

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

Option : psychologie clinique

Thème

**Le vécu psychologique des femmes en
état de célibat tardif**

Réalisé par :

- AOUADENE Anissa

- CHABANE Saida

Encadré par :

M^{me} HADERBACHE Lamia

Année universitaire : 2015/2016

Résumé

Cette étude propose de faire une description du vécu psychologique du célibat tardif féminin, c'est une recherche portant sur 4 femmes célibataires âgées de 35ans et plus. Les trois variables dépendantes ciblées dans notre recherche sont ; la dépression, l'estime de soi et la qualité de vie qui servent à décrire et à étudier l'état psychologique des femmes en situation de célibat tardif.

Pour réaliser ce travail, nous avons utilisée la méthode clinique, et des outils de recherche qui sont : l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de dépression de Beck (BDI-II), l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith (SEI) et un questionnaire de QDV de WHOQOL-BREF.

Les résultats obtenus dans notre recherche à partir l'interprétation des données l'entretien clinique et la batterie psychométrique utilisés dans notre étude indiquent que les sujets de notre groupe de recherche(A,B,C,D) ; souffrent d'une dépression sévère pour les trois premiers cas(A,B,C) et pour le quatrième(D), elle souffre d'une dépression modérée, en ce qui concerne l'estime de soi des sujets (A, B,C,D), on a conclu que la nature d'estime de soi est très basse ou basse, indiquée par l'inventaire de Coopersmith, quant à la QDV on a trouvé que la nature de QDV est faible ou moyenne cela est décrit par le questionnaire de WHOQOL-BREF.

Mots clés

Vécu psychologique, le célibat tardif féminin, âge 35ans et plus, dépression, estime de soi, qualité de vie.

Summary

This study propose to make a description of the psychological experience of late female celibacy, it was a study of 4 women older singles 35 and over. The three dependent variables are targeted in our research are: The depression, self-esteem and the quality of life for describing and studying women's psychological state in late celibacy situation.

To realize this work, we used the clinical method, research that are: semi-structured clinical interview, the Beck depression scale (BDI-II), inventory esteem Coopersmith (SEI), and QOL questionnaire WHOQOL-BREF.

The results obtained in our research from the clinical interview and tool's we used in our study indicate that the subjects of our research group (A,B,C,D),she suffered from severe depression for the first three cases (A,B,C) and the fourth (D), she is suffering from moderate depression, as regard the self-esteem of the 4 cases (A,B,C,D), It was resolved that the nature of self- esteem is very low or low, indicated by inventory Coopersmith, on QOL was found that the nature of QOL is lower medium described by the WHOQOL- BREF questionnaire.

Key words

Psychological experience, late celibacy female, age 35 and older, depression, Self-esteem, quality of life.

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier, Dieu tout puissant qui nous à accordé le courage pour réaliser ce modeste travail.

Un témoignage de la plus profonde gratitude à notre encadreur M^{me} Haderbache Lamia et la remercions pour son encadrement et sa disponibilité.

Nous tenons à remercier profondément les sujets qui ont accepté de participé à notre recherche.

Nous tenons également à remercier tout les enseignants de psychologue clinique.

Et dans le souci de n'oublier personne, que tout ceux qui nous a aidés de prés ou de loin, que ce soit par leur amitié, leur conseil et leur soutien moral.

Dédicaces

Avec l'aide de Dieu, le tout-puissant, ce travail est achevé.

Je dédie ce modeste travail

À mes chers parents, Arzeki et Nouara qui se sont sacrifiés pour que je réussisse, dans mes études, je leur exprime toute ma tendresse et ma gratitude, dont le seul l'honneur d'être leur fille me suffit

« Que dieu les protèges »

*À mes chers sœurs : Luiza, Fadila, Menana, Houria, Yassmina, Ghania .
Hayet*

À mes chers frères : Rachid, Salem, Hakim, Amirouche , Atheman.

À mes chers(e) Ami (es), Nawel, Wassila, Tiziri, Kahina qui m'ont tant apportée, un peu d'aventure, beaucoup de joie et énormément d'amitié.

A mon fiancé H qui m'a encouragé sans lassitude ainsi qu'à toute

Sa famille

A mes cousines et cousins et à toute la famille

Aouadene

Anissa

Dédicaces

*Je tiens vivement, à dédier ce travail en signe de respect
et de reconnaissance à :*

*A mes très chers parents Akli et fatma qui ont partagé mes joies et mes peines,
qui ont été toujours à mes côtés, qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.*

*Mes parents, à qui je m'adresse au ciel les vœux les plus ardents pour la
conservation de leur santé et de vie que dieu me les protègent.*

A mes frères, À mes sœurs

Chacun a sa place précieuse pour moi.

A toutes mes adorable amies : Hania, Kahina, Marina, Chahinez.

A tous ceux qui ont contribué de près et de loin à la réalisation de ce travail.

Saida

La liste des abréviations

CDC : Centre For Disease Contrôle and prévention.

CFPA: Centre de Formation Par Apprentissage.

DPA : Deutsche Presse Argenture.

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. n°4

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONS : Office National des Statistiques.

QDV: Qualité de vie.

Q: Question.

WHOQOL-BREF: The World Health Organization Quality Of Life- BREF.

La liste des annexes

- Annexes n°1 : le guide de l'entretien clinique semi-directif.
- Annexes n°2 : l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).
- Annexes n°3 : l'échelle de dépression du cas « A ».
- Annexes n°4 : l'échelle de dépression du cas « B ».
- Annexes n°5 : l'échelle de dépression du cas « C ».
- Annexes n°6 : l'échelle de dépression du cas « D ».
- Annexes n°7 : l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith .
- Annexes n°8 : l'inventaire de l'estime de soi de cas « A ».
- Annexes n°9 : l'inventaire de l'estime de soi de cas « B ».
- Annexes n°10 : l'inventaire de l'estime de soi de cas « C ».
- Annexes n°11 : l'inventaire de l'estime de soi de cas « D ».
- Annexes n°12 : le questionnaire de QDV de WHOQOL-BREF.
- Annexes n°13 : le questionnaire de QDV de cas « A ».
- Annexes n°14 : le questionnaire de QDV de cas « B ».
- Annexes n°15 : le questionnaire de QDV de cas « C ».
- Annexes n°16 : le questionnaire de QDV de cas « D ».

Numéro de Tableau	Le titre	Page
Tableau n°1	Les domaines de la QDV ainsi que leurs indicateurs	49
Tableau n°2	Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche	74
Tableau n°3	Le niveau de l'estime de soi	86
Tableau n°4	Grille de calcul de WHOQOL- BREF	88
Tableau n°5	Plus petits et plus grands scores du WHOQOL- BREF	88
Tableau n°6	Tableau représentatif des données de BDI-II du cas « A »	99
Tableau n°7	Tableau représentatif des données de SEI du cas « A »	101
Tableau n°8	Tableau représentatif des données de WHOQOL- BREF du cas « A »	103
Tableau n°9	Tableau représentatif des données de BDI-II du cas « B »	113
Tableau n°10	Tableau représentatif des données de SEI du cas « B »	115
Tableau n°11	Tableau représentatif des données de WHOQOL- BREF du cas « B »	117

Tableau n°12	Tableau représentatif des données de BDI-II du cas «c	126
Tableau n°13	Tableau représentatif des données de SEI du cas « C »	128
Tableau n°14	Tableau représentatif des données de WHOQOL-BREF du cas « C»	130
Tableau n°15	Tableau représentatif des données de BDI-II du cas « D»	138
Tableau n°16	Tableau représentatif des données de SEI du cas « D »	139
Tableau n°17	Tableau représentatif des données de WHOQOL-BREF du cas « D»	141
Tableau n°18	Le degré de la dépression chez les 04 cas	
Tableau n°19	La nature de l'estime de soi chez les 04 cas	
Tableau n°20	La nature de QDV chez les 04 cas	
Figure n°21	Le degré de la dépression chez les 04 cas	156
Figure n°22	La nature de l'estime de soi chez les 04 cas	157
Figure n°23	La nature de QDV chez les 04 cas	158

Sommaire

Introduction01

Partie théorique

Chapitre I : le célibat tardif féminin

Préambule.

I- le célibat

1. Définition du célibat.....	p5
2. Le mariage.....	p6
2.1. La définition du mariage.....	P6
2.2 Les objectif du mariage.....	P7
3. Progression de l'âge du mariage en Algérie.....	P8
4. La polygamie.....	P11

II. le célibat tardif féminin

1. Définition du célibat tardif féminin.....	P11
2. Les causes du célibat tardif féminin.....	P12
3. La vision religieuse de célibat tardif féminin.....	P15
4. La vision sociale de célibat tardif féminin.....	P17
5. Effets du célibat tardif féminin.....	P18
5.1. Effet sur le comportement.....	P20
5.2. Effet sur la santé.....	P22
5.3. Effet sociaux.....	P23
Conclusion du chapitre.....	P24

Chapitre II : le vécu psychologique du célibat tardif féminin

Préambule.....	P26
I. Dépression.....	P27
1.1. Aperçu historique sur la dépression.....	P28
1.2. Épidémiologie de la dépression.....	P28
1.3. Définition de la dépression.....	P29.
1.4. Les symptômes de la dépression.....	P29
1.5. Les causes de la dépression.....	P30
1.6. Les approches de la dépression.....	P31
1.7. La dépression chez les femmes.....	P33
1.8. La dépression et le célibat tardif féminin.....	P35
II. Estime de soi.....	P36
2.1. Un aperçu historique sur l'estime de soi.....	P36
2.1. Définition de l'estime de soi.....	P37
2.3. Les composantes de l'estime de soi.....	P38
2.4. Les indicateurs de l'estime de soi.....	P39
2.5. Les différences de l'estime de soi selon le sexe.....	P40
2.6. Les approches théoriques de l'estime de soi.....	P40
2.7. L'estime de soi et le célibat tardif féminin.....	P42
III. La qualité de vie.....	P43
3.1. Aperçu historique sur la QDV.....	P43
3.2. Définition de la QDV.....	P44
3.3. Les conceptions de la QDV.....	P45
3.4. Les domaines de la QDV.....	P48
3.5. Les approches théoriques de la QDV.....	P48

3.6. Objectif de la QDV.....	P49
3.7. La QDV et le célibat tardif féminin.....	P50
Conclusion du chapitre.....	P51
Problématique et hypothèses.....	P53

Partie pratique

Chapitre III : méthodologique de la recherche.....

Préambule.....	p62
1. Définition des concepts clés de la recherche et leurs opérationnalisations...p62	
2. Les raisons de choix de thème.....	p66
3. Les objectifs du choix du thème.....	p66
4. La pré-enquête.....	p67
5. La présentation du lieu de recherche.....	p69
6. La présentation du groupe de recherche	p72
7. La méthode de recherche.....	p74
8. Présentation et analyse des outils de recherche.....	p76
9. Le déroulement de l'enquête de terrain.....	p89
10. Les difficultés de la recherche.....	p91
Conclusion du chapitre.....	p91

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des résultats

I. présentation et analyse des cas.....	p94
1.1. Présentation du cas « A ».....	94
1.2. Présentation du cas « B ».....	p106
1.3. Présentation du cas « C ».....	p120
1.4. Présentation du cas « D ».....	p132

II. discussion des hypothèses.....p144

Conclusion.....p159

Liste bibliographique.

Annexes.

Introduction

Le célibat est un phénomène qui influence l'humanité, c'est contraire à la nature, commune à toutes les sociétés depuis les temps les plus reculés. Mais, on relève des différences majeures dans les positions des groupes et des sociétés envers ce phénomène, dans la manière dont il est expliqué et dans sa fréquence dans des différentes sociétés.

En Algérie, le phénomène du célibat perçu comme un danger, aussi bien pour l'homme que pour la femme est devenu ces dernières années un véritable problème, car le nombre des célibataires ne cesse d'augmenter. Donc l'Algérie est surnommé le pays de célibataires comparés à d'autres pays arabes.

Dans la société algérienne, le mariage a été considéré comme une étape incontournable de la vie d'un individu et surtout celle de la femme. Une femme qui n'est pas mariée, elle ne peut pas faire honte à ses parents et elle ne peut pas avoir un statut dans la société. En demandant des nouvelles d'une fille perdue de vue depuis un moment, la première information généralement donnée est son statut vis-à-vis le mariage. Elle s'est mariée .ou alors, elle est fiancée et va bientôt se marier ou encore ; *meskina* (la pauvre).

Le fait que le célibat est très présent chez les femmes, et être célibataire est toujours très difficile pour la fille et ceux pour diverses raisons ; cette situation souvent accompagnée d'une souffrance psychique et somatique ou plutôt psychosomatiques chez ces dernières.

Dans notre présente recherche, nous nous sommes intéressés au « *vécu psychologique chez les femmes en état de célibat tardif* ». Dans notre étude et à partir de nos lectures sur le sujet, nous avons décidé l'âge du célibat tardif à 35ans et en plus, nous avons confronté une certaine souffrance de ces femmes.

Introduction

Ces dernières ont souvent des difficultés à exprimer leurs besoins, leurs souffrances, leurs frustrations, mais aussi leurs espoirs et leurs souhaits. C'est dans ce sens, qu'on a décidée de traiter le thème de recherche « *le vécu psychologique femmes en état de célibat tardif* » et ce, dans le but de vérifier la présence d'une dépression, et la nature de l'estime de soi et la qualité de vie de ces femmes, c'est à dire qu'on va essayer de déterminer la nature du vécu psychologique de célibat tardif féminin, et ce, on opérationnalisant le vécu psychologique par trois variables dépendantes, à savoir celles citées précédemment.

Pour mener à bien notre recherche, nous avons constitué un groupe de recherche composé de 4 femmes en état de célibat tardif, et ce au niveau de la maison de jeunes et le CFPA d'Aokas. Et on a utilisé pour pouvoir décrire le vécu psychologique et répondre à nos questions, un entretien clinique semi directif, et une échelle de dépression de Beck (BDI-II), un inventaire de l'estime de soi de Coopersmith (SEI), ainsi un questionnaire de la QDV de WHOQOL-Bref.

Nous allons opter pour une approche cognitive et comportementale comme un cadre référentiel de notre recherche, dans le but de réaliser notre recherche, de décrire les différentes émotions, pensées, comportements chez les femmes en situation du célibat tardif féminin. Le choix de notre thème est porté notamment par son actualité, le manque d'études en Algérie sur ce phénomène.

Pour atteindre notre objectif, nous avons établi un plan de travail qu'on a divisé en deux parties ; la partie théorique qui est divisée en deux chapitres : le premier chapitre est consacré à l'étude de célibat tardif féminin, il a abordé le célibat, les causes et les effets; et le deuxième chapitre sera consacré à l'étude du vécu psychologique du célibat tardif féminin, il est divisé en trois sous chapitre,

Introduction

représentant les trois variables qu'on a cité dans notre recherche, à savoir la dépression, l'estime de soi, et la qualité de vie. On va ensuite exposer la problématique et les hypothèses.

La partie pratique va être la suite de la partie théorique, on va enchaîner par le troisième chapitre qui va se porter sur la méthodologie de la recherche, on va parler de notre pré-enquête, puis on va présenter le lieu, ainsi que le groupe de recherche, ensuite les outils de recherche et leurs analyse, et enfin on va aborder le déroulement de notre enquête. Le quatrième et dernier chapitre, va être consacré à la présentation, analyse et discussion des résultats de notre étude (les résultats de l'entretien clinique semi directif, (BDI-II), et (S.E.I) ainsi le WHOQOL-Bref).

Enfin, on terminera notre recherche par une conclusion, ou on va rappeler de façon synthétique et dégager les principaux résultats obtenues dans un esprit comparatif, et montrer ce qu'on a apporté de plus ou de différent par rapport à ceux qui nous ont précédé dans cette recherche, et enfin envisager d'autres perspectives de recherche ; une liste bibliographique et les annexes

La partie théorique

*Chapitre I Le célibat tardif
féminin en Algérie*

Préambule

Le mariage est une relation légale entre l'homme et la femme, en ce sens qu'il est le moyen sain de reproduction et de satisfaction des besoins biologiques. En outre, le mariage est la base de la famille, il réalise le repos psychologique et l'équilibre social de l'individu, sauf que s'en défendre menace aujourd'hui la société, ce qui a suivi à l'apparition du sujet du célibat tardif qui constitue l'un des sujets les plus récents, en ce sens qu'il est largement exposé notamment dans le domaine social puisqu'il influe négativement sur la société en générale et sur la fille célibataire, en ce sens que le problème de célibat a engendré plusieurs effets qui influencent la société surtout sur le côté psychologique de la femme.

Dans ce chapitre, on va essayer de clarifier et de développer deux points essentiels qui sont : le célibat, le célibat tardif féminin.

I. Le célibat

1- Définition du célibat

Le célibat se définit par le dictionnaire Larousse comme un « *état de quelqu'un en âge de se marier et qui n'est pas marié* » (C.Antoine, le petit Larousse, 2013, p30)

1-1 Définition juridique du célibat

Ce terme signifie le cas ou l'état de vie d'une personne non mariée notamment celle qui n'a pas l'intention de se marier. (ع.مراد, 1996, ص356)

1-2 Définition opérationnelle

Nous pouvons définir le retard d'âge de mariage comme étant le dépassement de l'homme ou de la femme de l'âge idéal pour le mariage pour des raisons particulières pouvant être volontaires, en ce sens qu'il diffère d'une société à une autre. (ك.مرسب, 2000, ص112).

Le célibat est un état civil des personnes non mariés, le taux de célibat varient assez sensiblement, selon le sexe, la profession, le niveau de formation ; la location géographique de nos jours, l'opprobre et la marginalisation ont cédé la place à de nouvelles valeurs (plus grande autonomie personnelle, critique de l'institution matrimoniale ou de la division sexuelle des tâches). (G.Ferreol et al, 1991, p10)

Nous avons choisi ces définitions, car elles sont claires et précises. On peut comprendre à partir de cela que le célibat désigne l'état d'une personne qui est en âge de vivre en couple ou d'être mariée mais qui n'a pas de conjoint dans sa vie amoureuse et sexuelle. En général, on considère que le célibat ne s'applique pas aux personnes veuves. On peut inclure ou exclure, selon le cas, les personnes mariées (séparées ou non et les divorcées qui ne cohabitent pas avec un conjoint).

2- Le mariage

2-1- Définition du mariage

Le mariage en littérature : est l'union de l'homme avec la femme par un contrat légitime

Le mariage en idiome : le mariage est l'union des sujets qui touchent divers aspects de l'individu, à la fois sociaux, psychologique, économiques et culturels, En raison de ces importances cruciales du mariage à base des

définitions variées, nous trouvons que le mariage : c'est la préparation naturelle et l'union automatique entre les sexes en raison de l'interaction avec le signal naturel instinct d'inclinaison par un organisme vivant, il est également la principale base de la structure sociale.(م. الخشاب, 1985, ص82).

2-2- Les objectifs du mariage

Les objectifs du mariage sont différents d'une personne à une autre en fonction de l'environnement dans lequel il se pose, mais qu'il y a certains qui sont les plus importants et peuvent être classés comme suit :

1- Le besoin d'amour et d'appréciation

L'amour est la réponse d'une personne à une personne de l'autre sexe, lui donner l'acceptation et le respect et l'admiration, et il identifie avec la l'augmentation de la maturité car ils se déplacent à partir de la position d'amour fonctionnelle à admirer une personne proche de l'environnement et de l'âge pour interagir avec lui. (م. عبد الرحمن, 1998, ص94)

2- Réalisation de la stabilité

Le mariage est une réalisation du confort psychologique et de calme psychologique, donc, c'est une expression éloquentes de l'amour et le désir ressenti par chaque partie envers l'autre qui a disparu la plus grande

perturbation dans le cœur et l'esprit qui ne rassure pas le soi sans lui. (ع. طبارة, 1996, ص349)

3- Préserver l'honneur

Le mariage est un moyen de préserver la joie, d'avoir la vertu et de se protéger contre les indignités, ce qui nécessite de bannir l'adultère et de protéger les femmes. (ع. أسابيع, 2006, ص10)

4-Prévention des maladies

Parmi les avantages du mariage la répression de la déviation, l'anomalie, la dissolution et les interdits dans la société, il préserve également ce dernier des maladies sexuellement transmissibles dues aux déviations, en ce sens que le mariage offre la satisfaction sexuelle permise, car le sexe est une chose s'impose fortement chez l'homme et la femme puisque chacun d'entre eux se penche vers l'autre soit par le mariage ou autre. (م. شقيق, 2002, ص30)

5- Motif de maternité

Le mariage encourage le besoin de maternité chez la femme et celui de paternité chez l'homme, dès qu'ils arrivent à avoir des enfants l'homme se soulage et devient plus confiant et la femme également.

L'instinct de maternité et de paternité se développe et s'accomplit après avoir eu des enfants, en ce sens qu'il crée les sentiments de gentillesse, de patience et de douceur sans lesquels l'humain ne peut vivre. (خ. العلك, 2001, ص211)

Dans la société algérienne, le mariage a toujours été considéré comme une étape incontournable de la vie d'un individu et surtout de celle de la femme. Une femme qui ne se mariait pas faisait honte à ses parents et n'avait pas de statut dans la société. En demandant des nouvelles d'une fille perdue de vue depuis un moment, la première information généralement donnée est son statut vis-à-vis du mariage.

3-Progression de l'âge du mariage en Algérie

Nos société arabo-musulmanes ont précédemment connu le mariage à un âge très avancé en tant que base sociale régissant les comportements des individus, puisqu'elles incitaient les hommes et les femmes à se marier très tôt car le mariage est considéré comme un atout pour le garçon et la fille afin de devenir responsable et de prendre une place dans la société. (ع.ابوطاحون, 2000, ص190)

Sauf que le progrès scientifique, technologique et social (développement de l'enseignement chez la fille, son occupation de divers postes de travail...etc.) a changé les valeurs du mariage chez la fille et a contribué dans le retardement de son âge de mariage, le changement de la méthode de choix de mariage qui est devenue personnelle après avoir été parentale, tous cela s'est répercuté sur la situation de la fille dans la famille et dans la société.(ح.اغبال, 2007, ص31).

