

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du
diplôme de master en psychologie clinique.**

Thème :

**La souffrance psychologique chez les mères
célibataires.**

**(Etude clinique de quatre cas au niveau de Dar
Errahma à Bir-Khadem).**

Réalisé par :

M^{elle} HAMIMI Samira.

Encadré par :

Mr GACI Khelifa.

Année universitaire 2015-2016

Remerciements

Ecrire les remerciements n'est chose évidente. Cela est certainement dû au fait que la liste des personnes à remercier soit longue, et je risque d'en oublier certains.

C'est d'ailleurs toutes ces personnes que j'oublierai par inadvertance que je remercie dès lors.

Tout d'abord je remercie dieux qui m'a donné le courage pour achever ce travail.

Je tiens maintenant à remercier :

- Mon encadreur Mr GACI Khelifa qui m'a encadré tout au long de la réalisation de ce travail avec tant de patience et de pédagogie ainsi que pour ses prodigieux conseils.

-Dr Redjdal FERHAT, qui sans lui ce travail n'aurait pas vu le jour.

-Mr BOUICHE Mahrez que je remercie du fond du cœur pour son aide et son encouragement.

-J'adresse mes vifs et profonds remerciements au professeur CHITOUR Fadila et Mme FATMA zahra Mokrane du réseau wassila.

- Melles Hadjila Et Faiza de LADDH que je remercie pour leur précieuse aide.

-Je tiens également à remercier tout le personnel de DAR ERRAHMA de BIR-Khadem à sa tête Mr Bouaza, Mr Louiz Brahim, Mme Hammouche Karima, Mme Labane Saida, Mr Idir, Melle Amina ainsi que Melle Nawal la psychologue pour leur accueil chaleureux.

Merci aux membres de jury d'avoir évalué ce travail.

Dédicaces :

Ce modeste travail est dédié en premier lieu à :

-Mes très chers parents Hachimi et Zaina en leur témoignant ma profonde gratitude et affection, merci pour les efforts déployés afin que j'arrive à ce que je suis devenue aujourd'hui.

-Mes très chères sœurs Diya et Sissa que j'adore.

-Mon cher frère Sissou que j'aime tant.

-Mon très cher mari Moussa qui m'a beaucoup soutenu ainsi qu'à ma belle-famille.

-Mes tantes Foufa et Dida que je chérie beaucoup et leurs maris Bachir et Lhacen.

-Mon oncle Gaya qui me manque tant.

-Mon oncle Redjdal Farhat, sa femme Nacira et ses deux enfants Mohamed et Akram.

-À la mémoire de mes défunts grands-parents : El-hacen, Lahlou, Zahra, Ljida et Menoun, ainsi qu'à mes tantes Nacira et Mina et mon oncle Abd- Louhab et mon cher cousin Fahim que je n'oublierai jamais.

-Mes cousins et cousines Mayas, Youba, Adim, Hichem, Lounis, Lahlou, Abdellah, Idir, Karim, Wahib, Rafik, Ljoudi, Farhat, Rabah, Sofiane, Amir, Nounou, Samy, Toufik et Lounes.

-Mes cousines : Halla, Sonia, Warcha, Roupi, Sana, les deux Sakina, Djidji, Sofia, Warda, Isma, Fouzia, Yasmina, Bida, Rosa, Tiha, Rima, Yasmine, Sarah, Katia, Nadjat, Dania, Akila, Hinda, Souhila, Hiba Nadiya, Dalila et Louiza .

-Mes meilleur(e)s ami(e)s : Imane, Kahina, Lahna, Kiki, Said, Mirou et Axel.

Liste des abréviations :

ANP: Armée Populaire Nationale.

BDI-II: Beck Depression Inventory.

CENEAP : Centre national d'études et d'analyses pour la population et le développement.

CPA : Code Pénal Algérien.

DASS: Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité.

DSM-IV-R: Diagnostic and Statistical Manual of mental diseases, 4th version revised.

ICD: International Classification of Diseases.

INSERM: Institut National de la Santé et la Recherche médicale.

OMS: Organisation Mondiale de la Santé.

T.C.C : Thérapies cognitivo-comportementale.

TIP : thérapies interpersonnelles.

Liste des tableaux et des schémas :

a-liste des tableaux :

Numéro du tableau	titre	Page
N° 01	Tableau récapitulatif des âges des mères célibataires.	31
N° 02	Répartition des naissances selon le sexe.	43
N° 03	Tableau récapitulatif des décisions de garde ou d'abandon des enfants.	44
N°04	Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude.	52
N°05	Tableau récapitulatif du mouvement des mères célibataires pour l'année 2016	53
N° 06	Tableau représentatif des notes seuil au BDI-II.	63
N° 07	Tableau représentatif des résultats du BDI-II du cas de Mlle (H).	70
N° 08	Tableau représentatif des résultats du BDI-II du cas de Mlle (F-Z).	76
N° 09	Tableau représentatif des résultats du BDI-II du cas de Mlle (K).	81
N° 10	Tableau représentatif des résultats du BDI-II du cas de Mlle (S).	84

b-liste des schémas :

Numéro des schémas	titre	page
N°01	Schéma graphique récapitulatif des âges des mères célibataires.	31
N°02	Schéma graphique récapitulatif des naissances selon le sexe.	44
N°03	Schéma graphique récapitulatif des décisions de garde ou d'abandon des enfants.	45

Table de matières :

Introduction	1
Cadre général de la problématique	4

Partie théorique

Chapitre I : la souffrance psychologique.

Préambule.....	10
1. La souffrance psychologique	10
1.1. Définition de la souffrance.....	10
1.2. Définition de la souffrance psychologique.....	11
3. Les forme de la souffrance psychologique.....	12
3.1 La douleur.....	12
3.1.1. Définition de la douleur.....	12
3.2. L'angoisse.....	12
3.2.1. Définition de l'angoisse.....	13
3.2.2. Les types de l'angoisse.....	13
a. L'angoisse réelle	13
b. l'angoisse névrotique.....	13
c. l'angoisse morale.....	13

3.3. Le traumatisme.....	14
3.3.1. Le traumatisme psychique.....	14
3.3.2. La clinique du trauma.....	14
3.3.3. La phase post-immédiate.....	14
3.3.4. La phase différée	14
3.4. La dépression.....	15
1. Aperçu historique sur la dépression.....	15
2. Définitions de la dépression.....	16
3. La symptomatologie de la dépression.....	18
4. Les causes de la dépression.....	18
4.1. La situation.....	19
4.2. La pensée.....	19
4.3. L'émotion.....	19
4.4. La physiologie.....	19
4.5. L'action.....	19
5. Les formes de la dépression.....	20
6. la classification de la dépression.....	23
6.1. La classification de l'OMS.....	23
6.2. La classification française de l'INSERM.....	24
6.3. La classification selon les organicistes.....	24
6.4. La classification selon la psychanalyse.....	25

6.5. La classification selon les cognitivistes.....	25
6.6. La classification selon l’ethnopsychiatrie.....	25
6.7. La classification selon le DSM-IV-TR.....	26
7. La prise en charge de la dépression	26
7.1. Les antidépresseurs.....	26
7.2. Les psychothérapies.....	26
7.2.1. Les thérapies cognitivo-comportementales.....	27
7.2.2. Les thérapies familiales.....	27
7.2.3. Les thérapies interpersonnelles.....	27
Conclusion du chapitre.....	28

Chapitre II : Les mères célibataires.

Préambule.....	30
1. Historique des mères célibataires.....	32
2. Définitions des mères célibataires.....	33
2.1. Définition psychologique	33
2.2. Définition sociologique.....	33
2.3. Définition selon le dictionnaire Larousse.....	34
2.4. Définition selon la religion.....	34
2.5. Définition selon l’institution juridique.....	35
a. La mère célibataire en droit pénal.....	35

b. La mère célibataire et le droit de la famille.....	35
3. La maternité célibataire.....	36
3.1. Imaginaire de la maternité.....	36
4. Motivations inconscientes des mères célibataires.....	42
4.1. Spécificité du comportement des mères célibataires.....	42
4.2. La relation mère-enfant.....	43
4.3. Les enfants nés hors mariage	43
5. l'enfance abandonnée et l'infanticide.....	45
Préambule.....	45
5.1. Définition de l'enfance abandonnée.....	46
5.2. Les conséquences de l'abandon sur les enfants.....	46
5.3. L'infanticide.....	48
5.3.1. Définition de l'infanticide	48
Conclusion du chapitre.....	49

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologique de recherche

Préambule.....	51
1. Pré-enquête.....	51
2-Méthode de la recherche :	
2.1. La méthode clinique.....	51
2.2. La démarche descriptive.....	52

3. Le groupe d'étude.....	53
4. Stratégie de la recherche.....	54
4.1. Conditions de la recherche.....	54
4.2. Présentation du lieu de stage	54
4.3. Prise en charge des mères célibataire.....	55
5. Les outils de la recherche.....	56
5.1. L'entretien clinique de la recherche.....	56
5.2. L'entretien clinique semi-directif.....	57
5.3. Le guide d'entretien.....	57
5.4. L'inventaire de dépression de Beck.....	59
Conclusion du chapitre.....	63
 Chapitre VI : Présentation, analyse et discussion des hypothèses	
Préambule	65
1. Présentation et analyse des résultats des cas.....	65
1.1. Présentation du cas de Melle (H).....	65
1.2. Présentation du cas de Melle (F.Z).....	71
1.3. Présentation du cas de Melle (K).....	77
1.4. Présentation du cas de Melle (S).....	81
Discussion des hypothèses.....	85
 Conclusion générale.....	89

Liste bibliographique.

Annexes :

Annexe n°01 : le guide d'entretien destiné aux mères célibataires.

Annexe n°02 : les tableaux des réponses au BDI-II des 04 cas

Tableau des réponses du cas de Melle (H).

Tableau des réponses du cas de Melle (F-Z).

Tableau des réponses du cas de Melle (K).

Tableau des réponses du cas de Melle (S).

Annexe n°03 : l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II).

Résumé.

Introduction générale :

En général être mère n'est sûrement pas une chose facile, elle doit gérer les changements physiques et psychiques engendrés par l'arrivée d'un enfant ; d'autant plus s'il est question d'une mère célibataire qui doit faire face au fait qu'elle ait engendré un enfant sans mariage.

Considéré comme un thème inquiétant et comme une question nettement épineuse, le sujet des mères célibataires est aujourd'hui une réalité criarde dans notre société et qui suscite un champ d'intervention pour plusieurs auteurs.

Au cours de nos études et nos lectures, nous avons été confrontés à la souffrance des mères éprouvée par leur grossesse. Ces femmes ont souvent des difficultés à exprimer leurs besoins, leurs souffrances, leurs frustrations ainsi que leurs souhaits et leurs espoirs.

C'est bien dans ce sens que l'on a décidé d'adopter le thème de recherche intitulé comme suit :

« La souffrance psychologique chez les mères célibataires », et ça dans le but de vérifier l'existence d'une dépression chez ces dernières.

Pour réaliser cette présente recherche, nous avons opté pour une approche cognitivo-comportementale, qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils qu'on a décidé d'utiliser.

Il est vrai que l'approche psychanalytique permette par excellence l'appréhension de la souffrance psychologique des mères célibataires, mais on considère de notre part, que même l'approche cognitivo-comportementale soit adéquate avec notre problématique, et ce en raison des outils de recherche adoptés et de l'objectif de notre recherche.

Dans le cadre de cette dernière année d'études en psychologie clinique, on a eu l'occasion de réaliser notre stage pratique à Dar Errahma à Bir-Khadem à Alger, qui accueille cette catégorie de femmes pour une prise en charge qui

Introduction générale :

consiste essentiellement dans le suivi et l'accompagnement durant le pré et le post-partum ; et dans lequel on a pu sélectionner 04 cas.

Ce présent travail tourne autour de deux parties à savoir : une **partie théorique** et une **partie pratique**.

La partie théorique est organisée autour de deux chapitres théoriques :

Ainsi, ce mémoire porte un premier chapitre qui est celui des mères célibataires considérées comme des femmes fragilisées, très sensibles à la moindre remarque, vécue comme dévalorisante. Et c'est bien pour cette raison qu'elles sont plus sensibles à tout jugement.

Ce sont aussi des femmes en grandes difficultés relationnelles, qui impliquent un sentiment de culpabilité engendré par le fait d'avoir conçu un enfant hors-mariage.

Dans ce premier chapitre, on a commencé par un bref aperçu historique concernant la trajectoire de l'appellation des mères célibataires, définitions de la notion des mères célibataires, les motivations inconscientes de ces dernières et nous l'avons achevé par la question de l'enfance abandonnée et l'infanticide puisque les mères célibataires et celles-ci forment une tryade incontestable.

Après avoir présenté le chapitre des mères célibataires, on entamera le deuxième chapitre qui porte sur la souffrance psychologique. Dès lors, on abordera cette dernière, on vous présentant une définition de la souffrance en général puis présenter les formes de la souffrance psychologique, ensuite nous préciserons les variables de notre recherche à savoir la dépression.

Pour ce qui en est de la deuxième partie qu'est la partie pratique qui sera une suite de la partie théorique, on va enchaîner par le troisième chapitre qui portera sur la méthodologie de la recherche dans lequel nous parlerons sur notre

Introduction générale :

pré-enquête, puis nous présenterons le lieu de la recherche, ainsi que le groupe de la recherche, et enfin les outils de la recherche .

Quant au quatrième et dernier chapitre, il sera consacré à la présentation, l'analyse des résultats ainsi que la discussion des hypothèses émises. (Les résultats de l'entretien semi-directif et de l'inventaire de dépression de Beck « BDI-II »).

Et à la fin, pour que notre travail de recherche soit mené à bon terme, nous achèverons par une conclusion générale, dont on va rappeler de façon synthétique les travaux précédant, dégager les principaux résultats obtenus et montrer ce que l'on a apporté de plus ou de divergeant par rapport à nos précurseurs dans cette recherche, et enfin envisager d'ouvrir le champ à d'éventuelles recherches et d'autres perspectives ; une liste bibliographique et les annexes.

Cadre général de la problématique :

La maternité constitue la création d'un nouvel être, elle est un bouleversement dans la vie, elle comporte la prise d'un rôle nouveau, cette maternité apparaît de ce fait, comme un état plus ou moins désiré, ou même craint.

Les représentations associées à la maternité et à l'enfant sont des représentations sociales : l'acte sexuel, la grossesse, la relation avec l'enfant sont autant de signifiants, de désirs et de liens très précoces mère-enfant pour la mère célibataire.

Cette maternité est également un état irréversible, modifiant les relations interpersonnelles de la mère célibataire, son mode de vie, son statut social, ainsi que la perception qu'elle a d'elle-même.

Hélène Deutsch dans « psychologies des femmes », nous montre que la grossesse à sa propre signification psychologique a côté du fait qu'elle soit un prélude à la maternité.

Ces femmes en proie aux agressions et aux conflits, et dont le sentiment de solitude est augmenté par le manque de tendresse de leur entourage, prennent pour de la tendresse la convoitise sexuelle de l'homme, et leur propre besoin de tendresse crée en elles une aptitude à la maternité suite à leur abondance totale au premier assaut sexuel.

Jean-Marie Delassus considère que la maternité est un rendez-vous d'amour pour lequel une femme a besoin de toute son identité et d'un fort coefficient de valorisation personnelle.

On ne peut envisager d'être mère ou de le devenir si l'on se sent dépréciée par soi-même ou par son entourage (**J.M. Delassus .2002.P.305**).

Cadre général de la problématique :

Toute mère a droit à l'intégrité de son identité, toute somme la mère célibataire qui a commis l'impair d'engendrer un enfant sans contracter le mariage.

Elle doit, à la fois, être perçue en tant qu'elle-même mais aussi comme sujet d'une autre histoire qui la traverse et que met en jeu la maternité.

Qu'elle ne soit alors qu'une simple fonction maternelle sans que l'on intègre les effets de l'émergence des parts inconscientes de soi, qu'elle ne soit jugée que sur l'adéquation de ses comportements ne peut être qu'abusif et entraîne de la part de l'environnement social, familial médical des attitudes péjoratives qui sont des atteintes à la nécessaire identité maternelle.

A ce niveau, la maternité nécessite une totale intégrité de l'estime de soi ; on n'est réellement et exactement mère que si l'on se sent digne et capable d'aimer en même temps que d'être aimée. **(J.M. Delassus.2002.P.281).**

La situation des mères célibataires est des plus complexes et des plus difficiles, puisqu'elles souffrent sur tous les plans à savoir : le plan financier, relationnel et notamment sur le plan psychologique.

La souffrance maternelle est le plus souvent muette pour ces dernières, elles la dissimulent par honte de n'être pas comme tout le monde, et surtout par crainte qu'on les juge.

On n'imagine pas combien cette souffrance est répandue, ni comme elle est cruelle. On ne réalise pas d'avantage comment c'est une douleur méconnue et incomprise. Notre société ne veut pas s'inquiéter des mères autrement que sur le plan des modalités médicales et sociales habituelles. **(J.M. Delassus 2002.P. 171).**

Cadre général de la problématique :

De ce fait, la question des mères célibataires est un fait inébranlable, mais aussi il demeure un sujet nettement épineux notamment dans notre société.

C'est bien pour cela que l'on mettra le cap sur le volet psychologique de celles-ci, il est évident de cerner leur vécu psychologique ainsi que leur santé mentale conçue comme étant l'un des aspects de la santé en général. C'est aussi une sphère importante chez tous les sujets ; d'où son équilibre maintiendra le bien-être de ceux-ci.

Donc, parmi les objectifs de cette recherche, décrire la souffrance psychologique des mères célibataires qui vivent en pleine confusion et chez les quelles des réactions de détresse et de panique prennent place aboutissant à des réactions dépressives.

C'est bien pour cela que l'on ne puis ne pas évoquer la dépression chez celles-ci, qui est définit selon le Dictionnaire de psychologie comme suit :

« C'est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur ».

