

NOTE DE HAUT DE PAGE : EMPATHIE ET EXPRESSIONS FACIALES CHEZ
L'ENFANT

Empathie et Trouble Oppositionnel chez l'enfant de 8 à 12 ans

Caroline Dahmen*, Anne Malpas*, Anne-Marie Etienne** & Christine Comblain***

Université de Liège, Belgique

- * licenciée en psychologie
- ** docteur en psychologie
- *** candidate au doctorat en psychologie

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
Département des Sciences Cognitives
Secteur de Psychologie de la Santé
Boulevard du Rectorat B33
4000 Liège (Sart-Tilman) Belgique

Résumé

Une revue de la littérature permet de mettre en évidence des liens très étroits entre difficulté de reconnaissance des expressions faciales, manque d'empathie et trouble du comportement. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si, comme le suggère la littérature, les enfants avec un trouble oppositionnel avec provocation manifestait un déficit d'empathie pouvant les mener à faire preuve d'agressivité. Quarante enfants de 8 à 12 ans (15 enfants sains et 15 enfants avec le trouble) ont été soumis au test "Empathy Response Task" de Ricard et Kamberk-Kilicci (1995). Les résultats montrent que, de manière conforme à nos attentes, les enfants oppositionnels sont significativement moins empathiques que les enfants sains. La colère est souvent attribuée aux protagonistes, même lorsqu'elle est absente. Ceci peut s'interpréter à la lueur du biais d'attribution hostile selon lequel les enfants avec un trouble du comportement ont tendance à attribuer des intentions hostiles aux autres (Milich et Dodge, 1984). Le travail sur l'empathie doit être intégré dans la thérapie des enfants présentant un trouble du comportement.

Abstract

A literature review underlines strong links between facial expression recognition difficulty, lack of empathy and behaviour disorder. The main goal of this study was to assess if, as it is suggested in the literature, oppositional children presented an empathy deficit that can make them more aggressive. Forty children between 8 and 10 years old (15 control children and 15 oppositional children) were subjected to the "Empathy Response Task" from Ricard et Kamberk-Kilicci (1995). As expected, results show that oppositional children are significantly less empathic than control children. Anger is often assigned to protagonists even when it isn't present. This can be interpreted by the "hostile attribution distortion" according to which the children with behaviour disorders tend to allocate hostile intentions to others (Milich &

Dodge, 1984). Working on empathy must be integrated in behaviour disorder children therapy.

Empathie et reconnaissance des expressions faciales chez l'enfant

Définir l'empathie et les mécanismes qui la sous-tendent n'est pas chose aisée. En effet, l'empathie appartient au large domaine des émotions, domaine constitué de nombreuses théories, mais dans lequel persistent encore de nombreuses interrogations. L'empathie nécessite des compétences sociales et permet l'adaptation aux différentes interactions avec les autres. Pour être empathique, l'individu doit à la fois être en mesure d'identifier ses propres émotions et celles des autres. La lecture de l'expression faciale de ses pairs est un outil utile. Ce mécanisme complexe d'empathie s'initie dès le plus jeune âge et requiert l'acquisition de différents processus émotionnels et cognitifs. A travers cet article descriptif, nous allons tenter de donner un aperçu de ces acquisitions de base.

En indiquant le rôle que joue l'empathie dans les interactions sociales, nous examinerons son impact dans les difficultés comportementales de certains enfants. Nous montrerons, à travers une étude empirique, que l'agressivité manifestée par certains enfants atteints de trouble oppositionnel peut être partiellement expliquée par un déficit d'empathie. Nous considérerons le manque de capacité empathique comme une des sources possibles d'un comportement agressif. Dès lors, nous envisagerons l'empathie comme un processus qui peut être travaillé lors de la thérapie avec les enfants agressifs.

L'empathie

D'emblée une distinction entre empathie, sympathie, souffrance personnelle et contagion émotionnelle s'impose. La sympathie et la souffrance personnelle trouvent leur origine dans l'empathie mais se constituent de processus différents. Une personne faisant preuve de sympathie ne ressent pas d'affects identiques à ceux de la personne qu'elle observe. Elle manifeste une émotion congruente en réponse à l'émotion perçue chez l'autre. Cette émotion congruente peut-être de l'inquiétude, de la pitié ou encore de la compassion envers celui qui souffre ou qui en a besoin (Davis, 1994). Par contre, une personne ressentant de la

souffrance personnelle manifeste une réaction affective dite « auto-orientée » (Eisenberg, Losoya & Guthrie, 1997). Ce qui signifie que cette personne ressentira de l'inquiétude ou de l'anxiété et souffrira au même titre que la personne cible. Cette réaction est dite auto-orientée car tout comportement en résultant n'aura pour but que de diminuer sa propre souffrance. Enfin, le processus de contagion émotionnelle est lié à la fois aux émotions positives et négatives. Il consiste à manifester une réponse semblable ou complémentaire à celle émise par un individu. Cette réponse correspondante, tant sur le plan émotionnel que comportemental, va engendrer les mêmes conséquences chez celui qui observe que chez la cible (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1994).

Le concept d'empathie, lui, trouve son origine dans le mot « Einfühlung » qui signifie « la tendance de celui qui observe à se projeter 'dans' ce qu'il observe ». Le mot, inventé par Titchener (1909), apparaîtra pour la première fois en 1909. Un lien très étroit fut d'abord établi entre empathie et imitation (Lipps, 1903, 1926). Les individus tendraient à imiter la manifestation émotionnelle de leur interlocuteur. Ce comportement immédiat quasi-automatique engendrerait, via un processus de feed-back, des états émotionnels correspondant. Cette hypothèse est toutefois largement controversée (Hess, Philippot & Blairy, 1999). L'empathie fut ensuite connotée soit comme un processus cognitif (Kohler, 1929 ; Mead, 1934 ; Piaget, 1932), soit comme un processus affectif (Batson, 1991 ; Stotland, 1969).

Feshbach (1975) fut un des premiers auteurs à intégrer ces deux types de processus dans sa définition de l'empathie en proposant un modèle en trois composantes: l'habileté à se différencier des autres, la capacité à prendre la perspective de l'autre et la capacité émotionnelle pour pouvoir répondre. Les deux premières sont plutôt cognitives et la troisième affective. Dans ce modèle, l'empathie serait à la fois une capacité à comprendre et à ressentir.

Hoffman (1987), quant à lui, définit l'empathie comme « une réponse affective plus appropriée à la situation de l'autre qu'à la sienne ». Autrement dit, il s'agit de la capacité à expérimenter l'état émotionnel d'une autre personne. Selon lui, la réponse empathique dépend du développement de certaines composantes affectives, mais également de mécanismes cognitifs, qui prendront place tout au long de l'enfance et adolescence.

Enfin, Eisenberg et Strayer (1987) insistent sur la double dimension de l'empathie. Au niveau affectif, il s'agit de « partager l'émotion perçue de l'autre » ce qui requiert une certaine concordance entre l'émotion perçue et celle réellement ressentie par autrui. Au niveau cognitif, la personne qui est sensée faire preuve d'empathie doit pouvoir interpréter l'état émotionnel de celui qu'elle a en face d'elle (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995). Ceci va permettre une correspondance encore plus forte entre celui qui perçoit l'émotion et celui qui la manifeste.

Ces trois auteurs mettent l'accent sur l'empathie en tant que processus cognitif et émotionnel, mais aussi sur la nécessité d'intégrer sa définition parmi les processus qui régissent les habiletés sociales. L'empathie met en scène deux personnes qui interagissent. L'une d'entre elles fera preuve d'attention, d'intérêt, de sensibilité, de réconfort pour comprendre et venir en aide à une autre personne qui est généralement en souffrance. Ce processus dit « prosocial » permet des relations positives et adéquates entre les individus (Eisenberg & al, 1997a).

Le développement des émotions chez l'enfant

Pouvoir faire preuve d'empathie envers une autre personne implique diverses habiletés qui se construisent au fur et à mesure que l'enfant grandit. Une esquisse du développement émotionnel de l'enfant va nous permettre d'évaluer les capacités de l'enfant en fonction de

son âge, mais aussi de mieux saisir toute la complexité du développement des habiletés empathiques.

