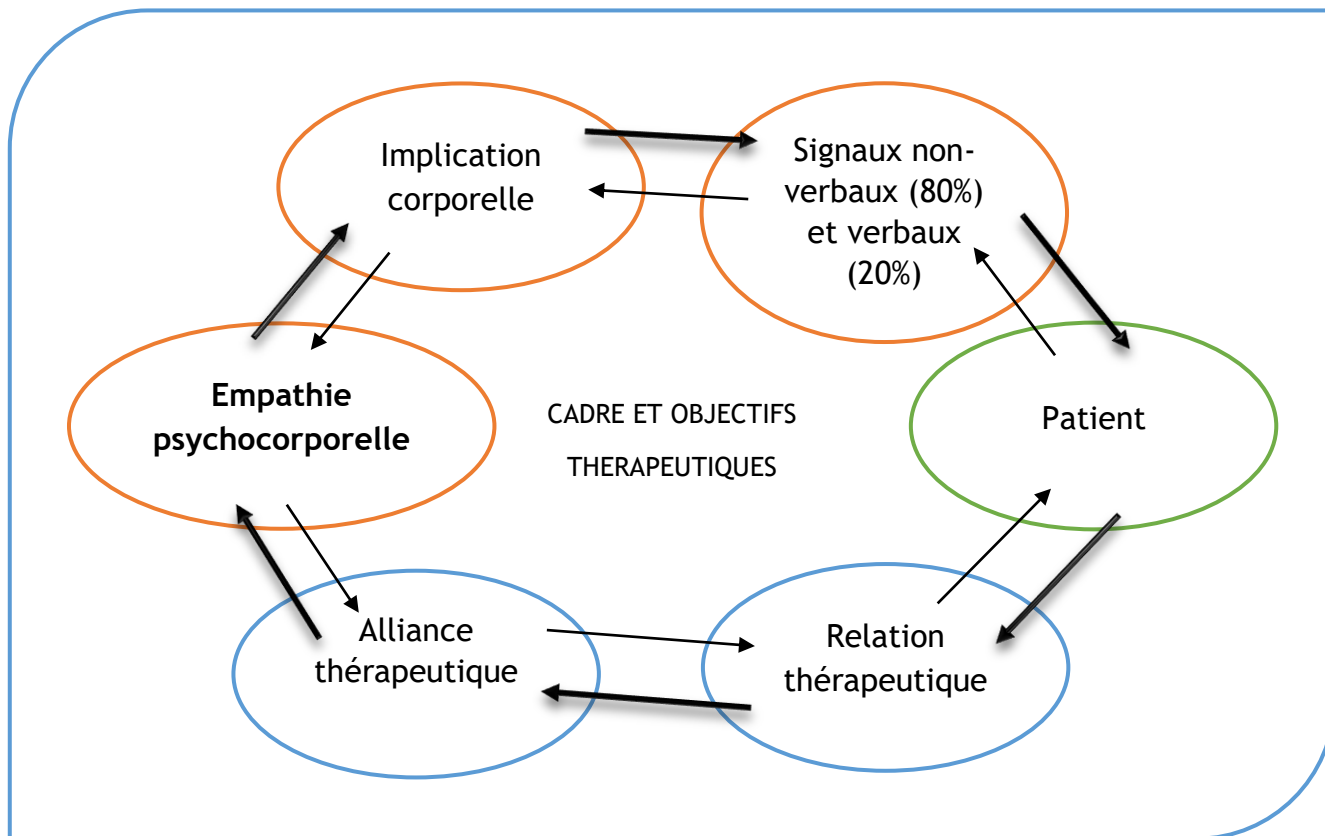
Source : Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). *Figure 1 Lateral view of the monkey brain showing, in color, the motor areas of the frontal lobe and the areas of the posterior parietal cortex* [Illustration]. THE MIRROR-NEURON SYSTEM : p.25.

ANNEXE VIII : Représentation du modèle efférent




Source : Blakemore, S. (2002). *Figure 1 : Modèle pour déterminer les conséquences sensorielles du mouvement* [Illustration]. *Imiter pour découvrir l'humain*.


ANNEXE IX : Schéma représentant la place de l'empathie psychocorporelle du psychomotricien au sein de la thérapie psychomotrice




Note.

 Concerne le psychomotricien

 Concerne le patient

 Concerne le patient et le psychomotricien

 Sens par lequel l'**empathie psychocorporelle** du psychomotricien agit sur les composantes de la thérapie psychomotrice

 Sens inverse, par lequel l'**empathie psychocorporelle** du psychomotricien s'adapte au patient

Résumé : Se mettre à la place d'autrui pour le comprendre ? C'est la capacité empathique, fonction cognitive propre à l'être social qu'est l'homme. La posture thérapeutique bienveillante et compréhensive dont le psychomotricien fait preuve auprès de ses patients, nous la nommons empathie psychocorporelle. Ce mémoire propose une approche du concept et processus empathique, de ses racines philosophiques aux découvertes neuroscientifiques actuelles. Au travers de l'observation d'une psychomotricienne, se dessinent le rôle et les caractéristiques de l'empathie psychocorporelle au sein de la thérapie psychomotrice. De par son importance et sa spécificité, la décrypter nous semble essentiel.

Mots-clés : Empathie, Posture du psychomotricien, Outil thérapeutique,
Influence réciproque, Psychomotricité

Abstract : Putting oneself in the place of others to understand them ? That is the empathic ability, a cognitive function specific to the social being that Man is. The benevolent and understanding therapeutic posture that the psychomotrician shows to his (her) patients, we call it psycho-corporal empathy. This dissertation proposes an approach to the empathic concept and process, from its philosophical roots to the current neuroscientific discoveries. Through the observation of a woman psychomotrician, the role and characteristics of psycho-corporal empathy emerge within psychomotor therapy. Because of its importance and specificity, deciphering it seems essential to us.

Keywords : Empathy, Psychomotrician's posture, Therapeutic tool, Reciprocal
influence, Psychomotricity