Scolarité suivit d'une période de stabilité financière puis se préparer pour le mariage.

Etant donné que le mari est le chef de la famille et le responsable, il a besoin de temps pour qu'il soit apte à ce poste, cela étant les différences d'âge de mariage augmentent avec l'avancement de l'âge, puisque les hommes préfèrent toujours une femme plus jeune.(س. الخولي, 2002, ص83)

L'âge moyen de mariage est en augmentation continue notamment dans les zones urbaines plutôt que dans les zones rurales, car nous trouvons dans les villes que l'âge de mariage chez les hommes est de 31 ans et 27 ans pour les femmes, alors que dans les autres zones il est de 29 ans chez les hommes et de 26 ans chez les hommes et de 26 ans chez les femmes.(collection statistique, 1980, p10)

Le niveau d'âge de mariage en Algérie est s'élevé de 18 ans chez les femmes et 23 ans chez les hommes en l'an(2000), soit dans une période de 36 ans de 11 ans environ. (س.جمال, 2004, ص80)

Le niveau de mariage en Algérie a connu une augmentation remarquable, en ce sens qu'en 1966 à 1977 il est passé de 23 ans à 25 ans pour les hommes et de 18 ans à 20 ans pour les femmes, soit plus de deux ans pour les deux sexes, il en est de même pour l'année 1987, en ce sens qu'il est devenu 27 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes, tandis que dans une période de quatre années, le niveau d'âge de mariage a enregistré une augmentation de deux années pour les deux sexes de (31 à 33 ans) pour les hommes et de (27 à 29 ans) pour les femmes). (م. بوعليب, 2009, ص74).

Cela étant on peut considérer que la cause de l'augmentation du taux de célibat chez les femmes âgées entre 30 et 34 ans , c'est l'abstention des hommes à se marier avec les femmes de cet âge, de ce que vivent certaines catégories comme problèmes économiques entravant le mariage tel la crise de logement et de chômage, en plus de la propagation des valeurs de liberté individuelle dans le choix di conjoint et le retard de l'âge de mariage jusqu'à la disponibilité des moyen matériels suffisants. (م. بوعليب, 2009, ص74).

Quant à la catégorie d'âge entre (35-39) ans, elle constitue une période de danger vue que les hommes préfèrent épouser des femmes jeunes, c'est pour cela que cette catégorie connaît une stagnation importante dans le mariage. Tandis que la catégorie d'âge entre (40-49) ans constitue un vrai danger vu que femmes qui ne peuvent avoir des enfants. (س.جمال, 2004, ص84)

On a exposé ces différents points pour mieux éclaircir nos idées sur le phénomène du célibat et sur sa croissance en Algérie. Dans ce qui va suivre, nous allons aborder les causes du célibat.

4- La polygamie

En Algérie, la polygamie est restreinte aux hommes. On parlera donc de polygamie reconnue légalement. Elle a été confirmée par le code de la famille (1984-2005) qui s'inspire des lois islamiques (charia). Ce dernier autorise à un homme d'avoir jusqu'à quatre épouses. Toutes les enquêtes démographiques portant sur le contexte algérien attestent que la polygamie demeure un phénomène quasiment marginal. En 1986, la polygamie concernait 2,5% des dernières unions conclues par les femmes enquêtées à cette date, par la suite ce chiffre enregistre une légère hausse. Il atteint 3,1% en 2002, le phénomène ne présente pas de différences significative selon le milieu de résidence, mais il semble plutôt varier selon l'âge des femmes. (M.BEDROUNI, 2016)

Nous allons enrichir cette notion en passant aux différents points pour mieux éclaircir nos idées.

II-Le célibat tardif féminin

Le célibat est un terme sociale et non pas un terme scientifique, il est variable il change en l'évolution des circonstances et les situations sociales et développement chernelle de la société.

1- Définition du célibat tardif féminin

Le célibat tardif féminin se définit comme : « *l'âge auquel la jeune fille atteint sans le mariage par rapport à l'âge en puissance et reconnu au milieu*

de sa famille et de sa société, alors chaque société fixe l'âge du mariage. »
(ك. عزة, 2005, ص12).

2-Les causes du célibat

Il a de nombreuses raisons derrière le célibat et varié donc il n'y a pas de raison principale pour ce problème, et les raisons les plus importantes parmi ceux-ci sont :

2-1- Les causes économiques

Elle est l'une des principales raisons qui ne peuvent être tolérées, elles ne sont pas moins dangereuses que d'autres raisons. Les circonstances économiques vécues par les jeunes d'aujourd'hui ont toutes contribué à la réticence de mariage et y compris ce qui suit :

A-Crise de logement

L'hébergement est l'un des obstacles les plus importants pour les jeunes sur le mariage, les faibles revenus ont contribué de manière significative au problème de l'inflation du célibat. (ع. أسابيع, 2006, ص84).

B-Entretenir la famille

Plusieurs filles à leur âge sont obligées de refuser les demandeurs de mariage pour des raisons majeures, elles préfèrent travailler afin d'avoir un salaire mensuel qui leur permettra d'entretenir leur famille à cause du décès du père, son incapacité ou son insuffisance notamment lorsqu'il y a des handicapés dans la maison, par conséquent ; leur sacrifice mène à leur célibat. (ع. أسابيع, 2006, ص84).

C.Cherté des dots

La cherté des dots est un problème qui ralenti le mariage car il pousse les jeunes à ne pas se marier et ce, vu le dommage et le danger engendrés par la cherté des dots qui mène à son tour à la propagation de l'altération et le mélange des liens. (م.خيرى, 2007, ص11)

2-2- Motif sociaux

Le chômage est l'un des plus grands motif sociaux qui pousse des milliers de jeunes à ne pas se marier parmi eux les jeunes diplômés, ce qui crée chez eux la fatigue et le stress et les encourage ainsi à immigrer pour retrouver la stabilité et le repos.(ابن مبارك, 1995, ص89)

En parle d'autres conditions qui encouragent à fuir le mariage chez le garçon et la fille en même temps parmi lesquelles, nous retrouvons :

A- Le refus des gouvernements de beaucoup de pays islamiques d'aider le jeune désirant se marier, en lui offrant les conditions qui l'aident à la vie saine.

B- Les exigences traditionnelles, par exemple une famille ne se marie qu'avec une famille particulière, ou ne donne pas leurs filles à des étrangers afin de préserver l'honneur, le patrimoine et la réputation de la famille.

C-Certaines filles refusent d'épouser des gens qui ne résident pas avec elles dans une zone proche de leur maison parentale.

D-Les guerres dans lesquelles meurent des milliers de jeunes, en conséquence le taux de femmes augmente par rapport à celui des hommes.

E-Anticipation de certaines filles derrière les courants intellectuels qui encouragent la libération de la femme et l'égalité avec l'homme et la réalisation de soi, de la les filles refusent de se marier jusqu' à ce qu'elles terminent leur

enseignement et à obtenir un bon poste, et par conséquent ; leur âge augmente et leur chances de mariage diminuent.

F-Fréquence des problèmes familiaux dus au mariage, alors elles refusent de se marier de peur de faire face aux mêmes problèmes.

G-Le mélange altéré, la décadence et l'altération de la société, cela étant le jeune trouve un chemin plus facile pour satisfaire ses besoins sans aucun engagement en plus ce mélange pousse beaucoup de jeunes à ne pas faire confiance aux femmes d'une manière générale, et donc ils s'abstiennent.

H-Refus de certains parents à marier leurs filles employées afin de profiter leur argent en justifiant leurs avis par des motifs indécentes. (المهدي, 2004, ص230)

2-3 Motifs psychologiques

Moundir Elbedrane, spécialiste dans les maladies psychologiques, définit la personnalité des personnes qui refusent de se marier comme suit :

A- La mélancolie : pousse l'individu à se sentir psychologiquement fatigué, désespéré, absence de plaisir, sentiment de culpabilité alors il voit que le mariage est une responsabilité qu'il ne peut prendre et une souffrance de son partenaire et de ses enfants. (م.البدوان, 2001, ص216)

B-Peur du mariage : état de peur qui envahit l'homme ou la femme lorsqu'ils sont acceptés et cette peur est le résultat d'une précédente expérience douloureuse et c'est la peur d'échouer une autre fois. (محمد سرى, 2003, ص112)

C-Réincarnation négative

En ce sens que l'individu dans ce cas réincarne la personnalité de sa mère ou de son père et réagit avec cette réincarnation d'une manière qui le pousse au stress et à fuir le mariage. (نفس المرجع السابق)

D-Personnalité perfectionniste

C'est la personne qui n'accepte que la perfection dans les conditions, données et qualités, c'est donc une personne qui stresse qui n'aime rien, elle cherche la perfection et ne la trouve dans la réalité que manquante, la personne donc de cette personnalité ne trouve jamais ce qu'elle cherche. (م. البدوان, 2001, ص219)

En ce sens que l'individu dans ce cas réincarne la manière qui le pousse au stress et à fuir le mariage.

E-Personnalité autistique : c'est une personne repliée dont le seul désir se trouve dans la solitude et la participation avec l'existence et les sentiments pour elle est un sujet secondaire qui n'a aucune nécessité. (نفس المرجع السابق)

D'une manière générale le célibat tardif féminin reste un obstacle devant les besoins de l'individu est relié a plusieurs causes ou il est considéré comme un problème mondial et non seulement limitée à l'Algérie et les Etats maghrébins africains.

Après avoir abordé les causes du célibat on s'intéressera par la suite a la polygamie en Algérie.

3-La vision religieuse du célibat tardif féminin

Les imams et savants ne sont pas soumis au célibat l'islam recommande même fortement de se marier afin de trouver une paix intérieure et afin d'éviter toute tentation a la fornication (acte sexuels hors mariage).

Le mariage est une loi qu'a Allah a établi dans la création et la formation des mondes. Cette loi est générale et continuelle qu'aucun humain, animal au végétal ne peut en échapper : Allah le très haut a dit : « *et de chaque chose nous avons crée un couple, peut- être rappelleriez vous* ». (Sourate 51- qui éparpillent Ad-Dariyat-verset 49). (www.sajidine.com)

Allah a dit également : « *gloire à celui qui a crée, parmi ce que la terre fait pousser, ainsi que parmi eux-mêmes et aussi parmi ce qui ils ne savent pas, des couples de toutes sortes* ». (Sourate 36-Yassine verset 36).

Le mariage est la façon qu'a Allah a choisi pour la reproduction, la multiplication et la continuité de la vie après qu'il ait arrangé et préparé chacun de manière à ce qui il joue un rôle positif pour atteindre cet objectif.

Allah عز و جل dit :

يأبها الناس إنا خلقناكم من ذكر و أنثى

(*Ô, les gens ! nous vous avons créés d'un male et d'une femelle*)

Sourate 45- les apprenants Al- Hu jurat- verset 13

(أيها الناس اتقوا ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة و خلق منها زوجها و بث منهما رجالا كثيرا و نساء)

(و من آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها و جعل بينكم مودة و رحمة إن في ذلك لآيات

لقوم يتفكرون) Sourate 4-An –nisa verset

D'après les lois islamiques qu'on vient de citer précédemment on conçoit que le mariage est une institution fortement recommandée par l'islam. Il est considéré à la fois comme un devoir religieux, un acte social et juridique et un acte personnel ayant pour objectif de multiplication et de continuité.

Dans ce qui va suivre, nous allons aborder la vision sociétale du célibat tardif féminin.

4- La vision sociale du célibat tardif féminin

Le phénomène de célibat tardif féminin devenu ces dernières années un vrai problème dans notre société car le nombre des célibataires ne cesse d'augmenter pour diverses raisons ; cependant, par effet des coutumes et des considérations religieuses, la société algérienne n'est pas tolérante vis-à-vis de célibat « être célibataire en Algérie est souvent mal vue par la société à partir d'un certain âge. (ع. اسابيع, 2006, ص84).

A- La femme célibataire

La femme en Algérie, elle est la plus touchée par ce phénomène car elle capte majoritairement le commentaire et les discussions, dans ce contexte les célèbres croyances que le mariage est une question de « maktoub » ne sert à rien quand il s'agit d'un célibat féminin, le célibat est comme le tabagisme plus dangereux pour la femme et moins toléré, il est très dur pour elle dans la mesure, ou elle vit dans une société très conservatrice ou elle doit faire face au regard des gens et le harcèlement de son entourage qui l'oblige à chaque fois de se chercher un mari afin de s'unir. (نفس المرجع السابق).

B-L'homme célibataire

En revanche, l'homme est beaucoup plus peiné. Il souffre moins de cette solitude que la femme car il peut avoir des relations avec l'autre sexe plus

facilement, la femme a tout les regards dirigés sur elle puisque elle représente selon les traditions tout l'honneur de la famille. (ع. اسابيع, 2006, ص87).

Cette vision sociétale nous a rendu compte que le phénomène du célibat tardif féminin a connu un avancement considérable dans les sociétés arabo musulmanes et plus particulièrement en Algérie et l'homme supporte que la femme.

Dans ce qui va suivre, nous allons aborder les effets du célibat tardif féminin.

5-Les effets du célibat tardif féminin

Le problème du célibat a engendré plusieurs effets qui menacent la société islamique et influence sa conduite, le danger du célibat figure sur divers niveaux :

5-1- Concernant la famille

Le célibat engendre de mauvais effets psychologiques sur chaque famille, en ce sens que ses membres ressentent de l'anxiété, de la tristesse, de la honte et du déshonneur dans certaine société dont la peur du regard des autres qui influe négativement sur les relations sociales entre les individus de la société.

5-2- Concernant la société

En ce sens que le phénomène du célibat mènent à des dangers sévères sur la société car il engendre la dissolution et la séparation dans la société et la propagation ont des envies entre ses membres. Ainsi qu'à la propagation des altérations, des vices et de la déviation auxquels poussent les filles sous couvert des motifs psychologiques dont elles souffrent.

En outre, le problème du célibat pousse à la magie que certains croient être un moyen pour que leurs filles se marient. (المهدي, 2004, ص244)

5-3- Concernant la fille

6- Effets psychologiques

A- Sentiment de fatigue

La femme à tendance à se pencher vers ceux qui partagent sa gynécologues considère que la femme vit un déséquilibre lorsque la ménopause approche. Alors si elle n'a pas la chance de se marier pour avoir des enfants, son état psychologique régresse et sera atteinte par l'angoisse. (ح. اغبال, 2007, ص29).

Son déséquilibre psychologique affecte son comportement qui paraît contradictoire lors de son comportement avec les autres, à cet égard Fouzia ELDARBAA dit : « la fille âgée vit la douleur du célibat chaque minute, mais certains moments la douleur est encore plus forte comme le mariage d'une amie ou la naissance d'un nouveau né dans la famille. (ع. اسابيع, 2006, ص254)

B-Agressivité et haine des gens

Attendu que la fille célibataire blâme tous les hommes de la société qui ne veulent pas l'épouser et ressent de la jalousie contre les filles de son âge qui sont mariées notamment celles qui sont plus jeunes qu'elle, c'est pour cela qu'elle manifeste de la haine dans sa conduite nerveuse et agressive envers les autres. (ب. العراقي, 2008, ص93)

C-Isolation et autisme

Le regard de la fille célibataire et le souhait pour elle de se marier la pousse à fuir afin de ne pas affronter les gens et préfèrent s'isoler ou accompagnée, de celles de son âge ou de son cas.

D-Pensée au suicide

Est parmi les dangers les plus pires du célibat qui marquent les filles de manière à s'isoler de l'environnement social à cause du mauvaise regard de la société et le vide sentimental et spirituel et l'angoisse qui contrôle sa vie et les mots qui la blessent, toutes sont des raisons qui affaiblissent sa foi au destin et qui la pousse à se suicider. (نفس المرجع السابق)

E-Perte d'équilibre

La fille attendue est atteinte d'un certain déséquilibre dans sa personnalité et cela apparait dans son comportement contradictoire avec les autres, qui est le résultat du stress nerveux et continu et ce qui en suit comme maladies telles que le diabète, le colon nerveux et autres maladies, ce qui peut également mener à la dépendance aux calmants. (نفس المرجع السابق)

7-Effets sur le comportement

A-Déviation du comportement

La fille peut être poussée dans l'absence du pilier du comportement à satisfaire ses besoins biologiques à établir une relation déviée avec des hommes sans faire la différence entre le célibataire ou le marié.

B-Conjurer et vexer

les sentiments attendent de haine et d'envie peuvent pousser la fille célibataire à comploter contre ceux qui sont heureux et stables dans leur vie conjugale. (ح. اغبال, 2007, ص44).

C-Précipitation au mariage

Pour se débarrasser du fantôme du célibat, la fille fait tout son possible pour obtenir un mari sans tenir compte de la légalité ce qui mène au divorce dans la plus part des cas.

D-Voir les charlatans

Plusieurs familles considère que la cause du célibat de leurs filles est due à la magie et à l'œil de l'envieux c'est pour cela qu'elles ont tendance à voir les charlatans dans le but de rompre la magie, sauf qu'ils font tout pour augmenter le célibat afin de préserver leur salaire. (ح. اغبال, 2007, ص44).

E-Dissolution du comportement

C'est la plus pire qui puisse apparaître dans le célibat car ses effets apparaissent sur la fille célibataire et sur la société en même temps tels que la propagation de la prostitution, l'adultère, le commerce corporel et l'harcèlement sexuel dont les conséquences sont les maladies sexuellement transmissibles ainsi que l'avortement et généralement ce qui pousse la fille célibataire à l'erreur c'est les fausses promesses. (نفس المرجع السابق).

8-Effet sur la santé

A-Le stress nerveux et continu

Et ce qui s'en suit comme maladies telles que le diabète, le somatique et les maux d'estomac ou les brûlures en plus du mauvais comportement.

B-Disfonctionnement des glandes

Car le stress et l'angoisse créent une activité biologique et psychique du corps et par la suite affaiblissement au niveau de la santé.

C-Propagation des fibromes

Entre 30 ans et 45 ans si la femme a atteint cet âge selon les médecins et qu'elle n'a pas eu d'enfants, il ya une relation entre ces fibromes et l'opération d'accouchement qui va de (2%) à (10%), aussi le taux d'avortement suit cette tumeur, et s'il est déraciné il a un effet négatif sur l'opération de fécondation et d'accouchement.

D- La femme selon les gynécologues après 35 ans c'est l'âge retardé pour avoir des enfants et qu'à chaque fois elle grandit les ovules grandissent avec elle, chose qui augmente les enfants autistes notamment après la quarantaine.

E- La fertilité chez la femme atteint son apogée à 25 ans cela diminue progressivement jusqu' à la ménopause, et à cause des troubles des hormones qui apparaissent à l'âge de procréation, le taux de fécondation est en diminution continue, c'est pour cela le taux de stérilité chez la femme augmente lorsqu'elle approche la quarantaine. (ب.العراقي, 2008, ص102)

9- Les effets sociaux

A-Le manque de contrôle des naissances, reproduction c'est la destination principale des fins de mariage et le célibat le refuse de la base.

B-La désintégration de la famille en raison de problème résultant de cacher par chaque partie la responsabilité de cette situation et la jeune fille a accusé son père ou ses frères à cause de l'égoïsme des parents et l'abandon de la fille célibataire.

C-Retraite de la famille de les priorités que la société travaille pour les atteindre et a perdre beaucoup de rôles sociétaux comme l'éducation sociale.

D-La faiblesse des liens sociaux qui lient les gens par intermariage et ration en plus la colère de certaines familles de leurs proches en raison de la réticence des jeunes à marier leurs filles.

E-Prévalence des mariages coutumiers en raison de la perte d'espoir d'un mariage légal public et ce mariage reflète sur la société dans son ensemble dans les différents entre les parties.

F-Multitude de divorce, ceci est parce que le phénomène du célibat peut conduire au mariage non, légale, et cela peut se produire de nationalité et religions différents de leur ce qui conduit parfois, au divorces, et il est clair pour nous que l'effet de célibat comprend divers aspects de la vie sociale, psychologique et morale la santé de la fille célibataire donc c'est un phénomène dangereux et qu'il faut y mettre fin. (ح. اغبال, 2007, ص48).

D'après les effets du célibat tardif féminin, qu'on vient de citer ci-dessus on conçoit que le célibat tardif engendre de mauvaises conséquences psychologiques qui mènent à des dangers sévères sur la société.

Conclusion du chapitre

Le mariage contribue à l'organisation des relations sexuelles dans ce cas, l'homme et la femme ressentent une tranquillité spirituelle et les liens sociaux seront renforcés et de ce fait l'individu et la société évite plusieurs fléaux sociaux, mais les changements culturels, sociaux et économiques ont conduit à des changements dans le système du mariage en termes de l'âge, le style, le logement...etc., ce qui a conduit à la propagation du phénomène du célibat, qui est un vrai problème qui occupe la plupart des familles algériennes. Le phénomène du célibat tardif féminin reste un obstacle devant les besoins de l'individu et de la communauté ou il est considéré comme un problème mondial et non seulement limité à l'Algérie et les Etats maghrébins.

Dans le chapitre qui va suivre, on va aborder le vécu psychologique en retenant les variables de dépression, estime de soi et qualité de vie chez les femmes en état de célibat tardif, qui vont servir d'incises qui permettent une opérationnalisation du concept de vécu psychologique.

