

L'empathie des mères et le bien-être de leurs enfants

Ati-Mola TCHASSAMA

Ecole Normale Supérieure d'Atakpamé TOGO,

atimola1111@yahoo.fr

Résumé

Le présent travail vise à étudier l'empathie des mères sur le bien être de leurs enfants. L'empathie est une posture particulière d'écoute. Autrement dit, elle permet d'écouter une personne en difficulté en vue de l'aider à les résoudre. Les nourrissons, faite du langage parlé expriment leurs besoins par des cris ou par un silence. Ceux qui ont déjà acquis le langage sont capricieux. Seule l'empathie permettrait aux mères d'orienter leurs enfants vers une prise en charge médicale efficace. Elle créerait la non violence des mères envers leurs enfants. Pour vérifier cela, une enquête par observation directe et entretien semi-dirigé a été menée auprès de 80 femmes nourrices de la commune d'Atakpamé. Les résultats montrent que les femmes qui ont de l'empathie pour leurs enfants suivent régulièrement les vaccinations, sont sensibles à la souffrance de leur enfant et consultent le médecin. Elles ne violentent pas leur enfant.

Mots clés : *Empathie, nourrisson, enfant et bien-être.*

Abstract

The present work aims to study the empathy of mothers on the well-being of their children. Empathy is a particular listening posture. In other words, it allows you to listen to a person in difficulty to help solve them. Infants, for lack of spoken language, express their needs by cries or silence. Those who have already acquired language are capricious. Empathy alone would enable mothers to refer their children to effective medical care. It would create nonviolence of mothers towards their children. To verify this, a direct observation and semi-structured interview was conducted with 80 women nurses in Atakpamé commune. The results show that women who have empathy for their children regularly monitor vaccinations, are sensitive to the suffering of their child and consult the doctor. They do not abuse their child.

Key words: *Empathy, infant, child and well-being.*

Introduction

Il existe 4 grandes étapes de la vie : l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, la vieillesse. Nous allons dans le présent travail étudier l'enfance dans le but de mieux le comprendre. La psychologie de l'enfant vise à donner les caractéristiques psychologiques de l'enfant et le développement de ses conduites afin de mieux l'éduquer. On ne peut comprendre la personnalité d'un individu que par référence à l'interaction réciproque des facteurs biologiques et du milieu (Piaget, 1967). L'enfant, pour mieux se développer, a droit au bien-être, il a droit à une bonne alimentation, à une bonne éducation, à une bonne protection, etc. La famille constitue le premier milieu qui assurerait ce bien-être à l'enfant. Celui-ci perçoit son environnement à partir des relations qu'il entretient avec sa famille. L'environnement maternel joue un rôle capital puisque depuis la conception jusqu'à la naissance, l'enfant se trouve dans une relation de symbiose avec sa mère. C'est la mère qui apporte à l'enfant les soins de base et le protège contre les effets néfastes de l'environnement. Dans ce sens ? Winnicott (1969 : 249) trouve que : « a compréhension maternelle des besoins de l'enfant est basée sur l'empathie ». L'UNICEF (2013) explique l'incapacité de protéger et promouvoir le bien-être des enfants a en effet des répercussions variées sur leur vie future. Ces conséquences vont de l'altération du développement

cognitif à l'affaiblissement des résultats scolaires, de la réduction des compétences, des aspirations à la baisse de la productivité et des revenus, de la hausse des taux de chômage à la dépendance croissante à l'égard de l'aide sociale, de la prévalence élevée des comportements antisociaux à la participation à des actes criminels, de la plus grande probabilité d'abus de drogues et d'alcool à l'augmentation du taux de natalité chez les adolescentes, et de la hausse des dépenses de santé. L'engagement national pour le bien-être des enfants est donc une obligation.

Le présent travail vise à étudier le lien entre l'empathie des mères et le bien être de leurs enfants. Cela assurerait le développement harmonieux des enfants. A travers la suite, nous expliciteront ce facteur du développement de l'être humain.