(J.C. Tamisier, 2011, page 256).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la dépression, on cite parmi eux Aaron Beck qui la définit comme étant le résultat de distorsions dans trois domaines majeurs à savoir :

- Cognitions sur soi.
- Cognitions sur l'environnement(le monde et les autres).
- Cognitions sur l'avenir.

Cadre général de la problématique :

Alors, toute cette revue de lectures des recherches antérieures nous amènera à poser les questions suivantes :

-Est-ce-que les mères célibataires présentent-t-elles une souffrance psychologique ?

-Plus précisément, ces mères célibataires souffrent-t-elles d'une dépression ?

Hypothèse générale :

Les mères célibataires souffrent d'une dépression.

Préambule :

La santé mentale, c'est se sentir bien dans sa peau, avoir de bonnes relations interpersonnelles et éviter les comportements qui nous sont nuisibles.

Même si l'on jouit d'une bonne santé mentale, il peut arriver que l'on se sente parfois mélancoliques et emparés d'un sentiment de désarroi qui nous entraîne dans un tourbillon de détresse et de souffrance en réaction aux difficultés de la vie, chose qui va nous sombrer dans le désinvestissement et le désintérêt.

1-La souffrance psychologique :

La souffrance psychique implique une notion de durée et de compromis. Elle n'apparaît pas comme un concept psychanalytique par excellence, mais associée à la mélancolie, appartient au champ de la psychiatrie depuis le XIX^{ème} siècle.

Mais la souffrance est sentie à la fois comme une douleur, bien que souffrance et douleur n'occupent pas la même place pour l'homme : « j'ai une douleur », mais « je suis souffrant ». (**Ricoeur P, revue Autrement "Souffrances", n° 142, février 1994**).

1-1-Définition de la souffrance :

Selon Sillamy, N (1991), la souffrance serait une réaction affective qui accompagne la douleur.

Elle est décrite comme un affect ou une menace négative. Elle est physique ou mentale, elle désigne un affect ou une émotion qui se rattache au corps ou à l'âme.

1-2-Définition de la souffrance psychique :

Elle est considérée comme étant une sensation diffusée de mal-être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de ne pas voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être le spectateur de quelque chose qui n'est pas sa propre existence ».

Elle est aussi vue comme un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie est qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

Souffrir, c'est endurer, éprouver, supporter quelque chose de désagréable. Autant la douleur ne peut se traduire que par le cri, autant la souffrance ouvre la voie de la plainte. Elle ne peut cependant être complètement détachée de la douleur, elle en est l'histoire, et « toute douleur qui ne meurt pas est appelée à devenir souffrance ». **(Gros M et Lanteri Laura, 1996) cité dans (Revue Autrement n° 142, février 1994).**

Alors on peut comprendre que la souffrance survient quand nous sommes dans l'incapacité de faire face aux problèmes qui surgissent dans notre vie, et surtout quand nous n'avons pas les moyens d'agir à l'encontre de situations conflictuelles douloureuses et devant lesquelles la fuite est impossible. Elle est décrite comme un affect ou une menace négative. Elle est physique ou mentale et se rattache au corps ou à l'âme.

Cependant, cette souffrance psychologique peut se nourrir de plusieurs réactions à savoir : la douleur, l'angoisse, le traumatisme et la dépression, mais aussi fait surgir des mécanismes de défense comme le déni, le clivage ou le refoulement dont le sujet peut disposer pour faire face à cette dernière.

3-Les formes de la souffrance psychologique :

3-1-la douleur :

3-1-1- Définition de la douleur :

C'est une perception soudaine, imprévisible, un phénomène brut, muet, et en soi dénué de signification affective. (**Vasseur S, 1997, in autrement n° 142, Février 1994**).

Laura Lanteri la définit comme un empoisonnement de la perception, qui se concentre de façon convulsive à l'endroit de cette douleur.

Si l'on se réfère aux élaborations originales de la psychanalyse, on constatera que Freud était très tôt préoccupé par la douleur.

Pour lui, c'est un affect dont il va proposer quelques hypothèses quant à son surgissement et son destin. Pour ce qui en est de la lésion corporelle, il avance que la douleur résulte d'une effraction suivie d'une concentration des investissements de la personne sur l'endroit douloureux.

Quant à la douleur psychique, il la différencie du déplaisir, le quel consiste en une augmentation des tensions dans un système intact.

3-2-l'angoisse :

La réaction d'angoisse face à une situation extérieure perçue comme dangereuse, se traduit en général par une de ces trois réponses : fuite défense ou attaque.

Le mot angoisse vient du latin « angustiae » qui veut dire étroitesse de la situation réelle et qui se reproduit régulièrement dans l'état affectif.

3-2-1-Définition de l'angoisse :

La souffrance peut se nourrir aussi d'angoisse. Elle apparaît non seulement comme une réaction au danger, et comme un signal d'alarme du moi, mais aussi comme la réaction à une perte ou une séparation réelle ou fantasmée.

L'angoisse signifie que le moi se trouve débordé dans ses capacités défensives, chose qui correspond au vécu traumatique.

On comprend que l'angoisse est un état douloureux et un affect pénible liés à une situation traumatisante.

3-2-2-Les types d'angoisse :

Freud nous parle de trois types d'angoisse à savoir :

a- L'angoisse réelle :

Prévient d'un danger extérieur qui nuit à notre personnalité. Cette angoisse nous donne une suite de fuite ou d'affront du problème ou du danger.

b- L'angoisse névrotique :

Où la menace provient de l'intérieur de la personne suite à une situation traumatisante. Le moi prévient du danger que représente pour lui la libido et le moi à l'instar de la réaction face à une situation de danger extérieur va pousser à la fuite, à la défense ou à l'attaque. (Marie J, 2011, page 67).

c- L'angoisse morale :

Perçue comme sentiment de culpabilité ou de honte. La source n'est en provenance ni de la réalité, ni des pulsions du ca, mais en lien avec le sur-moi.

Donc, on comprend à partir de ce qui est avancé que l'angoisse regroupe des situations de douleur, frayeur, terreur, panique, effroi et peur ...etc. ,qui cernent une souffrance et une violence intérieures.

3-3-le traumatisme :

Le traumatisme a lieu au sein du psychisme sous l'influence d'un événement traumatisant. Il a été mis en évidence par la psychiatrie de la guerre et l'intérêt pour les situations de guerre, et va s'intéresser ensuite pour les catastrophes naturelles.

3-3-1-Le traumatisme psychique :

Du grec : "blessure avec effractions".

Freud considère le trauma comme un choc violent, surprenant et qui s'accompagne d'un froid qui sans autre correspond à un état d'horreur traduisant une rencontre avec le réel de la mort.

Barrois définit le trauma comme rupture des liens avec le monde, envahissement par l'angoisse de la néantisation, brisement de l'unité de l'individu et cessation de sens. (**Geopsy.com, psychologie interculturelle et psychothérapie page 4**).

3-3-2-La clinique de trauma :

Sur le plan clinique on distingue trois phases immédiates, elles durent quelques heures à une journée, et peuvent être dénommées stress. Ce stress peut être adapté, ou dépassé avec sidération, agitation, fuite, panique ou action automatique.

3-3-3-la phase post immédiate :

Elle est une phase d'évolution et de surveillance (phase de latence).

3-3-4-Phase différée :

C'est la période de mise en place du "syndrome psycho-traumatique différé" totalement différent d'une phase de stress. Ces pathologies peuvent

encore rester transitoires, ou évoluer vers des syndromes durables, voire des névroses traumatiques, ou des cas proches de psychose.

3-4-La dépression :

La dépression regroupe plusieurs symptômes autant psychologiques (tristesse, inutilité ou culpabilité), que physiques (fatigue, insomnie ou tendance à trop dormir et perte d'appétit).

Elle est placée par l'OMS au troisième rang des maladies mondiales.

1-Aperçu historique sur la dépression :

Etymologiquement, le mot « dépression » dérive du latin « deprimere » qui signifie « presser de haut en bas ». Avant d'être attribué à un état psychologique, le terme de « dépression » fut d'abord, et est aujourd'hui encore utilisé pour décrire une multitude de phénomènes : météorologiques (baisse de la pression atmosphérique), économiques (diminution du cours des marchés et crash boursier). (C.FONDACCI, 2009, p.12).

Entre le X^{ème} et XIII^{ème} siècle les pères de l'église nommaient ce mal *acedia*, du grec « négligence » ; celui qui en était atteint était représenté la tête appuyée sur la main, les pieds posés l'un sur l'autre, le corps replié sur lui-même, soumis à « un fléau pire que la peste qui s'insinue dans l'âme des meilleurs fidèles » et qui leur masque la voie du salut. (A.LAFAYE, 2009, p.42).

Au XVII^{ème} siècle, elle entre dans le champ d'investigation de la médecine scientifique ; la « mélancolie religieuse » remplace l'acédie. La mélancolie, qui est une forme sévère de dépression selon nos critères actuels, attire l'attention par les particularités de la pensée dont elle s'accompagne, qualifiée de « délire partiel » par les aliénistes Pinel et Esquirol à la fin du XVII^{ème} siècle. (C.FONDACCI, 2009, p .12).

La notion de maladie dépressive n'apparaît que tardivement dans la terminologie psychiatrique.

Avant le milieu du XIX^{ème} siècle, le terme de dépression caractérisait certains traits symptomatologiques, tandis que celui de mélancolie se rapportait à une maladie. (Beauchesne 1993). **(A.LAFAYE, 2009, p.42).**

Au cours du XX^{ème} siècle, la dépression acquiert le statut d'une entité nosologique. Les modèles comportementaux de la dépression analysent les mécanismes dépressifs dans une perspective behavioriste qui conçoit la dépression comme un comportement inadapté résultant d'un apprentissage et pouvant donc être modifié comme tout autre comportement. **(A.LAFAYE, 2009, p.43).**

2-Définition de la dépression :

- Selon le grand dictionnaire de la psychologie Larousse, la dépression est « une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur ». **(H.Bloch p 206, 1992).**

C'est aussi un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. **(Sillamy, N. 1991, p. 78).**

- Il s'agit aussi d'une: " Disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ". **(Guy., 1993, p. 48).**

-La dépression s'annonce par une modification globale, mais le plus souvent insidieuse, du comportement. Aussi au début, le déprimé devient anxieux, réagit de manière inhabituelle à des contrariétés banales, il est sujet à de brefs accès de colère, de joie ou de pleurs. Il a des difficultés pour trouver le sommeil puis se réveille en pleine nuit, habituellement 2 heures du matin, chez certaines, le sommeil est « haché » de rêves angoissants. Souvent, c'est seulement après plusieurs mois d'évolution, alors que le malade est en véritable situation de détresse morale, que l'entourage prend conscience de la gravité de son état. (**Dictionnaire Médical, Larousse. 2003, p. 284**).

On a aussi choisi parmi les nombreuses définitions de la dépression celle de Jean Delay (1946), bien qu'ancienne, pour sa simplicité de compréhension mais aussi parce qu'elle montre bien que la dépression n'est pas statique mais qu'elle évolue au cours du temps et en fonction de ce que nous sommes.

Selon Delay(1946), « l'humeur thymie est une disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur » (**ibid. p.44**).

On notera de cette définition, que la dépression se définit par l'humeur thymie et qu'elle résulte de la perturbation de celle-ci.

À la lumière de ce qui a été avancé dans ces définitions, on peut dire que la dépression est considérée comme étant un trouble de l'humeur altérant la tranquillité du quotidien de l'individu et est marquée par un ralentissement des idées concernant le présent ou encore une déchirure dans le flux des désirs dirigés vers le future.

3-La symptomatologie de la dépression :

Selon le DSM-VI, les symptômes essentiels de la dépression sont comme suit :

1-Humeur dépressive présente particulièrement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

2-Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3-Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4-Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5-Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

6-Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.

8-Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.

9-Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires sans plan précis ou tentative de suicide ou plans précis pour se suicider. (DSM-IV-R, 2003, p.411).

4-Les causes de la dépression :

Les gens deviennent déprimés pour diverses raisons .La recherche a mis en lumière un certain nombre de facteurs associés au développement et au maintien de l'état dépressif. Les cinq principaux facteurs en cause sont :

4-1-La situation :

La dépression est souvent déclenchée par des situations de vie très stressantes. Si vos tentatives visant à améliorer ou à accepter ces situations ont été vaines, il se peut que vous commenciez à vous sentir dépassé et désespéré .Alors le risque de vivre un épisode dépressif augmente. **(D.GREENBERGER, 2005, p.13).**

4-2-La pensée :

Les pensées de chacun déterminent la façon dont elles vivront l'expérience. Des recherches scientifiques ont démontré que les personnes déprimées ont souvent une vision déformée de la réalité qui peut déclencher la dépression ou en aggraver les symptômes.

4-3-L'émotion :

La personne déprimée est accablée par un profond désespoir, un sentiment de détresse persistant. La dépression est souvent accompagnée d'un sentiment d'anxiété profonde (tension physique, inquiétude, impression de catastrophe et d'une perte imminente).

4-4-La physiologie :

Une théorie sur la dépression suggère qu'elle serait causée par des modifications au niveau du fonctionnement du cerveau, « un déséquilibre chimique ». La recherche a démontré que chez certaines personnes déprimées, il y avait des neurotransmetteurs moins actifs dans le cerveau.

4-5-L'action :

La dépression a souvent des répercussions importantes sur le comportement. **(H.BLOCH, 1999, p.260).**

5- Les formes de la dépression :

Il en existe pas une, mais bel et bien différentes formes de la dépression, que plusieurs approches ont traités.

Selon le DSM-IV, la dépression peut se présenter sous les formes suivantes :

A-La dépression typique :

Trouble du sommeil (insomnie d'endormissement, réveil précoce, voire éveils multiples), diminution de l'appétit associée à un amaigrissement.

B- La dépression atypique :

Présente également les signes de la dépression majeure, à savoir une tendance à manger et à dormir excessivement (hypersomnie, hyperphagie).

C-La dépression saisonnière :

Due à un déséquilibre biochimique, impliquant la mélancolie, amenée par le manque de lumière en hiver. La principale caractéristique de cet épisode de dépression majeure est de survenir chaque année à la même période.

D- La dépression masquée :

Le terme masqué utilisé pour attirer l'attention sur des incomplètes, atypiques ou post- symptomatiques, qui risqueraient d'être négligées ou de donner lieu à des investigations somatiques interminables. Ses signes sont très variées : musculaire, troubles de la sensibilité, douleurs abdominales, troubles digestifs divers, diminution de libido...etc. (**Deniker et al. 1989, p.113**).

E-Le trouble dépressif majeur :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (c.-à-d. une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associant au moins quatre autres symptômes de dépression).

F-Le trouble dysthymique :

Est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur.

G-Le trouble dépressif non-spécifique:

A été introduit afin de pouvoir coder les troubles de caractère dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive.

H-Le trouble bipolaire I :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs.

I- Le trouble bipolaire II :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque.

J- Le trouble cyclothymique :

Est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur pendant une période de moins deux ans.

K- Le trouble bipolaire non-spécifié :

A été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section.

L-Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale :

Est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

M-Le trouble de l'humeur induit par une substance :

Est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à l'abus d'un médicament, d'un traitement de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

N-Le trouble de l'humeur non spécifié :

A été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et trouble bipolaire non spécifiques ex : crises d'agitation.

-Selon la psychanalyse on trouve les formes suivantes :

A-La dépression psychotique :

Cette dépression entraîne une rupture avec la réalité et l'apparition d'un délire (avec des perceptions sans fondement). Elle est alors intense, vécue avec un sentiment de douleur morale, et caractérisé par un ralentissement psychomoteur majeur. (Palazzolo, J. 2007, p. 32-35).

B-La dépression mélancolique :

La mélancolie désigne toujours un état dépressif sévère dans lequel la plupart des signes classiques de la dépression sont majeures (ralentissement important, insomnies du petit matin, anorexie, amaigrissement) accompagnés d'une douleur morale extrême et d'idées d'indignité, de ruine, d'incurabilité avec un risque de suicide très important.

C-La dépression névrotique :

On accorde à la dépression présente les caractéristiques suivantes :

-Elle est moins incapacitante sur le plan social, et ne comporte ni hallucination, ni délire, ni confusion.

-Elle ne présente pas certains traits, elle peut posséder certaines caractéristiques comme la variation avec l'ambiance, l'irritabilité, l'apitoiement sur soi...).

-Caractéristiques des troubles du narcissisme et de l'identité.

-Selon la psychiatrie on a :

A-La dépression du post-partum :

Celle-ci touche entre 10 à 20 % des femmes et débute 4 à 6 semaines après l'accouchement, parfois plus tardivement les signes sont d'une intensité modérée : rares idées de suicide, humeur labile, découragement, sentiment d'incapacité, inquiétudes sur les soins à donner à l'enfant, tristesse, trouble de la concentration, trouble de sommeil, anxiété, irritabilité, plaintes somatiques inhabituelles. (**Pedinielli, J.L. et Bernoussi, A., 2004, p. 61**).

6- La classification de dépression :

De multiples classifications ont été effectuées, afin de permettre une meilleure communication entre leurs utilisateurs, et les échanges deviennent de plus en plus faciles entre cliniciens et autres chercheurs, voici des classifications qui ont été faites sur la dépression:

6-1- La classification de l'OMS :

(Classification Internationale des Maladies ou ICD 9 version, 1977), réserve la catégorie aux troubles mentaux indexés par les chiffres 290 à 319, ces chiffres étant repris par le DSM-III et le DSM- III-R. On n'y trouve pas moins

de 23 index (à 4 chiffres) se rapportant aux troubles de l'humeur qui se situent dans les psychoses non organiques, dans les troubles névrotiques et dans ceux de la personnalité, dans les états réactionnels aigus, les troubles de l'adaptation, les troubles organiques...etc.

6-2- La classification française de l'INSERM (1968) :

Comprend les psychoses maniaco-dépressives (10 formes indexées), la schizophrénie chronique avec troubles thymiques (états de dépression ou d'excitation atypiques) et les états dépressifs non psychotiques (3 formes indexées). Elle a été utilisée jusqu'en 1978 pour l'établissement des statistiques nationales des hôpitaux psychiatriques. (**Deniker, D et al, 1989, p.108**).