Chapitre II

Le vécu psychologique du célibat tardif féminin

Préambule

Le vécu psychologique de célibat tardif chez les femmes varie selon leurs histoires personnelles, mais derrière la diversité des stratégies psychiques mis en jeu, il existe un fond fantasmatique commun qui est d'origine culturelle.

Dans ce chapitre on va aborder donc la définition du vécu psychologique après on va entamer les trois sous chapitres, qui concernent les variables retenues dans l'opérationnalisation du vécu psychologique, en commençant par la « *dépression* », puis on va passer à « *l'estime de soi* », et finalement on va s'intéresser à la notion de « *qualité de vie* », et on termine par une conclusion du chapitre.

1. Définition du vécu psychologique du célibat tardif féminin

Le vécu est concret, pris soit dans sa globalité soit dans ses modalités particulières.

Le vécu psychologique pour Carle Rogers est une « *expérience* » qui désigne ce que l'individu ressent ou pense face à un événement, il s'agit de ce qui se passe dedans l'organisme et peut devenir conscient.

1.1. Le vécu

Selon le petit Larousse le terme : « *vécu* » signifie « *qui s'est passé ou semble être passé réellement* ». Et « *expérience réellement vécu ensemble des faits des événements de la vie réelle* ». (Le petit Larouss, 2008, p.1471).

Le vécu désigne ce qui s'est passé ou qui aurait pu se passer réellement, qui renvoi à la vie elle-même, à l'expérience qu'on a vécue. (C.Labro.2010, p.1682).

1.2. Psychologique

Terme qui désigne selon le petit Larousse : « *relatif à la psychologie, aux faits* » et « *aux faits psychologiques* », et « *qui agit sur le psychisme* ». (Le petit Larouss, 2008 p.923).

1.3. Le vécu psychologique du célibat tardif féminin

On synthétise à partir des définitions ci-dessus, que le vécu psychologique du célibat tardif féminin, peut être expliqué comme une expérience comportementale, cognitive, et affective qu'aurait une femme qui vit dans la solitude qui a avancé dans l'âge et qui n'est pas encore mariée. Cela renvoie donc à l'ensemble des émotions, sensations, pensées et comportements liés à la situation dans laquelle se retrouvent les femmes célibataires âgées de 35 ans et plus

Dans notre travail on retient trois variables à étudier qui sont : la dépression, l'estime de soi, et la QDV. Notre recherche portée sur l'expérience psychologique du célibat tardif féminin nous pousse à découvrir le vécu de cette situation sensible de la vie de la femme, dans une société qui a ses lois.

I-dépression

La dépression est l'une des maladies mentale les plus fréquentes dans notre société. Elle est caractérisée par le découragement, la tristesse, l'irritabilité, l'impression de ne pas avoir de valeur comme individu et la perte d'intérêt pour les activités autrefois appréciées.

Dans ce point, on s'intéresse à l'histoire de la dépression, ses définitions, ses types, sans oublier les approches qui expliquent cette notion.

1. Aperçu historique sur la dépression

L'histoire du terme « *dépression* » dérive du latin *déprimerer* qui signifie « *presser de haut en bas* ». Aujourd'hui le mot *dépression* décrit une multitude du phénomène : météorologique, économique. (C.Fondacci, 2009, p.12).

Dans l'église le mot *dépression* est nommé par « *acedia* », du grec qui signifie « *négligence* », celui qui 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).

La mélancolie religieuse remplace l'acédie dans le siècle du XVIII qui est une forme sévère de la dépression selon les critères retenus actuellement.

Au milieu du XIX siècle, la dépression apparaît dans la terminologie de psychiatrie qui explique certains traits de la symptomatologie dépressive. (Ibid., p.42).

Au cours du XX siècle, la dépression avait le statut d'une entité nosologique, le modèle comportemental, dans la perspective béhavioriste qui conçoit la dépression comme un comportement inadapté résultant d'un apprentissage. (A.Lafaye, 2009, p.43).

2. Epidémiologie de la dépression

La maladie dépressive est une des pathologies psychiques les plus fréquentes dans le monde. A l'échelle d'une vie entière, de 6 à 10 % des hommes est de 12 à 20 % des femmes seront, à un moment ou un autre, confrontés à la dépression. (Dictionnaire Médicale, 2012, p.259).

3. définition de la dépression

Nous avons choisi les définitions suivantes en raison de leurs simplicités de compréhension et aussi parce qu'elles sont précises et en adéquation avec notre recherche.

3.1. Selon le dictionnaire médical : « *la dépression est une condition émotionnelle caractérisée par une altération de l'humeur, retentissement psychomoteur avec tristesse, diminution de l'estime de soi, inhibition, fatigabilité, insomnie du matin, inappétence ...* » (Dictionnaire Médicale, 2012, p.265).

3.2. La dépression est une : « *maladie mentale caractérisée par modification - morale et de ralentissement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois de culpabilité, d'induire à envisager le suicide et parfois à le réaliser.* » (B.Heatall, 2005, p.327).

3.3. Selon J-L Pardinielli: « *la dépression est un état caractérisé par une humeur dépressive durable associée à une perte d'intérêt et de plaisir* » (J-L.Pardinielli Et All, 2005, p.6).

Ce qu'on résume à travers ces définitions est que la dépression s'explique par l'humeur thymique qui décrit une perturbation chez le sujet. Dans ce qui suit on va parler sur les symptômes de la dépression.

4. Symptômes de la dépression selon le DSM

Les symptômes qui apparaissent de la dépression lorsqu'on a une humeur triste, perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités, au moins deux semaines, et que le sujet doit présenter au moins quatre symptômes suivantes :

- Le changement de sommeil.
- Changement de l'appétit ou du poids.
- Changement de l'activité physique et intellectuelle.
- Réduction de l'énergie.
- Idée de dévalorisation ou de culpabilité.
- Difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions.
- Idées de mort récurrentes, idées suicidaires ou tentative de suicide. (DSM-IV, 2003, p.397).

Après avoir exposé certains symptômes de la dépression qui sont cités par le DSM-IV, on va passer à la présentation de ces causes.

5. Les causes de la dépression

5.1. 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).

5.2. La pensée : les pensées de chaque personne 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.

5.3. L'émotion : la personne déprimée est accompagnée par un profond désespoir, un sentiment de détresse persistant. La dépression est souvent suivie d'un sentiment d'anxiété profonde.

5.4. La physiologie : une théorie sur la dépression suggère qu'elle serait causée par des modifications au niveau de 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.

5.5. L'action : la dépression a souvent des répercussions importantes sur le comportement. (H.Bloch, 1999, p.260).

Afin de décrire les différentes causes de la dépression, on va enchaîner avec un autre point qui concerne les approches cliniques de la dépression.

6. Les approches de la dépression

6.1. Approche biologique

La contribution de la biologie à la dépression est le rôle de deux neurones transmetteurs, la sérotonine et la norépinephrine à également été établie.

La diminution ou l'augmentation dans leur cerveau étant respectivement réunies à l'apparition de l'épisode dépressif ou des entreprise de user aux techniques d'imagerie cérébrale afin de mieux interpréter les causes et les conséquences de ces troubles, ils ont notamment utilisé « *IRM* » pour prouver que le cerveau des individus souffrent d'un trouble bipolaire réagissent différemment, suivant que la personne se trouvait en phase dépressive ou en phase maniaque, la participation de la biologie à l'étiologie des troubles de l'humeur est également confirmé par la démonstration de certains facteurs génétiques font varier l'origine de ces troubles.(G.R.Gerrin, ET All,2008,p.411)

6.2. Approche psycho-dynamique

Dans cette approche, on considère que la dépression consiste dans l'intense fixation du sujet à la perte de l'objet autant qu'à objet perdu. Plus fondamentalement, elle est une souffrance antérieure aux symptômes qui la

manifestent. Elle est une rupture une faille : elle est la douleur du désir désormais irréalisable, alors que subsiste le lien avec l'objet perdu. En proposant ce point de vue, elle dépasse ces différences. Elle propose trois continuums : l'expérience de la perte de l'objet, le modèle de l'incorporation, le noyau narcissique. (C.Chabert, R. Kaes, 2005, p.168).

6.3. Approche cognitive comportementale

Le model cognitif de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez le sujet déprimé.

Le décalage cognitif permet l'émergence de la pensée dépressive par un traitement faible de la réalité. L'inférence arbitraire est la plus fréquente de la distorsion cognitive décrite chez les déprimés un autre point elle entraîne un jugement fossé par l'interprétation hâtive négative et arbitraire d'événement de la réalité.

L'abstraction élective admet aux déprimés d'extraire et de concentrer son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne qui concerne des éléments positifs de la réalité. La maximalisation et la minimisation entière ce procédé cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives.

L'ensemble de ces troubles cognitifs entraînent une perception de soi, de l'environnement et de temps figé dans une perspective négative, constitutif la triade cognitive exposée par Beck cliniquement, l'incapacité à se projeter dans l'avenir, l'anticipation douloureuse des événements à venir, les sentiments d'ennui expliquent une anormalité de la perception du temps vécu. Des événements « gouffre » prennent le sujet de façon morbide et semble encourager la suspension du temps réel. La vision négative du soi et la perte de l'estime de soi s'exprime par une auto dévalorisation, une auto accusation et une culpabilité

inadaptée. Elles sont associées à une vision négative de l'environnement éprouvé comme inutile insécurisant, voir hostile. (M. Levy, 1998, p.2).

Dans notre étude sur la dépression chez les femmes célibataires âgées de 35 ans et plus, on va donner une grande importance à cette approche parce qu'elle nous permettra de rendre compte du vécu psychologique de ces femmes et cela en décrivant leurs cognitions, émotions et sensations à travers une batterie de tests précédés de l'entretien clinique semi directif, et après avoir cité les différentes approches dans la partie précédente, maintenant on va passer à la dépression selon Beck.

7. La dépression selon Beck

Le modèle cognitif de la dépression de Beck. Il existe des pensées dysfonctionnelles, produit par des schémas cognitifs provenant d'interprétation des événements extérieurs biaisés dans un sens toujours négatifs.

Selon lui les pensées d'un déprimé pourraient se résumer dans trois catégories : la vision négative de soi, du futur, et de l'environnement constituant la triade cognitive. (J.Cottraux, 2005, p.4).

Dans le prochain point on va entamer la dépression chez la femme.

8. La dépression chez les femmes

La psychiatrie attribue actuellement ce phénomène soit à des facteurs biologiques (effet des déséquilibres hormonaux et à certaines périodes de la vie féminine), soit à une vulnérabilité particulière de la femme à des facteurs psychoaffectifs (perte d'objet ou estime de soi) et sociaux, ceux-ci étant, selon certaines études épidémiologiques, plus importantes que les facteurs biologiques, les études anglo-saxonnes sur le rôle des événements vitaux, dans l'étiologie dépressive montrent l'existence d'un lien significatif entre un

événement traumatique constitutif d'une perte d'objet ou estime de soi et la dépression.(R.Kaes , All,2005,p.115).

Une relation de cause à effet est ainsi établie entre un événement objectif, repérable et datable dans le temps, et un phénomène dépressif à partir de l'antécédence de l'événement sur, le phénomène dépressif.

La notion importante de « *résistance individuelle* » aux traumatismes. P. Marty fait justement remarquer que « *l'origine extérieur* » du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable comme il fait aussi observer que « *la perte d'un proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu adulte, qu'un jour chez un autre, par exemple, le sentiment provoque par le passage d'une poussière dans un noyau de soleil* » (Ibid.)

La question de vulnérabilité plus grande de la femme à ses facteurs psychoaffectifs, sociaux et traumatisme telle qu'elle à pu être objectivé dans ses études épidémiologiques.

Certains grands événements biologiques qui s'accompagnent de modifications hormonales comme la poussé mammaire, les premières règles, et la ménopause, sont tenus pour responsables des dépressions survenant à l'adolescence, et le sevrage qu'a la personne dans les cinquantaines.

Mais ces événements biologiques qui ponctuent en effet le cours de la vie féminine sont également des événements psychiques majeurs exposant aussi en tant que tels, à des expériences de perte d'objet et de mise en question, de la valeur et de l'estime, impliquant les remaniements psychiques profonds, parmi ces expériences, ce sont l'image de soi, son unité, son intégrité. (R.Kaes Et, All, 2005, p.115).

9. La dépression et le célibat tardif

Se retrouver célibataire à un âge mur est une épreuve compliquée à gérer. La solitude et la peur de voir la situation ne jamais changer sont autant de facteurs qui peuvent entraîner une déprime voire une dépression.

La dépression est une lassitude du quotidien, une tristesse latente que l'individu conserve toujours en lui. Il n'a envie de rien, il se sent fatigué constamment et le célibat engendre cette idée reçue que les jours vont désormais tous se ressembler sans qu'il ne s'y passe rien. C'est ainsi que beaucoup de femmes, après 50 ans abordent leur récente solitude et tournent le dos à l'espoir. (P.Albane, 2015).

Le célibat tardif que la femme vit, avec l'avancement dans l'âge peut décrire des perturbations psychiques telles que l'humeur dépressive, dévalorisation, et aussi physique tel que la ménopause.

lorsque une femme atteint la ménopause à l'âge de (45 ans) , elle lui arrive une séparation ou une blessure qui déstabilise son équilibre psychologiques ,elle aura des symptômes comme les maux de tête et l'insomnie , manque de désir de travailler par la suite il va y avoir des paramètres clairs démontrant qu'il s'agit de la maladie de la dépression.(ي.سعيد حافظ,1984,ص140).

Synthèse

Aujourd'hui et malgré l'avancement scientifique, la dépression reste l'un des troubles mentaux les plus fréquents chez les femmes dans notre société en particulier les femmes en état de célibat tardif et qui touche tous les fronts de leurs vies et qui nécessite une prise en charge psychiatrique et psychologique.

La dépression est souvent causée par une faible estime de soi qui définit l'état psychique de l'individu cette composante de la personnalité est très

importante à développer, nous allons évoquer cela dans le prochain sous chapitre.

II- estime de soi

Chacun de nous sait combien il est important d'avoir confiance en soi et être en bonne santé mentale, c'est une façon de sentir, d'accepter, et faire confiance en vous même, est l'un des vérités essentielles de l'estime de soi et quelle doit venir de l'intérieur.

Dans ce sous chapitre, nous allons développer le concept de l'estime de soi en commençant par un aperçu historique, puis on passe a la définition de l'estime de soi et ses différentes composantes, ainsi les approches.

1. Un aperçu historique

L'intérêt scientifique pour le concept de « *l'estime de soi* » ne date pas d'aujourd'hui, il était un projet d'étude depuis très longtemps.

Le premier qui en a parlé est le psychologue américain W.James(1890), à cette époque, il limitait l'estime de soi au rendement ou à la performance. Il mettait l'accent essentiellement sur la dynamique interpersonnelle.

Ce n'est qu'en (1902), Cooley le pionnier du model social, apporte une nouvelle perspective en avançant l'hypothèse comme quoi le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par l'interaction avec l'entourage. En (1934), les travaux de G.H.Mead, qui postule que serait la moyenne de ces jugements qui seraient intériorisés. (M.Blanchet.L.chevallier, 2008).

En (1970) dans la hiérarchie des besoins, A.Maslow ajoute que l'estime de soi correspond à une double nécessité pour l'individu de se sentir compétent et être reconnu par autrui, et un besoin physiologique ne sont pas satisfaits de

même que pour les besoins de sécurité, les besoins d'amour, le besoin d'estime de soi n'émergera plus. (Saint Paul, 1990, p.155).

Les travaux de C. Smith(1984) ont beaucoup apporté à cet objet d'étude. Il insiste sur le fait que vers le milieu de l'enfance que l'individu se forge une image de lui même qui restera relativement stable au cours de la vie.

Aujourd'hui l'estime de soi est devenue une aspiration légitime aux yeux de tous : considéré comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive, vu son influence positive ou nocive sur le fonctionnement psychique, les chercheurs s'accordent actuellement pour dire que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. Cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement et que son développement est un processus dynamique et continu. (A.L.Pervin, O.P. John, 2005, p.159).

2. Définition de l'estime de soi

Parmi les différentes définitions qu'on vient de citer, on a choisi ces trois parce qu'elles sont plus claires et en adéquation avec notre thème de recherche.

2.1. Selon le grand dictionnaire de la psychologie, l'estime de soi est : « *valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi. L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet, le moi actuel d'une part, et d'autres parts le moi idéal, le moi qui devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines personnes qui le connaissent.* » (H.Bloch.Et All, 2000, p.346).

2.2. La notion développée par V.Satir « *recouvrant à la fois l'estime et la valeur qu'on se porte à soi même. L'estime de soi et directement en rapport*

avec le bien être, elle risque de baisser lorsqu'elle est trop directement d'autrui de soi « bien portance » ne dépend pas de l'autre ». (Silvestre. Et Cool, 2005, p.95).

2.3. Selon C.Smith « *l'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur* » (C.Smith, 1984).

3. Les composantes de l'estime de soi

3.1. Sentiment de sécurité

Ce sentiment signifie comprendre les limites, connaître les attentes se sentir favorable et en sécurité.

3.2. Sentiment d'identité

L'identité est la base de l'estime de soi et de la motivation. Un fort sentiment d'identité demande une connaissance de ces forces et de son image sociale. il implique aussi des sentiments positifs face à l'image de soi.

3.3. Sentiment d'appartenance

Le besoin de faire partie d'un groupe augmente chez l'enfant au fur et à mesure qu'il approche de l'adolescence. L'acceptation des autres devient une préoccupation vitale chez la plupart. Cette préoccupation se reflète dans la manière dont il s'habille, les expressions qu'il utilise, les endroits qu'il fréquente et les gestes qu'il pose.

3.4. Sentiment de détermination

Certaines personnes ne semblent pas avoir de buts dans la vie. ni savoir comment y arriver. Certains auteurs ont démontré que les personnes qui se sentent bien dans leur peau sont celles qui ont appris à se fixer des buts réalistes.

3.5. Sentiment de compétence

Un sentiment de compétence personnelle peut être acquis seulement après plusieurs expériences de réussite. Ceci implique d'être capable de prendre les décisions appropriées en utilisant de façon efficace les ressources disponibles. (Notes de conférence par Danielle Laporte, 1992).

4. Les indicateurs de l'estime de soi

4.1. Les indicateurs d'une faible estime de soi

- La susceptibilité.
- La sensibilité au rejet et à la critique.
- La facilité à critiquer, à faire des reproches.
- Les plaintes, (la victime).
- L'impression de ne pas être aimé.
- L'indécision ou le doute.
- La peur de l'échec ou les échecs répétitifs. (Aline.L., 2000, p.242).

4.2. Les indicateurs de forte estime de soi

- L'aisance à recevoir la critique et les compléments.
- La maîtrise de soi.
- Le sens de responsabilités.
- La capacité de donner priorité et d'exprimer ses propres besoins.
- La confiance en soi et au autres.
- La fermeté sans agressivité.

-La croyance de mérite le succès.

-La prise en charge de son équilibre mentale. (Ibid.)

5. Les différences de l'estime de soi selon le sexe

Toutes les études montrent que les filles ont une plus basse estime de soi que les garçons. L'environnement sociale y joue certainement un rôle important : notre société a tendance à valoriser des traits et des comportements typiquement masculins et encourager plus les garçons que les filles à s'affirmer et à agir. Ces dernières sont trop souvent valorisées à travers leurs apparences physiques, ce qui les pousse à lui accorder une importance excessive, 60% des adolescentes se trouvent trop grosses, et seules 20% d'entre elles se disent satisfaites de leurs corps. (D. Petite Larousse, 2013, p.302).

Après avoir présenté les différences de l'estime de soi selon le sexe on passe aux approches théoriques qui expliquent cette notion.

6. Les approches théoriques d'estime de soi

6.1. Approche de la psychologie clinique

À la lumière des travaux de S. Freud, s'est intéressé à l'étude de soi à travers l'analyse des processus subjectifs et notamment des mécanismes de défenses de moi. Cette branche de la psychologie a d'ailleurs donné lieu à l'une des champs théoriques les plus prolifiques dans ce domaine la psychologie de l'égo impulsée par Hartmann (1939). On a également étudié le soi en adoptant une perspective phylogénétique (C. Smith, 1978), puis strictement biologique (Bernard, Bessir et Debreu, 1990). Le soi qui a longtemps été considéré comme un invariant humaine paraît soumis à des variations en fonction des contextes culturels Markus Et Kita Yama, 1991 (G.H. Mead, 2006, pp.8-9).

6.2. Approche en psychologie sociale

L'étude de la perception des personnes est une tradition de la recherche bien établie en psychologie sociale (Schneider, Hastorf Et Wells Worth, 1979) reposant sur des méthodes sophistiquées pour étudier la formation des impressions, la mémoire, les personnes, les théories implicites de la personnalité.

En fait la psychologie sociale vers la fin des années 70 à découvert le soi objet que les sociologues n'avaient pas pus l'arriver (ibid, p.16).

6.3. Approche cognitive

Cette approche considère les processus mentaux comme une succession d'étapes, chacune d'entre elles consacrée à l'exécution d'une fonction particulière d'une partie de traitement de l'information. Dans cette perspective cognitive, expérimentale, les représentations de soi, sujet de réflexion consciente, sont généralement nommées conception de soi. Elles diffèrent quant à leur centralité ou leur importance. Les conceptions de soi centrales sont généralement les mieux élaborées et sont présumées diriger plus fortement le traitement de l'information et les comportements.

La large adoption, ces dernières années, pour décrire le soi, déterminé tels que prototype (Rogers Et Kinder, 1979), réseau en mémoire (Bower Et Gilligan, 1979), ou schémas (marks, 1977), alimente l'hypothèse selon laquelle le soi est une structure de connaissance. Il devient clair que le soi peut influencer chaque aspect du traitement de l'information susceptible de concerner les individus. (G.H.Mead, 2006, p.16).