1 - Problématique

Dans des situations très difficiles, les enfants ont d'autant plus besoin de soins et de protection. Qu'ils soient victimes d'une catastrophe naturelle ou d'une maladie, il est crucial de se concentrer sur les besoins et le bien-être des enfants qui, généralement, sont des êtres vulnérables. C'est pourquoi la protection de l'enfance fait partie des préoccupations des gouvernants et des Institutions internationales. Prendre en compte les difficultés des enfants peut aider à renforcer leur bien-être.

1.1 - Bien-être

Pour Ben-Arieh et Frones (2007 : 1), « Le bien-être des enfants englobe la qualité de la vie au sens large. Il renvoie à la situation économique de l'enfant, à ses relations avec ses pairs, à ses droits politiques et aux possibilités d'épanouissement qui s'offrent à lui. La plupart des études se concentrent sur certains aspects du bien-être des enfants soulignant souvent les variations d'ordre social ou culturel. D'après OCDE (2009), le bien-être des enfants mesure la qualité de vie de ceux-ci. Pour Colombo (cité dans Pollard et Lee, 2003 : 65), le bien-être des enfants est « un concept multidimensionnel intégrant des dimensions mentales/psychologiques, physiques et sociales ». La dimension mentale/psychologique concerne le bien-être psychologique. La dimension physique fait allusion au bien être physique qui prend en compte les maladies biologiques. La dimension sociale se réfère au bien être social selon qu'on soit riche ou non. Ainsi, OCDE (2009) a distingué six (6) dimensions choisies pour couvrir les principaux aspects de la vie des enfants : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé et la sécurité, les comportements à risque, et la qualité de la vie scolaire. Chacune de ces dimensions combine plusieurs indicateurs qui, à leur tour, ont été choisis en partie pour leur relative sensibilité aux choix des pouvoirs publics. On comprend qu'il n'existe pas, pour le moment, une manière unique et

universellement de mesurer ce bien-être. C'est pourquoi lorsqu'on se réfère à UNICEF (2013), cinq (5) dimensions de la vie des enfants ont été prises en compte pour caractériser le bien-être.

Tableau 1 : *Différentes dimensions de bien-être des enfants en fonction de leurs composantes et indicateurs*

Dimensions	Composantes	Indicateurs
1 -Bien être matériel	dénuement monétaire et privation matériel	taux de pauvreté, de privation et d'aisance
2 - santé et sécurité	santé des enfants à la naissance, service de médecine préventive, mortalité infantile	taux de mortalité infantile, de faible poids à la naissance, de vaccination générale
3 -Education	participation -réussite scolaire	Evolution et réussite scolaire et performances scolaires
4-Comportements et risques	comportement à la santé, -comportement à risque, -exposition à la violence	aptitude de manger, surpoids, habitude de manger des fruits, activité physique, consommation de l'alcool, tabac, bagarres, brimade
5-Logements et environnement	logement et sécurité environnementale	nombre de pièces par personne, problèmes de

logement, taux
d'homicide et pollutions
atmosphériques

A travers ce tableau 1, on peut distinguer les cinq dimensions de la vie des enfants qui ont été prises en compte pour le cas de l'étude réalisée par UNICEF (2013). Il s'agit : le bien-être matériel, la santé et la sécurité, l'éducation, les comportements et les risques et enfin le logement et l'environnement. Au total, 26 indicateurs comparables à l'échelle internationale ont été inclus dans cette synthèse par rapport aux dimensions définies par l'OCDE. Nous n'avons retenu que ceux qui sont pertinents pour cette étude.

Nous prenons en compte dimensions physiques et psychologiques chez les enfants de 0-3ans qui sont respectivement la dimension 2 et 4. Ces dimensions correspondent à celle de la santé et sécurité et celle des comportements et risques.

Sur le plan national, au Togo, les statistiques sur le bien-être des enfants sont presque inexistantes. Ce qui explique notre motivation pour ce travail.