6-3- La classification selon les organicistes :

Ils s'appuient désormais surtout sur les effets des médicaments antidépresseurs, qui permettent d'augmenter la concentration de certains neurotransmetteurs au niveau des synapses. De nombreuses anomalies biologiques ont été mises en évidence au cours des états dépressifs.

6-4- La classification selon la psychanalyse :

S'appuie essentiellement sur l'interprétation que Freud et Karl Abraham ont donné de la mélancolie. Dans cette perspective, la mélancolie est une forme archaïque du deuil. Le conflit ambivalent serait si grave chez le mélancolique que le moi n'aurait pas d'autre issue, tant son hostilité est menaçante à l'égard de l'objet, que de prendre à son compte et de retrouver contre lui-même la haine qui s'adresse à son objet d'amour risque de faire déferler une vague de haine dangereuse pour l'objet. L'accès maniaque correspondrait alors à une défense contre la perte d'objet, à la recherche, dans la désorganisation la plus totale, d'objets nouveaux à investir.

Pour certains psychanalystes post Freudiens (Nacht, Racamier), la dépression est en rapport avec la rupture d'un lien étroit et mutuel d'amour. La perte de l'estime de soi, étroitement liée à la diminution ou à la cessation d'apports extérieurs valorisants, représente un aspect fondamental de la dépression névrotique.

6-5-La classification selon les cognitivistes :

Dans cette perspective (Beck, 1974), la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions ; ceci est mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives du déprimé, qui s'attribue la responsabilité des évènements considérés comme négatifs.

6-6- La classification selon l'ethnopsychiatrie :

Met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité en rapport elle-même avec les caractéristiques familiales, sociales et religieuses de la culture considérée.

6-7- La classification selon le DSM- IV- TR :

Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

- 1-Perte d'appétit ou hyperphagie.
- 2-Insomnie ou hypersomnie.
- 3-Baisse d'énergie ou fatigue.
- 4-Faible estime de soi.

5-Difficulté de concentration ou difficultés à prendre des décisions.

6-Sentiment de perte d'espoir.

7-La prise en charge de la dépression :

Les différentes prises en charge qui peuvent être utilisées sont :

7-1-Les antidépresseurs :

Toutes les classes thérapeutiques ont montré leur efficacité dans l'épisode dépressif.

Le choix d'un antidépresseur repose préférentiellement sur quelques spécifiques :

-L'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (par exemple : recherche de sédation, d'anxiolyse, ou de stimulation).

-L'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines comorbidités psychiatriques, par exemple les ISRS pour les troubles obsessionnels.

-Le respect des contre-indications (comorbidités organiques) et des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits inscrits dans le Vidal. (C.GEFFRIER-D'ACREM, 2002, p.6).

7-2-Les psychothérapies :

Les psychothérapies peuvent être précieuses pour les personnes atteintes de dépression. Elles offrent au sujet la possibilité d'identifier les facteurs contribuant à sa douleur morale, et de s'occuper efficacement des causes psychologiques, comportementales, interpersonnelles et environnementales de sa pathologie.

Elles sont comme suit :

7-2-1-Les thérapies cognitivo-comportementales :

Les TCC représentent aujourd'hui le mode de prise en charge le plus largement reconnu par l'ensemble des approches scientifiques. Les thérapies agissent comme leur nom l'indique, sur des comportements non-adaptés à la vie courante ; mais aussi sur les pensées (cognitions) associées à ces comportements. (J.Palazzolo, 2007, P.44).

7-2-2-Les thérapies familiales :

Elles mettent en évidence l'absence d'un dépressif dans une famille au profil d'une relation dépressogène. Tous les membres sont actifs, même quand ils freinent le changement. La thérapie familiale est directive, le thérapeute donnant la solution du changement, elle est aussi un soutien très fort, un étayage voulu par la famille. Le thérapeute joue un « rôle contenant » extrêmement puissant.

7-2-3-Les thérapies interpersonnelles :

La thérapie interpersonnelle (TIP) représente un autre traitement efficace. Il s'agit d'une psychothérapie qui permet d'acquérir de nouvelles habiletés dans ses relations avec son ou sa partenaire, ses amis et sa famille. (Ibid. p.45).

Conclusion du chapitre :

La mère célibataire porte en elle les mêmes désirs, les mêmes besoins et surtout la même évolution de la grossesse que toute autre mère ; mais la maternité de celle-ci entraîne avec elle de très grandes difficultés vis-à-vis de ses parents, son entourage et la société.

Celles-ci entraînent des répercussions négatives sur leur vécu psychologique et avoir pour conséquence résultante la dépression qui est une maladie mentale très grave qui cause un dysfonctionnement de la vie de la personne et nécessite une prise en charge psychologique et psychiatrique.

Dans le prochain chapitre qui suivra nous entamerons la partie pratique de notre recherche, en enchaînant avec le troisième chapitre qui portera sur la méthodologie de la recherche, mais avant cela nous exposerons notre problématique et nos hypothèses de recherche.

Préambule :

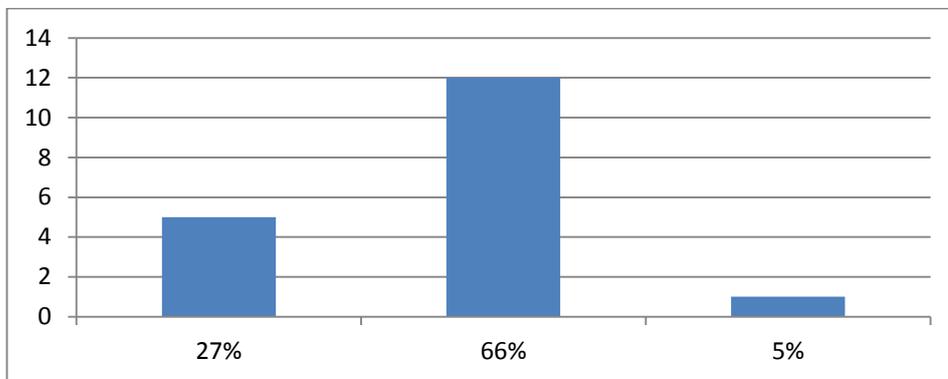
Les mères célibataires sont une réalité criarde dans notre société et qui est synonyme de la transgression d'un tabou, de la violation d'un interdit celui de la grossesse hors mariage.

Les mères célibataires sont une réalité occultée, niée mais figurant sur les registres et les statistiques des hôpitaux et des directions de l'action sociale à travers l'abandon de l'enfant. D'après le ministère de la Solidarité et les services de la DASS 209 mères célibataires sont prises en charge dans les structures de l'état jusqu'à leur accouchement(**le carrefour d'Algérie, jeudi 04 juin 2015page 07**). Le réseau Wassila et le ministère de la Santé avancent qu'un taux de 5000 nouveau-nés chaque an sont de mères célibataires, alors que le ministère de la Solidarité parle de 3000 naissances et Santé Sud évoque dans un rapport 7000 naissances hors mariage par an en Algérie (**www.algeria-watch.de/fr/article/femme/meres_celibataires_et_alors.htm consulté le 10-02-2016 à19h00**).

Selon une étude réalisée par le Centre national d'études et d'analyses pour la population et le développement (CENEAP), 74% des filles mères n'ont aucune ressource financière stable, alors que 47% exercent les plus vieux métiers du monde. Par ailleurs, 21 % des femmes interrogées sont devenues mères célibataires à la suite d'un viol. Près de la moitié déclarent avoir été victimes d'harcèlement sexuel. L'âge des mères célibataires oscillerait entre 18 et 45 ans, le quart seraient âgées de 21 à 25 ans. Finalement, 13,6% des mères célibataires sont elles-mêmes nées d'une relation hors mariage et n'ont aucune information sur leur père.

a- L'âge des mères célibataires :

Age	Fréquence	%
18-25 ans	05	27%
26-35 ans	12	66%
36-45 ans	01	05%

Tableau n°01 : tableau récapitulatif des âges des mères célibataires.**Schéma n° 01 : schéma graphique des âges des mères célibataires.**

Ces femmes vivent leurs grossesses dans la peur et l'humiliation plusieurs d'entre elles réussissent à cacher leurs tares et finissent par donner naissance à leurs progénitures à l'insu de leurs familles.

Tandis que d'autres n'y arrivent pas et sont pointées du doigt, marginalisées et se trouvent confrontées aux inimitiés de la société.

De ce fait, la famille demeure la cellule de base de la société qui nous semble érigée en deux institutions fondamentales à savoir la famille, qu'est l'univers primaire de l'épanouissement de l'individu, et le mariage qu'est l'unique lien des relations sexuelles légitimes. Ces deux institutions subissent des mutations profondes, parmi elle l'émergence des familles monoparentales et

la montée considérable des relations et des naissances hors mariage, marquées par le phénomène des mères célibataires.

La puissance des forces de l'inconscient est telle que ces dernières trouvent par la grossesse un moyen de s'exprimer par l'intermédiaire de leur corps: le corps parle.

1-Historique des mères célibataires :

Les mères célibataires ont depuis bien longtemps, fait l'objet de regards critiques de la part de la société. En effet celle-ci les considéraient comme déviantes par rapport aux normes et à l'éthique.

❖ À l'époque de Charlemagne, au IX^{ème} siècle, les mères célibataires étaient désignées sous le nom de « **concubines du seigneur** ». Cette appellation, à première vue noble, était en réalité loin de l'être. En effet, les seigneurs pratiquaient la polygamie dans le but d'assurer au moins un héritier viable étant donné le taux élevé de mortalité infantile à l'époque.

On remarque à cette époque, que la femme avait un rôle réduit à celui de la procréation, mais aussi à faire office de « vitrine » à qui veut bien la prendre.

❖ Au XIV^{ème} siècle, les mères célibataires passent du statut de « concubines du seigneur » à celui de « **filles séduites** ».

L'adultère est sévèrement puni par la loi, cependant cette dernière n'empêche pas les actes sexuels en dehors du mariage, elle crée une peur chez les hommes, qui, de ce fait, assurent beaucoup moins leurs actes, le nombre d'abandons, d'infanticides et d'avortement s'accroît de manière importante.

❖ À partir du XVIII^{ème} siècle, les mères isolées acquièrent pour la première fois « **filles-mères** », un terme qui fut choisi en raison de leurs jeunes âges et de l'absence de père.

Néanmoins, leur grossesse reste cachée du regard de la société, les conditions financières et les préjugés portés par la société n'encouragent toujours pas ces filles à garder leurs progénitures.

❖ Ce n'est qu'au XX^{ème} siècle, que l'expression de « **mères célibataires** » remplace l'ancienne appellation de « fille-mère ». Cette nouvelle désignation permet une nouvelle considération en tant que femme qui souhaite élever seule son enfant.

2-Définitions des mères célibataires :

2-1-Définition psychologique :

Selon Béatrice-Marbeau Cleirens une mère célibataire est une femme élevant seule son enfant, en l'absence du père-géniteur ou du père éducatif.

Selon cet auteur, ce sont des femmes qui ont été mal ou peu aimées par leurs parents. L'enfant va combler cette place et ce manque, c'est une recherche à travers lui d'une quête affective.

2-2-Définition sociologique :

Pour comprendre le mot composé « mères-célibataire » au sens sociologique, il incombe de dissocier les deux termes. D'abord, le concept de « **mère** » nous revoie à l'état matrimonial.

La mère est en fait une parente biologique directe, une génitrice appréciée par rapport à une relation de sang et de capacité du don de la vie.

Quant au concept « **célibataire** », il désigne un état qui veut dire toute personne non-mariée ou qui n'est pas liée par aucune relation légitime.

La définition des termes constitutifs du concept « **mère-célibataire** » signifie toute fille ou femme qui tombe accidentellement enceinte d'un homme ou d'un jeune avec qui elle n'est pas mariée au sens juridique.

Le statut de mère célibataire peut correspondre à diverses situations : adolescente, adulte, femme divorcée ou veuve.

2-3-Définition selon le dictionnaire Larousse :

La mère célibataire est toute personne célibataire de sexe féminin peu importe l'âge qu'elle peut avoir. Par les facteurs endogènes et exogènes pesant sur elle, qui devient déviante sans contacter le mariage.

2-4-Les mères célibataires dans la religion :

Dans le monde musulman la crainte de la puissance représentée par les mères célibataires, s'exprime par un rejet particulièrement marqué de sa grossesse et de la naissance d'un enfant illégitime.

Le coran insiste sur la prééminence de l'homme et au fait que la femme doit se soumettre à sa volonté : « Les hommes ont autorité sur les femmes, du fait que dieu ait préféré certains d'entre eux ».

On peut lire aussi : « Celles dont vous craignez l'indocilité, frappez les ». **(sourate les Femmes al Nissaa, verset 38, page85).**

De ce fait, la grossesse en dehors du mariage est la plus grande turpitude. La marque de la déviance féminine menace le groupe dans son existence, car cela profane les valeurs sacrées du coran.

En effet, être mère célibataire, c'est se créer une existence propre, une indépendance de la lignée ancestrale, donc, enfreindre la volonté du groupe, et de l'homme qui s'appuie sur la religion pour assurer son pouvoir, annulant ainsi son rôle dans la conception, la femme devenant toute puissante comme la mauvaise mère fantasmatique.

La mère célibataire va dénigrer l'appui de l'homme et sa suprématie, et l'atteindre dans sa virilité. Son enfant sera nommé « **Ibn Haram** » ce qui signifie « **fils du péché** » et sera rejeté complètement par la société. **(B. Marbeau-Cleirens , (1980), pages78-79.)**

2-5-Les mères célibataires et l'institution juridique :

La mère célibataire est concernée par deux secteurs du droit : le droit pénal puisqu'ayant eu un enfant sans être mariée, elle tombe sous le coup d'une incrimination pénale, et le droit de la famille, qui détermine les liens existants entre la mère célibataire et son enfant, ainsi que les liens qui les unissent tous deux, au père biologique.

a- La mère célibataire en droit pénal :

Le code pénal sanctionne non seulement l'adultère (relations sexuelles de personnes mariées avec un partenaire autre que leur conjoint), mais également les relations sexuelles entretenues par deux personnes qui ne sont pas unies par les liens du mariage.

C'est ce que prévoit l'article 490 du code pénal, qui punit de l'emprisonnement d'un mois à un an, "*toutes personnes de sexe différent qui, n'étant pas unies par les liens du mariage, ont entre elles des relations sexuelles*".

De ce fait, la femme non mariée qui met au monde un enfant risque de se voir appliquer ce texte.

b- La mère célibataire et le droit de la famille :

La question qui se propose de résoudre ce développement est, en premier lieu, celle des liens juridiques qui unissent la mère célibataire à son enfant, puis, dans un deuxième temps des liens de cet enfant avec son père biologique.

Le lien biologique qui unit un enfant à ses auteurs, l'homme et la femme qui l'ont conçu, ne conduit pas toujours à un lien juridique de filiation.

De manière générale, en droit, on distingue la filiation légitime qui est le lien juridique qui rattache l'enfant à ses parents lorsque le père et la mère sont unis par les liens du mariage, et la filiation naturelle qui caractérise l'enfant né de parents non mariés entre eux.

Les mères célibataires n'existent pas dans la législation algérienne. Elles ont seulement le droit de garder l'enfant si elles le désirent.

Elles n'ont ni le droit au congé de maternité ni aux deux heures d'allaitement, car tout cela est conditionné par le mariage. Par ailleurs, quand ces mères entament des actions juridiques contre les pères alors qu'il n'y a pas de mariage coutumier (la Fatiha), les requêtes sont rejetées par les juges. Dans ces cas-là, les enfants restent sans nom et sans aucune prise en charge par leur père.

Avec ce vide juridique, l'Algérie ratifie la convention relative aux droits de l'enfant, depuis déjà 1993. Selon la loi algérienne, c'est l'intérêt du géniteur qui est servi face à celui de l'enfant.

Si l'on effectue une comparaison entre la mère célibataire dans le monde arabo-musulman et celle du monde occidentale on notera une grande divergence sur tous les plans.

Sur le plan social elle n'est pas vue de travers, son statut est considéré comme un choix de vie non une effraction elle est libre de son corps et de sa personne ; sur le plan économique elle bénéficie d'une allocation ainsi que son enfant.

Alors l'intensité de la souffrance est beaucoup plus présente chez la mère célibataire arabo-musulmane qui se voit vilipendé et stigmatisé de la part de tous puisqu'elle a commis un haram « péché ».

Les mères célibataires dans la société algérienne, constitue un vaste problème, une épineuse question mais surtout :

-Un sujet inquiétant : car comment peut-on prétendre comprendre voire

aider des filles qui enfreignent, transgressent les règles de conduite les plus communément admises par la société, non seulement en ayant des relations hors mariage, mais en gardant l'enfant, fruit de cette relation ?

Cet intérêt pour ces dernières contient le risque d'être perçu comme encourageant des pratiques réprouvées par la morale et le droit, particulièrement dans un pays arabo-musulman.

-Un sujet sensible : dans la mesure où il touche à la sexualité, domaine par excellence de l'intime, du caché, de ce dont on ne parle pas, bref du non-dit. Ce qui fait des mères célibataires un objet de recherche ardu, difficile d'accès.

-Un sujet complexe : car il pose- non seulement le problème des mères ,mais aussi celui des enfants, appelés à vivre marqués par une naissance hors normes Ce qui ne peut être sans conséquence sur la santé morale et physique de la mère et son enfant , sur la relation familiale stricto-sensu entre la mère et l'enfant, sur l'avenir individuel et commun des deux partenaires.

3-La maternité célibataire :

La maternité n'est pas seulement liée à la reproduction mais au désir, qui ne vient pas au hasard mais du rêve, qui accomplit l'existence de l'homme et ne se limite pas à la procréation.

Avant, il n'a pas été question de maternité ou de mère, elles étaient tout juste admises parce qu'elles faisaient des enfants. Puis la maternité commença à exister, elle a enfin été nommée.