Selon Oatley et Jenkins (1996), deux types de théories dominent actuellement dans le développement des émotions chez l'enfant : la théorie des émotions différentielles (Izard, 1991) et la théorie des systèmes dynamiques (Camras, 1992). Le premier courant postule l'existence d'une série d'émotions dites de base qui existent chez l'individu sous forme de programmes innés, dont les expressions faciales en sont des manifestations externes et qui subissent des modifications au cours du développement. A l'inverse, la deuxième approche met davantage en évidence l'influence du milieu. Les émotions proviendraient de composantes d'origine génétique qui s'auto organisent dans des interactions avec l'environnement. Ces théories sont agrémentées toutes deux par diverses recherches cliniques qui fournissent des données en leur faveur. Mais aucun consensus n'a encore pu être établi.

L'originalité de Banerjee (1997) réside dans son essai de résumer l'évolution de l'émotionnalité chez l'enfant en trois grandes phases intégrant processus cognitifs et émotionnels, mais aussi perspective sociale : la compréhension émotionnelle de base, la compréhension mentalisée de l'émotion et enfin la compréhension de l'émotion dans la réalité.

Au cours de la première phase, dite de compréhension émotionnelle de base, les premières manifestations émotionnelles chez l'enfant se réalisent au moyen de l'expression faciale et vocale, le langage n'étant pas encore développé. Par les pleurs, les cris, le sourire, l'enfant dispose d'un premier mode de communication avec l'adulte : il peut exprimer ses besoins, ses désirs et montrer sa satisfaction (Cohn & Tronick, 1983).

Dès sa naissance l'enfant pourrait donc exprimer des émotions alors qu'il n'a pas encore eu beaucoup de contacts avec le monde extérieur. Mais est-il capable de les

reconnaître ? Dès les premières heures, le bébé possède des habiletés imitatives (Melzoff, 1993). Il est capable de percevoir une réaction faciale mais il ne peut pas réellement discriminer les émotions. Cette imitation est plutôt une réponse à l'expression que manifeste le parent (Woodhead, Barnes, Miell & Oates, 1995). Vers 4 mois l'enfant devient capable de différencier les émotions au niveau de la voix et, à 5 mois, il peut discriminer un message d'approbation d'un message d'interdiction et ce, dans sa langue maternelle ou dans une langue étrangère (Hala & Carpendale, 1997). Enfin, ce serait aux environs de 7 mois que la concordance entre expression faciale et vocale s'établit.

Dans la deuxième phase, la compréhension mentalisée de l'émotion, vont apparaître des processus émotionnels beaucoup plus sophistiqués. Entre 6 et 30 mois, l'enfant acquiert « la conscience de soi », qui lui permet de se différencier des objets d'abord, des autres individus ensuite. Cette distinction serait à l'origine de deux autres types d'émotions : l'empathie et l'embarras. Comme l'a souligné Eisenberg (1992), déjà à 6 mois, un jeune enfant face à un autre exprimant une souffrance peut se pencher vers lui, le toucher et entre 12 et 14 mois, l'enfant offrira un jouet ou ira chercher un parent pour réconforter celui en détresse. Au cours de cette étape, l'enfant se rend compte que l'émotion d'une personne peut affecter les actions d'une autre. Parler de ses émotions peut faire partie d'une négociation de la relation. Au travers des discussions avec ses parents, l'enfant va apprendre comment représenter ses états internes, comment les émotions fonctionnent entre les gens, comment les émotions sont contrôlées, quand elles doivent être exprimées ou plutôt réprimées (Oatley & Jenkins, 1996). Vers 2-3 ans, les termes émotionnels deviennent plus précis et les habiletés de communication s'aiguisent. L'enfant devient de plus en plus compétent pour envisager les causes de ses émotions. Ce développement de la « causalité » correspond, chez l'enfant de 3 à 5 ans, à la théorie de l'esprit : l'enfant comprend que ses états internes peuvent changer et qu'ils ne sont pas forcément les mêmes que ceux d'autrui (Lagattuta, Wellman & Flavell,

1997). Il est alors capable d'expliquer l'émotion de quelqu'un en se référant non pas à la situation ou à son comportement, mais à son statut interne. Enfin, la véritable régulation de l'émotion débute vers 4 ans lorsque l'enfant prend conscience de ce qu'il peut montrer ou doit dissimuler. Elle continuera de s'affiner par la suite.

Au cours du dernier stade, c'est-à-dire la compréhension de l'émotion dans la réalité, ce sont les processus émotionnels les plus complexes qui se mettent en place. Le concept d'ambivalence fait son apparition : deux sentiments opposés peuvent co-exister chez un même individu et ils peuvent interagir jusqu'à se modifier l'un l'autre (Banerjee, 1997). Une autre découverte est l'utilisation de règles sociales liées à l'émotion. L'enfant va apprendre qu'il peut rire par exemple quand quelqu'un raconte une blague, mais qu'il n'est pas opportun de rire si quelqu'un tombe accidentellement et se fait mal. Cette compétence apparaîtrait aux environs de 8-10 ans (Banerjee, 1997). Enfin, l'étape suivante considérée comme finale, bien que toutes ces acquisitions continueront à évoluer au cours de la vie, est la régulation de l'émotion à l'aide de stratégies. Quand l'enfant est âgé de 6 ans, sa méthode de régulation de l'émotion est l'évitement, voire la dénégarion (Banerjee, 1997). Ces techniques lui permettent de contrôler, mais aussi de s'auto-protéger. Par exemple, un enfant de 6 ans dont les parents n'ont pas offert de cadeau d'anniversaire va contrôler sa tristesse en niant qu'il est triste et se comporter comme quelqu'un qui n'est pas touché. Vers 8-10 ans, l'enfant acquiert des stratégies plus cognitives et comprend qu'il peut modifier ses affects s'il redéfinit la situation dans son esprit (Banerjee, 1997). Cet enfant plus âgé va gérer sa tristesse en se disant, par exemple, que ses parents n'avaient peut-être pas les moyens de lui offrir un cadeau cette fois-ci.

Cette description succincte de l'évolution des émotions montre que les capacités d'empathie de l'enfant deviennent de plus en plus sophistiquées. Elles vont jouer un rôle important au niveau des habiletés sociales et de l'adaptation dans la société car cette empathie

sera instigatrice de comportements d'entraide et d'altruisme. Il convient également de souligner l'influence que les parents exercent sur ces différents apprentissages. Leurs croyances, valeurs, discours, leur manière de répondre, de contrôler, d'envisager des situations empreintes d'émotions influencent l'enfant qui peut adopter les mêmes positions que ses parents (Banerjee, 1997).

L'empathie chez l'enfant

L'empathie apparaît quand l'enfant acquiert la « conscience de soi » (deuxième phase de Banerjee). Celle – ci émergerait vers 4-5 ans lorsque l'enfant prend conscience de son propre corps, au moment où, par l'imitation, il se décentre et dialogue avec autrui (Bideaud, Houdé & Pedinielli, 1993 ; Tourette & Guidetti, 1998). Dès qu'il naît, l'enfant se retrouve dans un système de relations qui assure sa survie et son développement : il construit son identité à travers ses relations avec les membres de son entourage (Wallon, 1997).

Le modèle de l'empathie d'Hoffman (1987) décrit le développement du processus empathique chez l'enfant. A notre connaissance, ce modèle est le seul qui traite du développement de l'empathie en fonction de l'âge de l'enfant. Après avoir abordé l'empathie sous cette perspective développementale, nous décrivons le modèle organisationnel de Davis qui possède la particularité d'envisager le développement d'un épisode empathique particulier.

Le modèle d'Hoffman se subdivise en deux composantes : l'une cognitive (3 niveaux) et l'autre affective (6 modes d'éveil ou de mécanismes), le tout modulant les différentes réponses empathiques apparaissant chez l'enfant.

Les capacités cognitives de l'empathie

Hoffman les nomme également : « Le sens cognitif des autres » (Voir Tableau 1). Par là, il veut définir « *la manière dont nous nous représentons les autres mentalement, et plus*

spécifiquement la relation entre les autres et soi – même » (Davis, 1994). Il distingue trois niveaux : la permanence de la personne, l'acquisition de plus en plus sophistiquée de la prise de rôle et le sens de l'identité de la personne.