Dans la littérature, deux grandes approches traitent du bien-être des enfants (OCDE, 2009). La première oppose « l'approche développementaliste » et « l'approche fondée sur les droits de l'enfant ». L'approche développementaliste met l'accent

essentiellement sur l'accumulation de capital humain et de compétences sociales pour demain.

Cette vision à long terme du bien-être de l'enfant a été décrite comme centrée sur le « bien-devenir », se focaliser sur les aspects négatifs du bien-être des enfants. L'approche fondée sur les droits de l'enfant, en revanche, fait une large place à l'idée que les enfants sont des êtres humains qui jouissent d'un certain bien-être ici et maintenant. Les enfants sont associés à la définition de ce que pourrait être leur bien-être et de la façon de le mesurer (Casas, 1997 ; Ben-Arieh, 2007).

Elle s'intéresse généralement plus au côté positif du bien-être des enfants, fait une large place à l'idée que les enfants sont des êtres humains qui jouissent d'un certain bien-être ici et maintenant. Les enfants sont associés à la définition de ce que pourrait être leur bien-être et de la façon de le mesurer (Casas, 1997 ; Ben-Arieh 2007). La deuxième oppose les auteurs qui considèrent le bien-être du point de vue du coût social et individuel avec des indicateurs qui mesurent les facteurs indésirables comme la pauvreté, l'ignorance et la maladie et ceux qui souhaitent s'inscrire dans une perspective plus positive. Il arrive parfois que les différences entre l'approche développementaliste et l'approche fondée sur les droits de l'enfant soient plus apparentes que réelles puisque ce qui est à l'évidence bon pour le bien-être actuel de l'enfant peut aussi être important pour son bien-être futur. Par

exemple, la maltraitance nuit au bien-être des enfants ici et maintenant mais aussi, à plus long terme à leur bien-être en tant qu'adultes (Hood, 2007 ; Currie et Tekin, 2006).

La présente étude prend en compte l'approche développementaliste qui s'oppose à l'approche fondée sur les droits de l'enfant. L'approche développementaliste met l'accent une vision à long terme du bien-être de l'enfant (compétences sociales à long terme). L'approche fondée sur les droits de l'enfant : les enfants sont des êtres humains qui jouissent d'un droit du bien-être ici et maintenant). Ce qui est à l'évidence bon pour le bien-être actuel de l'enfant peut aussi être important pour son bien-être futur. Par exemple, la maltraitance nuit au bien-être des enfants ici et maintenant mais aussi, à plus long terme à leur bien-être en tant qu'adultes (Hood, 2007 ; Currie et Tekin, 2006). Pour éviter la maltraitance infantile, cela renvoie à une nécessité d'une conduite empathique chez les parents. C'est ce que Winnicott (1969) recommande pour tout soignant pour ses patients devenu nourrisson, cette attitude comparable à celle de la mère d'un enfant à naître ou d'un nouveau-né. « La mère qui s'identifie à son bébé, par son empathie, perçoit tout ce qui concerne le nourrisson » (Winnicott, 1969 : 244). « La mère comprend exactement les besoins de son enfant » (Winnicott, 1969 : 251). « L'environnement fiable implique l'empathie de la mère ».

1.2 - Empathie

L'empathie est une posture particulière d'écoute. Freud (1929) a défini l'empathie comme la voie qui mène à la compréhension d'une autre vie psychique, Winnicott (1969) l'a décrite comme inhérente aux soins maternels. Pour Freud (op. cit.), l'*empathie* est ce processus qui prend la plus grande part de notre compréhension de ce qui est *étranger au moi* chez d'autres personnes. L'empathie nous aide donc à entendre ce que l'autre n'entend pas de lui. Daniel Widlöcher note que la notion d'empathie se développe à partir du moment où les notions de contre-transfert et d'intersubjectivité prennent toute leur importance. Il est l'équivalent psychologique de ce que sont les soins sur le plan du holding, handling. Le holding est la manière dont le bébé est traité psychologiquement sur le plan amour ou affection maternelle. Le handling concerne les soins physiques que la mère apporte à son nourrisson. Il s'agit de la manière de bercer ou de soigner l'enfant, par exemple, porter l'enfant au dos, le caresser, passer des pommades, l'amener à l'hôpital quand c'est nécessaire. Avec les deux attitudes, la mère se plonge dans une psychose maternelle parce qu'elle se détache du monde et toute ses intensions sont fixées sur son bébé qu'elle aime plus que tout et parfois on a l'impression qu'elle oublie son mari. C'est un état d'hypersensibilité de la mère (presque une maladie), état qui permet de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant

avec délicatesse et sensibilité. L'empathie est la capacité de reconnaître les sentiments d'une autre personne et de se mettre à sa place pour comprendre comment elle se sent. Elle est différente de la sympathie, qui signifie partager la peine des autres lors d'un événement malheureux (Mucchielli, 1971). Un enfant qui a de l'empathie est sensible aux autres et cela renforce les liens avec d'autres personnes en tenant compte de leurs émotions. L'enfant prend conscience des effets négatifs ou positifs que peuvent avoir ses actions. Il comprend, par exemple, que certains mots et gestes peuvent blesser, mais que d'autres peuvent reconforter et consoler. En nous référant à Winnicott (1969), l'empathie se développe chez les enfants suivant les phases suivantes.

-Avant 1 an

Chez le bébé de moins de 1 an, l'empathie n'est pas encore présente. Toutefois, votre bébé vous imite s'il vous voit sourire, froncer les sourcils ou tirer la langue. Il est intéressé par les visages et, entre 6 mois et 12 mois, il peut faire la différence entre les expressions du visage qui expriment de la joie ou de la tristesse, par exemple l'enfant réussit peu à peu à comprendre ce que les autres ressentent en se mettant à leur place.

-Entre 12 mois et 18 mois

A cet âge, l'enfant est curieux et s'intéresse de plus en plus aux autres enfants. Il continue à imiter les adultes qui l'entourent et

peut poser certains gestes de réconfort, comme aller faire une caresse ou calmer un autre enfant lorsqu'il le voit pleurer.

-Entre 18 mois et 3 ans

L'empathie varie selon les enfants. Certains semblent avoir une sensibilité plus naturelle à ce que les autres vivent. Par exemple, vers 2 ans, ils peuvent aider spontanément un autre enfant sans qu'on leur demande. Par contre, il n'arrive pas encore à se mettre à la place de l'autre et à comprendre comment il se sent ni pourquoi.

Dans ce cas, Winnicott (op. cit.) met l'accent sur le rôle de l'environnement dans le développement humain et sur l'importance des premières relations mère/bébé. En s'appuyant sur ces idées Winnicottiennes, Bourque (2016) évoque le rôle du père comme un père qui marque les limites dans les comportements de l'enfant et qui joue aussi un rôle de soutien de la mère. Jusque vers 2 ans, les enfants ne savent pas encore vraiment jouer entre eux. Cela est dû à l'égoïsme persistant à cet âge. L'enfant de cet âge est jaloux de ses jouets et de ses œuvres et de la tendresse de sa mère. Il prend de plus en plus conscience de lui-même et, a tendance à s'affirmer ; c'est ce qui explique le négativisme, l'obstination (opposition aux parents). Il reste très attaché à son père, à sa mère et aux personnes avec qui il vit.

Baldwin (1948) serait le précurseur concernant l'étude des pratiques parentales. Dans son étude longitudinale, il a observé plusieurs enfants dans leur famille de la naissance à l'âge adulte. Les résultats de son étude ont fait ressortir deux dimensions principales qui caractérisent les pratiques parentales: le contrôle et la démocratie. Le contrôle est caractérisé par des restrictions imposées par le parent alors que la démocratie met l'accent sur la communication bidirectionnelle (parent-enfant) concernant les règles et les décisions à prendre. Vers le milieu du siècle, les interprétations de la théorie psychanalytique les résultats de certaines recherches ont démontré les effets négatifs de la punition et des restrictions sur l'enfant. Ce qui a amené un nouveau courant de pensée: le mouvement des droits de l'enfant. Ce dernier stipule que l'enfant a une tendance naturelle à s'autoévaluer : laissé à lui-même, l'enfant apprend tout ce qu'il a besoin de savoir et adopte des comportements approuvés socialement (Baumrind, 1978). Contrairement à l'idéologie du courant de pensée sur la discipline autoritaire, celle de la discipline permissive incite les parents à ne pas brimer l'expression de l'auto-actualisation de l'enfant et à ne pas façonner les comportements de ce dernier. Par contre, selon Baumrind (1978), les parents n'ont pas à choisir nécessairement entre un style autoritaire et un style permissif, elle propose un troisième style nommé « autoritative » qui concilie plaisir et responsabilité ainsi