6.4. Approche psychanalytique

La forme de la représentation de soi se comprend dans ce modèle psychanalytique en références à la notion d'idéal du moi. Selon A.Braconnier,

S.Freud à introduit cette notion dans sa deuxième topique « *pour caractériser une représentation de soi cherchant accéder à des représentations idéales.* ».

Il est élaborer en fin du complexe d'Œdipe, constitué d'identifications narcissiques et d'identifications secondaires, liées à la résolution du complexe d'Œdipe il est vu comme intégré au surmoi. (A.Bioy.D.Fouques, 2000, p.140).

7. Estime de soi et le célibat tardif féminin

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou désapprobation porté sur soi même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, et important, c'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs. (C.Smith, 1984, p.5).

Une personne qui apprécie soi même d'une bonne manière ces relations sociales soit aussi parfaite avec ceux qui l'entourent contrairement à la personne qui soulève d'un manque de confiance en soi, cela est confirmé par Swan et Read(1981), qui considèrent que l'individu attend une évaluation de son environnement égal au degré qu'il évalue son être. (S.Genette, 1990, p.14).

Ainsi, Le manque de ressources financières affecte l'autre, Réaffirmant, l'étude Zuckerman (1980) que l'estime de soi est liée à la situation économique et sociale et ils affectent les objectifs fixés par l'individu lui-même.

. (ع.محمد الديب, 1994, ص224).

Le rôle social affecte l'estime de soi de fait qu'il développe l'image du soi par l'interaction sociale de l'individu et ce par le faite de le présenté parmi une série de rôles, et dans son déplacement dans la structure sociale dans laquelle il vit c'est par ce fait qu'il apprend à se voir comme ses amis l'aperçoivent dans diverses situations sociales. (ح. عبد السلام, 1972, ص161).

Synthèse

L'estime de soi est un bien être interne qui fait référence à la santé psychique et mentale c'est -à- dire le monde interne, sans oublier que la femme en état de célibat tardif a besoin d'un monde intérieur bien sécurisé et en bonne santé, elle a aussi besoin d'un monde extérieur et une qualité de vie favorable, et un environnement (social, familial....) contenant dont il trouve son bien être, et une satisfaction de la vie.

Dans le prochain sous chapitre nous allons développer la notion de qualité de vie.

III-LA QDV

L'expression « *qualité de vie* » est de plus en plus utilisée non seulement dans le langage commun, mais aussi dans les sciences sociales afin de résumer le complexe économique, social, environnemental, et les problèmes de relations qui caractérisent les sociétés modernes.

Cette expression est très complexe et fut d'ailleurs encore mal définie comme l'atteste la multitude de termes s'y rapportant : santé perceptuelle, qualité de vie liée à la santé, santé subjective....etc.

Dans ce sous chapitre, nous allons donner un aperçu historique sur le concept de QDV, pour passer aux différentes conceptions la QDV, ainsi ses approches et les domaines de cette notion.

1. Un aperçu historique sur la QDV

La notion de QDV était évoquée par Lyndon B.Johnson, dans son discours à la « *great society* » en 1964. qui fait référence à l'opinion publique sur le désarroi et la détresse. L'origine de la QDV était développée en (1966) dans les annales de la médecine (Ethgen Et Reginstre, 2002).

La QDV fait partie de la psychologie de santé, qui a pour objectif de favoriser l'adaptation d'habitudes comportementales saines afin d'améliorer la qualité de vie.

En médecine il y a quelques années, la préoccupation première des médecins était la sante objective de leurs patients, seule l'évaluation de la morbidité, de la mortalité et de la longévité était les critères relèves par les médecins (Bruchon-Schweitzer, 2002).

2. Conception et définition de la QDV

2.1. Selon l'OMS(1993), la QDV est définit comme : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne son état psychologique, son niveau d'indépendance ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnements* ». (OMS, 1993).

2.2. Selon le centre for Disease control and prévention, la QDV lié à la santé est un concept multidimensionnel développé depuis les années (1980), intégrant les différents aspects évaluables de vie pouvant affecter la santé physique et mentale. Elle comprend les perceptions de la santé physique, et mentale et ses corolaires dont les risques et morbidité, statut fonctionnel, support sociale et conditions socioéconomiques. (CDC, 2002).

2.3. Selon Gialdella Et Chambon dans leurs article consacré à l'étude de la QDV par la psychiatrie : « *il n'existe pas actuellement de consensus sur une définition claire et précise de la QDV, d'autant que le concept se situe au carrefour des sciences économiques, sociales, de la médecine, et de la psychologie, cependant depuis les indicateurs sociaux qui viennentt démontrer la relative indépendance entre objectifs et vécu de bien être, la très grande majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que la QDV est de nature psychologique et subjective et*

échappe aux orientations normatives ». Pour Joyce (1987) l'évaluation de la QDV implique un jugement de valeur, et il affirme que « *lorsque les valeurs sont envisagées celles qui m'importent sont les miennes, point l'aspect subjectif de cette évaluation et de ses normes.* » (Gialdella Et Chambon, 1995, pp.171-172).

A. Conceptions objectives de la QDV

On peut considérer qu'il s'agit de l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie plus agréable et plus facile, ces conditions comprennent pour un individu donné, la qualité de l'environnement naturel, du logement, des ressources matérielles, de l'environnement familiale...etc. ainsi que d'autres facteurs, mais aussi et surtout, l'état de santé cette conception objective et fonctionnelle est accessible par hétéro-évaluation. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.49).

B. Conception subjectives de la QDV

De nombreuses définitions ont été proposées, ce concept est difficile à saisir, car éminemment subjectif soumis aux normes culturelles et comprenant de très nombreux paramètres : conditions de vie, bien-être psychologique, écart par rapport à un idéal de vie satisfaction des besoins perçus et désirs...etc. il est de plus, dans ce domaine, difficile d'échapper à un point de vue normatif (valorisation de l'autonomie etc.). Et de choisir des critères qui puissent être universellement appropriés. Cette conception subjective et phénoménale et accessible seulement par auto-évaluation. (L.Nicolas , 2001, pp.48-50).

C. Conception intégrative de QDV

L'avantage de la QDV en terme à la fois intégratif et dynamiques de :

-Prendre en compte à la fois les composantes « externes » (par exemple l'état de santé, les conditions de vie). Et les composantes « interne » (par exemple la satisfaction, le bien être subjectif) d'ensemble complexe.

-Evaluer la QDV selon plusieurs points de vue (hétéro-évaluation et auto-évaluation).

-Considérer les interactions dynamiques entre les composantes de la QDV. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.51).

D. La QDV globale de la QDV

Cette notion était émergée à travers des approches psychosociologiques ; ce qui a donné un sens tels bonheur et le bien-être qui sont associés aux travaux de Bradburn et Caplovitz, (1965). Bardburn, (1969) sur la QDV dans différents pays du monde et différentes villes aux Etats Unis (Mercier Et Filion, 1987). Campbell (1976) a organisée un modèle de QDV à partir de l'étude de deux concepts qu'il considère importants a savoir le concept de satisfaction et domaine de vie. (Coten, 1998).

À travers ses visions de plusieurs auteurs, qui ont montré l'importance de bonheur et le bien être sur le déroulement de la vie d'un individu (Coten Et All ,2005).

Pour Gotay « *c'est un état de bien-être correspondant au moins à deux composantes : la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne reflétant ainsi un bien-être physique, psychologique et sociale et la satisfaction du patient à l'égard de son niveau de fonctionnement et du contrôle de la maladie* ». (M.Bruchon-Schweitzer, 2002)

3-les domaines de la QDV

Les domaines de qualité de vie	Les indicateurs et descripteurs des domaines
---------------------------------------	---

Bien-être émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Contentement (satisfaction, humeur, plaisir) - Concept de soi (identité, estime de soi) - Stress (prédicateurs, contrôle)
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Interactions (réseau social, contacts sociaux) - relations (famille, amis, pair) - Supports (émotionnel, physique, financier, feedback)
Bien-être matériel	<ul style="list-style-type: none"> - Statut financier (bénéfices, revenu) - Emploi (statut et environnement professionnel) - Housing (type de résidence, propriété)
Développement personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Education (accomplissement, statut) - Compétence personnelle (cognitive, sociale, pratique) - Performance (succès, accomplissement, productivité)
Bien-être physique	<ul style="list-style-type: none"> - Santé (fonctionnement, symptômes, fitness, nutrition) - Activités de la vie quotidienne (mobilité, prendre soin de soi) - Loisirs (récréations, activités)
Auto-détermination	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie/contrôle personnel (indépendance) - Buts et valeurs personnelles (désirs, espérance) - Choix (opportunités, options, préférences)
Inclusion sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration et participation dans la communauté - rôle communautaire (contribution, volontariat) - Support social (réseaux et services de support)
Droits	<ul style="list-style-type: none"> - Humain (respect, dignité, égalité) - Légaux (citoyenneté, accès, jugement)

-Tableau N°1:les domaines de la QDV de l'individu ainsi que leurs indicateurs. (Schalack et ses collaborateurs, 2002, 2004).

SCHALOCK et ses collaborateurs, à partir de l'analyse de 16 études portant sur la QDV et ses indicateurs, ils ont créé 8 domaines centraux constituant les éléments de la QDV, des indicateurs.

Actuellement ces domaines de la vie sont la référence de base dans le domaine de la qualité de vie individuelle. (Schalock Et Ses collaborateurs, 2002, 2004).

4. La QDV de point de vue environnementale

Dans cette approche la QDV était en rapport étroite avec les projets politiques et les études concernant l'environnement dans laquelle la vie, la société, le niveau de vie, la pollution, la scolarité, les crimes...etc. et dans les enquêtes des grandes villes du monde qui ont été menées pour mesurer le niveau de satisfaction des personnes et de leurs conditions de vie. (Mercier Et Filion, 1987, Corten, 2005).

L'avancement des recherches à travers ce courant a laissé émerger l'idée de QDV environnemental ce qui a permis une approche de l'environnement tel que les revenus et le lien de vie sur la QDV des personnes. (Coten, 2005).

5. La QDV en relation avec la santé

Ce courant de recherche était au départ objectiviste, elle souscrivait l'étude des troubles de santé spécifique telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, le sida, etc. (Marois, 2006), impliquant des difficultés motrice, les dépendances des patients à cause de leurs états de santé. (Corten, 1998, 2005).

Cette approche considère la QDV comme multidimensionnelle, qui peut être étudiée soit par l'observation ou par le biais l'auto-évaluation ou hétéro-évaluation.

6. La QDV liée au travail

A cause des changements apparus dans le monde économique et l'évaluation accrue du taux d'employés qui sont dans l'incapacité de travailler à cause de leurs problèmes de santé psychologiques.

La définition de QDV au travail est très complexe, car elle peut être confondue avec d'autres indicateurs tels que le stress au travail ce qui est prouvé d'avoir ou de dégageé trois points importants de la QDV au travail :

-Un construit subjectif.

-Devant intégrer des aspects organisationnels, individuels et sociaux.

-Le travail ayant une influence certaine sur les autres domaines de la vie et il fait intégrant de la QDV générale. (Clipp, 2009).

Notre champ d'étude qui concerne les femmes de célibat tardif qui exerce une profession et dans notre recherche on doit savoir la QDV de ses dernières ce qui concerne l'environnement et la santé et aussi à propos de travail.

8. Objectif de mesurer la QDV

L'objectif de mesurer la QDV peut être de décrire des personnes, notamment pour évaluer si elles sont à risque. Un autre but est de détecter des changements dans le temps, en particulier dans le cadre d'essais thérapeutiques, enfin de prédire une évolution future de la santé, dans le cadre de prévention. (Grasd.2009, p.19)

Donc notre objectif de mesurer la QDV est de montrer et évaluer les différentes dimensions du célibat tardif féminin, à savoir la qualité de vie psychologique, sociales familiale et physique des sujets.

9. la QDV et le célibat tardif féminin

La femme en situation du célibat tardif qui vit dans une famille et une société farcies de la compréhension, le respect, l'amour et l'appréciation ... contribue d'une manière parfaite dans l'estime et l'appréciation d soi et c'est ce point qui leur réalise leur équilibre psychologique et comportemental, contrairement aux femmes en situation du célibat tardif qui passent leurs jours dans un environnement plein de marginalisation et du mépris et des mots blessants « *puisque ces mots conduisent vers un malaise interne qui reflète un sentiment d'un manque d'importance chez l'individu par rapport à son être et d'autres individus dans une société donnée. De plus, ces critiques négatives répétées et les observations et jugements sévères représentent des coups blessants* » (G. Duclos et al. p. 67).

Malgré tout ce que font les femme qui sont à la fin de l'âge nubile soit des comportements adaptatifs ou non pour le fait de vouloir s'imposer dans le milieu de la vie, mais ils peuvent recevoir un comportement négatif par certains de ceux qui les entourent , que ce soit les parents ou les frères ou l'entourage , ce qui affecte négativement sur l'appréciation de soi, surtout si elles rencontrent ces difficultés avec l'absence de l'un ou des deux parents , puisque l'absence de ces deux chapitres d'une façon ou d'une autre affecte le développement psychologique et comportemental de l'individu , en le conduisant à subir une énorme souffrance quant à la croissance de la capacité mentale et l'efficacité sociale qui affectent négativement le psychique.(س. عبد القوي, 1997, ص112).

Synthèse

En effet la QDV des femmes en état de célibat tardif a été fortement influencée par leur états de sante physique et psychique comme la vie sociale et l'environnement qui les entoure. Dans ce qui va suivre, on va aborder le chapitre de méthodologie de recherche.

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèse

La féminité est « *l'ensemble des caractères morphologiques, physiologiques, et comportementaux, propres aux femmes, ils sont biologiquement, liés au sexe et fortement influencés voire conditionnée par l'environnement socioculturel. Ils sont exclusifs et différencient les femmes des hommes qui eux possèdent des caractères masculins* » (M. Dalhem., 2010, p.10).

Etre une femme, c'est avoir la chance ineffable de pouvoir donner la vie, grâce à des organes, outils merveilleux, qui gardent leur mystère pour encore trop de femme.

Le mariage dans la tradition musulmane et dans la législation algérienne constitue le principe de base de la famille. Et sert ainsi de la plate forme à toute l'organisation des rapports entre les individus et la société. (Aardes, 1977, Boutefnouchent, 1982).

Le mariage est une institution fortement recommandée par l'islam, il est considéré à la fois comme un devoir religieux, un acte social et juridique et un acte personnel ayant pour objectif amour et affection. (Z.Ouadah- Beddidi, 2005, pp. 29-49).

Les personnes mariées ont de temps à autre de la nostalgie du célibat et de la liberté qu'offre le fait de ne pas avoir d'attaches, si le célibat se définit comme le fait pour une personne de ne pas avoir contracté le mariage alors qu'il a atteint l'âge nubile, il n'en demeure pas moins qu'il peut constituer un fait social pour peu que le célibat se prolonge chez les individus des deux sexes jusqu'à un âge avancé et qu'il touche une part importante de la société.(Journal Watan,18 Mars,2006).

Le phénomène du célibat forcé prend de plus en plus de l'importance parmi les préoccupations de l'Etat jusqu'à devenir un sujet tabou, où c'est le destin, la chance, ou encore l'impatience.

Problématique et hypothèse

D'après un rapport, produit par l'agence allemande deutsche presse argentine (DPA), il y a 11 millions de femmes célibataires en Algérie dont 5 millions de femmes de plus de 35 ans qui sont encore célibataires. Comparé à d'autres pays arabes, l'Algérie est surnommé le pays des célibataires. Sur les 9 millions des femmes algériennes en âge de se marier et procréer, 50% ne trouvent pas de maris. Ainsi a rapporté, via un rapport médiatique, l'agence allemande DPA. Citant le témoignage du chef du service gynécologie à l'hôpital Elkobba à Alger. Selon ce responsable algérien, cité par l'agence, ce phénomène social déstabilise la cellule familiale en Algérie, et encourage, la prolifération des actes sexuels hors mariage.). (M .Zvigo, 2015).

Comparativement au célibat vécu par l'homme, celui de la femme a d'autant plus de conséquences qu'il est mal vécu pour des raisons liées au poids de la culture arabo-musulmane qui impose à la femme de se marier jeune. Pour des raisons intrinsèques à son identité morphologique qui la contraignent à procréer avant le stade de la ménopause. Le constat est d'autant plus flagrant qu'à chaque interview d'une femme célibataire, le regard est flou. La question est douloureuse et les silences en disent parfois plus long que n'importe quel discours.

Donc, le travail, que nous allons aborder concerne la question du célibat féminin subi et ses répercussions sur la vie de la personne, à savoir le vécu psychologique de ces femmes vis-à-vis de cette question de célibat forcé.

Le vécu psychologique pour A. Maslow (1987) est composé d'émotions (peur, stress) ou pensées plus ou moins claires, l'expérience est unique c'est-à-dire l'expérience qui on découle ne sera jamais vécu deux fois de la même manière ,l'expérience est inobservable, certes il est possible d'observer la femme célibataire mais d'écrire son vécu et vivre sa situation, d'autre part l'expérience n'est pas accessible qu'à l'individu ce dernier a accès privilège au contenu de sa

Problématique et hypothèse

conscience, comme le définit A. Maslow « *lui seul peut nous dire ce qu'il nous en dira est authentique* »(C, Wade,2000,p.244)

Parmi les différentes recherches scientifiques, sur l'étude du phénomène de célibat tardif l'étude réalisée par M. Buallat (2009) en Algérie qui traite et qui cherche les causes de l'âge retardé du mariage dans la société algérienne et cette étude à mentionner les résultats les plus importants qui disent que le mariage est un désir dans la vie et permet l'amour et l'un des facteurs d'échappement à la solitude et que les objectifs pré-nuptiales ne sont pas une raison pour cela. (م.بوعليت,2009,ص256).

Ainsi que l'étude H.Aghbal (2007) sur la réalité du célibat dans la société algérienne (causes et solutions).

À cet égard, dit M.Blemhidi (2008), il trouve rarement la femme en situation du célibat tardif jouir d'une vie normale par rapport aux autres femmes mariées. Elle ressent la solitude, vide psychologique et la privation affective et des sentiments sexuels et maternels, elle souffre également de la privation de la chaleur familiale, même si elle est entourée par la chaleur de la grande famille. (م.بلمهيدي, 2008, ص03).

Dans cette présente recherche, nous avons opté pour l'étude de trois indices importants, et qui vont nous permettre d'aborder le vécu psychologique du célibat tardif féminin, à savoir : la dépression, l'estime de soi, et la QDV.

Plusieurs anomalies peuvent montrer, ou bouleverser et altérer la qualité de bien être de la femme célibataire, que se soit une atteinte dans leur état psychique, mentale et sa relation avec les autres et tout ce qui est relui à son identité féminine, telle que la dépression qui résulte d'un malaise diffus, et d'une tristesse. Sans oublier que toute réaction émotionnelle négative est le résultat d'une mauvaise estime de soi. Ce malaise qui entoure la vie de la femme célibataire peut causer aussi une qualité de vie défavorable et des pensées négatives qui remplissent sa vie quotidienne.

Problématique et hypothèse

La dépression se définit selon J.Delay comme une : «*disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable axillant entre les deux pôles extrême de plaisir et de la douleur* » (P.Deniker.TH.Lempérière.J.Guyotat, 1990, p.16).

Beaucoup de chercheurs se sont intéressés à cette problématique parmi eux on trouve Beck qui expose cette théorie et que l'apparition de la dépression survenue d'après les idées négatives liée à l'affaiblissement de l'état psychique de la femme célibataire, et qui apparait sous forme de manque d'intérêt à la vie quotidienne, donc dans notre travail on adopte le modèle cognitive de Beck, ainsi son échelle de mesure de la dépression pour mesurer le degré de la dépression chez les femmes en situation de célibat tardif.

Parmi les soucis psychologiques éprouvés par la femme célibataire on trouve la dévalorisation et la dégradation de son estime de soi.

La définition donnée par C.Smith de l'estime de soi est « *un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur* »(C, Smith, 1984).

Selon l'inventaire de C.Smith, l'estime de soi est une approbation ou désapprobation portée sur soi même. Elle indique dans qu'elle mesure un individu se croit capable, valable .c'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs.

La notion d' « *auto-évaluation* » renvoie à un processus de jugement par lequel l'individu considère ses résultats, ses capacités, ses qualités, selon un système de valeur et de normes personnelles, et porte un jugement sur sa valeur personnelle. (C. Smith, 1994, pp.6-7).

Problématique et hypothèse

Les travaux de C.Smith (1984) se basent sur le fait que c'est vers le milieu de l'enfance que l'individu se forge une image de lui-même qui restera relativement stable au cours de la vie. Il prouve que les variables dues aux expériences individuelles, au sexe, à l'âge sont importantes, car chacun construit son appréciation de soi en s'appuyant sur des considérations plus spécifiques dans différents domaines selon l'importance qu'il leur apporte, en ce qui concerne notre recherche on s'intéresse aux travaux de C.Smith sur l'estime de soi ainsi son inventaire qui mesure la nature de l'estime de soi chez la femme qui vit le célibat tardif.

Dans cette étude, nous envisageons que parmi les difficultés de vécu psychologique du célibat féminin tardif on trouve un entourage défavorable qui caractérise la vie de ces femmes, qui nous pousse à parler de la QDV du célibat tardif féminin.

Le terme de qualité de vie est un vaste concept dont chaque individu a sa propre définition. Cette définition varie en fonction de l'importance qu'un sujet apporte aux différents aspects de sa vie.