La maternité n'est pas automatique, elle ne consiste pas seulement en la mise en œuvre des moyens physiques dont est doté le corps de la femme pour assurer la nidation, la gestation et l'accouchement d'un enfant.

Cela, nous le partageons avec les animaux. Au niveau humain, quelque chose d'autre se joue qui est bel et bien la maternité psychique.

3-1-Imaginaire de la maternité :

Selon **Hélène Deutsch** cité dans (sujet de maîtrise : la relation mère-enfant en l'absence du père www.psychotherapeute.cathelien.com/listfile/psychothérapie/les_meres_celibataires.pdf consulté le **22-02-2016 à 20h30**), la mère célibataire se pose la question : « Moi devenant mère, que vais-je devenir ? ». Les derniers mois de grossesse sont une période où l'autre s'affirme, dans l'imaginaire de la maternité vont confluer des fantasmes personnels et des représentations collectives (changement de rôle, passage du statut de jeune femme à celui de maman).

De ce fait, la maternité est accompagnée chez les mères célibataires par certains niveaux de contraintes. Elle suscite en elles des sentiments qui sont comme suit :

a) Culpabilité :

Freud dans *Deuil et Mélancolie* donne la définition suivante : «Le sentiment de culpabilité peut désigner un état affectif consécutif à un acte que le sujet tient pour répréhensible. Par ailleurs, il est postulé par l'analyse comme système de motivations inconscientes rendant compte des comportements d'échecs, de conduite délinquante, de souffrance que le sujet s'inflige. »

Ce sentiment de culpabilité est rencontré principalement dans la Névrose Obsessionnelle, sous la forme d'auto reproches, d'idées obsédantes contre lesquelles le sujet lutte, parce qu'elles lui apparaissent répréhensibles.

L'étude de Freud dans *Deuil et Mélancolie* permet d'aboutir à une théorie plus élaborée du sentiment de culpabilité. Il serait caractérisé notamment par des auto-accusations, une auto-dépréciation, une tendance à l'auto-punition.

Freud montre qu'il y a un véritable clivage du moi entre accusateur (surmoi) et accusé (moi) clivage qui résulte lui-même, par un processus d'intériorisation d'une relation intersubjective.

Ce qu'implique ce sentiment pour la mère célibataire est le fait qu'elle se lamente d'avoir conçu un enfant dont elle ne pourra guère lui prodiguer de la sécurité, vu qu'elle-même ne l'est pas.

b) Anxiété :

L'anxiété est, souvent, une peur sans objet. C'est une forme d'inquiétude permanente, flottante qui ne porte sur rien de précis ou sur tout à la fois. Une anxiété est aussi une peur sans issue, elle ne peut déboucher sur aucune action permettant de l'atténuer ».

Pour Freud dans « Inhibition, Symptôme, Angoisse » ce serait :

« ...Un afflux non maîtrisable d'excitation trop multiples et trop intenses ». La femme qui n'a pas décidé d'avoir un enfant se retrouve mère célibataire se trouve fragilisée vis-à-vis de son environnement social, et vis très mal sa grossesse. (www.psychotherapeute-cathelien.com/listfile/psychotherapie/les_meres_celibataires.pdf consulté le 22-02-2016 à 20h30)

On note aussi que la grossesse chez la mère célibataire peut signifier une triple faute à savoir :

1) Transgression sexuelle :

L'absence d'attachement sentimental au partenaire sexuel peut, laisser la place libre à l'émergence des fantasmes refoulés de l'enfant, le désir de la mère, serait au niveau inconscient d'avoir un enfant d'un père fantasmatique.

Dans la transgression sexuelle, l'homme en tant que géniteur n'a pas d'existence, même comme objet d'amour.

Le géniteur réel, substitut du père de la mère célibataire sera désinvesti et abandonné dès que le désir chez la future mère, au travers de l'acte sexuel sera accompli.

Les femmes qui portent un pareil fantasme développent une sensibilité et une irritabilité toute particulière à l'égard des individus qu'elles peuvent ranger dans la série du père et de ses substituts.

Cette culpabilité œdipienne ne peut librement s'épanouir, du fait des contraintes sociales, va se trouver déplacée sur l'enfant. « ...La maternité illégitime est une complication sociale, les transferts de culpabilité peuvent être transférer sur la société, ces sentiments de culpabilité n'étant que la résultante d'un regard de la société sur ces mères » (**Hélène Deutsch cité dans sujet de maîtrise : la relation mère enfant en l'absence du père** www.psychologue-cathelin.com/listfile/psychotherapie/les_meres_celibataires.pdf consulté le 22-02-2016 à 19h00).

2) Désobéissance à l'autorité :

Selon Béatrice Marbeau-Clairens, cette désobéissance à l'autorité aurait comme soubassement la culpabilité œdipienne, H. Deutsch démontre que : « ...Le souhait masochiste d'être abandonnée avec l'enfant trouve une contrepartie agressive dans le souhait de priver l'homme de l'enfant qui l'a engendré, et cela par vengeance.

Ce souhait vengeur est une conséquence de la frustration ressentie de la part du père dans le passé, frustration transférée maintenant à un autre homme... Ces mobiles individuels peuvent aboutir ultérieurement à la conception d'un enfant « naturel »... ».

Marbeau-Clairens montre «...que la femme désobéissante, par ses actes, désire être aimée de son père.

Cette mère va se « venger » de son père en le trompant, ainsi, elle ira d'aventure en aventure, pour lui montrer à point elle est appréciée par d'autres hommes ».

Mais en même temps, elle se déprécie à ses propres yeux, car c'est une femme bien peu exigeante dans ses choix de partenaires.

Démonstration de désobéissance, pour dire à son père « Regarde-moi, je suis ta fille ».

Cette souffrance de ne pas être aimée de l'autorité est indissociable de l'amour qu'elle peut avoir envers elle ». L'enfant va venir comme signifiant d'existence, et offrande au père.

Ce comportement se traduira par une satisfaction d'orgueil, elle deviendra cette mère « victime héroïque, moralisatrice », qui n'est en réalité qu'un vêtement coloré sous lequel se cache le plaisir érotique de la douleur.

Ce sentiment de culpabilité prend racine dans la préhistoire du sujet, envahit le psychisme de telle façon que le reste de la vie de cette femme n'est plus qu'une quête perpétuelle de punition de la part de l'environnement social afin d'atteindre l'apaisement.

Cette culpabilité entraîne chez ces femmes, des échecs successifs qui ne sont en rien le résultat d'un acte consenti, elle ne comprend pas pourquoi elle rate sa vie professionnelle, sa vie amoureuse ou l'épanouissement d'une maternité.

3) Agression envers la famille :

Marbeau-Clairens explique que lorsque la mère de la femme célibataire à tous les pouvoirs, en outre le père, la jeune fille va devenir mère célibataire pour avoir une plus grande autonomie. « ...Le désir d'autonomie s'exprime pour la future mère de procréer, c'est à dire posséder ce que sa mère omnipotente détient ».

Il est alors difficile pour cette jeune fille d'affirmer son autonomie, d'autant plus que dans ce cadre, le père de la future mère célibataire s'efface sous l'autorité de la mère, cette jeune fille ne peut s'appuyer sur une relation hétéro sexuelle au sein de la famille pour se dégager des craintes archaïques qui tiennent à sa mère.

Pour Marbeau-Clairens : « ... Cette jeune fille va se jeter dans la première aventure sexuelle venue, pour affirmer son indépendance, mais d'un autre côté, elle n'est pas encore arrachée à ses liens maternels infantiles. »

Dans cette démarche impulsive à combler un manque, elle va échouer avec son partenaire, mais elle va réussir avec sa propre mère. La jeune femme prend une revanche sur son passé enfoui et oublié.

Dans cet axe, c'est la mère de la femme célibataire qui est visée. Elle gagne cette femme, un combat qu'elle avait perdu bébé. Cette grossesse est une agression vis à vis de sa propre mère, elle vit consciencieusement comme telle.

Pour Hélène Deutsch : « ... L'enfant va être la preuve que la mère célibataire accède à l'âge adulte et au privilège de mettre un enfant au monde... ».

Ce type de femme va vivre pendant toute sa jeunesse de mère célibataire avec des difficultés sociales, financières, relationnelles au sein de sa propre famille.

Les sentiments de culpabilité vont s'effectuer en refusant de rompre avec cette dépendance. Elles se puissent en restant dans l'orbite familial, en souffrant des nouvelles contraintes, des reproches réitérés de la part de leur mère.

Dans l'avenir, toute sa relation à son enfant sera dominée par sa relation à sa mère, elle se punira en détruisant ses possibilités de satisfactions maternelles ; dans la mesure où elle peut se dégager de son hostilité à l'égard de sa mère, elle se culpabilisera en détruisant ses possibilités de satisfactions. La mère célibataire ressentit le besoin de devenir indépendante et de prendre le pouvoir de sa vie en mains.

Le fait que la grossesse soit illégitime ajoute des peurs particulières aux peurs générales :

Outre le dilemme de la mort et de la vie, et celui du héros ou du monstre, la question se pose :

Réaliserai-je mon désir ou le refuserai-je ?

La mère est toujours déchirée entre deux contraintes : le désir d'être libre et celui d'être une mère liée à son enfant.

Le fait d'aborder les mères célibataires n'empêche pas qu'elles doivent également combattre sur un front qui est en dehors de la psychologie. Les préjugés sociaux contre la mère et l'enfant rendent difficile la solution du conflit psychologique et la création des conditions nécessaires à une expérience satisfaisante de la maternité.

Ces mères attribuent à leur enfant des sentiments, des espoirs, des désirs, déplacés de la relation femme-homme à la relation mère-bébé.

Elles vont lui donner un espace psychique très, parfois trop important, masquant ainsi la Culpabilité. (www.psychotherapeute-cathelin.com/listfile/psychotherapie/les_meres_celibataires.pdf consulté le 22-02-2016 à 19h00).

4-Motivations inconscientes des mères célibataires :

4-1-Spécificité du comportement des mères célibataires :

Lorsque les mères célibataires deviennent mères en dehors du mariage pour réaliser un vœu inconscient, leur comportement se distingue de celui des femmes mariées. Elles ne feraient jamais le projet consciemment et délibérément d'engendrer un enfant en dehors du mariage, elles agissent de telle manière que cela devienne le résultat à peu près inévitable de leur conduite.

Un grand nombre de mères célibataires ne reconnaissent pas qu'elles sont responsables de leurs actes, et se considèrent habituellement comme des victimes de la méchanceté ou de l'égoïsme des hommes.

Il demeure souvent en elles une distorsion des circonstances qui les ont menées à cette grossesse. Cette grossesse est vécue comme une sorte de refuge

ou elle trouve un certain apaisement, le passé est accompli et l'avenir n'existe pas encore.

Certaines femmes, dont les grossesses sont illégitimes sont aussi causées par un puissant vœu inconscient, elles ne ressentent pas le soulagement et la détente procurées par la satisfaction du désir accompli, parce qu'elles réalisent en même temps qu'elles vont être seules, face à une réalité pénible.

Le souhait inconscient d'avoir un enfant dans des conditions qui excluent l'homme demeure de façon latente dans le psychisme profond de la femme.

4-2- La relation mère-enfant :

L'enfant est un lien issu d'un couple dans lequel tendresse et sentiment constituent précisément le contexte affectif.

La relation mère-enfant est une relation fusionnelle, d'où la mère apporte la sécurité à son enfant.

Yong note que la grande majorité des mères célibataires appartiennent à un foyer, ou la mère dominait, de ce fait, leurs relations avec leurs progénitures ne serait qu'une répétition du contact avec leurs propres mères.

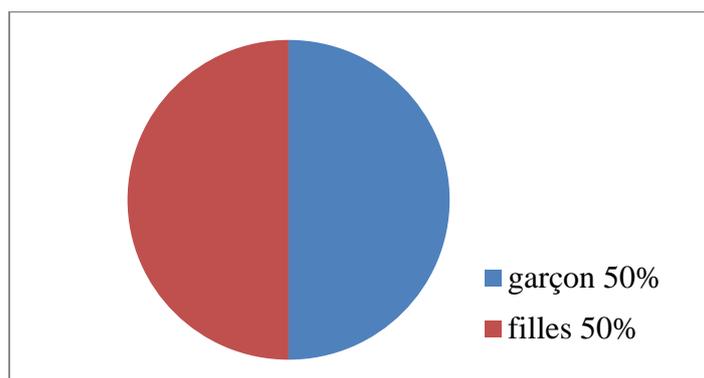
Ce qu'il faut aussi déterminer chez la mère célibataire, c'est la durée du lien avec le père de l'enfant, ainsi nous distinguerons que la mère va se trouver dans une situation de trompée, d'abusée et de frustrée ; chose qui aura un impact sur l'établissement de la relation avec son enfant.

4-3 Les enfants nés hors mariage :

Les enfants nés hors mariage sont considérés comme illégitimes par la société, au nom de la religion. Les naissances sont d'une proportion assez importante chez les deux sexes comme le montrent le tableau et le schéma graphique suivant :

b-Répartition des naissances selon le sexe :

Sexe	Garçons	Filles
%	50%	50%

Tableau n°02 : tableau récapitulatif des naissances selon le sexe.**Schéma n°02 : schéma graphique des naissances selon le sexe.**

Hélas, les victimes ne sont que ces innocents et fragiles enfants, qui sont malheureusement condamnés par notre société ; dès leur naissance on les a tatoués avec un X, une façon de les faire distinguer des autres et ainsi les rejeter en dehors de la société.

Cette dernière, les a elle-même qualifié d'un synonyme de honte et de déshonneur. Ce X trace leur vie malgré eux, fait d'eux une existence sans vie et les condamne sans crime.

Avec les problèmes dus au non-suivi de la grossesse. Il y a en **moyenne 24 bébés abandonnés chaque jour**, soit **8000 à 9000 bébés/an** sans identité, ni généalogie, ni nationalité, sans parler des cadavres trouvés dans les poubelles. (Des statistiques recueillies dans le bilan établi par l'établissement de Dar Errahma à Bir Khadem).

c-Les décisions de garde ou d'abandon des enfants :

Décision de garde	Décision d'abandon
08	10
44%	56%

Tableau n°03 : récapitulatif des décisions de garde ou d'abandon des enfants.

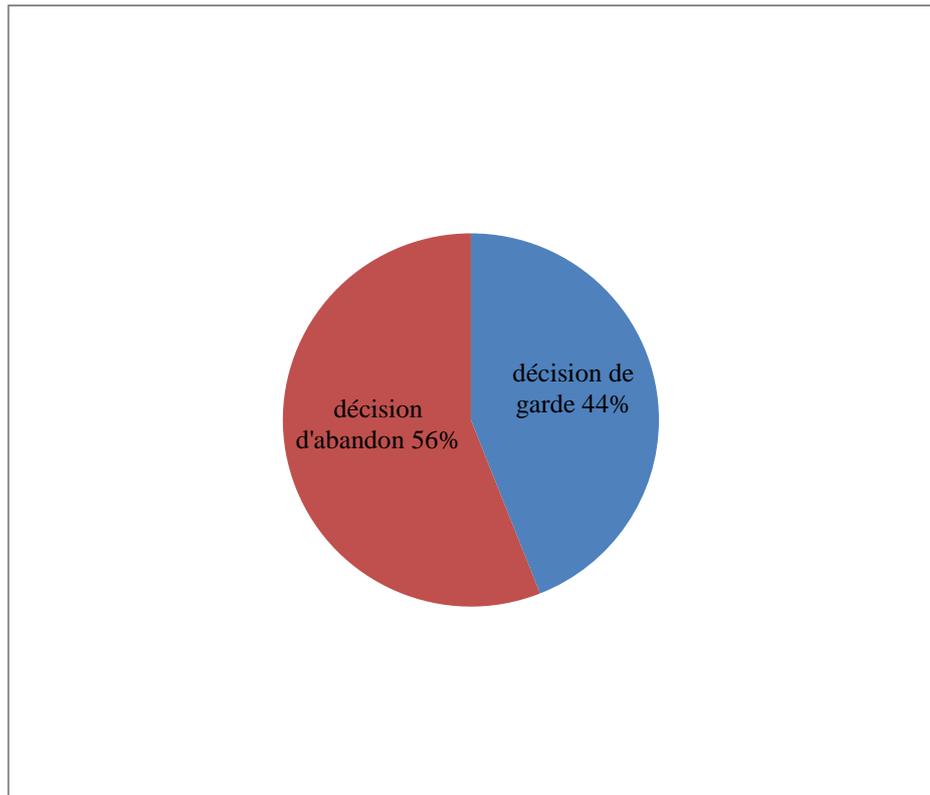


Schéma n°03 : schéma graphique représentatif des décisions de garde ou d'abandon des enfants.

Ces enfants de la « honte » ont besoin de reconnaissance et d'acceptation de la part de la société. Ils surmontent énormément de difficultés pour avoir une vie normale. Ils sont évidemment menacés par le trafic d'enfants, l'adoption sauvage et à terme la délinquance et la prostitution.

5-L'enfance abandonnée :

Préambule :

On ne peut parler des mères célibataires sans évoquer la question de l'enfance abandonnée et de l'infanticide.

L'élevage d'un enfant, en dehors d'un milieu familial, est le plus souvent à l'origine de troubles psychopathologiques. La cause en est d'abord la carence en soins maternels. Selon le moment où elle intervient, est en fonction de sa durée et /ou de son intensité, la carence en soins maternels peut induire l'apparition, le

renforcement et la chronicisation de tableau psychopathologique plus en moins sévère (**M. Bouccebci, (1978), p162**).

5-1-Définition de l'enfance abandonnée :

Abandonner : c'est, d'après le Petit Robert, « ne plus vouloir, renoncer, quitter, lâcher, larguer, plaquer, laisser, capituler, flancher, démissionner, rejeter, mettre au rebut ».

Dans son sens étymologique « à abandon », c'est, « laisser au pouvoir, à la merci de » ; « abandon », est un radical germanique venant de « ban » qui veut dire bannir.