Insérer ici le Tableau I

Dans les premiers mois de vie du bébé, celui – ci voit le monde et les personnes qui l'entourent comme ne faisant qu'un avec lui. L'enfant n'a donc pas à ce moment un sens stable de lui et des autres. Vers la fin de la première année, commence à apparaître la permanence de la personne : l'enfant peut concevoir qu'une personne n'étant pas présente physiquement devant lui existe quand même (Hoffman, 1984). L'enfant peut alors envisager qu'un autre individu puisse expérimenter des choses différentes de lui.

Dans le niveau précédent, l'enfant se distingue des autres physiquement, mais cette distinction n'est pas encore fonctionnelle en ce qui concerne l'état interne d'un autre que lui. Ceci a pour conséquence que l'enfant attribue ses propres sentiments et pensées à l'autre. L'empathie dont il pourrait faire preuve sera alors basée uniquement sur des éléments de la situation et de l'expression externe (faciale, posturale, vocale). Selon Hoffman, l'acquisition de plus en plus sophistiquée de la prise de rôle ou la perspective de l'autre apparaissent entre 2 et 3 ans pour se développer tout au long de l'enfance.

Le troisième niveau correspond à l'acquisition chez l'enfant d'une perception stable de l'identité de la personne, ce qui signifie que l'enfant perçoit l'autre comme ayant ses propres pensées, sentiments, expériences : sa propre identité ! Ce dernier développement cognitif va avoir toute son importance dans la prise de rôle car l'enfant qui fera preuve d'empathie envers une autre personne ne le fera pas seulement en fonction des signaux présents, mais sera capable de faire des inférences sur des expériences internes que l'autre sujet pourrait vivre.

Les composantes affectives de l'empathie

Les composantes affectives de l'empathie, dénommées mécanismes d'éveil de l'empathie par Hoffman (1984 ; 1987), sont au nombre de six (Voir Tableau 1) : la réaction circulaire primaire, l'imitation motrice, le conditionnement classique, l'association directe, l'association liée au langage et la prise de rôle.

Dès les premiers mois de vie du bébé, la réaction circulaire primaire se caractériserait par la tendance qu'a le nourrisson à répondre aux pleurs d'un ou plusieurs autres enfants en pleurant lui aussi. Ainsi déjà avant que la conscience de soi ne fasse son apparition, le bébé pourrait faire preuve d'une forme rudimentaire d'empathie. Il serait capable de partager une émotion avec une autre personne ce qui serait une preuve d'une disposition innée. Aucune étude ne permet cependant de soutenir cet argument (Davis, 1994).

L'éveil empathique se poursuit à l'aide de l'imitation motrice qui se met en place de deux manières : l'individu observe la personne cible et imite ses expressions faciales et posturales de manière automatique et même inconsciente. Ces mouvements d'imitation vont en quelque sorte envoyer un message au cortex sensoriel qui va produire un feedback ; celui-ci crée chez l'observateur l'émotion ressentie. Ce second mode requiert quelques habiletés cognitives pour pouvoir s'accomplir : l'enfant doit être capable de distinguer les objets des personnes et, surtout, il doit avoir acquis la permanence de la personne (voir le point sur la composante cognitive). L'acquisition de l'intentionnalité et l'anticipation des conséquences de l'action vont rendre l'imitation de l'enfant plus précise et orientée vers des buts particuliers, dans ce cas – ci aider, soutenir, ... une autre personne.

Au cours du troisième mode, appelé le conditionnement classique, le jeune enfant apprend à répondre affectivement aux autres suite à un appariement répété entre un stimulus autrefois neutre et un stimulus connu qui évoque la réponse. Ainsi, un sujet ayant été témoin

plusieurs fois de situations passées qui évoquaient chez une autre personne une réaction affective, déclenchera lui-même une réponse affective lors de ces situations. Les manifestations émotionnelles de celui qui est regardé deviennent celles du sujet observateur (Davis, 1994 ; Omdahl, 1995).

Le quatrième mode, l'association directe, est relié au précédent. Cependant, il ne s'agit plus ici de ressentir l'émotion simultanément avec la personne observée, mais seulement d'expérimenter une émotion similaire à celle perçue chez l'autre pour faire ensuite preuve d'empathie à son égard. Ainsi, si la personne face à nous souffre, il n'est plus nécessaire de ressentir la souffrance en même temps qu'elle, il suffit d'en avoir fait l'expérience précédemment pour savoir et comprendre ce qu'elle ressent. Ce mode requiert des capacités cognitives plus élaborées comme les processus symboliques : être capable de se représenter ce qu'a signifié cette souffrance pour soi et pouvoir établir des relations causales entre les événements (Bideaud & al, 1993). Ce mode se situerait entre 0 et 1 an (voir tableau 1). Cependant les capacités cognitives dont il faut faire preuve ne sont réellement acquises chez l'enfant que vers 18 mois – 2 ans. Dès lors, des réserves seront émises quant à l'idée que l'enfant puisse développer de l'empathie via ce mode au cours de cette période.

L'association liée au langage, appelée également association symbolique par Omdahl (1995), se caractérise par une association entre des signaux émis par la cible et les expériences passées de celui qui observe menant à la réponse affective, comme pour le mode précédent. Mais la différence entre les deux modes se situe dans la nature des signaux qui provoquent la réponse. Dans ce modèle, ce ne sont pas des signaux visibles sur la personne cible qui provoquent la réponse. La réponse surviendra préférentiellement suite à des signaux considérés comme symboliques qui sont véhiculés par le langage (Davis, 1994). Hoffman (1984) distingue ce mode du quatrième pour des raisons développementales. Dès l'âge d'un an, l'enfant peut répondre de façon empathique par le mécanisme de l'association directe

alors que l'association liée au langage se réaliserait lorsqu'il est âgé de trois ans (voir Tableau 1). C'est en effet dès trois ans que le langage d'un enfant commence à se perfectionner. Les termes émotionnels sont à sa portée. Il devient davantage capable de comprendre ce qui lui est signifié par le langage. Enfin, Hoffman spécifie qu'il n'est pas nécessaire que la personne cible soit présente pour que la réponse empathique puisse avoir lieu. Il suffit que l'observateur soit conscient de la situation vécue par l'individu cible (Davis, 1994). Or si l'enfant n'a pas acquis la permanence de la personne et les capacités cognitives propres à pouvoir déclencher ce processus beaucoup plus subtil, il ne pourra pas disposer de ce mode.

Pour le sixième et dernier mode, c'est-à-dire la prise de rôle ou prise de perspective, le sujet qui observe l'autre personne doit fournir un effort délibéré afin d'imaginer comment il se sentirait s'il se trouvait dans la même situation que cet autre individu, compte tenu des valeurs, réactions et buts des deux protagonistes (Hoffman, 1984). En réalisant cette opération, il va pouvoir manifester une réponse affective proche de celle de la personne cible (Davis, 1994). Hoffman insiste sur le fait que ce mode requiert des capacités cognitives très élevées et que c'est celui qui est, de manière générale, le moins utilisé par les gens.

En résumé, excepté le premier mode qui se limite à la période de la toute petite enfance, et le dernier, peu utilisé, les quatre autres modes ne sont pas isolés et peuvent interagir. Ce sont les caractéristiques de la situation en cours qui feront qu'un mode sera privilégié par rapport à un autre (Hoffman, 1984).

Les réponses empathiques

Le développement des composantes cognitives et affectives va permettre la mise en place ou non d'une réponse empathique qui peut prendre différentes formes : l'empathie globale, l'empathie égocentrique, l'empathie pour les sentiments des autres et l'empathie pour la condition de vie générale de l'autre.

L'empathie globale correspond à la non - différenciation entre l'enfant et le monde extérieur : l'enfant ne sait pas si la réaction de souffrance est ressentie par lui ou une autre personne. Il va répondre comme s'il vivait les expériences négatives d'autrui simultanément ou successivement. Hoffman (1991) la définit comme la souffrance sympathique (ou encore souffrance personnelle), qu'il juge passive, involontaire et n'ayant pas besoin de niveaux cognitifs très évolués.