De ce qu'est la « *la qualité de vie* » nous avons tous une notion intuitive : « *la qualité de vie, c'est ce qui rend la vie bonne, agréable, ou confortable* » (Fagot-Largeault, 2002). « *La QDV est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition* » (Auquier Et All, 2006). Tous les auteurs traitant de la QDV sont unanimes sur cet aspect de la définition : la QDV est un concept intrinsèquement subjectif. (S.Sultan et I.Varescon, 2012, p.21).

Pour sa part, l'OMS retient six grandes dimensions pour la QDV : physique, psychologique, sociales, degré d'indépendance, environnement, convictions et spiritualité personnelles (les trois premières étant admises par la majorité des auteurs). (Ibid., p.22).

Problématique et hypothèse

L'utilisation de mesure de QDV est très importante dans l'évaluation de la nature de QDV chez les femmes célibataires, pour effectuer cette recherche, on a choisi un questionnaire de QDV, le WHOQOL-BREF qui est établi par l'OMS.

Dans notre recherche, on a adopté l'approche cognitive et comportementale puisqu'elle repose sur les cognitions, comportements, pensées et émotions qui nous permettent de bien comprendre le mode de vie d'une personne. Puisque notre travail s'intéresse à la dépression, estime de soi et QDV des femmes célibataires âgées de 35ans et plus en vue d'explorer leur vécu psychologique, ce modèle nous permettra de connaître et d'apprécier la nature du vécu psychologique de ces femmes et de le décrire en basant sur une batterie psychométrique.

La femme dans l'état de célibat tardif se sent vulnérable et soumise au stress qui en découle, donc on peut dire que le désir de mariage présente un impacte sur le vécu psychologique des femmes et on trouve que la dépression est l'une des composantes de ce vécu et sans oublier que cette dépression est causée par une faible estime de soi chez ces sujets aussi on trouve une mauvaise qualité de bien être de la femme célibataire âgée.

L'objectif de notre recherche dans sa globalité c'est de connaître la nature du vécu psychologique des femmes célibataires âgée de 35ans et plus en se référant au degré de la dépression, et aussi la nature d'estime de soi, et la nature de qualité de vie de ces sujets.

Pour réaliser notre recherche, on va utiliser un guide d'entretien semi directif, ainsi une échelle de dépression de (BDI-II), et un inventaire de l'estime de soi (S.E.I) et un questionnaire (WHOQOL-BREF) pour la qualité de vie.

Question principale

Notre question de recherche est ainsi formulée :

Problématique et hypothèse

Quelle est la nature de vécu psychologique du célibat tardif féminin ?

Questions partielles :

1-Quelle est le degré de dépression chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus ?

2-Quelle est la nature de l'estime de soi chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus ?

3-Quelle est la nature de la qualité de vie, chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus ?

Hypothèses

Hypothèse principale La nature du vécu psychologique des femmes en état du célibat tardif est mauvaise.

Hypothèses partielle

1-Le degré de la dépression chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus est élevé.

2-La nature de l'estime de soi chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus est faible.

3-La nature de qualité de vie chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus est mauvaise.

La partie pratique

Chapitre III
méthodologie de la
recherche

Préambule

Le succès d'une étude dépend en grande partie du choix de la méthode et de la stratégie de recherche qui permet au chercheur de collecter les données nécessaires à l'étude du problème, de la question, des objectifs et des hypothèses.

Notre chapitre méthodologique nous permet de cerner, de comprendre le déroulement de notre recherche, et une meilleure organisation du travail, en suivant une démarche scientifique reconnue.

Donc, ce chapitre est consacré à l'exposition des différentes étapes qu'on a suivi dans la réalisation de notre travail, en adoptant la démarche de la recherche puis la présentation et l'opérationnalisation des concepts clés, la méthode utilisée, les outils de notre recherche et leurs analyses et on termine avec une conclusion.

1. Définition des concepts clés et leurs opérationnalisations

1.1. Définition du célibat tardif féminin

M.Boutefnouchet, (2005) définit le célibat comme : « *chaque individu ayant atteint l'âge nubile et il n'est pas encore mariée, c'est-à-dire il est resté célibataire en raisons des circonstances psychiques, sociales et financières qui l'ont empêché de se mariée.* »(M.Boutefnouchet, 2005, p.53).

De plus, F.Adel (1990), dit dans ce sens que le célibat tardif est un état marginalisé, rejeté par la famille et par la société, noter que c'est difficile, pour cet individu qu'il soit un homme ou une femme, de vivre cette situation (F.Adel, 1990, p.7).

1.1.2. Opérationnalisation de concept de célibat tardif féminin

- la femme
- l'âge avancé plus de 35ans.
- femme qui n'est pas mariée

2. Vécu psychologique

Le vécu psychologique est une expérience individuelle concrète, affective, qui doit être considéré du point de vue du sujet engagé dans le monde. Dans notre travail, nous avons décidé d'opérationnaliser ce concept du vécu psychologique qui est en lui même un concept large et complexe, en trois variables qui sont selon notre avis des indices précieux qui permettent de cerner ce concept, et qui nous a aide à décrire l'état psychologique de ces femmes en situation du célibat tardif.

A travers ces trois variables qui sont : la dépression, l'estime de soi, et la QDV on peut atteindre notre objectif de décrire l'état psychologique des femmes en état du célibat tardif.

2.1. Dépression

Selon C. Andre : « *le mot dépression signifie « abaissement », il s'agit donc d'un effondrement de l'humeur, la personne se sent triste sans envie ni désir* ». (C. Andre, 2008, p312).

La notion de dépression indique un malaise psychique, une faiblesse, des insomnies, une fatigue, du désespoir, un manque d'appétit, etc

2.1.1. Les critères de la dépression

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée

- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (qui caractérise les activités de toute la journée
- l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit.
- Insomnie ou hypersomnie. (Manque de sommeil, ou le contraire.)
- Agitation ou ralentissement psychomoteur.
- Manque d'énergie, fatigue pour faire les activités de la journée.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité.
- Difficultés à penser ou à se concentré ou l'indécision.
- Pensées de mort récurrentes, idée de suicide.

Ces critères viennent du DSM-IV qui donne une description de la symptomatologie dépressive.

2.2. Estime de soi

D. Germain définit l'estime de soi comme étant : « *la conscience de sa valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitude et de croyance qui nous permettent de faire face au monde. L'estime de soi suppose une conscience de ses forces, ses difficultés et de ses limites personnelles. Elle présente une valeur positive qu'on se reconnaît globalement en tant qu'un individu et dans chacun des domaines importants de la vie. L'estime de soi est cyclique, parfois instable et toujours variable à l'image de la vie* ». (D. Germain, 2005, p.22).

L'estime de soi se subdivise en deux pôles une faible estime de soi et une bonne estime de soi qui peut remplir la vie d'un individu .Donc on va proposer les critères des deux situations.

2.2.1 - Critères d'une faible estime de soi

- Le défaut chronique de confiance en soi.
- Le pouvoir d'action limité.
- Le repli et la méfiance excessive.
- La crainte du changement.

2.2.2-Les critères d'une bonne estime de soi

- La confiance en soi.
- L'ouverture aux autres.
- Ouverture à l'action.
- Acceptation de changement.

2.3. La QDV

Selon Findlay(1999), la QDV est un concept global incorporant tous les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la vie d'un individu, effectivement, l'être humain se voit considéré dans un ensemble de diminution. La structure de la QDV s'étendant à tous les domaines de la vie de l'individu. (Etienne Et Fontaine, 1997).

Le terme QDV indique deux positions différentes, on trouve une QDV négative et une QDV positive, mais dans notre vie quotidienne, on peut dire que l'une domine l'autre. Donc, on va décrire les critères de deux positions.

2.3.1-Les critères de la QDV négative

- Perte de goût de la vie.
- Sentir un malaise.

-Souffrance psychique. (Ex : tel que le repli sur soi, timidité, stresse...etc.).

-Souffrance physique. (Ex : tel que la perte de poids, les rides, les taches...etc.).

-Diminution de relation avec les autres. (Ex : tel que l'isolement, limitations des amis...etc.).

2.3.2-Les critères de la QDV positive

-Sensation de bonheur.

-Bien-être psychique. (Ex : confiance en soi)

-Bien-être physique. (Ex : concerne la santé somatique de l'individu).

-Bonne relation sociale et affectif vie avec les autres.

2. Les raisons du choix de thème

- Notre curiosité en tant que chercheurs est de comprendre cette situation de la vie d'une femme.
- La vision et le regard négatif que porte notre société à ce phénomène.
- Le manque d'intérêt scientifique en Algérie consacrée à ce phénomène et de traiter ce genre de sujet sous l'angle psychologique.
- L'augmentation de nombre des célibataires dans notre pays.

Donc, notre thème de recherche relève d'une réalité sociale, et qu'un nombre important des célibataires surtout dans notre société souffre de ce phénomène du célibat tardif, ce qui nous pousse à choisir de travailler sur cette catégorie.

3. Les objectifs du choix du thème

-Ce travail nous permet d'explorer cette tranche de la société et de comprendre sa situation avec toutes les conditions et les circonstances qui entourent son vécu.

-En tant qu'universitaires, on est interpellé à contribuer, et à mettre à nu tous les sujets considérés comme tabou dans notre société.

- décrire le vécu psychologique des femmes célibataires en se basant sur leurs pensées, émotions, comportements, cognitions.

-Mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaires, et notre spécialité en psychologie clinique.

4. La pré-enquête

La pré-enquête est basée sur l'observation préliminaire des faits après avoir récolter le maximum d'informations, qui retracent le déroulement de notre enquête.

C'est une étape de terrain qui permet d'aider à construire une problématique plus claire avec des hypothèses qui soient valides, fiables et justifiées.

La pré-enquête nous permet de fixer en meilleure connaissance de causes, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (O.Actouf, 1987, p.120).

Pour réaliser notre recherche qui porte sur «*le vécu psychologique des femmes en état de célibat tardif*», parce que notre groupe de recherche est difficile a sélectionné dans un seul endroit, et que cette catégorie doit exercer une profession, et doit avoir l'âge de 35ans et plus. Nous nous sommes dirigés vers les maisons de jeune et les centres de formation par apprentissage ou on peut trouver la catégorie que représente notre thème de recherche.

Après avoir eu l'accord de la directrice de la maison de jeune d'AOKAS et aussi le directeur de CFPA d'AOKAS, on a commencé notre pré-enquête. Elle s'est déroulée dans la maison de jeunes pour une durée de quinze jours et ce la à partir du 15mars au 5avril par contre celle qui s'est déroulée au

sein du CFPA c'était à partir du 20mars au 10avril 2015. Notre raison de choisir cette période dans les deux lieux de recherche est la présence de deux fois dans la semaine et aussi par rapport à la disponibilité des sujets de recherche.

Nous nous sommes présentés dans ces deux institutions en tant que chercheuses de fin d'étude en psychologie clinique, nous avons été orientées par le chef de service de chaque établissement, qui nous a orienté vers les ateliers où ces femmes travaillent et on a parlé avec leurs professeurs en sollicitant leur aide pour le contact avec les femmes qui exercent des différentes professions tel que la pâtisserie, la couture et la broderie.

Après on a commencé notre entretien libre, on a décidé de faire passer tout le groupe malgré qu'elles n'ont pas toutes l'âge qu'on a ciblé auparavant. Notre raison de faire cette méthode c'est pour ne pas mettre mal à l'aise pour le groupe de notre recherche et on a pris cette méthode dans les deux lieux ,et l'entretien libre en langue maternelle (kabyte) dans la maison de jeune on a trouvé deux femmes célibataires qui on l'âge qu'on a ciblé et elles ont accepté de travailler avec nous et ici on cite qu'il y a des femmes qui ont refusés de parler même avec nous et on est sûr qu'elles ont l'âge ciblé et la question sur ce point reste toujours ouvert soi elle renvoie à la sensibilité du sujet, ou le sujet lui-même est un tabou ...etc. ?.

Et au CFPA on a emprunté le même chemin et on a trouvé deux cas et pour le premier entretien on a posé des questions concernant l'âge, le niveau d'instruction et les raisons qui on pousser à faire une profession, et la qualité de leur apprentissage dans l'institution.

On a effectué l'entretien en langue maternelle (kabyte) parce que tous les cas n'ont pas un niveau d'instruction élevé. après avoir sélectionné les cas on a abordé le guide d'entretien clinique avec ses différents axes et aussi on a choisi

une échelle de dépression de Beck (BDI-II) et un inventaire de l'estime de soi de Coopersmith(SEI) et un questionnaire de la QDV(WhOQOL-BREF) pour l'évaluation du vécu psychologique du célibat tardif féminin, cela on va l'aborder dans le déroulement de l'enquête.

Enfin on a constaté que notre recherche est réalisable et le groupe de recherche est disponible. Ce qui va suivre cet élément c'est la présentation de lieu de recherche.

5. Présentation de lieu de recherche

A la recherche de notre groupe d'étude, on s'est dirigée à la maison des jeunes et au CFPA D'AOKAS. D'après les informations qu'on a recueillies par administration des deux lieux, on a pu collecter des renseignements sur ces derniers.

Notre choix de deux lieux de recherche est relié à la disponibilité de notre groupe d'étude avec différents critères qu'on a établi dans notre enquête, tel que l'âge de 35ans et plus, le sexe féminin, qui exerce une profession et que ces deux lieux nourrissent notre groupe de recherche avec les différents critères qu'on a ciblés et ce choix renvoi aussi à l'acceptation des sujets de travailler avec nous, puisqu'au début on a rencontré des femmes qui ont les critères de notre recherche mais elles refusent de parler avec nous, ce qui nous a poussé vers la recherche d'un deuxième lieu afin de compléter le nombre des cas dans notre enquête.

Pour présenter le CFPA D'AOKAS qui nous a ouvert ses portes le 25/03/1998 qui porte le nom du « CFPA Djabri Mohand AOKAS », pour la mission de lancement des formations diplômant et qualifiantes.

I. Présentation du CFPA DJABRI Mohand A okas

-Date de création : 25.03.1998

- Capacité d'accueil théorique : 200
- Superficie : 19 000 m²
- Nombre d'annexes : 01 à Baccaro Daira Tichy.

II. Structures pédagogiques : (09)

- Nombre d'atelier : 03
- Salles de cours : 02
- Salles spécialisées : 02
- Salles informatique : 02

III. Autres structures :

- Bureau d'accueil : 01
- Bibliothèque : 01
- Réseau informatique : 01
- Stade matico : 01
- Chambres...)
- Bloc administratif : 01
- Magasin général : 01

IV. spécialités enseignées :

- Mode formation résidentielle (diplômant)= 162 stagiaires dont 66 filles.
- (Secrétariat / comptabilité /topographie / électricité bâtiment /tailleur dames/

Hôtellerie option : réception/ hôtellerie option : restaurant/ hôtellerie option : administration hôtelière /hôtellerie option : cuisine/ tourisme option : agence de voyage.

-Mode apprentissage (diplômant) = nouveaux 82- reconduits 186(toutes les spécialités)

-formation qualifiante = femme au foyer : 30

- formation conventionnée : 51

-formation en cours de soir : 11

Et le deuxième lieu de recherche est la maison des jeunes D'AOKAS qui a eu le nom de « *maison de jeunes Harich Mohand* » en 1980 pour la mission de créer un environnement favorable pour les jeunes.

La maison des jeunes Hariche Mohand a permis à des milliers d'exclus de système éducatif de continuer leur scolarité ou d'apprendre un métier dans cet établissement. Elle commence à reprendre sa vocation principale qui est au premier lieu d'être à l'écoute des jeunes et leurs préoccupations. Pour avoir accès aux différentes activités, il suffit d'obtenir une carte d'adhérent après constitution d'un dossier d'inscription dans lequel figure une autorisation paternelle pour les mineurs.

La maison avec ses clubs culturel, scientifique, sportif et de loisirs, offre aux jeunes un éventail de choix en matière de formation et d'animation en mettant à leurs disposition des ateliers, une bibliothèque, salle de lecture avec un accès internet, un terrain sportif, une cafétéria et une salle d'exposition.

Ces activités sont multiples et variées, nettoyages des plages, exposition à travers la wilaya, participation aux festivals et galas, activités féminines (broderie, couture, et les gâteaux) sont entre autres les opérations inscrites dans le programme général.

6. Présentation de groupe de recherche

Dans notre présente recherche, on a pu effectuer notre stage auprès 04 cas dans deux centres différents : au niveau de maison des jeunes D'AOKAS, et CFPA D'AOKAS, et dans chaque lieu on a sélectionné 02 cas.

6.1. Les critères de sélections

-Age : par rapport à l'objectif de notre recherche, on a ciblé le groupe d'étude qui dépasse les 35 ans, parce que cet âge est considéré comme une référence par rapport au célibat tardif féminin, par la littérature portant sur ce sujet.

-sexe : notre choix est porté sur le sexe féminin car la femme est plus touchée par ce phénomène du célibat tardif, et que cette dernière lorsqu'elle avance dans l'âge elle perd la chance de reproduction et elle rentre dans la ménopause sans négliger le regard que porte la société sur ce phénomène.

-situation de la famille : Le célibat est un phénomène qui peut ce définit comme : l'état d'une personne qui n'est pas mariée et qui ne la jamais été.

-profession : par rapport aux outils de recherche qu'on a choisit comme l'inventaire de Coopersmith on a des questions qui concerne la profession tel que « *je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail* », et « *je suis fière de mon activités professionnelle* »,aussi « *dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais* »...etc. , et le questionnaire de QDV de WHOQOL-BREF il contient aussi des questions qui relies la relation du sujet avec son travail et ses amis tel que : « *êtes-vous satisfaite de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?*»,et « *avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins* ». Ces deux outils présentent des questions concernant le travail, ainsi la relation avec le lieu de travail et la qualité de travail, il faut que le groupe de recherche exerce une profession.

Les critères d'exclusion

-l'âge : inférieure à 35ans.

-sexe : masculin.

-situation de famille : mariée.

Dans le tableau suivant on va essayer de faire une récapitulation des différentes caractéristiques de nos sujets de recherche.

6.2. Présentation des sujets de recherche.

Le cas	Age	Niveau d'instruction	profession
A	35 ans	6 années primaires	pâtissière
B	39 ans	8 années secondaires	couture
C	45ans	2 années primaires	couture
D	43 ans	3 années primaires	pâtissière

Tableau N°2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.

On peut constater à partir du tableau ci-dessus, que notre groupe de recherche composé de 4 cas âgé de 35ans et plus, qui ont un niveau d'instruction faible, en ce qui concerne la profession on a deux cas qui entraînent la couture et les deux autres qui apprennent les gâteaux.

Notre groupe de recherche est composé de sujets féminins qui exercent une profession au niveau de CFPA, au centre des jeunes d'AOKAS, notre

groupe de recherche concerne les femmes âgées de 35ans et plus, nous avons réalisé notre étude à propos de 4 cas.

7. La méthode de la recherche

Chaque recherche comporte un choix de méthode et d'approche « *le choix d'une méthode et d'une technique est en fonction de deux types d'impératifs, ceux qui sont intrinsèque à la recherche et visent à obtenir la meilleure garantie scientifique et les impératifs extérieurs comme le temps, l'argent, la situation personnelle du chercheur* ». (M .Foughali, 1983).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : l'un correspond au recours à des techniques et outils tel que les tests, échelles, entretien, et un autre qui se définit par l'étude approfondie du cas. (J.L.Pedinielli, 2006.p.32)

Donc la méthode clinique semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche ainsi qu'elle nous permet d'étudier et d'analyser les sujets en tant que cas individuels, et de décrire leurs états.

Selon Beaugrand, (1988), la méthode clinique fait partie des méthodes descriptives et historiques dans leur objectif, cité par K.Chahraoui Et H.Benony « *est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes* » (.K. Chahraoui. Et H. Benony., 2003, p.125).

Notre travail a pour objectif la description du vécu psychologique des femmes en état du célibat tardif, à savoir la dépression et l'estime de soi, ainsi la QDV qui caractérise ces femmes.

Ce présent travail se base sur une étude qualitative descriptive dont le support est la réalisation et l'analyse des entretiens semi-directifs réalisés auprès

des femmes dans l'état de célibat prolongé. Les entretiens constituent donc le support principal de notre étude.

Donc notre choix de la méthode clinique dans cette recherche nous permet de récolter et d'assembler toutes les informations qui conviennent sur le sujet et sur notre thématique par des outils (entretien clinique, échelle, questionnaire).

La démarche descriptive est très demandée dans le domaine de la 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 M.catteeuw , 2006, p.40).

L'étude de cas est définie par R. Yin(1989) comme « *une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, ou les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans lequel des sources d'informations multiples sont utilisées* » (P.N'da, 2015, p.121)

Dans la recherche en psychologie, le clinicien cherche toujours à décrire le plus possible le problème actuel de sujet en prenant en considération les différentes circonstances (histoire de sujet, organisation de personnalité avec autrui, les cognitions, pensées, etc.)Pour cela il rassemble le maximum des données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, tel que l'observation...etc.

L'étude de cas s'intéresse aux différents niveaux d'observation et de compréhension comme l'organisation de la personnalité, la relation avec l'environnement et avec l'entourage, les événements présents et passés. (K. Chahraoui Et H. Bnouny, 2003, p.115).

Donc l'étude de cas nous permet de proposer des hypothèses sur notre sujet, et de les vérifier, on a choisi cette méthode, pour qu'on puisse étudier chaque cas indépendamment de l'autre, et pour comprendre le vécu psychologique des femmes.

8. Présentation et analyse des outils de recherche

Dans toute recherche donnée, on trouve plusieurs outils qui permettent d'évaluer notre groupe de recherche, dans notre travail on a choisi l'entretien clinique de recherche, particulièrement l'entretien semi directif avec un guide d'entretien assez riche, avec l'utilisation d'une échelle de dépression et une autre de l'estime de soi , et un questionnaire de la QDV (WHOQOL-BREF) dans le but de réaliser notre travail et de répondre à nos questions de recherche ainsi de faire explorer la fiabilité ou non de nos hypothèses, portant sur le vécu psychologique des femmes en état du célibat tardif.