Abandonner n'est pas seulement « laisser à la merci de », mais surtout rompre les liens de filiation qui se réfère a trois axes :
Le biologique, le juridique et le psychique.

L'enfant a donc besoin, pour sa construction identitaire, de ses liens qui lui assureraient une stabilité et un sentiment de continuité d'être et de sécurité interne.

Alors on peut dire que le sentiment d'appartenance et très important pour l'enfant, le fait qu'il soit arraché à son milieu nourricier et son déplacement de pension en pension et de centre en centre l'amènent à connaître une autre rupture des liens. Toute rupture des liens d'attachement fragilise le développement somatique, affectif, cognitif et social.

Ces enfants connaissent des abandons répétés, c'est ce qu'il y a de plus nocif.

La multiplication des ruptures des liens ne vaccine pas, ne renforce pas, mais rend encore plus vulnérable à la séparation. (**Colette VIDAILHET, les enfants abandonnés**).

5-2- Les conséquences de l'abandon :

Les conséquences en sont bien connues depuis les travaux de **Spitz (1945-1946)**, de **Robertson** et de **Bowlby (1950)**.

Rappelons que **Bowlby** a rédigé pour l'OMS : « *Soins maternels et santé mentale de l'enfant* » qui a aidé à la prise de conscience des conséquences déplorables pour l'enfant de l'absence de possibilité d'attachement.

Spitz a observé **123 enfants** d'une pouponnière annexée à un pénitencier pour jeunes délinquants. Ces nourrissons avaient dans les 6-8 premiers mois de leur vie une relation très soutenue avec la mère qui était en détention, les allaitait et assurait tous leurs soins. Puis, vers l'âge de 6-8 mois, l'enfant était confié à l'institution et la mère dirigée vers le pénitencier où elle purgeait sa peine.

Spitz a décrit l'évolution de ces enfants. Il a décrit les trois phases vécues lors de la séparation avec la mère : protestation active, repli et désespoir, puis indifférence et détachement dépressif. Il a donné à cet état le nom de dépression anaclitique, dépression qu'il a décrite chez 49 de ces 123 enfants.

Anaclitique vient du grec qui signifie s'appuyer sur, ce terme rendait compte du fait que l'enfant ne pouvait plus s'appuyer sur sa mère lorsque celle-ci était envoyée dans le pénitencier. Il a donné le nom d'hospitalisme au syndrome qu'il a observé chez ces enfants placés en pouponnière après le départ de leur mère, certes dans de bonnes conditions d'hygiène mais privés d'affection. Ce syndrome avait déjà été observé par les pédiatres chez des nourrissons hospitalisés. Et bien sûr il peut aussi y avoir un hospitalisme intrafamilial.

En 1951, Bowlby dénonce la règle explicite selon laquelle il ne fallait pas permettre un attachement trop étroit entre le personnel et l'enfant ; puisque cet attachement serait rompu, il était donc dit mauvais pour le personnel et l'enfant. C'est une « consigne » qui a longtemps couru et qui peut-être, hélas, court encore, comme si on pouvait s'occuper d'un enfant sans s'y attacher.

Bowlby a aussi dénoncé le nombre trop important de personnes qui s'occupaient des bébés dans les pouponnières et les multiples changements particulièrement nocifs pour les enfants.

Ce sont ses travaux sur les effets de la séparation qui ont permis l'humanisation des crèches et des hôpitaux, en favorisant la permanence et la

continuité des liens entre enfants et soignants. Ce progrès et cette humanisation sont remis en question par les 35 heures, qui ne permettent plus au personnel soignant d'assurer cette continuité et cette permanence.

Le premier droit de l'enfant dans la convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 ratifié par la France en 90, c'est celui d'avoir des parents : « Pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, l'enfant doit grandir dans le milieu familial et dans un climat de bonheur et de compréhension »... « L'enfant a, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ». (**Colette VIDAILHET, les enfants abandonnés**).

5-3- L'infanticide :

L'enfance abandonnée et l'infanticide vont de pair, de ce fait, ce dernier est parmi les actes criminels qui frappent par son caractère inhumain et monstrueux. Sa relative fréquence en Algérie peut surprendre et choquer. Aujourd'hui, des femmes de tous les âges et tous les milieux sont emprisonnées sous l'accusation d'infanticide.

5-3-1- Définition de l'infanticide :

L'infanticide est défini dans l'article 259 du code pénal algérien (C.P.A) comme suit :

« C'est le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né ».

Meurtre = homicide commis volontairement.

Assassinat = Meurtre commis avec préméditation. (**Belloum.A, l'infanticide, 2014, p 01**).

Le dictionnaire le Petit Robert définit l'adjectif infanticide:

« Qui tue volontairement un enfant et spécialement un nouveau-né.

Ex.: une mère infanticide. » Dans ce que l'on appelle le « sens commun», le terme infanticide renvoie à l'idée de mère, de « mauvaise» mère.

Les mères célibataires se voient commettre ce genre de crime dans le but de préserver un groupe ou un membre de groupe.

Le nouveau-né, dans la mesure où il représente un risque d'exclusion et de rejet de la mère par la société est envisagé comme un obstacle inacceptable.

La stigmatisation, l'isolement et la marginalisation sont le quotidien de ces mères et leurs enfants.

Conclusion :

Mères célibataires, ce thème tabou au sein de toutes les sociétés notamment la société algérienne, constitue une réalité amère.

Cette réalité doit être évoquée avec lucidité et humanité, vu que les mères célibataires sont condamnées pour un acte impardonnable selon nos traditions et notre religion, celui d'avoir conçu un enfant d'une relation hors mariage.

De ce fait, elles se retrouvent entre le marteau et l'enclume, deux choix aussi difficiles l'un que l'autre ; elles devront choisir soit de confier leur drame à leurs parents tout en sachant qu'ils n'accepteront jamais cette erreur dont l'honneur est en jeu ; soit la fugue : solution la plus sûre en quittant le domicile familial à la recherche d'un lieu où se réfugier.

Ainsi, le second choix est le plus fréquent pour ces mamans célibataires qui se jettent en pâture dans la rue sans assurance ni espoir.

Préambule :

Après avoir achevé la partie théorique qui s'est centrée sur deux chapitres à savoir :

La souffrance psychologique et les mères célibataires. Il est primordial de passer à la mise au point d'une méthodologie appropriée qui a pour finalité la structure de notre travail de recherche en optant pour l'utilisation des notions suivantes

1-pré-enquête :

Est l'une des étapes les plus importantes de la recherche scientifique. C'est la phase exploratoire d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain. Elle permet aussi de cerner le thème de la recherche et vérifier sa faisabilité.

Elle est réalisée dans le but de valider notre question de départ et construire la problématique autour de laquelle portera notre recherche.

2-Méthode de la recherche :**2-1-La méthode clinique :**

On a opté à pour la méthode clinique vu qu'elle soit destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et à mettre l'accent sur l'individualité.

La méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes et comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu.

La spécificité et particularité de cette méthode demeure dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

Elle comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (**Fernandez et Pidinielli.J.L, 2006, p.43**).

Selon **Chahraoui K** et **Bénony H** la méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (**Chahraoui.k et Bénony.H, 2003, page, 11**).

2-2-La démarche descriptive :

Nous avons pour objectif dans notre travail la description de la souffrance psychologique des mères célibataires, à savoir la dépression qui résulte suite à leur grossesse.

La démarche descriptive est largement utilisée en psychologie clinique. Elle fait appel à de nombreuses méthodes et techniques de recherche qualitatives et quantitatives (l'observation clinique, l'entretien clinique, les tests psychologiques). (**L. Fernandez et Catteeuw. M, 2006, p.40**).

Nous avons opté dans cette présente recherche à l'utilisation de l'entretien clinique et des échelles psychologiques, qui peuvent répondre à nos questions de recherche.

3 - Le groupe d'étude :

Notre thème de recherche met le cap sur la souffrance psychologique chez les mères célibataires. On a eu la possibilité de trouver notre groupe d'étude au niveau de Dar Errahma à Bir-Khadem à Alger.

On a sélectionné quatre (04) cas d'une manière volontaire et ça selon la disponibilité des critères suivants :

- Ce sont toutes des mères célibataires.
- Elles ne doivent pas avoir de déficits mentaux.

-Les caractéristiques du groupe d'étude :

Cas	Cas A.H	Cas B.F- Z.	Cas B.K	Cas A.S
Age	35 ans	24ans ans	20 ans	20 ans
Niveau d'instruction	4ème année primaire	1ère année moyenne	2ème année moyenne	3ème année secondaire
Niveau social	moyen	Précaire	moyen	moyen
Situation professionnelle	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer	vendeuse

Tableau n°04 : tableau représentatif des caractéristiques du groupe d'étude.

On a opté pour une sélection de quatre (04) cas de mères célibataire, d'une tranche d'âge qui varie de 20 ans à 35 ans, au niveau de Dar Errahma.

4-Stratégie de la recherche :

4-1-Les conditions de la recherche :

Notre stage pratique a duré 99 jours, à compter du 22.05.2016 au 31.08.2016, à Dar Errahma à Bir-Khadem à Alger, auprès des mères célibataires.

4-2-Présentation du lieu de stage :

Notre stage a été effectué à l'enceinte de Dar Errahma qui est un établissement de bienfaisance socio-humanitaire, placé sous la tutelle du Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille et de la Condition de la Femme.

L'idée de sa création revient au téléthon de 1992, sa construction a été réalisée par l'ANP (Armée Nationale Populaire).

Il est sis dans la localité de Bir-Khadem dans la wilaya d'Alger, il s'étend sur une superficie de 7,6 hectares.

Il a été inauguré par Mr le Ministre de la Solidarité Nationale le 29.12.1997. Il a une capacité d'accueil de 240 lits, et a pour mission la liaison avec les organismes et les institutions à caractère social, assurer l'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation ainsi que l'hébergement pour une période temporaire n'excédant pas les six mois pour les catégories suivantes :

- ✓ Mères célibataires en position pré-partum à partir du troisième trimestre de la grossesse.
- ✓ Personnes âgées avec ou sans attache familiale, dont l'âge ne serait inférieur à 65ans.
- ✓ Enfants privés de famille.
- ✓ Accompagnés de leur familles, enfants atteints de maladies chroniques en provenance des villes de l'intérieure du pays.
- ✓ Malades démunis atteints de cancer, soumis à des soins ambulatoires en milieux spécialisés.

4-3-Prise en charge des mères célibataires :

La prise en charge des mères célibataires au sein de cette enceinte consiste essentiellement dans le suivi et l'accompagnement durant le pré et post-partum.

4-4-1-Mouvement des mères célibataires pour l'année 2016 :

Effectifs des mères célibataires hébergées dans l'établissement actuellement.	07
Effectifs des mères célibataires ayant quittées l'établissement	11
Effectifs des mères célibataires hébergées dans l'établissement durant l'année 2016	18

Tableau n°05 : tableau représentatif des mouvements des mères célibataires.

Cette prise en charge a pour objectifs :

a) La protection maternelle et infantile :

- 1-Valorisation et reconstruction de la mère célibataire.
- 2-La projection sur l'avenir qui se fait à travers l'aide et le soutien psychologique.

b) Action préventive de l'abandon :

- 1-Action de sensibilisation du partenaire (reconnaissance de la paternité).
- 2-Action de sensibilisation des parents ou des familles d'accueil pour la réinsertion ou le placement familial de la mère célibataire.
- 3-Action de sensibilisation des familles d'accueil pour l'enfant abandonné dans le cadre de la kafala.

4-4-Perspectives :

- ✓ Mise en place d'un espace propre à cette frange.
- ✓ Mise en place d'une cellule d'écoute et d'orientation des mères célibataires après leur réinsertion, travail de dépistage et de prévention.
- ✓ Travail de proximité dans les établissements scolaires et secondaires dans le cadre de l'éducation sexuelle.

- ✓ Approche juridique qui protège l'enfant.

5-Les outils de la recherche :

Afin de réaliser notre recherche, on a opté pour les outils de recherche suivants :

5-1-L'entretien clinique de la recherche :

L'entretien clinique de la recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'informations. (A. Blanchet).

Il s'agit d'un dispositif par le quel une personne 'A' favorise la production d'un discours d'une personne 'B' pour obtenir des informations. **(Bénony, H, Chahraoui, K, 1999, page 64).**

C'est un dispositif de base en psychologie clinique. À la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et aussi de soutien. C'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside à l'entrevue.

L'entretien clinique se définit comme : « une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (CHILAND, 1989).

La position du clinicien est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non-directivité, la neutralité bienveillante et l'empathie ». **(L. Fernandez et al, 2006, p.48-49).**

Il a trois visées : thérapeutique, diagnostic et recherche. Il existe trois formes d'entretien selon l'objectif recherché :

Entretien directif, entretien non-directif et entretien semi-directif. Dans notre recherche ce dernier semble le plus approprié.

5-2-1-L'entretien clinique semi-directif :

« C'est un entretien qui favorise l'expression libre et un guide d'entretien de questions préparées par le chercheur à l'avance (mais non formulées d'avance), et qui contient deux types : des questions ouvertes ou fermées dans l'objectif d'orienter ponctuellement la personne sur les questions précises pour laquelle l'examineur souhaite une réponse ». (**K.Chahraoui Et H.Benony, 1999, p.65**).

Bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement, mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. (**Bénony H,Chahraoui K,2003,p143**).

L'entretien semi-directif laisse une certaine latitude dans la façon de poser les questions, mais avec un objectif à remplir qui correspond à un canevas initial. (**Douville. O, 2001, page175**).

L'entretien semi-directif permet, par l'intermédiaire du guide d'entretien de recueillir des informations pertinentes, relatives à l'hypothèse. Il peut aussi être mis en œuvre pour construire un cas clinique, à valeur d'illustration des résultats d'une recherche.

Toutes ces visées ne sont pas exclusives et correspondent souvent à des moments différents de la recherche : on explore, on valide puis on illustre. (**Fernandez.L et Pidinielli.J.L, 2006, page49**).

5-2-2- Le guide d'entretien :

Le chercheur se présente avec un schéma de questions à aborder avec chaque personne. On donne à la personne la liberté d'élaborer ses réponses à sa guise, mais les sujets de discussion sont préétablis. La présentation des questions, mais bien au contraire, un instrument souple qui entrevoit la possibilité d'introduire

d'autres questions, notamment des relances très expressives, centrées sur les préoccupations affectives émotionnellement chargées.

Le guide d'entretien permet de structurer l'activité d'écoute et les interventions de l'enquêteur. Dans le cadre de l'entretien semi-dirigé dont il est question dans notre recherche, il y a formulation d'une consigne et constitution d'un guide thématique formalisé.

Ce guide permet de structurer l'entretien mais sans pour autant diriger le discours. Le guide d'entretien est donc organisé autour de thèmes qui sont des domaines à explorer. Ce guide a pour but d'aider l'enquêteur à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de la personne interrogée, au moment même où ils sont abordés ; ainsi, l'ordre des thèmes abordés peut varier. Ainsi, l'enquêteur veille à ne pas se laisser enfermer dans son guide. Il peut alors être amené à y introduire des thèmes supplémentaires au fur et à mesure qu'il se familiarise avec le sujet. **(M.Goffinet, 2008, p.39).**

Ce guide est constitué de 04 axes comportant plusieurs questions permettant de recueillir un maximum d'informations sur le sujet. Les questions posées sont soit directives ou semi-directives, elles répondent plus précisément à notre objectif de recherche.

Les axes sont les suivants :

Informations personnelles :

L'objectif est de recueillir des données concernant le volet personnel, familial et socio-économique des mères célibataires, et qui seront d'un grand intérêt dans l'analyse.

Axe n 01 : informations sur l'histoire de la grossesse.

Composé de trois questions qui tourneront autour de l'établissement de la relation sexuelle.

Axe n 02 : Informations sur le vécu de la grossesse :

Composé de trois questions qui tourneront autour de la situation de grossesse et son vécu ainsi que les perturbations qu'engendre la grossesse. Cet axe vise à montrer comment est le quotidien des mères célibataires suite à leur grossesse.

Axe n 03: Informations sur la réaction des parents suite à la grossesse :

Composé de neuf questions qui cernent les réactions et les perceptions subjectives des parents vis-à-vis de la grossesse de leurs filles.

Axe n 04 : Projection et regard sur l'avenir :

Comporte cinq questions qui tendent à savoir la manière de la projection sur le futur des mères célibataires, seront-elles pessimistes ou optimistes ? Vont-t-elles réussir à mettre un point sur cette expérience douloureuse, et aller de l'avant ?, ou bien vont-t-elles sombrer dans la tristesse et la dépression ?

Quant au côté quantitatif de notre recherche, nous avons opté pour l'inventaire de dépression de Beck.

5-3-L'inventaire de dépression de Beck :

Nous avons opté pour l'utilisation de cet inventaire, pour la facilité de son administration et de sa cotation, aussi pour le fait que sa passation ne requiert pas beaucoup de temps, tout comme sa disponibilité.

À première vue, les 21 items paraissent plus au moins faciles à traduire en langue Kabyle et Arabe, contrairement aux items d'autres échelles.

Le BDI-II nous permettra de répondre à l'objectif notre recherche : décrire la souffrance psychologique des mères célibataires, à savoir la dépression.

5-3-1-Aperçu historique sur l'inventaire de dépression BDI-II d'Aaron

Beck :

L'inventaire de dépression de BDI-II a été créé en 1961 par BECK, dans le but d'évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués. En 1971, BECK et ses collaborateurs modifient le BDI en BDI-II puis il a été publié en 1979 aux États-Unis.