La permanence de la personne étant acquise, un deuxième type de réponse empathique va se mettre en place. L'enfant sait, à ce stade, que lui et les autres sont des entités séparées, mais seulement physiquement. Il ne conçoit pas encore que l'autre puisse avoir des sentiments et des pensées différentes des siennes et, en conséquence, réagit de façon inappropriée aux besoins réels de l'autre. Hoffman (1984) souligne que c'est à ce moment précis que la sympathie va faire son apparition. Cette réponse est dite empathie égocentrique car les buts de l'enfant à cet instant vont être de soulager ses propres états internes désagréables. L'avènement de la sympathie va conduire petit à petit l'enfant à une conduite plus altruiste qui s'amplifiera avec l'apparition des capacités de prise de rôle.

Vers 2-3 ans, l'enfant devient conscient que les sentiments, pensées, des autres peuvent être différents des siens. Sa réponse empathique va tenir compte du statut interne propre à l'autre et va répondre de manière adéquate, c'est-à-dire en fonction des besoins et buts spécifiques d'autrui. Il s'agit de la réponse empathique pour les sentiments des autres.

Fin de l'enfance, début de l'adolescence, l'identité de la personne est développée. L'enfant va non seulement faire preuve d'empathie pour une situation immédiate affectant une personne, mais il va aussi répondre avec empathie envers une personne en prenant en compte les aspects chroniques de la vie de l'autre. Étant capable de prendre la perspective de l'autre personne, il peut ainsi se construire une représentation mentale des conditions de vie

d'un individu, d'un groupe ou d'une classe entière (Hoffman, 1991). Cette dernière forme d'empathie porte le nom d'empathie pour la condition générale de l'autre.

Le modèle organisationnel de l'empathie

Maintenant que nous savons mieux comment le processus empathique se met en place « idéalement » au cours de l'enfance, essayons de comprendre la façon dont l'empathie se déclenche dans la vie de tous les jours. Le modèle organisationnel de l'empathie (Davis, 1994) décrit comment se déroule un épisode empathique (Voir Figure 1) : *un épisode empathique typique consiste à mettre en scène un observateur exposé d'une certaine manière à une cible, après quoi, certaines réponses affectives, cognitives et/ou comportementales de l'observateur se produisent*. Examinons les différentes composantes de ce modèle.

Insérer ici la Figure I

Les antécédents se réfèrent aux caractéristiques de la personne, de la cible ou de la situation et peuvent être reliés aux capacités cognitives dont nous devons faire preuve pour émettre une réponse empathique (voir Hoffman, 1987). Au niveau de la *personne* (ou de la cible), il s'agit d'avoir les capacités à pouvoir faire preuve d'empathie : les capacités biologiques, les différences individuelles et enfin l'histoire d'apprentissage qui se réfère aux apprentissages sociaux avec des valeurs et des comportements liés à l'empathie. Au niveau de la *situation*, la force de la situation fait référence au pouvoir qu'ont certaines situations à provoquer certaines réponses plutôt que d'autres. La similarité, quant à elle, renvoie à des études qui ont montré que plus la similarité entre la personne et la cible étaient grandes, plus l'empathie était forte (Davis, 1994).

Les processus se définissent comme des mécanismes par lesquels les résultats empathiques seront agencés. Ceux-ci ont été pour la plupart décrits dans les mécanismes d'éveil d'Hoffman (1987) auxquels il convient d'ajouter l'*étiquetage* qui consiste en la

capacité à pouvoir poser une étiquette sur l'état émotionnel expérimenté par la cible, par exemple, de pouvoir dire si une personne est en colère ou si elle éprouve de la peur (Davis, 1994). Enfin, les *réseaux cognitifs élaborés*, appartenant au modèle d'empathie de Eisenberg, Shea, Carlo & Knight (1991), consistent en un mécanisme selon lequel celui qui doit faire preuve d'empathie remarque les signaux associés à la cible, va rechercher dans sa mémoire l'information importante et l'incorpore à sa réponse empathique. Ainsi, si la personne remarque que la cible est en colère, elle va aller dans sa mémoire rechercher de l'information concernant la colère (par exemple quelles sont les expressions faciales, postures qui lui sont associées) et va joindre cette information à sa réponse empathique.

Les résultats de ces processus, c'est-à-dire la mise en place d'une réponse empathique, peuvent être de nature intra ou interpersonnelle (Hoffman, 1987).

Les résultats intrapersonnels se constituent des réponses affectives et non-affectives manifestées par la personne envers la cible. Au niveau affectif, les *résultats parallèles* sont une reproduction des sentiments de la cible chez l'observateur. Les *résultats réactifs* sont des réactions affectives relatives à la même expérience que la cible, mais durant lesquelles l'observateur exprime un affect différent. Selon Davis (1994) la colère, dans le sens qui lui est attribué dans ce modèle, peut être empathique ! Elle se manifeste quand nous sommes témoins d'un fait grave (par exemple voir quelqu'un se faire maltraiter). A ce moment, nous exprimons une colère vis-à-vis de l'agresseur de la personne cible avec de l'empathie pour ce que la cible a vécu et ressenti.

Au niveau des résultats non-affectifs, la *précision interpersonnelle* est l'estimation des pensées, sentiments, caractéristiques de l'autre (par exemple, si nous voyons une personne dont le visage est spécifique à la tristesse, nous allons nous dire que cette personne est triste) et les *jugements attributionnels* font référence aux attributions et aux jugements faits à partir

de la situation (par exemple si nous voyons que la personne est seule, nous pouvons inférer qu'elle est triste parce que son compagnon est parti).

Les résultats interpersonnels sont les réponses comportementales dirigées vers la cible telles que les comportements d'aide et sociaux. Ils nécessitent des compétences sociales adéquates.

Dans l'ensemble, le modèle du développement empathique de Hoffman ainsi que le modèle organisationnel de Davis suggèrent un lien très étroit entre empathie et comportements sociaux. L'empathie occupe une place importante dans les relations sociales positives. Examinons maintenant plus spécifiquement son rôle dans les interactions sociales chez l'enfant.

L'empathie et les relations sociales chez l'enfant

L'empathie fait partie de la catégorie des émotions sociales complexes (Oatley & Jenkins, 1996). Elle joue un rôle primordial dans le fonctionnement social « compétent » et les actes prosociaux¹ (Eisenberg & al., 1997a). Elle est reliée aux actes de coopération, à l'altruisme et aux jugements moraux. Hoffman (1991) dit de l'empathie qu'elle est motivationnelle car elle pousse les personnes à l'action. En étant capable de se mettre à la place de quelqu'un d'autre, nous pouvons tenter de comprendre ce qu'il ressent et être ainsi encouragé à vouloir le soulager ou bien le défendre. Certains auteurs auraient même démontré un lien entre empathie et raisonnement moral. Étant associé aux principes moraux, l'empathie pousse les individus à poser des actes en accord avec des principes de bien-être humain et de justice (Hoffman, 1991 ; Eisenberg & al, 1997a ; Miller, Eisenberg, Fabes & Shell, 1996). Agir en fonction d'un raisonnement moral tenant compte du bien-être d'autrui pousse à la

¹ « comportement volontaire émis dans l'intérêt des autres, tel qu'aider, faire un don, partager et reconforter » (Eisenberg et al., 1997).

coopération, l'aide, la réciprocité et l'intérêt, contrairement à l'agressivité qui peut perturber voire rompre les relations avec autrui.

L'empathie est donc essentielle à l'établissement de relations sociales satisfaisantes. Or ces dernières nécessitent la capacité à identifier l'émotion présente chez le partenaire pour réagir en conséquence. La lecture des expressions faciales de l'interlocuteur apporte une aide précieuse pour cette identification.

L'empathie et la reconnaissance des expressions faciales chez l'enfant

Être capable d'avoir de l'empathie envers une autre personne implique le repérage des états émotionnels tant chez soi que chez l'autre. L'identification du statut émotionnel de l'autre peut se réaliser en dialoguant avec lui, en l'écoutant, mais aussi en l'observant. Les expressions faciales des émotions sont la première source d'informations sur ses émotions, son ressenti ! Elles sont un objet de communication car elles informent de l'état affectif et permettent la régulation des relations entre individus. Mais elles sont également déclencheurs d'actions, de comportements tel que fuir, agresser, se soumettre ou éprouver de l'affection (cf. Oatley et Jenkins, 1996). L'expression et la reconnaissance des émotions faciales dépendent également de facteurs autres que ce que l'individu ressent et montre réellement. Dans le « Brunswikian lens model » décrit par Kappas (1991), le contexte, les relations sociales, les normes culturelles vont avoir un impact sur l'encodage, le décodage et l'expression des signaux émotionnels. Les effets physiques (tels que l'angle de vue) et environnementaux vont également interagir. Ces différents aspects dits « externes » vont avoir un impact sur la manière dont l'émotion va être émise (traduction de signaux internes en externes, transmission) et reçue (interprétation et attribution).