8.1. Présentation et analyse de l'entretien clinique de recherche

L'entretien est défini comme une situation d'échange verbal entre deux personnes ou plus dans le but d'obtenir des informations, sur le sujet.

L'Entretien est utilisé comme méthode d'observation, pour juger de la personnalité d'un sujet, ce procédé, qui fait partie de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus. Il est employé couramment en psychologie clinique. (N.Sillamy, 1991, p.101)

Donc l'entretien est un outil de base dans la psychologie clinique il fait la tâche de diagnostique et une tâche de recherche, et notre recherche s'est basée sur un guide d'entretien riche des différentes axes qui convient à notre problématique.

L'entretien semi-directif est utilisé lorsque la thématique de recherche fera l'objet d'études antérieures ou bien si vous avez réalisé des analyses préalables

d'entretiens non-directifs. Des éléments signifiants ont pu être repérés par ces travaux. On va donc user d'un guide d'entretien comprenant un certain nombre de dimensions préalablement repérées, qu'on va faire apparaître chez les sujets répondants. (M.Grinschpoun, 2014, p.43)

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispos d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui conviennent à des thèmes sur lesquels il se propose d'allumer son enquête. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée mais au moment opportun de l'entretien, à la fin d'une association du sujet par exemple.

Le clinicien sait où il veut amener son interlocuteur, quelles thématiques veut-il lui faire aborder. Il a donc déjà en tête, en arrivant face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider cet entretien. (Ch.Mareau, et al, 2006, p.48)

Ces entretiens ont pour objectif de décrire et d'analyser le ressenti des femmes en situation de célibat tardif

Notre entretien semi-directif, on l'a réalisé en langue maternelle du sujet « *le kabyle* » parce que les sujets de notre groupe de recherche ont un niveau d'instruction faible c'est pour cela on a fait appel à la langue maternelle, pour qu'on explique bien nos questions adressées aux sujets, en suivant un guide d'entretien que nous avons préalablement élaboré dans un but bien précis, qui consiste à obtenir des informations sur nos sujets, afin de vérifier nos hypothèses.

Le guide d'entretien est un « *ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* » (A.Blanchet, A, 1999, p.68)

Il comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien prépare quelques questions à l'avance, celle-ci sera nécessairement indiquées pour tous les sujets, ses questions ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à abordés. Le clinicien veille à ce que la formation de la consigne ne soit pas inductive. (Kh.Chahraoui, ET H. Benony, 1999, pp.68-69).

Notre guide d'entretien il contient des informations générales sur le sujet, et deux axes, le premier axe aborde le célibat tardif, et le deuxième concerne le vécu psychologique du célibat tardif qui contient aussi trois sous axes, le premier porte le célibat tardif et la dépression , le deuxième porte le célibat tardif et l'estime de soi, enfin, le troisième aborde le célibat tardif et la QDV, chaque axe englobe plusieurs questions qui nous permet de obtenir des informations importantes pour pouvoir répondre à notre questionnement de recherche.

Notre objectif par rapport au choix de guide d'entretien est pour recueillir le plus grand nombre d'informations possible sur le degré de la dépression et la nature d'estime de soi, et la QDV et aussi pour mettre le sujet de recherche en bon situation et diminuer la pression des femmes en états du célibat tardif.

Dans toute recherche la présence des outils est l'une des bases fondamentales de chaque objet de recherche, donc les prochains points seront consacrés à la batterie de tests psychométriques qui vont nous fournir des repères et des éléments permettant à nous en tant que chercheur en psychologie clinique d'accéder au vécu psychologique des femmes, sujets de notre recherche.

8.2. Présentation et analyse de l'échelle de dépression de Beck

Notre choix de l'échelle de Beck est pour mesurer le degré de dépression chez les femmes en situation de célibat tardif, et parce qu'elle est facile à administrer et à coter. Les 21 items de cette échelle, nous semble plus au moins

facile à traduire en langue kabyle, que les items d'autres échelles. la BDI-II va nous permettre de répondre à l'objectif de notre recherche, qui est celui de décrire le vécu psychologique du célibat tardif féminin, à savoir la dépression.

8.2.1. Aperçu historique sur l'échelle de dépression BDI-II

Cette échelle a été créée en 1961 par Beck, il est connu depuis 35 ans, dans le but d'évaluer la gravité de la dépression chez les patients. En 1971, Beck et ses collaborateurs ont modifiés la BDI en BDI-II puis elle a été publiée en 1979 aux États-Unis.

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 constitue pourtant un critère pour le diagnostic des troubles dépressifs majeurs, dans le DSM-III. (A-T.Beck et al., 1998, pp.1-3).

V.Krames et Flett (1985), ont pu analyser la relation entre la BDI et le DSM-III, ils ont conclu qu'il n'y avait pas d'items pour l'augmentation de l'appétit et de sommeil. En 1994 Beck et ses collaborateurs ont créé une nouvelle échelle.

La BDI-II constitue une importante révision de l'inventaire de dépression de Beck. Des items ont été réécrits, quatre items ont été supprimés et remplacés par quatre autres, deux items ont été modifiés afin d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil. La BDI-II est destinée à évaluer la sévérité de la dépression et à mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV. (M.Bouvard et J.Cottreux, 2002, pp. 185-186).

8.2.2. L'utilisation clinique de l'échelle

Le BDI-II permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez les patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans). Il a été élaboré comme un indicateur de

la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères de DSM4 et non comme une mesure spécifique de diagnostique. Bien que le BDI2 soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique devait l'interpréter. (A.T.Beck,R.A.STEER, Et G.H Brown,1998,p.46)

8.2.1-Considération Générale

Le BDII est un teste qui mesure le niveau de dépression. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer.il est préférable évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items. Cependant, les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration.

8.2.2. Mode de passation

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé aux sujets de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Ils peuvent entourés, dans une série, plusieurs, numéros si plusieurs propositions conviennent(59).

L'échelle de BDI-II est facile à administrer et à coter, seuls les professionnels possédant une bonne expérience clinique qui pourraient l'interpréter. Le psychologue devra alors respecter rigoureusement les principes éthiques qui régissent l'utilisation du teste. (A.T, Beck, 1998, p.6).

On a choisi l'utilisation de l'échelle de Beck, par ce qu'elle est facile à appliquéer et on la maitrise. Dans ce qui suit-on passe à la présentation du deuxième outil dans notre travail.

8.2.3. Temps de passation

En général, 5 à 15 minutes suffisent pour compléter le protocole. Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de trouble obsessionnels peuvent prendre plus de temps. L'échelle a été appliquée sur nos cas nullipares après les entretiens préliminaires qui ont durés une à deux séances. (M.Bouvard et J.Cottreaux, 2002, p.188).

8.2.4. Mode d'administration

Les consignes figurant sur le questionnaire sont les suivantes : « ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) à la cour des dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n6 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n18 (modification de l'appétit). (A.T.Beck) à, 1998, pp.7-8).

8.2.5. La cotation de l'échelle

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : 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.Cottreaux, 2002, p.182).

8.2.6. Intérêt-limites

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

A- [0-11] : dépression minimum

B-[12-19] : dépression légère.

C- [20-27] : dépression modérée.

D- [28-63] : dépression sévère. (A.T.Beck,et all,1996,pp.1-9).

8.2.7. Interprétation des notes

Le choix des notes seuls au BDI-II doit être basé sur les considérations cliniques ainsi que sur l'objectif de l'évaluation. Les études américaines ont utilisées différentes procédures permettant l'établissement des notes seuils pour l'évaluation de la gravité de la dépression chez des patients présentant un trouble dépressif majeur.

La décision d'adopter d'autres seuils pour le BDI-II doit s'appuyer sur les caractéristiques de l'échantillon et sur l'objectif de l'évaluation. Si le but de l'évaluation est d'être le plus fin possible dans le dépistage de la dépression, il faut alors abaisser le seuil afin d'éviter les « faux négatifs ». Dans ce cas, le nombre de « faux positifs » va augmenter, mais ceci peut être utile pour diagnostiquer tous les cas de dépression.

Dans l'interprétation des notes au BDI-II, il faut garder à l'esprit que les réponses du sujet peuvent être biaisées, comme pour tout questionnaire d'auto-évaluation. En effet, certains sujets peuvent avoir tendance à déclarer plus de symptômes qu'ils n'en ressentent en réalité et donc, à élever leur note, alors que d'autres sujets auront tendance à nier leurs symptômes et donc à abaisser leur note. De plus, le BDI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic de dépression. Seul un examen clinique permet d'établir un tel diagnostic et d'évaluer la gravité de cette dépression. (A. Beck, 1998)

Dans ce qui suit-on passe à la présentation du troisième outil qui est l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith.

8.3. Présentation et analyse de l'inventaire de Coopersmith

Cet inventaire nous permet de mesurer le niveau d'estime de soi, on choisi un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le centre de psychologie appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith (SEI).

Notre choix porté sur cet outil est pour indiquée la nature de l'estime de soi chez les femmes en situation de célibat tardif.

L'inventaire d'estime de soi a été élaboré pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonges a été ajoutée. Le SEI (self estimate identity) comporte 58 items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case « *me rassemble* » ou « *ne me rassemble pas* ». Le teste se présente sous deux formes (scolaire et adulte).la composition de l'inventaire est indiquée dans les deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

Cette échelle contient deux groupes de question : le premier groupe regroupe les questions positives et le deuxième groupe regroupe les questions négatives. (C.Smith, 1984, p.10).

8.3.1. La forme de l'échelle

a- Echelle générale :26 item (1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,24,25,27,30,31,34,35,38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56,57).

b-Echelle sociale : 8 items (5, 8, 14, 21, 28, 40, 49,52).

c- Echelle familiale : 8 items (6, 9,11, 16, 20, 22, 29, 44).

d-Echelle professionnelle : 8 items (2, 17, 23, 33, 37, 42, 46,54).

e-Echelle de mensonge : 8 items (26, 32, 36, 41, 45, 50, 53,58).

Les notes aux différentes sous échelles, ainsi que la note totale, permettent d’apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive d’eux-mêmes. (C.Smith, 1984, p.10)

8.3.2. Le temps de passation

Le temps de passation dure environ dix (10) minutes (C.Smith, p.11)

8.3.3. La consigne

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phases.

Quand une phase vous semble qu’elle exprime votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne intitulée « *me rassemble* ».

Quand une phase n’exprime pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la deuxième colonne intitulée « *me rassemble pas* ».

Efforcez-vous de répondre à toutes les phases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

8.3.4. Remarque

Nous serons reconnaissants que vous répondiez avec sincérité et fidélité à cette échelle sachant que vos réponses ont pour objectif la réalisation d’une recherche scientifique. Nous vous remercions à l’avance de votre collaboration à cette recherche.

8.3.5. Les dimensions de l'échelle de l'estime de soi

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
01	≤33	Très bas
02	34-40	bas
03	41-45	moyen
04	46-49	élevé
05	50	Très élevés

Tableau 03 : le niveau de l'estime de soi inventaire de Coopersmith, 1984, p.14-15).

On a choisi cet outil dans le but de mesurer la nature de l'estime de soi et parce que c'est un test facile à administrer il ne prend pas beaucoup de temps dans la passation, (environ de 10mn), et qui est un outil disponible, il va nous permettre de répondre à nos questions de recherche, d'infirmier ou de confirmer les données des entretiens, et bien sur de vérifier nos hypothèses de départ.

Ensuite on va explorer le quatrième outil de notre enquête qui est le questionnaire de WOQOL-BREF.

8.4. Le questionnaire de WHOQOL-BREF

Le WHOQOL-BREF est un questionnaire d'auto-évaluation générique et multidimensionnelle. Il contient 26 items du HOQOL-100 il comprend un item concernant la QDV globale, un item évaluant la santé générale de la QDV.

L'objectif du questionnaire est d'évaluer les quatre facteurs de la QDV susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie des personnes interrogées. ces quatre domaines sont :

-la santé physique (7 items) : des items sur la douleur et la gêne, sommeil-repos, fatigue-énergie, mobilité, activités-travail, dépendance aux traitements.

-la santé mentale (psychologique) (6 items) : les items concernés questionnent sur les émotions positives, les pensées, l'apprentissage, la mémoire et la concentration, estime de soi, l'image corporelle, les émotions négatives, la spiritualité et les croyances personnelles.

-relations sociales (8 items) : items sur les relations personnelles, le soutien social, l'activité sexuelle.

-l'environnement (8 items) : items sur la liberté, la sécurité, l'environnement du domicile, les ressources financières et médico-sociales : l'accessibilité et la qualité des soins, l'accès aux informations, l'accès aux loisirs, le logement ; le transport.

8.4.1. La consigne

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

8.4.2. La cotation

Se fait sur quatre types d'échelles de réponses en cinq points, permettent l'évaluation de l'intensité (pas de tout-extrêmement), la capacité (pas de tout complètement), la fréquence (jamais- toujours), l'évaluation (très satisfait/insatisfait, très bon/mauvais) variables en fonction des questions posées. Chaque domaine a donc ses intervalles des scores possibles en chiffres absolus :

-pour la santé physique le score minimal possible est 7 et le maximal 35.

-pour la santé psychologique le score minimal est 3 et le maximale 30.

-pour le domaine des relations sociales le minimal est 3 et maximal 15.

-pour l'environnement le minimal est 8 et maximal 40.

Le calcul pour chaque domaine se fait à l'aide d'une grille de calcul élaborée par l'équipe de création du WOQOL-BREF avec l'obtention d'un score transformé de 4 à 20. Les valeurs moyennes sur le score transformé 4-20, données par l'équipe de création du WOQOL-BREF. (T.Liliana, 2012, pp.18-19).

Domaine	Score
-santé physique	(6-Q3)+ (6-Q4) +Q10+Q16+Q17+Q18
-santé psychologique	Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+ (6-Q26)
-relation sociale	Q20+Q21+Q22
-environnement	Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25

Tableau n°4 : grille de calcul du WHOQOL-BREF

Les domaines	Score le plus bas (A)	Score le plus haut (B)	Etendue des scores possibles (B-A)
Santé physique	7	35	28
Santé psychologique	6	30	24
Relation sociale	3	15	12
environnement	8	40	32

Tableau n°5 : plus petits et plus grands scores du WOQOL-BREF en fonction des domaines.

Les données brutes calculées à partir de la grille de calcul font l'objet d'une transformation puisque le domaine comporte un nombre différent d'items. Pour la formule suivante :

$$\text{Score transformé} = \frac{(\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine}) \times 100}{\text{Score possible au domaine}}$$

On a choisi le questionnaire de WOQOL-BREF pour mesurer la nature de la QDV chez les femmes en état de célibat tardif. Dans des différents domaines : (santé physique, psychologique, relationnel et environnemental).

Ce questionnaire a l'avantage d'être suffisamment compréhensible et rapide à administrer et qui peut être adressé à notre population d'étude. En ce qui concerne le temps de passation (environ de 10mn) pour éviter la fatigue de nos sujets.

Dans notre recherche on a choisi ce classement de nos outils (guide d'entretien, puis l'échelle de Beck, et estime de soi, ainsi la QDV) en commençant par le guide d'entretien en raison de mettre le sujet à l'aise et en confiance pour qu'il puisse dégager le maximum d'informations sur leur situation, puis on passe à l'échelle de dépression de Beck parce que elle est longue et difficile à traduire en kabyle et la symptomatologie de dépression elle est lourde par rapport à d'autres outils et aussi par rapport à la fatigue de nos sujets , et on passe à l'inventaire de Coopersmith de l'estime de soi qui est aussi un outil qui à besoin d'un temps , pour que le sujet puisse répondre à toute les questions de l'inventaire. Finalement on a fait passer le questionnaire de WOQOL-BREF de la QDV parce qu'il est facile à faire passer aussi qu'à l'interpréter.

On a suivi cette ordre de classement des outils dans notre étude par rapport à la disponibilité de nos sujets et le temps donner pour faire passer les 4 outils, on a commencé par les outils compliqués au plus simples, on a pris en considération la fatigue de nos sujets, les conditions de passation des outils, sans oublier les difficultés à faire comprendre et l'interprétation des questions en langue kabyle par ce que nos cas n'ont pas un niveau d'instruction élevé c'est pour cela qu'on a décidé de traduire toutes les outils en langue kabyle.

On a choisi cet ordre de passation parce qu'il y'a une continuité logique et une succession compréhensive des tests car l'estime de soi est en relation avec la dépression et les deux premiers variables influencent sur la troisième variable et les trois permettent une description du vécu du célibat tardif dans ses dimensions psychologiques (humeur, estime de soi et qualité de vie).

Après avoir présenté les différents outils de notre recherche on va enchaîner notre chapitre méthodologique par un autre élément qui est le déroulement de l'enquête de terrain.

9. le déroulement de l'enquête de terrain

Quant au terrain, il s'agit du lieu dans lequel se situe notre groupe de recherche, des contraintes peuvent y être inhérentes. Lors de la construction de problématique, il conviendra d'envisager si l'information y est atteignable.

Dans le développement de notre étude de terrain on a obtenu des renseignements sur notre groupe de recherche, dans le but de réaliser nos objectifs.

La pratique se déroule au niveau de la maison des jeunes d'Aokas, du 20 mars au 5 avril, et dans le CFPA d'aokas de 20 mars au 10 avril.

Notre pratique à commencer après avoir eu consentement des sujets et prendre des informations sur l'âge, niveau d'instruction, et la profession. Notre passation de guide d'entretien et les autres outils sont réalisés dans une seule séance pour des raisons de la disponibilité de nos sujets aussi, la crainte de perdre ces sujets. et puisqu'il s'agit d'une exploration psychométrique, cela ne posait pas de problème méthodologiques.

La période de notre stage a durée 20 jours pour la passation des outils de notre recherche dans les deux lieux, chaque semaine on prend un cas, et la durée

de passation diffère d'un, cas à un autre tout dépend de la richesse des données et sa situation. Cela était effectué au sein de l'atelier.

Dans la passation des outils de notre étude, on a suivi le même enchaînement, on a commencé par un guide d'entretien puis on est passé à l'échelle de BECK de dépression, et l'inventaire de Coopersmith de l'estime de soi, et enfin le questionnaire de WHOQOL-BREF de la QDV. Tous les outils sont traduits en langue maternelle par nous même.

Pour les cas (A, B, C, D), le cas A et C la passation s'est très bien déroulée grâce à leur coopération.

Et pour le cas B et D on a trouvé des difficultés vis-à-vis de leurs états psychiques et ces difficultés de répondre aux questions posées. On a trouvé des obstacles par rapport aux résultats dans l'entretien et les échelles des fois, on arrive à des conséquences dans le discours, c'est contraire par rapport aux échelles, on peut justifier probablement que le sujet dans l'évitement ou le malaise interne.

Nous nous sommes intervenus pour traduire et expliquer en langue maternelle d'une manière individuelle, et même parfois nous étions obligés de reporter tout cela, car nos sujets ne comprennent pas les questions directement, ce qui nous pousse à répéter pour qu'elles comprennent mieux.

Vu la sensibilité de notre thème on a été obligé de faire l'enregistrement dans le but de ne pas rater des choses importantes qui concernent le sujet, et aussi en raison de faire une analyse de cas correcte et juste. Ainsi il nous aide dans notre interprétation et analyse des cas. La plupart de nos sujets étaient très motivés et compréhensifs. et ont donné leur consentement quant à l'utilisation de l'enregistrement.

L'enquête de terrain a pour vocation d'aller sur le terrain pour recueillir et restituer les visions de l'intérieur du milieu. Sans oublier que cette recherche exige des obstacles, c'est pourquoi dans le prochain élément on passe à l'exposition des difficultés de la recherche.

10. difficultés de la recherche

- La difficulté de rassembler notre groupe de recherche par rapport aux critères de sélection.
- Difficulté des cas à comprendre la langue française, ce qui nous oblige à leur traduire) tous les outils en langue maternelle (kabyle).
- Absence d'un psychologue au niveau de CFPA et le centre de jeune pour qu'il nous oriente et qu'il nous aide dans notre recherche.
- Le manque de documentation spécialisée sur le célibat tardif féminin, surtout en Algérie.

Toute recherche a des difficultés à rencontrées selon R.Quivy « *chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes* ». (R.Quivy, 2006, p.27).

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre nous avons suivi une méthodologie de recherche qui nous permet de réaliser notre travail avec des techniques et leurs analyses, à savoir l'entretien clinique, l'échelle dépression de Beck ; et l'échelle de l'estime de soi de Coopersmith, et un questionnaire de WHOQOL-BREF, dans le but de vérifier nos hypothèses. et de décrire la nature du vécu psychologique chez les femmes âgées de 35 ans et plus en Algérie.

Après avoir présenté notre chapitre méthodologique, dans ce qui suit-on passe au chapitre de présentation et analyse des données et discussion des hypothèses.

Chapitre IV

Présentation, analyse et
discussion des résultats

I. Présentation et analyse des résultats

1. Présentation et analyse du cas « A »

1.1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Les informations générales sur le sujet

Le cas « A » est âgée de 35 ans et trois mois, elle a un niveau d'instruction bas, à savoir un niveau d'étude de 6^{ème} année primaire, c'est une femme qui exerce la profession de pâtissière, elle est la sixième de sa fratrie, issue d'une famille composée de trois filles et trois garçons, son père est entrepreneur et sa mère est femme au foyer, on sent au contacte qu'elle est fatiguée, mince, timide, son visage exprime une crainte et une sensibilité d'aborder le sujet du célibat tardif, elle n'a jamais consulté un psychologue pour parler de sa souffrance.