que liberté et obligation dans la relation parent-enfant. Le terme « autoritative » signifie « démocratique ». Le parent démocratique utilise les explications ou le verbal avec l'enfant concernant les politiques parentales et écoute ses objections s'il refuse de se conformer aux règles. Le parent perçoit ses droits et ses responsabilités ainsi que ceux de son enfant comme étant complémentaires. Il valorise la discipline et l'autonomie de l'enfant tout en demeurant réceptif aux besoins de ce dernier. Le parent a comme tâche d'ajuster ses demandes et la discipline qu'il exige, aux capacités de l'enfant. Selon l'auteure, la discipline « démocratique » est particulièrement importante quand l'enfant doit assumer ses rôles sociaux et intégrer les valeurs pro-sociales vers l'âge de sept ans. Les parents doivent alors encourager la responsabilité tout en valorisant l'indépendance et l'individualité de l'enfant. Ehrhard, Toraille et Villars (1982). C'est bien dans une attitude démocratique que doit être recherché un nouveau style de relations d'autorité. L'éducateur doit faire preuve, à l'égard des apprenants, d'une attitude d'acceptation inconditionnelle. Cependant, la congruence l'autorise à ne pas cacher sa colère.

De ce qui précède, l'empathie permettrait aux mères d'orienter leurs enfants vers une prise en charge médicale efficace. Elle créerait la non violence des mères envers leurs enfants. Ce travail

permettrait de préciser les facteurs qui déterminent le développement de l'enfant afin de mieux assurer son bien-être.

Au Togo, il n'existe pas encore des études permettant d'explorer la relation entre l'empathie des mères et le bien-être de leurs enfants. Ce qui explique notre motivation pour ce travail. La démarche méthodologique suivante a permis de vérifier nos hypothèses énoncées.

2 - Méthodes

Deux grandes approches peuvent être utilisées pour évaluer le bien-être des enfants. La première consiste pour le chercheur, à se référer et à analyser les dimensions qui caractérisent le bien-être de l'enfant déjà définies dans la littérature, celles de l'OCDE (2009) et UNICEF (2013). La deuxième consiste à demander directement aux enfants comment ils voient leur bien-être. Nous avons pris en compte les deux approches pour cette étude. Pour l'analyse des dimensions, nous n'avons pris en compte que les dimensions physiques et psychologiques chez les enfants de 0-3ans qui sont respectivement la dimension 2 et 4. Ces deux dimensions correspondent à celle de la santé et sécurité puis à celle des comportements et risques.

Dans notre contexte, la dimension relative à la santé et sécurité concerne la prise en charge des maladies des enfants et des vaccinations. Si la prise en compte des maladies diffère d'un enfant à un autre, dans le cas des vaccins, on distingue ceux qui

sont obligatoires et ceux sont aussi indispensables mais facultatifs. Au Togo, d'après les le corps médical, il existe 5 vaccinations obligatoires dans le programme PEV Togo et qui se font suivant de différentes périodes suivantes :

- 1 semaine après la naissance, l'enfant doit faire son premier vaccin de BCG, anti tuberculose,
- 6 semaines, il fait le Pentavalent 1,
- 10 semaines (Pentavalent 2)
- 14 semaines (Pentavalent 3) contre les infections pulmonaires et hépatite et après
- 9 mois (vaccin contre la rougeole).