Parler des mécanismes associés à l'identification des expressions faciales des émotions dépasse l'objectif de cet article. Par contre, évoquer leur fonction nous intéresse, notamment

dans le cadre de la mise en place de l'empathie chez l'enfant. Keltner (1996), parmi d'autres, a décrit deux fonctions essentielles des expressions faciales des émotions à savoir informatives et « évocatrices ». Les expressions faciales des émotions sont informatives dans le sens où elles informent l'autre de l'émotion et de l'état d'esprit d'un individu, ce qui aura des conséquences au niveau de l'interaction sociale. Elles ont également une fonction « évocatrice » car elles évoquent un état émotionnel chez l'autre. Cette évocation d'une émotion chez autrui se réalise par les processus de contagion émotionnelle (l'émotion d'une personne est transmise à l'autre individu) et par l'adaptation à un événement ayant causé l'émotion (l'autre personne pourra réagir de manière plus ou moins adaptée à l'émotion de l'émetteur).

Ainsi les expressions faciales des émotions sont d'une grande importance au niveau de l'empathie. Pouvoir les identifier correctement est une première étape qui va ensuite permettre la compréhension de l'état de la personne et donc mener à l'empathie de l'observateur. Ce dernier peut alors avoir une réaction adéquate, adaptée à la situation, vis-à-vis de l'émetteur de l'émotion.

Empathie, reconnaissance des expressions faciales et trouble du comportement

Plusieurs recherches ont été menées afin de cerner la relation existant entre trouble du comportement et reconnaissance des expressions faciales. Une étude menée par Norvilitis, Casey et Brooklier (2000) a investigué les relations entre les habiletés d'évaluation de l'émotion et l'hyperactivité chez des enfants et leurs parents. Divers tests ont été administrés². La procédure permettait d'évaluer la reconnaissance d'expressions faciales émotionnelles prototypiques, la reconnaissance d'expressions vocales des émotions, l'évaluation d'une émotion chez une personne dans une situation de vie réelle, l'identification d'une émotion

² Pour les parents : le Symptom Checklist-90-R ainsi que le Conners' Parent Scale. Pour les enfants : K-SADS, CBCL et Conners' Rating Scale.

chez un enfant stimulus vu dans une vidéo et une estimation de leur propre émotion ressentie par rapport à la vidéo. Les enfants présentant une symptomatologie d'hyperactivité assez sérieuse étaient moins compétents dans l'identification de l'émotion chez les autres mais aussi chez eux-mêmes. Ce déficit est encore plus conséquent dans la situation de vie réelle.

Toujours dans le même ordre d'idées, Cadesky, Mota et Schachar (2000) ont comparé quatre groupes d'enfants : avec trouble d'hyperactivité (ADHD), avec trouble des conduites, avec les deux pathologies simultanément, et sans aucun problème. Leur recherche a porté sur la perception de signaux sociaux non verbaux. Quatre tâches de perception de signaux sociaux (du test DANVA de Nowicki et Duke, 1994) étaient administrées et portaient sur les expressions faciales et vocales chez des adultes et chez les enfants. Dans deux des tâches, des phrases à connotation émotionnelle étaient lues par des adultes et des enfants. Dans les deux autres tâches, des images de visages adultes et enfants étaient montrées. Les participants devaient donc identifier les émotions lues ou présentées sur photo. Les émotions évaluées étaient la joie, la colère, la tristesse et la peur. Les enfants avec hyperactivité ou trouble des conduites faisaient plus d'erreurs au total que ceux des deux autres groupes et reconnaissaient moins bien les émotions, excepté la colère.

Singh et al. (1998) ont aussi étudié la reconnaissance des expressions faciales de l'émotion chez des enfants avec un trouble d'hyperactivité (ADHD), mais avec un autre matériel. Quatre séries de photos représentant les 6 émotions de base étaient présentées aux jeunes accompagnées d'une histoire. L'enfant devait pointer la photo correspondant à l'histoire lue. Les résultats suggèrent que les enfants avec ADHD ont des déficits dans leurs habiletés à reconnaître exactement les expressions faciales des émotions. La joie et la tristesse étaient les mieux reconnues suivies du dégoût. Par contre, la colère était sujette à beaucoup d'erreurs et la peur était l'émotion la moins fréquemment identifiée.

Milich et Dodge (1984) ont identifié le biais d'attribution hostile. Il s'agit de la tendance à attribuer des intentions hostiles ainsi que de l'agressivité aux autres, particulièrement lorsque le comportement des pairs est ambigu. Ce biais est présent chez beaucoup d'enfants manifestant des troubles du comportement. Selon Dobson et Kendall (1993), les enfants agressifs ne prêtent pas assez attention aux signaux importants de l'environnement. Ils se focalisent sur les signaux hostiles pour réaliser leur jugements sociaux.

Au vu des ces différentes études, nous pouvons constater que les enfants avec un trouble du comportement ont des difficultés dans la reconnaissance des expressions faciales des émotions. Ils se trompent d'émotion ou encore attribuent des émotions négatives sans une véritable analyse de la situation. Précisons toutefois qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un trouble du comportement pour présenter de telles difficultés de reconnaissance.

De nombreuses études ont également montré combien les enfants agressifs avaient des difficultés dans leurs relations sociales. Ils sont la plupart du temps la cible d'un rejet de la part de leurs camarades. Les déficits qu'ils manifestent dans leurs compétences sociales les rendent inaptes à se construire un réseau d'amis et à être acceptés par les autres (Desbiens, Royer, Fortin & Bertrand, 1998). De plus, Eisenberg et collaborateurs (1995, 1997b) ont conclu que les enfants qui avaient des risques de mauvaises adaptations sociales étaient ceux qui régulaient moins bien leurs émotions et donc qui tendaient à être agressifs.

En sachant que l'adaptation sociale est reliée à la reconnaissance et à la régulation des émotions, nous pouvons nous demander, au regard de ces différentes études sur les enfants avec des troubles du comportement, si cette agressivité manifeste n'est pas, en partie, reliée à ces difficultés « émotionnelles ».

Etant donné le grand rôle que joue la reconnaissance des expressions faciales dans le développement de l'empathie, on peut émettre l'idée que ces enfants avec troubles du

comportement qui ont des difficultés de reconnaissance manifesteront un manque d'empathie. Les résultats de l'étude de Braaten et Rosén (2000) vont dans ce sens. Ils ont évalué la différence de réponses empathiques et de réponses en rapport avec d'autres émotions, entre des garçons avec ADHD et ceux sans ADHD. Le diagnostic du trouble avait été réalisé au moyen de différentes mesures (BASC, the Gordon's developmental questionnaire, the ADHD Rating Scale, the revised Conner Parent and Teacher Rating Scale, the CAP et the Peabody Picture Vocabulary Test – Revised). L'empathie était évaluée au moyen d'un test spécifique : le « Empathy Response Task » (Ricard & Kamber – Kilicci, 1995). Ce test sera expliqué plus en détails lorsque nous présenterons notre étude empirique, car nous l'avons également utilisé (voir p. 24). D'autres mesures de l'émotion ont également été effectuées comme l'intensité émotionnelle, les comportements émotionnels et les réactions face aux évènements externes.

Les résultats de cette étude montrent que les garçons avec ADHD sont moins empathiques que ceux sans le trouble. Ils apparaissent aussi comme manifestant plus d'émotions négatives telles la tristesse, la colère et la culpabilité. Enfin, les enfants avec ADHD avaient moins de contrôle de l'émotion et d'empathie avec certaines émotions négatives alors qu'ils étaient capables de réguler les émotions positives. Ces résultats sont confortés par Miller et Eisenberg (1988) dont l'étude portait sur le lien entre l'empathie et l'agressivité / comportements antisociaux : une personne qui a peu d'empathie peut manifester des difficultés à inhiber ses comportements violents et impulsifs et peut donc présenter plus d'agressivité.