AXE 01 : Le célibat tardif féminin

L'entretien de cas « A » est influencé par sa situation du célibat tardif, concernant sa conception du mariage c'est une question de « *maktoub* », (c'est le destin) ce qui nous a fait comprendre que notre sujet a fait référence à une notion religieuse qui lie le mariage à la question d'el kadar. Elle croit que les personnes sont la cause de leur célibat avec leur mensonges comme elle dit : « *l3ibad hadrene tahlakh* », (des personnes qui disent elle est malade). L'entretien avec le cas « A » s'est très bien passé grâce à sa coopération, elle était chaleureuse d'avoir parlé avec nous sur ce sujet et de s'en sortir de sa souffrance psychique, par exemple elle nous a dit quand elle a répondu à la question de tristesse : « *tiswi3in haznegh* ». (Des fois je me sens triste) et parmi les obstacles que le cas « A » rencontre à propos de son célibat tardif, se sont les mauvaises paroles de la part de sa famille et de son entourage, elle dit : « *lam3oune, l3ivad hkarniye* », (des mauvaises paroles me méprisent des gens...), cette expression peut expliquer, le malaise et la douleur psychiques

que vit ce cas à travers son vécu, on a remarqué la présence de la diminution d'intérêt tous les jours ; ce qui explique son sentiment d'échec dans la vie et elle déclare qu'elle n'a pas vraiment un bon contact par rapport à la famille et à l'entourage, elle pense que le mariage est un élément très important dans la vie d'un individu, elle dit : « *ilak zewage, machi anas3ou derya nigh iwache nasra itm3icgete* », (Il faut se marier pour avoir des enfants, si non à quoi sert notre vie), ce que nous avons constaté c'est qu'elle estime que le sens se réalise à travers le mariage et la procréation. On peut dire que le cas est triste et en souffrance à propos de sa situation. Pour elle, l'homme idéal pour le mariage : « *akhadam, ibgha adikhedem akham nighe adkimegh wahdi* », (l'homme qui travaille et qui veut construire une famille, si non je reste toute seule). Ce qui décrit potentiellement que le cas « A » a une mauvaise humeur.

AXE II : Le vécu psychologique du célibat tardif féminin

A-informations sur la symptomatologie dépressive du sujet

Le cas « A » quand elle nous répond à la question qui concerne ce qu'elle ressent lorsque elle pense à son célibat tardif : « *la3mar itadou, haznegh, trough* ». (l'âge avance, et je me sens triste et je pleure), notre sujet manifeste une perte d'énergie et de plaisir, un manque de sommeil, la fatigabilité, sentiment de dévalorisation qui se traduit par une anxiété par rapport aux critères de DSM-IV, et cela influence négativement sur sa qualité de vie physique.

Le déprimé interprète les informations afférente de la vie quotidienne de façon excessivement négative, à travers des cognitions, définit inconsciemment des objectifs de vie inaccessibles tels que « *être le meilleur professionnellement, vouloir être apprécié et aimé par tous* », en lien avec ces schémas dépressogènes, la distorsion cognitive entraînent l'émergence de pensée dépressive par un traitement biaisé de la réalité. L'influence arbitraire est plus

fréquente des distorsions cognitive décrite chez les déprimés, un autre point elles entraînent un jugement fossé par l'interprétation hâtive négative et arbitraire d'évènement de la réalité, comme l'a déclaré (M. Levy, 1998, p.2).

Concernant son état psychique, elle nous a dit : « *sthousayegh l3achou illane zdakhel ourilighara bien ourganghara bien outatghara bien* ». (Je ressens qu'il y a quelque chose dedans, je ne suis pas bien). Elle possède de l'anxiété nous soulignons le stress, le désespoir et l'irritabilité ce qui traduit par une dépression de notre sujet selon le DSM-IV et en ce qui concerne l'appétit elle déclare : « *taterouh surtout matekhamimagh bazaf* », (je perds l'appétit lorsque j'ai des cognitions négatives).

La dépression est donc une expérience de perte d'objet, elle relève de sentiment aussi universel que les comportements d'attachement et de séparation. Les différentes manifestations cliniques sont l'expression des conditionnements sociaux et de la plus ou moins grande aptitude à la perte à la séparation, au deuil. Comme l'a déclaré (Bugort, 1978, p.132).

On trouve aussi des symptômes de la dépression parmi eux ; la fatigue intense et la perte d'énergie, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer qui sont marqués chez notre sujet qui s'interprète par rapport aux critères de DSM-IV qu'elle est dépressive lorsqu'elle dit : « *sthousayegh toujours 3ayough, fachelagh* ». (je me sens toujours fatiguée, et relâchée), cette affaiblissement peut indiquer que notre sujet a réagi à sa situation du célibat tardif, elle est devenue très sensible à cause de la solitude qui la rend sensible. En ce qui concerne le sommeil, il est perturbé.

B – informations sur l'estime de soi de sujet

Concernant la confiance du sujet en elle-même, elle nous raconte : « *is3ighe lamane gle3mriwe* ». (J'ai confiance en moi). Concernant le mode de vie le sujet nous a déclaré : « *tam3ichetiw dérite chwiyaken* ». (Je n'ai pas une belle vie),

elle ajoute : « *thisisaghe ehde mara athohwajaghe am tamdakliw* ». (J'écoute quelqu'un dans le besoin). Elle se tait avec un sourire, concernant sa vision de son avenir, elle nous déclare : « *nzemer adniniken nchalah adyéli ajedith arsath wa alhkagh ayen temnigh* ». (J'espère que le futur, sera meilleur, l'avenir pour moi ne me dit rien, à part que « *nchalah* »).

Le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre. Pour vivre dans de bonnes conditions dans un monde en perpétuel changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence. Or, les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation, dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles même, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlés. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres, ainsi, se sont eux qui se blâment si les choses tournent mal. Comme l'a déclaré (P, Saint, 1999, pp.23-27).

Concernant la projection dans l'avenir notre sujet nous déclare : « *teminighe atheldighe agarage arasathe* ». (Je rêvé d'ouvrir un atelier prochainement).

On va essayer de savoir ce qu'elle veut pour elle, elle nous a répondu avec un grand souffle : « *dayen el hayatiw therouh ratighete, zewage ifouthé* ». (J'ai raté toute ma vie et le mariage est impossible). Elle répète toujours qu'elle est âgée, et qu'elle a raté sa vie (le mariage impossible, la maternité est un miracle).

La baisse d'estime de soi est en effet un symptôme commun à toutes les dépressions. Lors des dépressions, plus que l'estime de soi est altérée, plus la dépression est grave et risque de se prolonger en absence de traitement adapté, comme l'a déclaré (C.Andre et F.Lelord, 1999, pp.148-198).

Donc pour elle, sa situation a fait une rupture avec l'avenir et même la réalisation des projets de l'avenir, soit le mariage, le travail (ouvrir un atelier).

Pendant l'entretien on a constaté que son estime de soi est faible à travers ses paroles négatives envers elle-même.

B- informations sur la qualité de vie du sujet

D'après l'entretien effectué avec le cas « A » en ce qui concerne notre question sur les changements qui apparaissent par rapport à leurs état elle dit : « *badeugh se3oughe lakmachi, te3faghe, tiswi3ine sethoussayeghe khankaghe* », (Je commence à avoir des rides, des taches, et perte de poids, des fois je sens qu'il y a une boule au niveau de la gorge). Je pense à ma situation en tant que célibataire tous les jours, elle nous a déclaré : « *toujours oussanne kikif oulache ajedithe, te3edayen oulache changement* ». (tous les jours sont les mêmes, ya pas vraiment un changement).

La notion de qualité de vie est le plus souvent confondue avec celle de la vie associée à la santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et plus intégratif, et dont les définitions sont nombreuses et variées. De façon simple, la qualité de vie définit l'état général d'un individu à un moment donné. Certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (condition de vie, santé physique, etc.), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien-être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.), sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées. (G.Fischer, 2002, pp.10-11).

Dans ses expressions, on remarque que sa vie n'a aucun sens, car les journées et les nuits se ressemblent, pour elle et que la misère ne s'exprime pas par la parole. Elle nous a informés qu'elle n'est pas bien.

D'après ses propos : « *te3icheghe yir tam3ichete, tiziwiniwe s3ante derya* », la chose qui l'a rend sans espoir c'est l'âge et les jours qui se ressemblent. A-propos de sa relation familial elle nous a dit : « *shwiya machi*

l3alite machi derite balak ateka3th arsath ». (Ma relation avec ma famille est moyenne parfois bonne et mauvaise).

Concernant la relation avec l'entourage, le sujet nous déclare : « *derinen l3ivad hadren fligh twalaniye meskina izewzgeghara* ». (Elle est mauvaise, les gens ont un regard négative vers moi), notre sujet ne supporte pas la pression qui vient de son entourage, elle est dans la période du célibat tardif alors elle sent qu'elle a perdu sa jeunesse car elle n'est plus fertile, elle ne peut pas avoir d'enfant.

A-propos de l'influence sur sa vie professionnelle elle dit : « *l3alite shoussayeghe bien dayé tksaghe a fouliw chwiya* ». (La relation professionnelle est bonne ici je peux me défoulés un peu). Concernant la réaction de sa famille vis-à-vis de son célibat, le sujet nous a répondu : « *hderniyed tiswi3in mara adyeli am tamghra* ». (Ils me parlent parfois lorsque il ya une fête beaucoup plus).

A-propos de ses changements d'attitudes de la part de proche et d'amis elle dit : « *lante teyak ibdlen machaken aylante oukebale dithi* ». (Il ya des changements qui n'ont pas existé auparavant). Pour les relations amoureuses elle dit : « *outkhemimeghara menho arkhemene felighe* ». (Je ne pense même pas a ça, personne ne peut penser à moi). Ce que nous avons constaté qu'elle n'était pas sociale, et rend le problème d'intégration sociale difficile.

La qualité de vie comprend donc au moins trois dimensions : physique, psychologique et sociale. De plus en plus, les dimensions économiques, matérielles et spirituelles sont aussi prises en compte. Toutes ces dimensions sont le plus souvent évaluées à deux niveaux : le niveau de fonctionnement du sujet sur ces dimensions, ainsi que sa satisfaction par rapport à ce niveau de fonctionnement. (L.Sophie, 2009).

Concernant les changements des comportements de sa famille, le sujet nous a répondu : « *Jamais bayanade mi sethoussayéghe bdelente* ». (Ya pas vraiment des changements mais je sens qu'il ya des changements).

Synthèse de l'entretien semi-directif

D'après l'analyse des entretiens, on a conclu que le cas « A » présente une symptomatologie dépressive, elle éprouve des difficultés psychologiques et sociales. Les signes indicateurs de dépression chez le cas « A » sont majeurs, les plus manifestés sont la tristesse, le pessimisme, la perte de l'énergie, les changements de ses habitudes du sommeil...etc.

Durant l'entretien on a constaté que le cas « A » présente une estime de soi négative sur tous les plans, ce que nous avons mentionné précédemment

1.1.2 Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas « A »

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
32	[28-63]	Dépression sévère

Tableau n° 6 : tableau représentatif des données de BDI-II du cas « A ».

Les résultats obtenus dans l'échelle de BDI-II du cas « A » démontrent qu'elle souffre d'une dépression sévère, et les signes sont indiqués dans l'échelle de Beck par rapport à son état psychique et de son vécu du célibat tardif féminin.

Les signes de dépression chez le sujet sont nombreux, ce qui qualifié sa situation de dépression donc on la classe comme atteinte d'une dépression sévère avec un score total de 32.

On a remarqué que notre sujet après la passation de l'item (tristesse), elle dit : « *Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable* », elle a présenté une tristesse insupportable ou on a disposé une note de (3) et dans l'item n°2 (Pessimisme) elle dit : « *j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer* », elle présente un score élevé de (3). Ainsi dans l'item n°17 (irritabilité) elle dit : « *Je suis constamment irritable* » et l'item n°21 (perte d'intérêt pour le sexe) elle dit : « *J'ai perdu tout intérêt pour le sexe* ». Elle n'a pas refusé des items.

En ce qui concerne le score (2) qui est l'item n°3 (échec dans le passé) elle dit : « *Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec* » qui a la note (2), à l'item n°4 (perte de plaisir), elle dit : « *Je trouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement* » et pour l'item n°8 (Attitude critique envers soi), elle dit : « *Je me reproche tout mes défauts* », un autre signe indicateur de dépression de score (2) ce sont des pleurs à l'item n°10 (pleur) elle dit : « *Je pleure pour la moindre petite chose* » et pour l'item n°15 (Perte d'énergie), elle dit : « *Je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand -chose* ».

L'item n°12 (Perte d'intérêt), elle dit : « *Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses* » l'item n° 12 est un indicateur majeur de la dépression, que le sujet souffre, la chose qui pousse à sentir le dégoût et la perte de plaisir, elle exprime d'un ton triste ces craintes et ses peurs à l'égard de son avenir et aussi perdre sa jeunesse.

Synthèse de l'échelle de Beck BDI-II du cas « A »

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et l'échelle de Beck on a constaté éventuellement que le cas « A » souffre d'une dépression sévère, et les

résultats de ses derniers confirment l'intensité de la dépression chez notre sujet qui a un total de réponses de l'échelle de Beck de 32 points, située entre 28 et 63 ça se focalise sur l'insatisfaction dans son entourage parce que personne ne s'occupe d'elle, et le sentiment d'avoir gâché sa vie, et aussi parmi les signes qui indiquent une dépression sévère chez notre sujet, les plus manifestés sont la tristesse, pessimisme, l'irritabilité...etc.

1.1.3. Présentation et analyse des résultats de SEI du cas « A »

	générale	sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
Le cas « A »	16	5	3	6	30	3

Tableau n°7 : tableau représentatif des résultats de SEI du cas « A ».

Les résultats obtenus dans l'échelle de SEI du cas « A » montrent que le sujet présente une très basse d'estime de soi. Les indicateurs de l'estime de soi très basse sont indiqués dans toutes les échelles, ainsi le score total est inférieur à la norme $30 \leq 33$.

Dans le tableau ci-dessus, on a obtenu dans les sous-échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : la note obtenue est de (16) points sur (26) points qui sont la note maximale, ce qui confirme chez le cas « A », elle a répondu en cochant la case (me ressemble pas), elle dit : « *quand j'ai quelque chose à dire, en général je le dit* » et aussi elle dit : « *J'ai souvent honte de moi* ». Et « *j'ai une mauvaise opinion sur moi-même* ». Ce qui peut indiquer probablement que le sujet souffre d'une timidité et d'un manque de confiance en soi.

L'échelle sociale : on a la note de (05) points sur (8) points qui est la note maximale, le cas « A » qui a répondu en cochant la case (me ressemble), elle

dit : « *la plus part des gens sont mieux aimés que moi* », et elle dit aussi : « *je préfère avoir des amis plus jeunes que moi* » et « *les gens cherchent toujours querelles* », ce qui signifie éventuellement que le cas « A » souffre d'un problème relationnel.

L'échelle familiale : dans cette échelle on a la note de (3) points sur (8) points qui est la note maximale, elle a répondu par (me ressemble pas), elle dit : « *ma famille prête généralement attention à ce que je ressens* », et « *ma famille me comprend bien* », ainsi « *je passe souvent de bons moments avec ma famille* », tout cela peut expliquer que le sujet « A » n'est pas soutenue et aider par sa famille.

L'échelle professionnelle : on arrive à la note de (6) points qui est note maximale sur(8) points, elle nous a expliqué par la case (me ressemble), elle dit : « *dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais* », aussi « *au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants* », et dans la case (me ressemble pas), elle dit : « *Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans le groupe* », ce qui peut indiqué que le sujet « A », a des difficultés et une incapacité a entamer un travail.

L'échelle de mensonge : on a obtenu les points de (3) sur (8) points de la note maximale ce qui indique qu'elle est inférieure à la moyenne qui peut indiquer une mauvaise présence défensive.

Synthèse de l'inventaire de SEI du cas « A »

D'après l'entretien et l'analyse de l'inventaire de SEI du cas « A », la note obtenue dans l'échelle est de 30 points elle correspond à la première classe(≤ 33) qui signifiant une très basse estime de soi chez le cas « A ».On peut expliquer potentiellement que le sujet « A » est caractérisé par le sentiment de dévalorisation et un manque de concentration, une timidité ainsi qu' une peur.

L'indice défavorable de l'environnement qui entoure le cas « A », ce qui concerne la famille avec son influence négative sur la qualité de son estime de soi, on peut expliquer que le sujet est toujours sensible par les paroles de sa famille, comme elle dit dans l'entretien : « *hougra, lam3oune imawelane* », à partir de cette expression on peut comprendre que le cas « A » est vraiment touché par le vécu du célibat tardif féminin, et que la famille rarement essaye de comprendre ce que leur fille ressent dans son célibat.

1.1.4. Présentation et analyse du questionnaire de WHOQOL-BREF

Domaine	Score
Santé physique	22(7-35)
Santé psychologique	18(6-30)
Santé sociale	4(3-15)
Environnement	21(8-40)

Tableau n°8 : tableau représentatif des résultats du questionnaire WHOQOL-BREF du cas « A ».

Les résultats obtenus dans le questionnaire de la qualité de vie du cas « A » décrit que le sujet indique qu'elle a un score de qualité de vie de 65. Ce qui signifie une qualité de vie moyenne ce qui explique que le sujet, vit dans un environnement assez favorable.

Dans le tableau on a obtenu les résultats suivants :

La santé physique : on a le résultat 22 qui se situe dans la norme de (7-35) et que le sujet répond par la case (pas du tout) à la question 3, aussi pour la question 4, elle a répondu par la case (modérément) ce qui renvoie à la santé physique du sujet, elle est bonne.

La santé psychologique : on a obtenu le résultat 18 qui se situe dans la norme de (6-30) ce qui signifie que le sujet a une santé psychique moyenne.

La relation sociale : on a eu le résultat de 4 qui se situe dans la norme de (3-15) ce qui indique que le cas « A » est dans une relation froide.

Environnement : on arrive aux résultats 15 qui se situe dans la norme de (8-40) ce qui explique que le sujet dans son environnement a des difficultés.

Synthèse de questionnaire de WOQOL-BREF du cas « A »

D'après les résultats obtenus du questionnaire de WOQOL-BREF du cas « A » on a enregistré une QDV moyenne par un score de 65. Ce qui explique que l'entourage du cas « A » est un peu favorable.

Synthèse générale du cas « A »

Les résultats obtenus à partir de l'analyse du cas « A » dévoilent que le vécu psychologique du célibat tardif chez le sujet est mauvais par rapport aux résultats obtenus, des outils utilisés dans notre recherche on obtient les résultats suivants :

Dans le premier outil qui est l'entretien semi directif on a conclu que le cas « A » présente des symptômes psychologiques et des difficultés sociales causées par le célibat tardif. Et après l'analyse de l'échelle de Beck, on a constaté que notre sujet souffre de dépression sévère avec un score de 32, présenté par des symptômes tels que : (le pessimisme, la tristesse, modification de l'appétit, la fatigue,...).

En ce qui concerne le troisième outil qui est l'estime de soi, on arrive à un score de 30 qui signifie une estime de soi négative sur tous les plans.

Et dans le quatrième outil de qualité de vie on a obtenu le score de 65 qui indique une qualité de vie moyenne.

Ce qu'on peut dire éventuellement est que notre cas a une souffrance psychique qui est due à son vécu du célibat tardif, et qui se traduit par une dépression et une mauvaise estime de soi et une qualité de vie moyenne.

1.2. Cas « B »

1.2.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

Les informations générales sur le sujet

Le cas « B » est âgée de 39 ans, elle a un niveau d'instruction de 8^{ème} année, moyenne elle exerce comme profession la couture, c'est une femme qui a perdu son père, sa maman femme au foyer, c'est une famille qui se compose de 5 frères et 7 sœurs, elle est la troisième dans la fratrie. C'est une femme calme, mince, avec des vêtements simples.

AXE 01 : Le célibat tardif féminin

L'entretien du cas « B », concernant sa conception du mariage nous a déclaré : « *zewage).tewalaghe ifouthéyé dilake zewegeghe achehalaya* ». (J'ai raté le mariage ça fait longtemps

Dans l'entretien, le cas « B » n'a pas facilité la tâche à chaque fois on intervient pour l'inciter à parler, afin de savoir si elle a déjà refusé des prétendants, elle nous a déclaré que : « *jamais ousanede déjà 3lakhater ousse3ighara zehar* ». (Je n'ai jamais eu des prétendants parce que je n'ai pas de chance).

A propos des caractéristiques de l'homme idéal pour le mariage, le cas « B » nous a déclaré : « *temenighe atheyéli thakhedam isse3a le3ekeliya le3ali* ». (J'espère bien qui il soit fonctionnaire avec une bonne mentalité,).

A-propos des facteurs du célibat le sujet nous a déclaré : « *zewage itekale al maktoub nighe dezehar* ». (Le mariage c'est la question du destin ou bien c'est la chance). On a remarqué que notre sujet a fait recours à la religion pour accepter sa situation du célibat tardif ou bien pour donner un sens ou une raison à sa situation.

Concernant les obstacles rencontrés en raison du célibat elle nous a informés que : « *temanighe athe3iche aken te3ichente tikechichine* ». (Je rêve de vivre comme elles vivent les autres filles).

En ce qui concerne la question du mariage, elle nous a dit : « *zewage thelehaja ilaken, lame3ena machi gfoussenghe* ». (Le mariage c'est la chose qu'il faut, mais on n'a pas le choix).

On a remarqué que le cas « *B* » est désespérée, et en état de souffrance, elle est devenue sensible du célibat tardif.

On peut dire que le cas « *B* » est triste et en souffrance à propos de sa situation, elle dit : « *toujours setehousayeghe 3eyéghe temenighe adekelaghe tamezeyante athe3iche donitewe* ». (Tous les jours je me sens triste très fatiguée j'espère bien redevenir adolescente pour vivre ma vie).