Pour le cas de la dimension liée aux comportements et risques, nous avons retenu les facteurs qui exposent les enfants à la violence. Etymologiquement, le mot violence vient du latin *vis*, qui désigne l'emploi de la force sans égard à la légitimité de son usage. La violence est donc l'utilisation de la force physique ou psychologique pour contraindre, dominer, causer des dommages ou la mort d'une personne. Elle implique des coups, des blessures, des injures, des privations, de la souffrance. Dans le cas de cette étude, nous pensons que priver un enfant d'une vaccination est une violence. Mais en plus de cette privation, certaines mères frappent leurs enfants.

Nous avons jugé que les enfants de 0 à 3 ans sont trop petits pour parler de leur bien-être mais pourtant sensibles à l'empathie de

leur mère. C'est pourquoi, au lieu de demander à ces enfants de nous parler de leur bien-être, une enquête par observation directe et entretien semi-dirigé a été menée auprès de 20 femmes nourrices consentantes ayant des enfants de 0 à 3 ans de la commune d'Atakpamé. Une analyse documentaire des carnets de vaccination a été faite. Les résultats ci-dessous permettent de mieux l'expliquer entre les deux variables de cette étude. Ceux-ci ont été analysés quantitativement et qualitativement.

3 - Résultats

Cette étude vise à mettre en relation l'empathie des mères et le bien-être de leurs enfants.

L'observation a permis d'analyser l'attitude empathique chez les mères. Chez nos enquêtées, celle-ci est caractérisée par une attitude d'écoute et de compréhension des mères vis-à-vis de leurs enfants. On observe chez ces mères les soins sur le plan du holding, handling qu'elles apportent à leurs enfants. Elles portent leur enfant au dos, le caresser, lui passer de la pommades.

Les résultats recueillis et présentés dans les tableaux suivants mettent en exergue ce lien à partir des deux dimensions du bien-être de l'enfant qui correspondent à celle de la santé et sécurité puis à celle des comportements et risques.

Tableau 2 : *Répartition maman en fonction de la régularité des vaccinations et de soins de leurs enfants*

Effectifs et pourcentages de réponses des
enquêtés

Types de traitements	Oui		Non		Total	
Mamans ayant suivi régulièrement les 5 vaccinations obligatoires de leurs enfants	17	85%	3	15%	20	100%
Mamans ayant fait les vaccinations non obligatoires	0	0%	20	100%	20	100%
Mamans qui optent pour l'hôpital à chaque malaise chez leur enfant	13	65%	7	35%	20	100%

Le tableau ci-dessus montre que la majorité des mamans (85%) contre 3% ont vacciné régulièrement leur enfant. Cependant, toutes n'ont pas fait les vaccinations non obligatoires qui pourraient protéger leur enfant contre d'autres maladies. Elles sont nombreuses (65%) contre 35% à opter pour les soins à l'hôpital, en cas de malaise de leur enfant. Le tableau suivant nous renseigne sur la dimension du bien-être des enfants liée aux comportements et risques.

Tableau 3: Répartition des mamans en fonction de leur attitude envers leurs enfants

Types de traitements	Effectifs et pourcentages de réponses des enquêtés			Total	
	Oui	Non			
L'enfant doit être frappé	20 100%	0 0		20	100%
Mamans ayant déjà frappé	11 55%	9		20	100%

A travers ce tableau, on constate que toutes les mamans enquêtées pensent que les enfants ayant un âge compris entre 2 à 3 ans doivent être frappés. Ainsi, la majorité (55%) d'entre elles ont déjà frappé leur enfant. La suite nous permet de mieux expliciter ces différents résultats.