Les résultats de ces recherches suggèrent que les enfants avec ADHD et trouble des conduites pourraient faire preuve de moins d'empathie que les enfants sains, et qu'un déficit d'empathie serait susceptible de mener à l'agressivité.

Empathie, trouble oppositionnel et agressivité: étude empirique

Afin d'évaluer ces hypothèses, nous avons réalisé une étude portant sur l'empathie chez des enfants ayant un trouble oppositionnel avec provocation. Le trouble oppositionnel avec provocation se définit par ces deux composantes (Dumas, 1999) : (a) l'opposition qui consiste dans le fait que l'enfant fait preuve de résistance active aux exigences et limites imposées par la vie de groupe ; et (b) la provocation qui se définit par la tendance marquée à vouloir toujours tester les limites et contester les exigences imposées.

Notre hypothèse est que les enfants avec trouble oppositionnel auront un score d'empathie significativement plus faible que les enfants sains.

Echantillon

Notre échantillon se composait de 40 enfants belges francophones : 20 ayant un trouble oppositionnel avec provocation et 20 enfants « sains ». Les critères de sélection étaient l'âge (les participants devaient avoir entre 8 et 12 ans), le Quotient Intellectuel (le QI devait être supérieur à 80) et la présence ou l'absence d'un trouble oppositionnel (évalué à partir d'un questionnaire construit par nos soins sur base des critères du DSM-IV). Les enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation ont été sélectionnés dans un Institut Medico-Pédagogique, dans des écoles d'enseignement de type III et dans des services de Santé Mentale. Les enfants « sains » ont été recrutés dans des écoles primaires. La démarche était la suivante: nous avons pris contact (par courrier ou par téléphone) avec la direction de chacune des écoles ou institutions afin de bénéficier de leur approbation pour recruter les enfants au sein de leur établissement et pour leur expliquer les objectifs de l'étude, la procédure utilisée et les critères de sélection. Dès que la direction marquait son accord, la procédure de recrutement commençait. En ce qui concerne les enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation, les participants étaient sélectionnés avec l'aide de

psychologues des établissements sur base d'un formulaire reprenant les critères de sélection des enfants (QI³ et âge) ainsi que les critères diagnostiques du trouble oppositionnel du DSM IV⁴. Une fois qu'un enfant correspondait aux critères de sélection, une lettre présentant notre étude et précisant que les données récoltées resteraient anonymes était adressée aux parents. Seuls les enfants dont les parents avaient marqué leur accord participaient à l'étude. En ce qui concerne le recrutement des enfants «sains », les parents des enfants répondant aux critères de sélection recevaient une lettre explicitant les objectifs de notre étude et la procédure utilisée. Une fois l'autorisation des parents reçue, un premier rendez-vous était pris avec l'enfant afin de réaliser un test de QI. Lorsque les scores de QI correspondaient aux critères de sélection, un second rendez-vous était pris pour la réalisation des tâches expérimentales.

Les deux groupes d'enfants étaient appariés selon l'âge, le sexe (chaque groupe était composé de 15 garçons et 5 filles) et le quotient intellectuel. Le tableau 2 présente l'âge et le QI moyen des participants.

Insérer le tableau 2 approximativement ici

Matériel et procédure

Le test utilisé pour évaluer l'empathie était l'«Empathy Response Task » de Ricard et Kamberk-Kilicci (1995). Il se compose de 16 histoires associées chacune à une image en couleur mettant en scène le personnage de l'histoire : 8 adaptées pour les filles et 8 autres pour les garçons. Les images évoquent la scène et l'émotion décrite dans l'histoire. Pour quatre d'entre elles, le visage de l'enfant dont on racontait l'histoire était resté blanc, ce qui représentait une difficulté supplémentaire : plutôt que d'identifier l'émotion à partir du visage, l'enfant doit réfléchir sur la situation qui vient d'être décrite. Quatre de ces histoires sont appelées « Episodes Simples » car une seule émotion est mise en scène. Les émotions

³ Les QI des enfants présentant un trouble oppositionnel figuraient dans leur dossier.

dépeintes dans ces histoires sont la joie, la colère, la tristesse et la peur. Les quatre autres sont des « Episodes Complexes » parce qu'ils racontent des événements induisant deux émotions opposées chez le personnage : joie-tristesse, joie-peur, joie-colère et peur-joie. Ces émotions opposées peuvent être successives ou simultanées.

Les 8 histoires étaient présentées dans un ordre aléatoire. Avant de lire l'histoire, l'image était placée devant l'enfant et restait devant lui tout au long de la lecture, de même que quand il devait répondre aux questions. Le récit était lu avec une tonalité de voix neutre. Une fois la lecture terminée, il était demandé à l'enfant de rappeler les éléments essentiels de l'histoire. Si l'enfant ne se souvenait pas bien des détails importants, le récit lui était de nouveau lu et il devait encore rappeler le contenu. Une fois assuré de sa bonne compréhension de l'histoire, les trois questions étaient posées :

- 1) Comment (le nom du personnage) se sent-il ?
- 2) Comment (le nom du personnage) te fait te sentir toi ?
- 3) Pourquoi (le nom du personnage) te fait-il te sentir ainsi ?

La cotation a été réalisée selon deux scores : un score de correspondance et un score d'interprétation (Ricard & Kamberk – Kilicci, 2000). Le **score de correspondance** représente le niveau de similarité entre l'émotion du personnage de l'histoire telle qu'elle est identifiée par le sujet (donnée à la question 1), et l'émotion ressentie par le sujet lui – même (donnée à la question 2). Ce score va de 0 à 2 (0 = aucune correspondance, 1 = correspondance approximative ou partielle, 2 = correspondance précise). Le **score d'interprétation** se réfère à la réponse donnée à la troisième question. Une note de 1 à 3 est attribuée selon la pertinence des éléments sur lesquels l'enfant fonde son interprétation (0 = sur des détails sans rapport, 1 = égocentrique, 2 = sur la situation, 3 = sur le personnage).

⁴ Il était demandé aux psychologues d'entourer les critères diagnostiques du trouble oppositionnel avec provocation présentés par l'enfant.

Résultats et Discussion

Sur base de ces deux scores, nous avons réalisé une analyse de variance simple entre les groupes contrôle et oppositionnel. Le seuil statistique est de 5%.

Score de correspondance :

Il y a une différence significative entre les deux groupes, $F(1, 38) = 16,56, p < 0,000$. Les enfants du groupe contrôle ont des scores supérieurs à ceux du groupe oppositionnel (9.03 Vs 7.56).

Score d'interprétation :

Il y a une différence significative entre les deux groupes, $F(1, 38) = 47,35, p < 0,000$. A nouveau, le groupe contrôle obtient des scores supérieurs à ceux du groupe oppositionnel (6.93 Vs 4.37).

Ces deux scores composant l'épreuve d'empathie, nous pouvons dire, de manière générale, que les enfants oppositionnels sont significativement moins empathiques que les enfants sains. Notre hypothèse est ainsi confirmée.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que, parmi les émotions présentées, c'est la colère qui est la plus rapidement reconnue par les enfants avec un trouble oppositionnel (temps de réaction moyen de 2.83 secondes Vs entre 2.85 et 3.94 secondes pour les autres émotions). Cette observation va dans le sens des résultats de Cadesky et al. (2000) Ceux-ci ont montré que la colère était l'émotion la mieux reconnue par les enfants avec trouble du comportement. Toutefois, nos résultats mettent en évidence un taux significativement plus élevé d'erreurs dans la reconnaissance de la colère ($p < 0.02$) chez les enfants oppositionnels (53 %) par rapport aux enfants du groupe contrôle (17 %). Ces erreurs consistent à identifier l'émotion colère lorsqu'elle n'est pas présente. Ces résultats vont dans le sens du biais d'attribution hostile mis en évidence par Milich et Dodge (1984) selon lequel les enfants avec un trouble du comportement ont tendance à attribuer des intentions hostiles aux autres.