Au cours des années, des modifications ont été apportées à la définition de la dépression, Moran et Lambert(1983), ont montré que le BDI ne répond pas aux critères du DSM-III, ils ont noté qu'aucun item du BDI ne permettait l'évaluation de l'activité psychomotrice et de l'agitation, qui constituent pourtant un critère pour le diagnostic des troubles dépressifs majeurs, dans le DSM-III. **(A-T. Beck et al, 1998, p.1-3).**

Deux autres chercheurs, V.KRAMES et FELET(1985), ont pu étudier le lien entre le BDI et le DSM-III, ils ont conclu qu'il n'y avait pas d'items pour l'augmentation de l'appétit et du sommeil. Les nouvelles éditions du DSM ont montré la nécessité d'élaborer une nouvelle mesure de la dépression, évaluant des symptômes congruents avec les critères du DSM-III-R(1987) et du DSM-IV(1994).

Après BECK, ses collaborateurs ont créé un nouvel inventaire en 1994, car il existe des items n'apparaissant pas dans les critères du DSM-IV : l'agitation, la dévalorisation, la difficulté à se concentrer et la perte d'énergie.

Le BDI-II constitue une importante révision de l'inventaire de dépression de BECK. Des items ont été réécrits, 04 items ont été supprimés et remplacés par 04 autres, 02 items ont été modifiés afin d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil. Le BDI-II est destiné à évaluer la sévérité de la dépression et à mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV. **(M. Bouvard Et J. Cottraux, 2002, p. 185-186).**

5-3-2-Définition de l'Inventaire de dépression de Beck révisé (BDI-II) :

L'inventaire de dépression de Beck révisé (BDI-II) est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets à partir de 16ans. Il est composé de 21items. Le BDI-II a été élaboré pour évaluer les symptômes correspondant aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon le DSM-IV. (1994 ; Version française 1996).

5-3-3-l'utilisation clinique de l'inventaire :

Le BDI-II a été élaboré comme indicateur de la présence et de la sévérité de symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM-IV, et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique.

Il est facile à administrer et à coter, mais seuls les professionnels ayant une bonne expérience clinique pourraient l'interpréter. Le psychologue devra alors respecter rigoureusement les principales éthiques régissant l'utilisation du test. **(Beck. A-T, 1998, p. 6).**

Bien que la dépression puisse être accompagnée de risques suicidaires chez les patients psychotiques, le clinicien doit être très attentif aux résultats du BDI-II, afin de proposer des interventions thérapeutiques appropriées si cela s'avère nécessaire.

Les items 2 (pessimisme), et 9 (pensées au désir de suicide) sont les deux indicateurs de risque de suicide qui doivent être bien vérifiés. **(Boyer. P et al, 1983, p.27).**

5-3-4-L'administration de l'inventaire :

Les consignes figurant sur l'inventaire sont :

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes, puis dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous

avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semble décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16(modifications dans les habitudes du sommeil), et le groupe n° 18(modification de l'appétit). (**A-T. Beck, 1998, p.7-8**).

Comme les sujets de notre recherche sont des mères célibataires peu ou non instruites, répondre aux items toutes seules sera quasiment impossible, c'est bien pour cela que nous avons essayé d'adapter l'inventaire en traduisant les items dans la langue appropriée, pour une meilleure compréhension des items.

À la fin de la passation, quel que soit le mode de passation, on doit vérifier le protocole pour s'assurer qu'il ne manque aucune réponse, et s'il en manque une, on doit demander au patient de compléter son questionnaire. (**A-T. Beck, 1998, p.8**).

5-4-5-la cotation de l'échelle :

La note totale est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points, si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisissez l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63. (**M. Bouvard Et J. Cottraux, 2002, p.182**).

- Les notes seuils au BDI-II :

Note totale	Niveau
0-11	Minimum
12-19	légère
20-27	modérée
28-63	sévère

(A-T. Beck, et al, 1996, p.1-9).

Tableau n°06 : tableau représentatif des notes seuil au BDI-II.

Conclusion :

Pour accomplir notre travail de recherche, on s'est focalisé sur cette partie méthodologique, dans le but de suivre les démarches appropriées et atteindre nos objectifs qui cernent la souffrance psychologique chez les mères célibataires dans lequel on a pu détailler le déroulement et la réalisation de notre recherche.

Le quatrième chapitre sera consacré à la présentation, à l'analyse et à la discussion des résultats obtenus dans notre recherche.

Préambule :

Dans ce présent chapitre, on va commencer par présenter et analyser les résultats obtenus de notre recherche, avec les deux outils que nous avons utilisés à savoir l'entretien clinique semi-dirigé et l'inventaire de dépression de Beck.

Ensuite nous allons essayer de discuter les résultats d'analyse des données à la lumière de nos hypothèses émises au départ et ce dans le but de les confirmer ou de les infirmer.

1-présentation et analyse des cas :

1-1-présentation du cas de Melle (H) :

1-1-1-présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas de Melle (H) :

Il s'agit de Melle (H) une mère célibataire âgée de 35 ans, née à la grande poste à Alger, originaire de Biskra et demeurant à Climat de France à Bouzaréa ; admise pour une prise en charge d'une grossesse de 32 semaines (7^{eme} mois).

Melle (H) a un niveau d'instruction considérable malgré qu'elle ait quitté les bancs de l'école tôt en 4^{ème} année primaire et est femme au foyer. Elle ne présente aucune maladie à part une ménarche à l'âge de 12ans.

Melle (H) vit avec ses parents et une fratrie de trois garçons et deux filles, elle en est la plus jeune. Leur niveau socio-économique est moyen. Elle vit dans un climat plus au moins stable, ses parents entretiennent une relation équilibrée, elle s'entend plus avec sa mère parce que « *tesma3 liya toujours we tgheti 3liya* » « *elle est attentive et me couvre toujours* ».

En dehors de sa famille Melle (H), s'entend très bien avec sa cousine « *bent 3emti hiya bir srari* » « *ma cousine est ma confidente* ».

Axe 01 : histoire de la grossesse.

Melle (H) a connu son partenaire là où elle habite « *t3areft 3lih felhouma, kan yji ybi3 lfakya* » « *j'ai fait sa connaissance dans la cité, il venait vendre des fruits* », au début elle ne l'avait pas remarqué mais après il a commencé à lui faire la cour il a donné son numéro à un fils d'un voisin en lui demandant de le contacter.

Quinze jours sont passés, sans qu'elle lui fasse signe, quant à lui il poursuivait toujours sa cour à chaque fois qu'il la voyait.

Un beau jour, elle lui téléphona et de là ils ont noué une relation. Ils ont passé deux mois à parler au téléphone puis ils se sont fixé un rendez-vous ; elle s'est faite toute belle et est allée le rencontrer en ville, après un tour en ville il lui a demandé de l'accompagner chez lui, elle a accepté sans me faire prier « *umba3ed darna wach darna* » « *après on a fait ce qu'on a fait* ». Elle a consenti à établir cet acte parce qu'elle était lasse et elle avait perdu tout espoir par rapport au mariage « *jarati ga3 tzewjou ghir ana ma3endich khetabin* » « *mes voisines sont toutes mariées sauf moi je n'ai pas de prétendants* ».

Elle savait que cette relation sera sans lendemain puisqu'il ne lui a jamais évoqué le mariage, ce qui se passait entre eux était purement sexuel « *howa masseyef 3liya heta haja ana qbelt dak echi* » « *il ne m'a rien imposé, j'ai accepté la chose par mon propre gré* », je savais que j'allais braver un interdit mais.....donc « *wila maktebch rebbi netzewedj man3ich hyati ?yak fhemtini ?* » « *Si dieu ne m'a pas destiné le mariage je ne vais pas vivre ma vie ? Tu m'as comprise ?* » « *ma3labali bheta wahed ana 3ebd braghabatou ou koul wahed y3ich hyatou* » « *je me fous éperdument des autres je suis un être humain qui a ses désirs que chacun vive sa vie* ». « *Le seul truc qui fasse mal et qu'il est difficile d'être une femme, on est considérée comme des objets on n'a pas notre mot à dire ce sont toujours les autres qui savent ce qui nous convient ou pas* » «

ana melit mhad lhala, ana ndicidi 3la rouhi mani nadma 3la walou » « j'en ai marre de cette situation, il n'y a que moi qui puisse décider de ce qui m'ira ou pas, je ne regrette rien ».

Après ce récit, nous avons constaté que Melle (H) est un sujet qui mène une vie conflictuelle pleine de tensions, on note aussi une divergence de sentiments qui varient entre révolte, résistance et culpabilité à travers ces propos « *hadi hyati heta wahed madekhlou fiha* » « *c'est ma vie personne n'a le droit de s'en mêler* » « *3abali beli had echi elli dartou machi mlih ou hram makanch lazem ndirha parce que ghadetni yemma ki li t3entha fi daherha bessah ed3eft* » « *je sais que ce que j'ai fais n'est pas bien et qu'il est pêché, en plus j'ai trahi ma mère c'est comme si je l'avais poignardé dans son dos mais j'ai pas pu résister cet élan de désir* » .

Axe 02 : le vécu de la grossesse.

Melle (H) a découvert sa grossesse par le biais du test de grossesse que sa voisine lui a acheté, après que cette dernière lui ait fait part du fait qu'elle ait un retard dans ses menstruations. « *Quand j'ai su que le résultat était positif j'étais paniquée j'ai eu si peur si on le découvrait, je ne savais que faire toute mon insouciance a disparu laissant place à une peur naissante du creux de mon estomac, c'est comme si j'étais frappé par la foudre ma vie est chamboulée sens dessus sens dessous, je ne savais à quel saints me vouer* » ; elle annoncé la nouvelle à sa mère qui a commencé à crier sur elle et l'a insulté, elle est allée jusqu'à la marteler de coups.

Elle a essayé d'avorter le bébé par tous les moyens : en prenant des cachets et en m'acharnant sur les tâches ménagères les plus dures avant que la situation ne dégénère, mais les tentatives étaient vaines ; alors elle s'est laissée aller « *koulchi bel mektoub* », « *tout se fait par le destin* », « *mais had la grossesse 3eyatni bezzaf wela khatri ydiq belkhef ou zid bezyada nhes rouhi*

fechlana dima », « *mais cette grossesse m'a beaucoup affaibli, j'étais tout le temps tourmentée, je ne supportais plus personne, en plus je me sentais si fatiguée, s'il m'était donné je ne me réveillerai plus jamais* ». La peur que mes frères et mon père découvrent ma grossesse me hantait.

Pour elle, « *être une mère célibataire n'est guère une chose facile, on te traite de tous les noms, on te fuit comme si t'avais la peste ou le sida pourtant dans cet acte on est deux et l'homme et la femme sont fautifs* ».

Axe 03 : réactions des parents.

La famille de Melle (H) n'est pas au courant de sa grossesse à part sa mère et ses deux sœurs qui la soutiennent, quant à son père et ses frères ils n'en savent rien « *mziya elli khawti ma3labalouhmch khatarch loukan y3arfou rayhin yqetlouni* » « *heureusement que mes frères ne sont pas au courant si non ils m'auraient tué* ».

Melle (H) malgré la complexité de sa situation, vit une grossesse évolutive normale, sa mère la soutient et est aux petits soins pour elle.

Avec le temps, son ventre commençait à s'arrondir et de peur que l'on se rende compte de son état elle a été emmenée par sa mère à Dar Errahma par crainte d'être humilié et surtout peur d'être tuée.

Melle (H) n'avait pas pratiquement une idée de l'existence de ce centre, c'est par orientation qu'elle y est. Sa mère l'appelle toujours et lui ramène tout ce dont elle a besoin ; pour ce qui en est du géniteur elle n'a pas eu de ses nouvelles.

On constate que le fait que Melle (H) ait reçu un soutien de la part de sa mère (malgré qu'au début elle avait une réaction tout à fait contraire) l'a beaucoup aidée être forte pour pouvoir dépasser les difficultés et les souffrances qu'entraînera cette grossesse. « *nahmed rebbi 3la lwaqfa ta3 yemma w khwatati*

m3aya 3awnouni bezzaf » « je remercie dieu pour le soutien de ma mère et mes sœurs avec moi elles me sont d'une grande aide ».

Axe 04 : projection et regard sur l'avenir.

Melle (H) a décidé de ne pas garder son enfant après l'accouchement elle le laissera à la pouponnière « *manich qadra nkhelih 3endi* » « *je ne peux pas le garder avec moi* », elle souhaite qu'il ne restera pas seul et qu'il n'aura pas à payer pour quelque chose qu'il n'a pu choisir « *3labali edenya rayha tkoun s3iba 3lih khatararch yhesbouh wlid lahram, netmena yssamehni kach nhar* » « *je sais pertinemment que la vie va être constamment dure pour lui, ils vont le considérer fils du péché, ce que je souhaite c'est qu'il puisse me pardonner un jour* ».

Elle envisage son avenir positivement malgré qu'elle ait un nombre considérable de doute, mais elle considère que ce qu'elle vient de vivre n'ait qu'une petite parenthèse ouverte dans sa vie et qu'elle ne rouvrira jamais ; elle va faire une formation pour s'ouvrir au monde et ira de l'avant.

On constate, que Melle (H) a un regard optimiste en ce qui concerne son avenir, elle n'est pas angoissée sur ce qui peut l'attendre et le plus important c'est qu'elle ait pu faire le deuil de sa grossesse.

Conclusion des données de l'entretien :

L'analyse de l'entretien avec Melle (H), nous a montré qu'elle était à la découverte de sa grossesse anxieuse et angoissée malgré son consentement et sa capitulation. Ses états psychique et physique sont marqués par quelques changements, elle est tourmentée, n'arrivait pas à entretenir une relation avec les autres, elle se sent tout le temps fatigué et dors beaucoup ; sont autant de facteurs qui nous indique une symptomatologie dépressive.

1-2-1-présentation et analyse des résultats du BDI-II du cas de Melle (H) :

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
10	[0-10]	Dépression minimum

Tableau n° 07 : tableau représentatif des résultats du BDI-II de Melle (H).

Les réponses aux 21 items ont obtenu des notes entre 0 et 2. La majorité des items ont obtenu la note de 0. La note la plus élevée est 2, elle est attribuée aux items n° (8 et 10) : « je me reproche tous mes défauts », « je pleure pour la moindre petite chose ».

La note 1 est attribuée aux items n°(7,11,13,14 et 20) : « j'ai perdu confiance en moi », « je me sens plus agitée que d'habitude », « il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions », « je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant », « je me fatigue plus facilement que d'habitude » ; et la note 1b est attribuée à l'item n°18 : « j'ai un peu plus d'appétit que d'habitudes ».

La note 0 qui est la note la plus fréquente est attribuée aux items n° (1,2,3,4,5,6,9,12,15,16,17,19 et 21) : « je ne me sens pas triste », « je ne suis pas découragée face à mon avenir », « je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée », « j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent », « je ne me sens pas particulièrement coupable », « je n'ai pas le sentiment d'être punie », « mes habitudes de sommeil n'ont pas changé », « je ne suis pas plus irritable que d'habitude », « je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant », « je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe ».

Conclusion de l'analyse de l'inventaire de dépression de Beck du cas de Melle (H) :

L'analyse des résultats de l'inventaire de dépression de Beck du cas de Melle (H) nous indique qu'elle souffre d'une **dépression minimum**, avec une note obtenue de 10 se situant entre 0 et 11.

1-2- présentation du cas de Melle (F-Z) :

1-2-1-présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas de Melle (F-Z) :

Melle (F-Z) est une mère célibataire âgée de 24 ans originaire d'Alger et y demeurant, niveau d'étude 7ème année fondamentale, femme au foyer (mais elle est détentrice d'un diplôme en coiffure et en couture une formation qu'elle a pu décrocher du vivant de sa grand-mère qui les soutenait un peu et qui arrivait à freiner la tyrannie de son fils, des fois elle travaille chez elle en cousant des robes et les vendre ou bien coiffer des dames à domicile pour subvenir à ses besoins), admise pour une grossesse de 31 semaines.

Elle ne présente aucune maladie à part une ménarche à l'âge de 14ans.Elle est l'ainée d'une fratrie de quatre garçons et de trois filles.

Melle (F-Z) n'a pas eu une vie facile, elle était un théâtre de tensions, de mépris et de maltraitance chose qui a une un impact sur sa vie. Dès son jeune âge (3 ans) elle a été traumatisée par le divorce de ses parents, ces derniers se disputaient souvent. Leur niveau socio-économique est précaire. Elle vit avec sa mère et frères et sœurs chez son oncle maternel qui a leur tour les maltraite et les rends comme des esclaves ; il leur a rompu tout contact avec son père remarié et ses deux demi-frères.

Elle n'entretient aucunement des relations avec les autres, même sa mère elle n'est proche d'elle « *enhess rouhi wahdaniya ma3endi la hbib la wali* », « *je me sens solitaire je n'ai ni parents ni amis* ».

Axe 01 : histoire de la grossesse.

Melle (F-Z) a fait connaissance avec le père de son enfant dans la rue, il la suivait pendant des mois, un jour en sortant de sa formation il lui emboita le pas et lui fourra un bout de papier dans sa poche sur lequel il inscrivit son numéro de téléphone et lui demanda de l'appeler.

Elle hésita à lui faire signe puisqu'elle avait peur de son oncle, mais un jour elle céda à la tentation et lui envoya un texto, « *3la balek menhar eli med li fih numéro hessit beli lemra elli kanet fiya nadet* », « *tu sais que depuis qu'il m'a donné son numéro de téléphone j'ai senti naitre la femme qui était en moi* ».

Ils parlaient pendant des heures au téléphone, un jour il lui a demandé de sortir avec lui et elle a accepté, « *eddani lel garage dyalou umba3ed ebda ynih li fi hwayji..... kount bla ay difa3 w d3ifa* », « *il m'a emmené dans son garage et là il me plaqua contre le mur et commença à m'arracher mes vêtements..... j'étais sans défense et si faible* », « *heta wahed mawessani 3la had echi makont fahma walou* », « *personne ne m'a renseigné sur ça je n'ai rien compris à ce qui se passait* ».

« *echi eli khelani enteb3ou hiya hnantou ki kan yahdar m3aya ou houbou liya, kan yqol li beli rayeh yetzewejni wendirou dar ana wiyah* », « *ce qui m'a poussé dans ses bras est la tendresse avec laquelle il me parlait et son amour pour moi, il me disait qu'il se marierait avec moi et que l'on ira construire une famille ensemble* ».