4 - Discussion

Si depuis la conception jusqu'à la naissance, l'enfant se trouve dans une relation de symbiose avec sa mère. C'est celle-ci qui doit lui apporter les soins de base et le protéger contre les effets néfastes de l'environnement. Cela ne peut être possible que par l'empathie avec délicatesse et sensibilité (Freud, 1929 ; Winnicott, 1969). Nos résultats vont dans le même sens que Freud et Winnicott puisqu'ils montrent cet état d'empathie chez certaines mères qui sont régulières pour la vaccination de leurs enfants, optent pour l'hôpital quelque soit le malaise qu'elles ne violentent pas aussi. Par contre, il existe d'autres mères qui ne sont pas en phase avec ces attitudes. Malgré les sensibilisations sur le bien fait des vaccinations par le service de la santé, ceux-ci s'opposent à ces vaccinations parce qu'ils doutent de leurs effets sur les enfants. Cela s'explique par le fait qu'ils ont une représentation stéréotypée de ces vaccins. Ils vont jusqu'à violenter leurs enfants. Or, la maltraitance nuit au bien-être des enfants et impacte leur devenir (Hood, 2007 ; Currie et Tekin, 2006). Ces mamans ne

perçoivent pas leurs droits et ses responsabilités ainsi que ceux de son enfant comme étant complémentaires. II Elles ne sont pas réceptives aux besoins ou aux droits de leurs enfants. Pourtant un parent a comme tâche d'ajuster ses demandes et la discipline qu'il exige, aux capacités de l'enfant. C'est pourquoi, la discipline démocratique est particulièrement importante quand l'enfant doit assumer ses rôles sociaux et intégrer les valeurs pro-sociales vers l'âge de sept ans (Baumrind, 1978), Elles présentent une attitude autoritaire et ne font pas preuve, à l'égard des enfants, de l'empathie et d'une attitude d'acceptation inconditionnelle (Ehrhard, Toraille et Villars, 1982). Cela agirait sur le développement de l'empathie et du bien-être chez les enfants parce que ceux-ci se trouvent dans une étape sensible de leur développement où ils sont capables de faire la différence entre les expressions du visage qui expriment de la joie ou de la tristesse, peuvent comprendre ce que les autres ressentent en se mettant à leur place. Ces mamans ne jouent pas leur rôle psychologique de ce que sont les soins sur le plan du holding, handling et ne font aussi preuve d'être dans un état d'hypersensibilité qui permet de s'adapter aux besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité (Winnicott, 1969).

Conclusion

Les enfants sont des êtres humains qui jouissent d'un droit du bien-être. Malheureusement, dans nos milieux, ces droits sont

négligés par certains parents. Des efforts doivent être encore faits afin de combattre cela. Nos résultats ont montré que l'empathie des mères a un impact positif sur le bien-être de leurs enfants. Cette étude n'a pas pris en compte toutes les dimensions relatives au bien-être des enfants et encore moins tous les indicateurs. Des études prochaines peuvent être entreprises dans ce sens et en prenant en compte l'opinion des enfants.

Bibliographie

Baumrind, D. (1978). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev*, 37, pp. 887–907.

Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11,1, pp. 56-95.

Ehrhard, J. Toraille, R. et Villars, G. (1982). *Psychopédagogie pratique, l'Education scolaire et ses problèmes*. Paris : Librairie.

Freud, S. (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. “*Étranger au moi* ” et non “*étranger à notre moi* ”, écrit Freud. la Standard Edition.

Guntrip, H. (1977). Mon expérience de l'analyse avec Fairbairn et Winnicott, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 15.

Linda B. H. (2003). *L'analyse de Masud Khan par D. W. Winnicott : une étude préliminaire des échecs de l'utilisation de l'objet*, « la perversion narcissique », *Revue française de Psychanalyse*, t. LXVII, 3.

Mucchielli, R. (1971). *Communication et réseau de communication*, Paris, PUF.

Widlöcher, D. W. (1999). Affect et empathie, *Revue française de Psychanalyse*, t. LXIII, n° 1,

Winnicott, D. W. (1961). La théorie de la relation parent-nourrisson, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, p. 240.

Winnicott, D. W. (1969). The mother-infant experience of mutuality, in *Parenthood*, éd. Anthony and Benedek.

Winnicott D. W. (1995), *Conseils aux parents*, Payot, 1995, p. 126.