Les enfants oppositionnels ont des difficultés à prendre la perspective d'un autre individu. Ils se centrent plus sur eux-mêmes, ne tenant compte réellement que de leurs propres pensées et sentiments et sont donc moins capables de faire une évaluation correcte de ce que l'autre ressent. De ce fait, ils réagissent de manière inappropriée. S'ils considèrent que leur agressivité n'est pas importante, mais qu'elle est plutôt une réponse positive envers les autres, nous pouvons imaginer qu'ils reproduisent ce comportement avec pour conséquence bagarre, dispute et rejet des autres.

Discussion générale et Conclusion

L'empathie étant liée aux comportements prosociaux, elle pousse l'individu à coopérer avec les autres, à partager ce qu'ils vivent et à venir en aide à ceux en souffrance. Elle demande de la part de la personne une capacité d'inférer le statut émotionnel de l'autre et de pouvoir se mettre à sa place. L'empathie est également un inhibiteur de l'agressivité : prendre la perspective de l'autre et se mettre à sa place diminue l'agressivité que l'on manifeste vis-à-vis de cette personne. Observer la souffrance ou le mal que l'on commet chez la victime peut entraîner l'arrêt de la conduite agressive (Davis, 1994). Par conséquent, il est possible que certaines relations sociales marquées par le conflit et l'agressivité soient sous-tendues par un déficit au niveau des réponses empathiques du ou des protagonistes impliqués.

L'habileté à percevoir les expressions faciales, mais aussi l'aptitude à y réagir sont primordiales dans les échanges interpersonnels de sentiments, de pensées et d'émotions. Avoir les capacités pour reconnaître les émotions faciales est une compétence facilitant des interactions sociales adéquates. Cela permet également d'évaluer l'effet que notre comportement a sur les autres et de pouvoir, si besoin est, le modifier pour l'ajuster à autrui (Singh et al., 1998). Les enfants qui ont des troubles du comportement ont des relations sociales empreintes d'agressivité et de conflits que ce soit avec leurs parents, pairs, professeurs ou autres, qui risquent de mener à l'exclusion. Cette agressivité résulterait

notamment de la difficulté que présentent ces enfants à identifier les expressions faciales émotionnelles et les émotions. De plus, le biais d'attribution hostile dont ils font preuve, affecte leur évaluation de la situation et leur façon de réagir.

C'est pourquoi il nous paraît important de sensibiliser les thérapeutes aux difficultés qu'éprouvent les enfants hyperactifs ou avec un trouble des conduites à reconnaître les émotions faciales. Ces difficultés pourraient provenir soit de déficits au niveau de la régulation des émotions ou encore au niveau de l'interprétation des signaux sociaux, soit de phases d'apprentissage et de modeling trop faibles, inefficaces ou encore incorrectes. Une analyse détaillée du comportement-problème déterminera le choix thérapeutique le plus approprié.

Quelles perspectives de traitement pour ces enfants qui souffrent d'un déficit d'empathie ? Il existe une série de techniques issues de la pratique cognitivo-comportementale, qui permettent d'entraîner les compétences empathiques de l'enfant avec succès. Parmi celles-ci, nous pouvons citer : l'entraînement à la perception interpersonnelle et à la réponse empathique, la focalisation initiale sur ses propres sentiments puis sur les similitudes entre soi et les autres, la prise de perspective, la prise de rôle, l'exposition à des stimuli activateurs émotionnellement, l'attribution de traits positifs, le modeling du comportement empathique et l'étude de personnes empathiques célèbres telle la Mère Thérèse. L'application de ces techniques permet à l'enfant, dans un premier temps, d'apprendre ce qu'est la réponse empathique, de quelle manière elle se développe, comment la reconnaître tant chez soi que chez autrui, comment y répondre, et, dans un second temps, de s'entraîner au comportement empathique. Une remédiation précoce au déficit d'empathie permettrait aux enfants qui en souffrent de développer des compétences empathiques et pro-sociales et, ainsi, de diminuer la fréquence de comportements agressifs liés au déficit.

AGE	MODE	MECANISMES D'EVEIL	SENS COGNITIF DES AUTRES	REponses EMPATHIQUES
0-1 an	Mode 1 Mode 2 Mode 3 Mode 4	Réaction circulaire primaire Imitation motrice Conditionnement classique Association directe	Fusion de soi et des autres Pas de distinction « soi - autres » claire	Souffrance empathique globale Partage d'affects négatifs Pas clair si c'est soi ou l'autre qui souffre
1-2 ans		Imitation motrice Conditionnement classique Association directe	Permanence de la personne atteinte Représentations internes de soi et des autres	La sympathie est maintenant possible puisque la distinction « soi - autre » est claire Tentatives d'aide aux autres souvent inappropriées car manque d'habiletés de prises de rôles
3-10 ans	Mode 5 Mode 6	Imitation motrice Conditionnement classique Association directe Association liée au langage Prise de rôle	Les habiletés de prise de rôle complexes se développent	Augmentation des habiletés de prises de rôle menant à de l'empathie plus sophistiquée avec affects multiples et parfois conflictuels Aide de plus en plus appropriée
10 ans -adulte		Imitation motrice Conditionnement classique Association directe Association liée au langage Prise de rôle	L'identité de la personne est achevée Continuité des autres à travers les situations et le temps	Empathie la plus avancée possible L'individu peut regarder au-delà des signaux situationnels vers les conditions de vie Capacités d'être empathique avec des catégories abstraites

Tableau 1: Modèle de l'empathie selon Hoffman (1984 ; 1987) : une synthèse affective – cognitive (Davis, 1994, p.38)

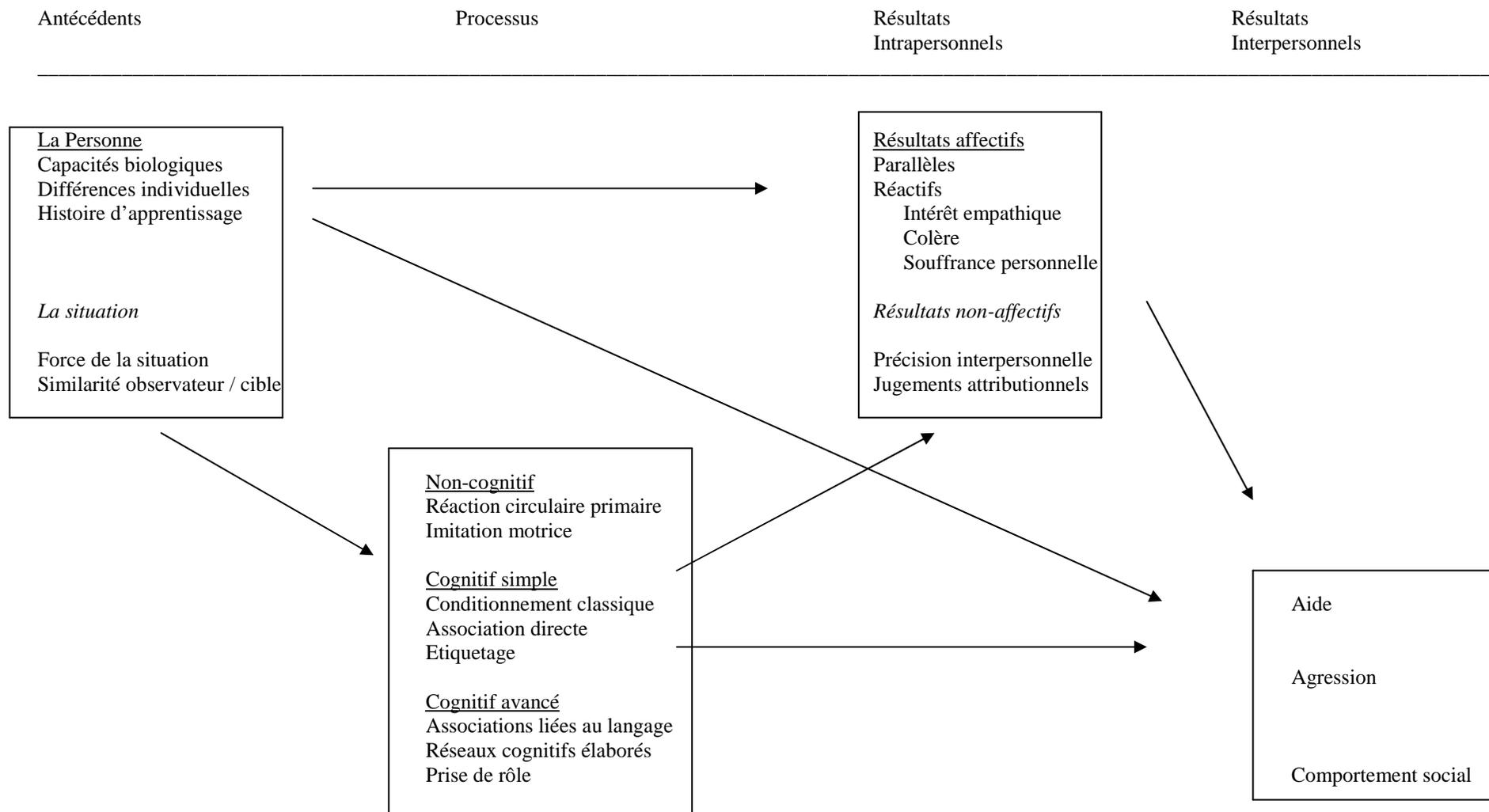


Figure 1 : Modèle organisationnel (Davis, 1994, p.13)