Le but d'avoir établi une relation avec lui était le mariage et aussi pour fuir l'enfer qu'elle vit, une vie cauchemardesque (pleurs et sanglots). « *Je sais que*

j'ai commis un impair mais je veux aussi vivre ma vie pleinement, si le bonheur ne frappe pas à ma porte je le provoquerai ».

Dans ce récit, on constate que la vie de Melle (F-Z) est très compliquée, et que de par son acte elle a tiré le fil d'alarme pour porter l'attention sur elle et lève le voile sur le traumatisme qui fractionne sa vie.

Des sentiments intenses s'ajoutent ensuite le rejet, la tristesse, le sentiment de solitude, la peur de l'autre sont des réactions relevées dans les entretiens « rani nness beli ytima malgré waldiya heyin », « je sens que je suis une orpheline malgré que mes parents sont en vie », « heta wahed ma yebghini », « personne ne m'aime » ; on note aussi une ambivalence dans ses sentiments, entre la souffrance, la culpabilité d'avoir bravé cet interdit et enfreint les règles et la dévalorisation « wach eddani ndirha ? loukan masma3touch manelheqch lhad lhala », « pourquoi l'ai-je fais ? si seulement je ne l'avais pas entendu », « ana wahda mateswach », « je suis une vaut rien » ; et la résistance et la désobéissance à l'autorité « yesra eli yesra ma3labalich », « je me fous de ce qui vas se passer ».

Axe 02 : vécu de la grossesse.

Melle (F-Z) a découvert sa grossesse que tardivement, sa maman a remarqué son état de santé qui se détériorait, les vomissements et la pâleur de son visage en disaient long sur son état, en plus elle était devenue si moue. Alors elle l'emmena chez la gynécologue pour établir un diagnostic quant à son état, la elle fut surprise par les félicitations du médecin lui annonçant une grossesse de cinq mois.

Melle (F-Z) était foudroyée par cette annonce « makountch mamna wach sma3t », « je n'en croyais pas mes oreilles ».

Cette grossesse l'a complètement anéanti elle ne se supporte plus, elle veut mourir et en finir de ce lourd fardeau qui pèse sur elle, elle n'a personne sur ce qui compter.

Depuis l'annonce de la grossesse, Melle (F-Z) est repliée sur elle-même, elle ne parle avec personne, elle est tout le temps en pleurs et a essayé de mettre fin à ces jours vu que la perspective d'être une mère célibataire est non-envisageable pour elle « loumouma men heqi bessah felmojtama3 ta3na tkouni oum 3aziba haja hessassa ktar mel jarima », « la maternité est mon droit mais dans notre société être une mère célibataire représente un fait délicat plus qu'un délit ».

Axe 03 : réactions des parents.

Suite à l'annonce de sa grossesse Melle (F-Z) a eu son lot d'actes barbares, sa mère l'a martelé de coups de pieds et l'a traité de tous les noms, quant à son oncle il lui a fait boire de l'acide pour les faire tuer, pour lui c'est une question de dignité.

Ils ont essayé à maintes reprises de la tuer mais pas de chance « apparemment rani ki lqet bseb3a rwah », « apparemment je suis comme le chat avec sept âmes ».

« Je suis devenue le gardien de moi-même je n'ai plus connu le gout du sommeil de crainte qu'ils me tuent si je baissais la garde ». « Ma vie s'est empirée plus qu'elle ne l'était je guette toujours le jour où ils en finiront de moi ».

C'est pour cela qu'elle a fugué de chez elle, en allant frapper les portes de Dar Errahma demandant refuge et hospitalité « enas bara homa li delouni 3la had centre », « ce sont les gens à l'extérieur qui m'ont orienté vers ce centre ».

Depuis sa fugue de chez elle, personne n'a demandé de ses nouvelles, chose qu'elle-même a fait aussi «wach hbelti nseqasi 3lihoum !!!!loukan ysibou ymhouni melard, ma3endi mandir bihoum manwintch yji nhar elli nethena fih men dak la3dab ou dik lmiziriya », « je demanderai de leur nouvelles t'es folle !!!! S'ils pouvaient ils m'extermineraient de la surface de la terre je n'ai que faire d'eux, je m'attendais pas à ce que le jour où je me libérerai de cet enfer et cette misère arrive ».

Heureusement il y a le père de son enfant qui la soutient il veut demander sa main et avouer que l'enfant est son fils mais sa famille ne veut rien entendre, il l'appelle chaque jour et lui ramène tout ce dont elle a besoin.

L'anxiété et l'angoisse de Melle (F-Z) grandissaient en elle chaque jour, mais le soutien du père de l'enfant lui a un peu déchargé les tensions.

On constate alors que le fait qu'elle n'ait pas reçu d'aide et de soutien de la part de ses siens a augmenté en elle le chagrin et la souffrance.

Axe 04 : regard et projection sur l'avenir.

Melle (F-Z) a décidé de garder son enfant « rayha nkhelih 3endi nrebih w na3tih ga3 lahnana li tahremt menha », « je vais garder mon enfant avec moi je l'éduquerai et lui donnerai toute l'affection et la tendresse dont j'étais privée », elle envisage mal et son avenir et celui de ce dernier, elle est pessimiste face à ce qui les attend et est très inquiète « rani khayfa men el mostaqbel, 3la bali yji nhar li rayhin yqetlouna ana wewlidi », « l'avenir m'inquiète, je sais qu'un jour ils vont nous tuer moi et mon enfant ».

Melle (F-Z) est pessimiste en ce qui concerne son avenir, elle n'a que des idées noires, sa pauvreté a accentué sa souffrance. ce qu'elle souhaite est de pouvoir « 3la bali beli liyam we nass marayhinch yrahmouna bessah rayha ndafa3 3la wlidi malgré lhala machi sahla », « je sais que ni le temps ni les gens

vont être cléments avec nous mais je me combattrai pour lui malgré que la situation ne sera pas facile ».

Elle dit qu'elle veut avoir son propre foyer et mener une vie tranquille sans craintes et peurs, elle veut épargner à son fils les scènes du traumatisme qu'elle a vécu « *mada biya wlidi y3ich flahna* », « *je veux que mon fils vive en paix* ».

Conclusion des données de l'entretien :

Après l'analyse de l'entretien, on a constaté que Melle (F-Z) vit mal sa grossesse.

Elle représente une symptomatologie dépressive marquée essentiellement par des changements dans ses habitudes du sommeil, dans l'appétit.

Face aux difficultés de la vie quotidienne, Melle (F-Z), devient très émotive, s'énerve trop et pour fuir ces sentiments elle a essayé de mettre fin à ses jours.

1-2-2-présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas Melle (F-Z)

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
45	[28-63]	Dépression sévère

Tableau n°08 : tableau représentatif des données du BDI-II du cas Melle (F-Z).

La majorité des réponses aux items de l'échelle ont obtenu la note de 3 : pessimisme, perte de plaisir, sentiment négatif envers soi-même, attitude critique envers soi, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, perte d'énergie, difficulté à se concentrer et fatigue.

Quant aux items : modification dans les habitudes du sommeil et modification de l'appétit, Melle (F-Z) leur a attribué la note maximale qui est 3b, ce que l'on peut comprendre par là est que ces deux activités ont connu un

grand changement, chose qui nous montre que le degré de la souffrance sur les deux plans est élevé.

La note 2 est attribuée aux items : sentiment de culpabilité, sentiment d'être punie, agitation et irritabilité.

La note 1 est attribuée seulement à l'item tristesse (je me sens très souvent triste), pendant que la note 0 est attribuée aux items : échec dans le passé, pensées ou désirs de suicide, pleurs et perte d'intérêt pour le sexe, bien que l'on note que l'analyse de l'entretien nous a révélé des sentiments d'échec, des pleurs et des velléités suicidaires, mais elle ne leur a pas attribué une note élevée, cela revient au fait qu'elle veuille se montrer forte ou bien par rapport au fait que les réponses aux items doivent être prises en considération seulement les quinze (15) derniers jours. (**Annexe n° 02 : l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).**)

Conclusion de l'analyse des résultats de la BDI-II du cas Melle (F-Z) :

D'après l'analyse des données du BDI-II du cas Melle (F-Z), on a obtenu la note 45, qui se situe entre 28 et 63, ce qui signifie la présence d'une **dépression sévère** chez Melle (F-Z).

1-3-Présentation du cas Melle (K) :

1-3-1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas Melle (K) :

Melle (K) une mère célibataire âgée de 20 ans, originaire de Abadia et demeurant à Ain-Defla, niveau d'étude 7^{ème} année fondamentale, admise au centre pour une grossesse de 30 semaines.

Melle (K) vit avec ses mère divorcée, elle est la troisième d'une fratrie d'un garçon et de trois filles, leur situation économique est moyenne sa mère travaille comme femme de ménage dans une garderie pour subvenir aux besoin

de sa progéniture, quant à Melle(K) elle est femme au foyer « *hebit ndir kach formation bessah maneqdarch lazem li n3ess khawti sgha khatarch yemma takhdem barra ya doub tkefina nafaqa li ymedha lna papa* », « *j'aurais aimé faire une formation mais je ne peux pas parce que maman travaille à l'extérieur et la pension que nous verse papa ne nous suffira pas* ».

Avant leur divorce, les parents de Melle (K) avaient des prises de bec infernales, ils se disputaient souvent son père entretenaient des relations d'adultère et le jour où sa mère a découvert ça elle a demandé le divorce.

Elle a vu ses parents se divorcer à l'âge de 15 ans puis son père se remarier une année après, sa relation avec ses sœurs n'est pas bonne elles se chamaillent « *netfahem ghir m3a khouya ghir howa li yebghini ama khwatati yghirou meni khatarch ana chaba khir menhoum* », « *je m'entends très bien avec mon frère y a que lui qui m'aime par contre mes sœurs elles sont jalouses de moi parce que je suis plus belle qu'elles* ».

Quant à sa relation avec sa mère elle est des plus anodines, elles n'ont pas le temps pour rester ensemble et parler « *wellah ghir tghidni yemma machi sahel ykoun 3endek khemsa drari fi reqebtek koul wahed wach yetleb* », « *je te jure que je compatis vraiment avec ma mère ce n'est pas facile d'avoir cinq enfants à nourrir et chacun avec ses demandes* ».

En dehors du spectre de sa mère et de sa fratrie Melle (K) n'entretient de relations avec personne.

Axe 01 : histoire de la grossesse.

Melle (K) a connu son partenaire dans la rue en allant faire ses courses. Ils se sont échangés leur numéros de téléphone et avec le temps les prémices d'une relation commençaient à se tisser.

Les jours passèrent est la relation de Melle (K) devient plus intense « *waleftou belkhef wellit nchouf edenya autrement nqoul leq haja kount mesta3eda nrouh m3ah lakher edenya ntiq fih ktar men rouhi* », « je me suis habituée à lui facilement il a changé la conception que j'avais de la vie je lui faisais confiance plus que je n'en faisais à moi-même ».

Elle est allée jusqu'à établir une relation avec lui parce qu'il lui avait dit qu'ils se marieraient et aussi parce qu'il était attentif et doux avec elle.

Axe 02 : le vécu de la grossesse.

Melle (K) ne soupçonnait rien de son état, c'est sa maman qui a remarqué des changements en elle, elle était fatiguée pour le moindre effort, à chaque fois qu'elle avalait quoique ce soit elle vomissait, alors elle l'emmena chez le gynécologue qui lui confirma ses soupçons.

Quant à Melle (K) elle était sidérée suite à cette annonce, à fur et à mesure que sa grossesse évoluait elle ne se supportait plus « *wellit manahmelch rouhi loukan nsib ntayhou* », « je ne me supporte plus si je pouvais je vais l'avorter » d'ailleurs son compagnon lui a pris un rendez-vous chez un médecin « *qal li beli manach jahzin lih lazem ndirou lou situation mliha ou zid raki sghira tqedri tjibi drari umba3d* », « il m'a dit qu'on n'est pas encore prêts pour avoir un enfant parce qu'il faut qu'on lui procure une bonne situation ; en plus t'es jeune tu peux en avoir d'autres après ».

Elle considère qu'être une mère célibataire est la pire des souffrances que l'on puisse infliger à une femme « *3la balek hadi as3ab hala 3echtha fi hyati khatarch menhar li ktacheft halti wana 3aycha fel khouf loukan y3arfou enas mayhebsouch lhadra, je préfère nmout ou manesma3ch klamhoum* », « tu sais c'est la plus pire expérience que j'ai vécu, depuis que j'ai su la nouvelle de ma grossesse ma vie a bousculé je vis avec la peur que les gens la découvrent ils ne vont pas se taire pas, plutôt mourir qu'entendre ce qu'ils vont dire ».

Axe 03 : réactions des parents.

Comme toutes les mamans, la mère de Melle (K) a réagi négativement suite à l'annonce de la grossesse de sa fille, elle l'a frappé et l'a insulté quant à sa fratrie ils n'en savent rien.

Après melle (K) a pu avoir le soutien de sa mère « *sah yemma m3a lowel zgat 3liya w darbentni bessah umba3ed sandetni w ghetat 3liya bach heta wahed maya3ref* », « *il vrai que ma mère m'a tabassé et m'a crié dessus au début mais après elle m'a soutenu et a fait en sorte à ce que l'on ne découvre mon état* ».

Avec le temps et le soutien de sa mère, Melle (K) a pu vivre sa grossesse normalement chose qui l'a aidé à se stabiliser malgré qu'à un moment donné son état psychique et physique a détérioré ; d'où on a noté la manifestation de certains changements tel que : des modifications du sommeil, de l'appétit, la fatigue et une perte d'énergie chose qui nous poussé à supposer la présence d'une dépression chez elle.

Melle (K) a été emmenée au centre dont elle ignore l'existence par sa mère avec qui elle est en contact chaque jour.

Elle s'y trouve pour cacher sa tare et surtout par peur d'être humilié dans la cité.

Axe 04 : projection et regard sur l'avenir.

Melle (K) envisage de laisser son enfant à l'hôpital et ne veut pas rentrer en contact avec lui.

Elle a un regard optimiste sur l'avenir, elle va plier cette page et ira de l'avant

Conclusion des données de l'entretien :

Après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté que cette mère célibataire a pu accepter sa grossesse, et cela grâce au soutien de sa mère.

1-3-2-présentation et analyse Des résultats du BDI-II du cas Melle (K) :

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
18	[12-19]	Dépression légère

Tableau n°09 : tableau représentatif des données du BDI-II du cas Melle (K).

Conclusion de l'analyse des résultats du cas Melle (K) :

D'après l'analyse des résultats de l'inventaire de Beck, nous avons obtenus un total de 18 points situés entre 1 et 19, chose qui indique la présence d'une **dépression légère** chez Melle (K).

1-4-présentation du cas de Melle (S) :

1-4-1-présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas Melle (S) :

D'après les résultats de l'entretien clinique semi-dirigé avec Melle (S), nous avons constaté ce qui suit :

Elle est âgée de 20 ans, originaire de Bougie, niveau d'étude 3 AS, vendeuse, admise à Dar Errahma pour un rejet familial et pour une grossesse évolutive de 32 semaines.

Le sujet est classé la 3^{ème} d'une fratrie de 07 enfants (06 filles et 02 garçons). Elle vit avec ses parents qui entretiennent une relation stable et ont une situation moyenne. Elle est proche des deux mais est distante avec sa fratrie d'ailleurs elle se dispute toujours avec son frère aîné qui lui a interdit de poursuivre ses études malgré qu'elle obtenait d'excellents résultats.

En dehors de sa famille, elle n'a pratiquement pas de relations avec les autres parce qu'elle n'aime trop s'immiscer entre les gens.

Axe 01 : histoire de la grossesse.

Melle (S) a fait la connaissance de son compagnon dans le magasin où elle y travaille, il vient souvent pour faire des achats, alors il lui a fait part de son attirance envers elle et qu'elle lui plaît beaucoup ; elle accepta de sortir avec lui.

Il vient pratiquement tous les après-midi au magasin au moment de sa pause. Elle est allée plus loin avec lui parce qu'elle avait cru à l'histoire de mariage et de la famille heureuse qu'ils auraient tout en sachant qu'elle avait bravé un interdit « *zriġh belik nudagh fel muth-iw* », « *je sais qu'avec ça je me suis payée ma mort* ».

Axe 02 : vécu de la grossesse.

Melle (S) a directement su ce qui l'attendait après sa relation ce qui le lui a confirmé était son retard dans ses menstruations, alors elle appela son compagnon pour lui faire part de sa grossesse, celui-ci lui a dit qu'il assumerait ses actes et ses responsabilités.

Alors Melle (S) confiante divulgua son secret qui l'a tourmenté à sa mère en espérant que celle-ci compatisse avec elle, malheureusement, elle fulmina tout de suite, elle la tabassa et l'insulta « *kemmi dyiweth unturebara th3efsed ennif enagh* », « *t'es mal-éduqué t'as piétiné notre dignité* » et pis encore elle mit son frère au courant qui jura de la tuer elle et son copain.

Depuis la découverte de sa grossesse, Melle (S) est anéantie, elle ne dort plus, ne mange presque pas, tout le temps agitée et se sent délaissée et est au supplice de l'agonie « *houssaghed amaken tagujilt us3ighara imawlan evghigh ademthagħ lawan enni* », « *je sens comme si j'étais une orpheline, je voulais mourir en ce moment-là* ».

Melle (S) croyait que le fait que son compagnon veuille demander sa main arrangera les choses et comme ça elle vivra pleinement sa grossesse, mais la réalité était loin de l'avenir prometteur qu'elle y voyait, sa seule lueur d'espoir s'éteignit face aux menaces de son frère, son compagnon la laissa tomber du coup elle se retrouva seule attendant son heure.

Pour elle, être une mère célibataire est la pire peine qui nous soit infligé, le mépris, la marginalisation et les insultes est un lot quotidien auquel elle ne peut échapper.

Axe 03 : réactions des parents.

Les parents de Melle (S) ont essayé de la tuer quand ils ont découvert sa grossesse. Sa mère l'a enfermé dans sa chambre et sa fratrie ne lui parlé pas « *arraniyi guerrif adinid es3igh ajedjid* », « *ils m'ont isolés de peur que je les contamine* », « *hulfagh imaniw uswighara yakk* », « *je me voyais une vaut rien et dénué de principes* ».

Cette situation l'a poussé à fuguer de chez elle par crainte d'humiliation et surtout de peur que son frère l'a tu.

« *uzmirghara adernugh uma dedqiqa guexxam ennagh, dgha rewlagh ruhagh ar dar errahma zrigh dina adiligh eg laman, axxatar farjaghth eg la télévision* », « *je n'ai pas pu rester une minute de plus chez moi, alors j'ai fugué, je suis partie à Dar Errahma tout en sachant que la-bas je serai en sécurité parceque j'ai déjà vu une émission diffusée à la télévision* ».

Axe 04 : regard et projection sur l'avenir.

Pour ce qui en est de son enfant, Melle (S) a décidé de le laisser à l'hôpital. Elle juge qu'elle n'est pas encore tirée d'affaire le fantôme de son frère la hante toujours.

Quant à son avenir il est flou et ambigu, du jour au lendemain elle s'est retrouvée sans maison ni travail et surtout sans sécurité.

Elle souhaite que ce qui lui est arrivé ne soit qu'un mauvais passage dans sa vie, elle envisage d'aller de l'avant et de mettre une croix sur cette douloureuse et pénible expérience malgré tout.

Ce que l'on peut noter par rapport à ce cas est qu'un tableau clinique dépressif nous saute aux yeux.

Malgré son pessimisme par rapport à son avenir et le non-soutien de sa famille, Melle (S) espère dépasser cette situation.

Conclusion de l'entretien.

1-4-2-présentation et analyse des résultats du BDI-II du cas Melle(S) :

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
33	[28-63]	Dépression sévère

Tableau n° 10 : tableau représentatif des données du BDI-II du cas Melle (S).

Conclusion de l'analyse des résultats du BDI-II du cas Melle(S) :

D'après l'analyse des résultats de l'inventaire de Beck, du cas de Melle (S), on a eu la note 33 qui se situe entre 28 et 63, ce qui signifie la présence d'une **dépression sévère** chez cette dernière.

Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté, analysé et interprété les résultats de l'entretien clinique semi-dirigé et ceux de l'échelle de dépression de Beck des 04 cas, nous entamerons la discussion de leur signification par rapport à l'hypothèse émises au départ qui est comme suit :

1- Les mères célibataires souffrent d'une dépression.

D'après l'analyse des données de l'entretien du cas Melle (H), nous avons pu constater qu'elle souffre de sa grossesse et qu'elle manifeste une dépression qu'elle veut dépasser en acceptant les choses tel qu'elles sont, ce qui explique la présence d'une dépression mais à un degré minimum (sa note totale est de 10) face à sa grossesse.

Ce fait nous confirme notre hypothèse pour le cas **Melle (H)**.

D'après l'analyse des données de l'entretien du cas Melle (F.Z), nous avons pu constater qu'elle souffre profondément face à sa grossesse. Elle éprouve un chagrin et une tristesse énorme qui ont aggravé l'état de sa souffrance psychologique, de ce fait, cet état nous renseigne sur sa dépression sévère mesurée par l'inventaire de dépression de Beck (elle a obtenu une note de 45).

Par là nous allons dire que notre hypothèse est confirmée, le cas de **Melle (F.Z)** souffre d'une dépression.

L'analyse des résultats de l'entretien du cas Melle (K), nous montre un déni de sa grossesse après l'annonce de la nouvelle, par la suite elle semble

accepter la situation et ne présente une souffrance si intense vis-à-vis de cette grossesse.

Juste qu'il ne faut pas oublier de souligner que malgré qu'elle ne présente pas une grande difficulté, nous avons noté un petit épisode de colère et d'agressivité envers elle-même et son entourage voir une dépression modérée avec une note totale de 23.

Donc, nous pouvons dire que notre hypothèse est confirmée auprès du cas de **Melle (H)**.

Selon les résultats de l'entretien clinique semi-dirigé et des données de l'inventaire de dépression de Beck du cas de Melle (S), nous avons pu constater chez cette mère célibataire la présence d'une dépression sévère avec une note de 33, causée par sa grossesse et surtout renforcée par son jeune âge, la précarité de sa situation socio-économique qui ne lui permette un avenir sécurisé et épanoui ainsi que la non-stabilité de ses relations familiales et interpersonnelles.

Cette mère célibataire nous a présenté une symptomatologie dépressive à savoir une altération dans les habitudes du sommeil, de l'appétit, une tristesse, des pleurs, une fatigue et une perte de plaisir.

Tout cela, nous amènera à dire que notre hypothèse est confirmée au près du cas de **Melle (S)**.

Conclusion de la discussion des hypothèses :

Pour achever cette discussion, nous pourrions dire que notre hypothèse de recherche a été confirmée au près des 04 cas, ce qui veut dire que toutes les mères célibataires de notre groupe de recherche présentent une dépression à des degrés variés.

Conclusion générale :

Par le biais de cette présente recherche, nous avons tenté d'évoquer la question de la maternité célibataire ainsi que sa répercussion sur le vécu de la mère, et ce en se basant sur nos lectures et nos études.

En Algérie, le sujet des mères célibataires représente une question nettement épineuse et délicate, un sujet qui suscite des réactions de rejet, de marginalisation et de stigmatisation et pour la mère célibataire et pour les enfants nés sous « x ».

Le Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille et de la condition de la Femme avance un chiffre de 209 mères célibataires qui seront prisent en charge dans les institutions de l'état jusqu'à leur accouchement.

Ces mères célibataires à qui on doit assurer une sécurité et une stabilité se voient jugées et pointées du doigt, au lieu qu'on les protège et que l'on les aide à vivre pleinement.

L'objectif principal de notre recherche intitulé « la souffrance psychologique chez les mères célibataires », est de déterminer le degré de la souffrance psychologique de ces mères et de connaître la présence ou non d'une dépression chez elles.

Nous avons alors effectué notre recherche auprès de 04 cas, et pour la réaliser, nous avons utilisé la méthode clinique assortie de l'entretien clinique semi-dirigé ainsi que l'échelle de dépression de Beck le (BDI-II).

La souffrance vécue par ces mères est verbalisée, mais souvent elle demeure muette. Engendrer un enfant hors mariage constitue un fait très délicat et très sensible, il ira jusqu'à traumatiser la mère célibataire, qui blessée dans son égo se sent anéantie et aura besoin d'être soutenue.

Conclusion générale :

Elles doivent supporter le poids des regards des autres qui pèsent sur elles ainsi que sur leurs enfants pour celles qui les garderont, elles seront confrontées à une incertitude concernant leur autonomie et leur intégration socio-professionnelle, autant de questions qui sont source d'un malaise pour le futur.

L'analyse des résultats de la recherche nous a montré une souffrance psychologique intense accompagnée d'une dépression à des degrés variés chez les mères célibataires : (minimum pour le cas de Melle (H), modérée pour le cas de Melle (K) et sévère pour les cas de Melle (F.Z) et(S)).

La raison de la divergence du degré de la dépression entre chaque mère célibataire revient au fait que l'histoire de la grossesse, le vécu de la grossesse, la réaction des parents ainsi la situation économique et familiale n'aient pas le même contexte pour chacune d'entre elles.

Nous considérons que ce modeste travail n'est qu'une initiation au champ large de la recherche scientifique, et comme toute recherche, la nôtre à ses limites et ses entraves, mais malgré cela nous souhaitons qu'elle soit un exemple et une référence à prendre, mais surtout qu'elle puisse ouvrir la voie pour d'autres perspectives de recherche.

Nous espérons aussi qu'à travers cette petite ébauche avoir permis à ces mères célibataires de mettre un mot sur leurs souffrance ainsi que sur leur difficultés.

Pour conclure, nous souhaitons avoir apporté des éclaircissements sur la question de la souffrance psychologique des mères célibataires, et aussi avoir élargi le champ des connaissances par rapport à ces dernières.

Il en reste d'autres perspectives que l'on voudra proposer à nos successeurs :

- La qualité de vie chez les enfants nés sous « x ».
- La représentation de la maternité chez la mère célibataire. Conclusion générale.
- le rôle des familles adoptives et des institutions maternelles dans le développement des enfants abandonnés.

La liste bibliographique :

1- Les ouvrages :

- Angel. G et Mazet. P, (2004), « **Guérir les souffrances familiales** », Paris : Ed Dunod.
- Beck. A-T et al, (1998), « **Manuel de l'inventaire de la dépression** », Paris : 2eme Ed, centre de psychologie appliquée.
- Boucebci. M, (1978), « **Psychiatrie, Société et Développement** », Alger : Ed SNED (Société Nationale d'Édition et de Diffusion).
- Boyer. P et al, (2005), « **Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux** », Texte révisé, Paris : Ed Masson.
- Chahraoui. K et Benony.H, (1999), « **L'entretien clinique** », Paris : Ed Dunod.
- Chahraoui. K et Benony.H, (2003), « **Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique** », Paris : Ed Dunod.
- Chiland. C, (1983), « **L'entretien clinique** », Paris : Ed PUF.
- Delassus. J-M, (2002), « **Le sens de la maternité** », Paris : Ed Dunod.
- Deutsch. H, (2002), « **Psychologie des femmes** », Paris : Ed PUF. Tome 2
- Douville. O et Jacoubi. B, (2009), « **10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte** », Paris : Ed Dunod.
- Fernandez. L et Catteeuw. M, (2001), « **La recherche en psychologie clinique. Actualités et nouvelles perspectives pour la recherches en psychologie clinique** », Paris : Ed Nathan.
- Fondacci. C, (2009), « **Les dépressions** », Paris : Ed Springer.

-INSAF, (2010), « **Le Maroc des mères célibataires** », Maroc : Ed Drodos.

- Marbeau-Clereins. B, (1980), « **Les mères célibataires et l'inconscient** », Paris : Editions Universitaires, Jean-Pierre Delarge.

-Palazzolo. J, (2007), « **Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge** », Paris : Ed Masson.

2-Les revues :

-Dougier.H, « **Abandon et Adoption** », in « **Autrement** », N° 21, France : Février 1988.

-Fernandez. L et Pardinielli. J-L, « **La recherche en psychologie clinique** », in « **Recherche en soins infirmiers** », N° 84, Mars 2006.

-« **Les enfants abandonnés pour cause de célibat maternel et les mères célibataires** », in « **La revue de Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Population et le Développement** », N° 40 Oran : 2008.

3-Les dictionnaires :

-Bloch, H et al, (1992), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Paris : Ed Larousse.

- Bloch, H et al, (1999), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Paris : Ed Larousse.

-Dictionnaire Médical, (2003), Ed Larousse.

-Labro. C, (2010), « **Dictionnaire de français** », Paris : Ed Hachette.

4-Les thèses de Doctorat :

-Bradette. J, (2001), « **La maternité célibataire au Québec : de la divergence à l'intégration** », Université Laval.

-Chioukh.R, (2012), « **Les enfants abandonnés entre prise en charge et marginalisation** », Université Mouloud Meameri Tizi-Ouzou.

25-Markey. C, (2006), « **La symbolique du dire : oser se raconter à son enfants** », Haute Ecole de la Communauté Française, Hainaut.

-Tinnouch-Stucki. M, (2004), « **Dire la maternité célibataire** », Université de Neuchâtel Suisse.

5-Les cours :

-Gahbiche. S, « **La Dépression** », thalassothérapie, Ecole supérieure des sciences et techniques de la santé de Sousse, (2010)

-Varache-Lembege. M, « **La dépression au XXI^e siècle** », Laboratoire de chimie thérapeutique, EA 3677, UFR des sciences pharmaceutiques, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2007 p 131-148.

6-Les articles :

-Bouhouch. M, (2013), « **sociologie des mères célibataires** ».

-Ech-Chena. A, (2013), « **Mères célibataires enfants sans nom** »

-El-Khayat. R, (1995), « **La maternité aujourd'hui dans le monde arabo-islamique : approche anthropologique et psycho-psychanalytique** ».

-Rahou. Y « **Les mères célibataires entre l'existence et la négation volontaire : approche du genre** ».

-UNIFEM, (2002), « **Etude sur les mères célibataires et les enfants nés hors-mariages** ».

7-Les journaux :

-Boukraa. (27-02-2012), « **Mères célibataires, bébés abandonnés : un tabou et des dizaines de victimes** », Le quotidien d'Oran.

8- Les sites internet :

-www.algeria-watch.de/fr/article/femme/meres_celibataires_et_alors.htm, consulté le 10-02-2016 à 19h00.

-www.carrefouralgerie.com, consulté le 15-03-2016 à 10h23.

-www.genreenation.net, consulté le 24-05-2016 à 21h00.

-www.mere_celibataire.fr, consulté le 13-05-2016 à 21h35.

-www.psychotherapeute-cathelien.com/listfile/psychotherapie/les_meres_celibataires.pdf, consulté le 22-02-2016 à 20h30.

Annexe n 01: Guide d'entretien destiné aux mères célibataires :

Axe n01 : informations personnelles.

- Age.

.....
.....

- Niveau d'étude.

Illettrée primaire moyen Universitaire

- Situation professionnelle :

.....
.....

- Comment vous vous-êtes retrouvée ici ?est-ce-que c'est avec votre propre gré ou bien c'est quelqu'un qui vous a poussé à venir ?

.....
.....

- Depuis quand vous êtes ici ?

.....
.....

- Situation des parents :

Mariées séparées divorcées

- Nombre de la fratrie :

Garçons filles

- Rang dans la fratrie :

- Niveau socio-économique :

Précaire moyen aisé

- Comment est la relation entre vos parents ?

Harmonieuse stable
déséquilibrée

- S'il est question d'une relation non-équilibrée faites-nous part de la nature des problèmes qui l'entoure.

.....
.....
.....

- Quelle est votre réaction face à ces problèmes ?

.....
.....

- Comment dériverez-vous votre relation avec vos parents ?

- Le père : très bonne plutôt bonne
mauvaise

- La mère : très bonne plutôt bonne mauvaise

- Avec qui vous-vous entendez le plus ?

.....
.....

- Entretenez-vous des relations en dehors de votre famille ?

Oui non

- Avec qui ? Et quel genre de relation ?

.....
.....

Axe n 02 : histoire de la grossesse.

- Comment avez-vous fait la connaissance de celui avec lequel vous avez établi une relation sexuelle ?

.....
.....

- Quel était votre but d'avoir établi le rapport sexuel ?

Mariage vengeance des parents assouvissement d'un
désir

- Quels facteurs vous en poussent à établir une relation sexuelle ?

Facteurs psychologiques □ facteurs familiaux □ facteurs socio-économiques □

Axe n 03 : le vécu de la grossesse.

- Que représente pour vous le fait d'être une mère célibataire ?

.....
.....

- Comment avez-vous réagit suite à votre grossesse ?

.....
.....

- Qu'elles sont les circonstances qui ont entouré votre grossesse ?

.....
.....

- Qu'elles sont vos attentes de votre grossesse ? et comment vous la vivez ?

.....
.....

- Qui aviez-vous mis au courant de votre grossesse en premier ?

.....

Axe n 04 : réactions des parents suite à la grossesse.

- Comment vos parents ont-ils réagit suite à votre grossesse ?

.....
.....

- Qu'elles sont leurs attitudes à votre insu ?

.....
.....

- Comment avez-vous senti ce refus ?

.....
.....

- Après que vous êtes sortie de chez vous, avez-vous essayé de rentrer en contact avec eux ?

.....
.....

- Y a-t-il quelqu'un qui a cherché après vous ?

.....
.....

- Pourquoi avez-vous pensé à fuguez de chez vous ?

Peur de l'humiliation peur d'être tuée
par sentiment de culpabilité et de responsabilité

- Aviez-vous une idée de l'endroit dans lequel vous irez ?

.....

- Connaissez-vous l'établissement de Dar Errahma ?

.....

- Qui vous a orienté à ce centre ?

.....

Axe n 05: projection et regard vers l'avenir.

- Quel est le devenir de votre enfant ?

.....
.....

- Comment voyez-vous votre avenir ?

.....
.....

- Y a-t-il quelque chose qui vous plaise dans votre vie ?si oui, laquelle ?

.....
.....

- Que souhaiteriez-vous pour votre avenir ?

.....
.....

- Y a-t-il quelque chose que vous voudriez rajouter et que nous n'avons pas cité ?

.....
.....

4-Cas de Melle (S) :

Les notes	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
Les items										
I. Tristesse		×								
II. Pessimisme								×		
III. Echecs dans le passé		×								
IV. Perte de plaisir		×								
V. Sentiment de culpabilité					×					
VI. Sentiment d'être puni(e)								×		
VII. Sentiment négatif envers soi-même		×								
VIII. Attitude critique envers soi		×								
IX. Pensées ou désir de suicide	×									
X. Pleurs		×								
XI. Agitation		×								
XII. Perte d'intérêt					×					
XIII. Indécision		×								
XIV. Dévalorisation		×								
XV. Perte d'énergie					×					
XVI. Modification dans les habitudes du sommeil							×			
XVII. Irritabilité		×								
XVIII. Modification de l'appétit						×				
XIX. Difficulté à se concentrer								×		
XX. Fatigue					×					
XXI. Perte d'intérêt pour le sexe					×					

Résumé :

Cette étude propose de faire une description de la souffrance psychologique de 04 mères célibataires, à savoir la dépression engendrée par leur grossesse.

Ces dernières sont âgées entre 35 et 20 ans et sont placées à Dar Erahma à Bir-Khadem à Alger.

Pour réaliser ce travail, nous avons utilisé la méthode clinique descriptive et les outils de recherche qui sont : l'entretien clinique semi-dirigé et l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).

Mots clés :

Les mères célibataire, la maternité, l'enfance abandonnée, la souffrance psychologique, la dépression.