	Age en mois	QI
Participants présentant un trouble oppositionnel avec provocation	116,75 (18,93)	95 (11)
Participants sains	114, 80 (19, 35)	93 (9)

Tableau 2 : Moyennes et écarts-type de l'âge et du QI du groupe expérimental et du groupe contrôle.

Bibliographie

- Banerjee, M. (1997). Peeling the onion : A multilayered view of children's emotional development. In S. Hala (Ed.). *The development of social cognition. Studies in developmental psychology*.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bideaud, J., Houdé, O., & Pedinielli, J.L. (1993). *L'homme en développement*. Paris : Presses Universitaires de France
- Braaten, E.B., & Rosén, L.A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD Boys : differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 313-312.
- Cadesky, E.B., Mota, V.L., & Schachar, R.J. (2000). Beyond words : how do children with ADHD and /or conduct problem process nonverbal information about affect ? *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1160-1167.
- Camras, L.A. (1992). Expressive development and basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 269-283.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185-193.
- Davis, M.H. (1994). *Empathy : a social psychological approach*. Madison, Wis : Brown & Benchmark Publishers.
- Desbiens, N., Royer, E., Fortin, L., & Bertrand, R. (1998). Compétence sociale, statut sociométrique et réseaux affiliatifs des élèves en trouble du comportement: Perspectives d'intervention à l'école. *Science et Comportement*, 26, 107-127.

- Dobson, K., & Kendall, P. (1993). *Psychopathology and cognition*. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Dumas, J. E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Eisenberg, N. (1992). *The caring child*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987). *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Maszk, P., Smith, M., & Karbon, M. (1995). The role of emotionality and regulation in children's social functioning: A longitudinal study. *Child Development*, 66, 1360-1384.
- Eisenberg, N., Losoya, S., & Guthrie, I.K. (1997a). Social cognition and prosocial behavior. In S. Hala (Ed.), *The development of social cognition* (pp. 235-295). London, UK : Psychology Press.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Murphy, B.C., Guthrie, I. K., Jones, S., Friedman, J., Pouline, R., & Maszk, P. (1997b). Contemporaneous and longitudinal prediction of children's social functioning from regulation and emotionality. *Child Development*, 68, 642-664.
- Eisenberg, N., Shea, C.L., Carlo, G., & Knight, G.P. (1991). Empathy – related responding and cognition : a « chicken and the egg » dilemma. In W. Kurtines & J Gewirtz (Eds.), *Handbook of moral behavior and development*. Volume 2 : Research, pp. 63-88. Hillsdale, New York : Lawrence Erlbaum Associates.
- Feshbach, N.D. (1975). Empathy in children : some theoretical and empirical considerations. *The Counselling Psychologist*, 5, 25-30.

- Hala, S. & Carpendale, J. (1997). All in the mind. Children's understanding of mental life. In S. Hala (Ed.), *The Development of Social Cognition*. Studies in developmental psychology.
- Hatfield, E., Cacioppo, J.T., & Rapson, R.L. (1994). *Emotional Contagion*. Cambridge University Press.
- Hess, U., Philippot, P., & Blairy, S. (1999). Mimicry : Facts and Fiction. In P. Philippot, R. Feldman, & E. Coats (Eds.), *The social context of nonverbal behavior*. Cambridge University Press, pp. 213-241.
- Hoffman, M.L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. In C.E. Izard, J. Kagan, & R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior*, pp. 103-131. Cambridge : Cambridge University Press.
- Hoffman, M.L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*, pp.47-80. Cambridge University Press.
- Hoffman, M.L. (1991). Empathy, social cognition and moral action. In W.M. Kurtines & J.L. Gewirtz (Eds.), *Handbook of Moral Behavior and Development*. Volume 1: Theory (pp.275-302). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum.
- Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York : Plenum.
- Kappas, A. (1991). The illusion of the neural observer: On the communication of emotion. *Cahiers de Linguistique Française*, 12, 153-168.
- Keltner, D. (1996). Facial expressions of emotion and personality. In C. Magai (Ed.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp.385-400). New York : Academic Press.

- Kholler, W. (1929). *Gestalt Psychology*. New York: Liveright.
- Lagattuta, K.H., Wellman, H.M., & Flavell, J.H. (1997). Preschoolers' Understanding of the Link between Thinking and Feeling : Cognitive Cuing and Emotional Change. *Child Development, 68*, 1081-1104.
- Lipps, T. (1903). Einfühlung inner Nachahmung, und Organempfindungen. *Archiv für die gesamte psychologie, 2*, 185-204.
- Lipps, T. (1926). *Psychological studies*. Baltimore, MD:Williams and Wilkens.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Melzoff, A. N. (1993). The centrality of motor coordination and proprioception in social and cognitive development. In G. P. J. Savelsbergh. (Ed.), *The development of coordination in infancy (pp. 463-496)*. Amsterdam: Elsevier
- Milich, R. & Dodge, K.A. (1984). Social information processing in child psychiatry populations. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12*, 471-489.
- Miller, P.A., & Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing / antisocial behavior. *Psychological Bulletin, 103*, 324-344.
- Miller, P.A. Eisenberg, N., Fabes, R.A. & Shell, R. (1996). Relations of Moral reasoning and Vicarious Emotion to Young Children's Prosocial Behavior Toward Peers and Adults. *Development Psychology, 32*, 210-219.
- Norvilitis, J.M., Casey, R.J., Brooklier, K.M., & Bonello, P.J. (2000). Emotion appraisal in children with attention – deficit / hyperactivity disorder and their parents. *Journal of Attention Disorders, 4*, 15-26.

- Nowicki, S. & Duke, M. P. (1994). Individual differences in the nonverbal communication of affect: the Diagnostic Analysis of NonVerbal Accuracy scale. *Journal of Nonverbal Behavior, 18*, 9-35.
- Oatley, K.O., & Jenkins, J.M. (1996). *Understanding emotions*. Cambridge, MA : Blackwell Publishers.
- Omdhal, B.L. (1995). *Cognitive appraisal, emotion and empathy*. Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgement of the child* (trans.). London: Kegan Paul, Trench,
- Ricard, M., & Kamber-Kilicci, M. (1995). Children's empathic response to emotional complexity. *International journal of behavioral Development, 18*, 211-225.
- Singh, S.D., Ellis, C. R., Winton, A.S., Singh, N.N., Leung, J.P., & Oswald, D.P. (1998). Recognition of facial expressions of emotions by children with attention – deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification, 22*, 128-142.
- Stotland, E. (1969). *Exploratory investigations of empathy*. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol 4).
- Titchener, E. (1909). *Elementary psychology of the thought processes*. New York : Macmillan.
- Tourette, C., & Guidetti, M. (1998). *Introduction à la psychologie du développement : du bébé à l'adolescent*. Paris : Armand Colin.
- Wallon, H. (1997). *L'évolution psychologique de l'enfant*. Dixième édition. Paris : Armand Colin.
- Woodhead, M., Barnes, P., Miell, D., & Oates, J. (1995). Developmental perspectives on emotion. In P. Barnes (Ed.), *Personal, social and emotional development of children* (pp. 135-186).