D'après l'entretien effectué le cas « *B* » manifeste du malaise et du stress, par la suite elle déclare son désintérêt à la vie : « *dayen 3eyéghe g yére donithe, ouzewegeghare* ». (j'en'ai marre de cette vie, je ne suis même pas mariée).

AXE 02 : Le vécu psychologique du célibat tardif féminin

A- Célibat tardif et symptomatologie dépressive

Le cas « *B* » n'a pas facilité l'entretien, on intervient à chaque fois pour l'inciter à parler. A propos de ce qu'elle ressent lorsqu'elle pense son célibat tardif, elle nous a déclaré que : « *teswi3ine hezenaghe asmara atekhamimeghe fe*

yér tam3icgete te3icheghe ». (Parfois, je me sens triste lorsque je pense à la situation que je vis).

Ce qui montre un désespoir et que sa vie n'est plus comme avant, elle a tellement changée, ce désespoir peut être lié à sa situation du célibat tardif qui la rend insupportable.

D'après les réponses du cas « B » on a remarqué la perte d'énergie, la fatigabilité, le sentiment de dévalorisation qui revient ce qui traduit par le DSM-VI par « *une dépression* ». Pour (ب.العراقي, 2008, ص136), la fille célibataire est atteinte d'un certain déséquilibre dans sa personnalité et cela apparaît dans son comportement contradictoire, avec les autres, qui est le résultat du stress.

A propos du comportement elle a dit : « ichongé aken itedou le3ameriwe ». (Mon comportement change à travers l'âge qui passe). Selon (J.Delay, 1946) déclare que la dépression « *C'est une disposition affective fondamentale, riche de toute l'instance émotionnelle et instinctive, qui donne à chacun de nos états une tonalité agréable ou désagréable axillant entre les deux pôles extrêmes de plaisir et de douleur* ».

Concernant l'état de santé actuel elle nous a dit : « sehayeno chwiya ken se3ighe l'allergie setehousayeghe 3eyeghe fechelaghe amakhe tebeghété athese3oughe seha le3ali ». (Ma santé n'est pas bien j'ai une allergie, je me sens relâcher à cause du célibat tardif). Elle a consulté un médecin pour le problème d'allergie, par contre elle n'a pas pu consulter un psychologue pour parler de sa souffrance. On a constaté, que le cas « B » est caractérisé par une humeur dépressive durable associé à une perte d'intérêt et de plaisir comme l'a déclaré (J.L, Pediniel, 2006).

Passant au point de l'appétit elle a déclaré : « tessewi3ine thechangé sa dépend ake n eleghe ». (Des fois elle change tout dépend de ma situation).

A-propos de la fatigue elle nous a avoué que : « 3eyéghe melihe g donithe onessewa kera dégoutighe beghighe changement gel hayatiwe ». (Je suis déçue de cette vie qui ne sert à rien je veux un changement de ma situation vitale).

On a remarqué que le cas « B » n'a pas envie de cette vie parce qu'elle se sent désespérée, elle ne supporte pas cette situation du célibat tardif.

Parlant de la question de sensibilité, elle a répondu comme suit : « kelaghe setehousayeghe meme setemazeyante a zuhe atheteroighe parce que outafeghara e menho arahékoughe). (Je suis devenue sensible la moindre des choses je pleure parce que je n'ai pas trouvé une personne à qui je vais confier mes lacunes).

En ce qui concerne le sommeil elle nous a dit : « etebadile aken ila l'état mayela lighe bien ourichechangera mayela cava pas itechongé ». (Le sommeil change tout dépend de l'état de mon esprit si je me sens bien j'ai le sommeil sinon le contraire).

D'après l'analyse des réponses obtenues on a remarqué que le cas « B » n'arrive pas à supporter son célibat tardif, ca démontre un désespoir, une fatigue et le sentiment de dévalorisation ce qui a été interprété par le DSM-VI, cet affaiblissement peut indiquer que notre sujet est devenue très sensible au sujet du célibat tardif.

B : célibat tardif et estime de soi

Pour la question de l'image du soi, elle nous a avoué que : « koulache inequesse lente lehawayege a ye rouhen tam3ichetiw ». (Il ya beaucoup de choses que j'ai raté dans ma vie).

Elle ne parle pas trop, c'est pour cela on a intervenu par des relances afin de l'inciter à parler, on lui a demandé de nous raconter comment elle vit en cette situation elle a répondu comme suit : « tam3ichetiw chwiya kan mis la famille

jamais hederned f zewage ». (Ma vie n'est pas bonne et ma famille ne parle pas du mariage).

A-propos de l'image qu'elle attribue à elle-même elle déclare que: « stehoussayeghe e koulache ifatheyé teminighe lokan adekleghe tamzeyante beche athelakaghe lahwayegeé ». (Je sens que je suis dépassée et que j'ai raté beaucoup de choses, et que je souhaiterai y revenir en arrière pour en profiter).

Sur la confiance de sujet, elle nous avoue que : « se3ighe leconfiance le3ameriw ». (J'ai de la confiance en soi). Elle nous a parlé de son mode de vie : « tam3ichetiw dérite ousse3ighara le bute arezathe ». (Ma vie n'est pas bonne, je n'ai aucun désir pour l'avenir).

Concernant la question du besoin elle nous a dit que : « jamais tafeghe hede atehasse mara a thouhwajaghe gkhame touk3ih zeghé ouyete hassenara sutout ema ». (Il ya personne qui accepte de m'écouter ou de sentir le degré de ma souffrance surtout ma mère). Selon (L.Aline, 2000). La personne qui a une faible estime de soi, on a remarqué les signes suivants : la susceptibilité, la sensibilité au rejet et à la critique, l'impression de ne pas être aimé, l'indécision ou le doute, les échecs répétitifs, qui sont présentés chez le cas « B ».

Sur le plan relationnel elle nous a dit : « se3ighe les problèmes lwahi le3ivade lente timdokaliwe ivedelene ma chakenin eyelante dithé ». (J'ai des problèmes avec les gens mes copines ne sont plus comme avant elles ont toutes changés).

Elle n'a pas parlé sur sa relation avec les couturières, et on a posé la question dont elle a répondu comme suit: « lente bien dithi lente ountekhalteghara ». (Il ya des filles qui se comportent bien avec moi mais y en a d'autres que je ne m'engage pas à parler avec elles).

D'après ces réponses nous avons constaté qu'elle n'était pas sociale ni avant ni après son emploi comme couturière et c'est elle qui rend l'interaction sociale presque impossible. D'après l'entretien on a remarqué, les complexes, le sentiment d'impuissance, et de dévalorisation, qui entraîne une mauvaise estime de soi qui peut être l'un des facteurs déclencheurs de la dépression, comme l'a déclaré (R. Doron et F.Parot, 2007).

Passant à la question d'avenir elle dit ce qui suit : « l'avenir outekime ouzerighara mal dzehar ». (L'avenir n'existe pas je ne sais pas s'il ya de la chance ou pas). On a remarqué que le cas « B » est pessimiste puisqu'elle pense qu'elle n'a aucun avenir elle a une pensée totalement négative de cette vie.

En ce qui concerne les projets et sa propre vision sur l'avenir elle déclare : l'avenir pour moi ne me dit rien, mon dieu améliore notre situation, elle a répondu avec un grand souffle : « kouleche irouh keleghe outeki3ara g kouleche ». (Tout est terminé pour moi, je m'en fou de tout ».

Donc tellement sa pensée est négative rien ne va se réaliser pour elle, ses rêves ne vont pas se réaliser.

C : Célibat tardif et qualité de vie

A-propos de l'appréciation des choses la personne en question nous a déclaré que: « ilake athekaderghe lehwage gdenithe mi ouzemirghara ». (L'appréciation des choses dans cette vie est une obligation mais personnellement je ne peux pas le faire).

Pour l'état psychique du cas « B » à partir de l'avancement de l'âge, elle nous a informé que : « stehousayeghe aken itedoule3mer ayetherenou lamziria arezathe ». Elle ajoute que : « ittewaghe le3akelighe ». (Ma mentalité est perturbée). Avec des comportements et pensées répétitifs et compulsifs, selon le DSM-IV, notre sujet manifeste un trouble obsessionnel compulsif (TOC). Le cas

« B » nous a éclaircie que son état psychique est perturbé, elle représente un sentiment de dévalorisation duquel nous avons déduit qu'elle est vraiment en état de souffrance et cela marque une mauvaise QDV.

Concernant ses pensée et ses représentations vis-à-vis du célibat tardif, elle nous à informé ce qui suit : « tekhemimeghe achehalaya mi tura ouyeteki3ara akan ibegha rebi ». (Auparavant je pensais beaucoup mais actuellement je ne donne pas d'importance).

Notre sujet, manifeste une perte d'énergie et de plaisir, un manque de sommeil, plus que la fatigabilité, ce qui traduit par une anxiété par rapport aux critères de DSM-IV et cela influence négativement sur sa QDV physique.

A-propos de son état psychique, elle nous a dit : « 3yeghe gdenithe ounesferahe ourila oujedithe ». (Je suis complètement déçu d'une vie qui ne porte pas de joie et aucun changement positif) à coté de l'anxiété, nous soulignons, le désespoir et l'irritabilité ce qui traduit par une dépression de notre sujet selon DSM-IV.

Concernant les relations familiales, amicales, sociales, et professionnelles, elle nous a déclaré : « ayen i3enane la famille bien dacho outafeghara menho ara ayedihassene s la souffranciwe ». (Tout ce qui concerne la famille est positif mais la seule chose qui ne va pas c'est le faite de trouver personne qui ressent ma souffrance).

Concernant les amis elle a dit : « se3ighe mi atefkeghara leconfiance melih zeghasse ». (J'ai des amis mais je ne leur fais pas beaucoup de confiance).

Nous avons constaté qu'elle n'était pas sociale, elle a un complexe, ce qui rend sa vie plus difficile. La qualité de vie est appréciée par rapport à certaines normes sociales et à un contexte culturel, par rapport aux autres ou à un état antérieur. (L.Sophie, 2009).

Concernant la réaction de la famille du célibat tardif, elle nous a informés : « tiswi3ine haderned mi

La vie quotidienne de notre sujet est négative, elle n'apprécie plus les choses de la vie d'après ce qu'elle nous a signalé: « koulache ibedel le3ivade bedelane azuhe ourikeme akane ». (Tout a changé les gens ont changé rien n'est resté comme avant). On remarque la diminution d'intérêt, même dans la maison au moment du ménage par exemple.

Concernant le comportement envers sa famille ses amis, elle nous a informé : « changighe tisswi3ine feka3eghe, fecheleghe, terughe hazenaghe tedigoutughe ». (mon comportement n'est pas stable il change selon la situation parfois en remarque , la colère, la fatigabilité, les pleurs) qui sont parmi les signes de dépression, qui sont traduit par le DSM-IV.

A-propos des soucis de santé, elle nous a dit : « se3ighe lehlakhe l'allergie ». (J'ai le problème d'allergie).

Concernant l'état psychique actuel elle nous a dit : « 3eyeghe digoutighe dayen donithewe therouhe ». (Je me sens très fatigué, j'ai raté ma vie).

A-propos de l'état de santé après cet âge elle nous a déclaré : « kif kif toujours ourlighara bien c'est kif kif ». (il n'ya pas beaucoup de différence je me sens pas toujours bien »

Synthèse de l'entretien semi-directif

Après l'analyse des entretiens, on a constaté que le cas « B » est devenue très sensible à partir de son célibat tardif. En conclusion de l'analyse de l'entretien on a remarqué que le cas « B » représente des symptômes de dépression causés par le célibat tels que : (le pessimisme, la tristesse, les pleurs, la fatigue...).

Durant l'entretien on a remarqué que le cas « *B* » représente une estime négative de soi, ce que nous avons mentionné précédemment dans le « résumé de l'entretien » ce qui est confirmé par les résultats de l'échelle Beck et l'inventaire de Coopersmith.

Après l'entretien semi-directif avec le cas « *B* », on n'a constaté que sa qualité de vie physique, psychologique, relationnelle, familiale, est mauvaise.

1.1.2. Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas « *B* »

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
38	[28-63]	Dépression sévère

Tableau n° 9 : tableau représentatif des données de BDI-II du cas « *B* »

Les résultats obtenus dans l'échelle de BDI-II du cas « *B* » démontrent qu'elle souffre d'une dépression sévère, et les signes sont indiqués dans l'échelle de Beck par rapport à son état psychique et son vécu du célibat tardif féminin.

Les signes de dépression chez le sujet sont nombreux, ce qui prouve la qualification sa situation de dépression donc on le classe comme atteint d'une dépression sévère avec un score total de 38.

On a remarqué que notre sujet après la passation de l'item n°1(tristesse), elle dit : « *je suis triste tout le temps* », elle a présenté une grande tristesse à laquelle nous avons disposé une note de (2) et dans l'item n°2(pessimisme) elle dit : « *je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi* », elle présente un score de (2).Ainsi dans l'item n°17(irritabilité) elle dit : « *je suis plus irritable que d'habitude* »,et l'item n°21(perte d'intérêt pour le sexe),elle dit : « *j'ai perdu tout intérêt pour le sexe* ».

De plus en ce qui concerne le score (2) qui sont l'item n° 3 (échec dans le passé) elle dit : « *j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie* ». Je constate un grand nombre d'échec qui a la note (3). à l'item n° 4 (perte de plaisir), elle dit : « *je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement* » et pour l'item n° 8 (attitude critique envers soi), elle dit : « *je me reproche tous les malheurs qui n'arrivent* », un autre signe indicateur de dépression de score (2) ce sont des pleurs à l'item n° 10 (pleur) elle dit : « *je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable* ». et pour l'item n° 15 (perte d'énergie), elle dit : « *je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose* ».

L'item n° 21 (perte d'intérêt pour le sexe), elle dit : « *j'ai perdu tout intérêt pour le sexe* ». l'item n° 21 est un indicateur majeur de la dépression, que le sujet en souffrance, la chose qui pousse à sentir le dégoût et la perte de plaisir et perdre aussi sa jeunesse. Par contre d'un point de vue culturel et religieux le mariage est un élément très important dans la vie.

Synthèse de l'échelle de Beck BDI-II du cas « B »

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et l'échelle de Beck on a constaté éventuellement que le cas « B » souffre d'une dépression sévère, et les résultats de ses derniers le confirme l'intensité de la dépression chez notre sujet qui a un total de réponses de l'échelle de Beck qui est de 38 points.

Parmi les signes qui indiquent une dépression sévère chez le sujet « B » les plus manifestés sont la tristesse, pessimisme, perte d'intérêt pour le sexe.

1.1.3. Présentation et analyse des résultats de SEI du cas « B »

	Générale	sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
Le cas « B »	14	5	4	7	30	5

Tableau n°10 : tableau représentatif des résultats de SEI du cas « B »

Les résultats obtenus dans l'échelle de SEI du cas « B » démontrent que le sujet présente une très basse statistique d'estime de soi. Les indicateurs de l'estime de soi très basse sont indiqués dans toutes les échelles, ainsi le score total qui est inférieure de la norme $30 \leq 33$.

Dans le tableau ci-dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : la note obtenue est de (14) points sur 26 qui sont la note maximale, ce qui confirme chez le cas « B », qu'elle a en cochant la case (me ressemble pas), elle dit : « *je n'ai pas de confiance en moi et je veux être une autre personne* ». Ce qui peut indiquer probablement que le sujet souffre d'une dépression et un manque en soi. Notre sujet est en souffrance.

L'échelle sociale : on a la note de (05) points, le cas « B » (me ressemble), elle dit : « *la majorité des gens sont bien avec les autres et moi non* » et aussi elle dit : « *je préfère avoir des amis plus jeune que moi* », ce qui indique que le sujet souffre sur le côté relationnel.

L'échelle familiale : dans cette échelle on a la note (4) points sur (8) points de la note maximale, elle a répondu par (me ressemble), elle dit : « *ma famille*

cherche à savoir qu'est ce que je ressens » et ma famille essaye de ne pas parler de ma souffrance avec moi.

L'échelle professionnelle : On arrive à la note de (07) points de note maximale de (8) points, elle nous a expliqués par la case (me ressemble), elle dit : « *dans la pratique de la couture, je ne travail pas bien parce que des fois je ne me concentre pas bien et dans la case (me rassemble pas), elle dit : « je ne peux pas parler toute seule dans un groupe, je trouve, que c'est difficile ».*

L'échelle de mensonge : on a obtenue les points de (5) sur (8) points de la note maximale ce qui peut indiquer une mauvaise présence défensive.

Synthèse de l'échelle de SEI du cas « B »

D'après l'entretien et l'analyse de l'inventaire de SEI, le cas « B », la note obtenue dans les 30 points elle correspond à la première classe (≤ 33) qui signifiant une très basse estime de soi chez le cas « B ». Ce qu'on peut expliquer potentiellement que le sujet « B » est caractérisé par le sentiment de dévalorisation et un manque de concentration presque tous les jours et une timidité ainsi une peur.

L'indice défavorable de l'environnement qui entoure le cas « B », si ce qui concerne la famille avec son influence, et sur l'estime de soi, on peut expliquer que le sujet est toujours sensible par rapport à son état, comme elle a dit dans l'entretien : « *sethoussayeghe tewahkeraghe 3lakhtar oulache emeneho oma arahkoughe* ». à partir de cette déclaration on peut comprendre que le cas « B » est vraiment dans une souffrance et que la famille joue rarement son rôle d'essayer de comprendre ce qu'elle ressent dedans à propos de leur célibat tardif.

1.1.1. v **Présentation et analyse de l'inventaire de WOQOL-BREF**

Domaine	score
Santé physique	13(7-35)
Santé psychologique	11(6-30)
Relation sociale	5(3-15)
environnement	19(8-40)

Tableau n°11 : tableau représentatif des résultats du questionnaire WOQOL-BREF du cas « B ».

Les résultats obtenus dans le questionnaire de la qualité de vie du cas « B » montrent que le sujet indique un score de QDV de 48. Ce qui signifie une QDV moyenne ce qui explique que le sujet vit dans un environnement défavorable.

Dans le tableau, on a obtenue les résultats suivants :

La santé physique : on a le résultat 13 qui se situe dans la norme de (7-35) et que le sujet répond par la case (pas du tout) 3, aussi pour la question 4, elle a répondu par la case (modérément) ce qui explique que la santé physique du cas « B » est bonne.

La santé psychologique : on a obtenue le résultat 11 qui se situe dans la norme de (6-30) ce qui signifie que le sujet a une santé psychique faible.

La relation sociale : on a eu le résultat de 5 qui se situe dans la norme de (3-5) ce qui indique que le cas « B » n'est pas sociale.

Environnement : on arrive aux résultats 19 qui se situe dans la norme de (8-40) ce qui explique que le sujet dans son environnement a des difficultés.

Synthèse du questionnaire de WOQOL-BREF

D'après les résultats obtenus du questionnaire de WOQOL-BREF du cas « B » on a constaté une QDV moyenne par un score de 48. Ce qui explique que le sujet que l'entourage du cas « B » est un peu favorable.

Synthèse générale des données du cas « B »

Les données obtenus de l'analyse du cas « B » nous ont remarqué que le vécu psychologique du célibat tardif chez le sujet est mauvaise par rapport aux résultats utilisés dans notre recherche on a les résultats suivants :

Dans le premier outil qui est l'entretien semi-directif on a conclu que le cas « B » et ce à travers une manifestation dépressive n'a pas accepté son célibat tardif féminin.

Ce qui concerne le deuxième outil qui est la dépression, on a constaté que le cas « B » souffre d'une dépression sévère, avec un score de 38.

Dans le troisième outil qui est l'estime de soi on arrive à un score de 30 qui signifie une estime de soi basse.

Et dans le quatrième outil de qualité de vie on a obtenu le score de 48 qui indique une qualité de vie moyenne.

Ce qu'on peut dire éventuellement sur ce cas il a une souffrance psychique qui due à son vécu du célibat tardif, et qui se traduit par une dépression et une mauvaise estime de soi, qualité de vie moyenne.

1.3. Cas « C »

1.3.1. L'analyse de l'entretien semi –directif

Les informations générales sur le sujet

Le cas « C » est âgée de 45ans, elle à un niveau d'instruction de 2^{eme} année primaire c'est une femme qui exerce la couture, elle a perdu son père et sa maman elle femme au foyer, elle vit dans une famille qui est composée de trois frères et deux sœurs, elle est la troisième dans la fratrie.

C'est une femme qui a trop souffert dans sa vie, elle est calme sa façon de s'habiller est simple, elle est stricte dans ses décisions et son interaction, pendant l'entretien elle nous a facilité la tâche, elle était coopérative et contente de nous écouter afin de l'aider à s'en sortir de sa souffrance.

AXE 01 : Le célibat tardif féminin

Le discours avec le cas « C » était factieux, elle nous a facilité la tâche par sa bonne compréhension à propos de notre sujet de recherche.

Concernant la conception du mariage elle nous a déclaré : « *arghourri zewedj d'el hadja i3nan el maktoub* ». (Pour moi le mariage c'est une question du destin). A propos de la question des prétendants, elle nous a informés : « *oussaned asmi meghoureghe mai machi d'el 3outiwe* ». (Il y'a des prétendants mais on ne partage pas le même âge), elle a déclaré : « *ouroufighara irrgazen eges3ane el moumaizete beghighe* ». (Je n'ai pas trouvé chez ces prétendants les caractéristiques que je veux).

On a remarqué que notre sujet sur le coté psychologique est perturbée, désespérée dès fois elle raconte avec des pleurs.

Concernant les caractéristiques de l'homme idéal pour le mariage elle nous a dit : « *temnighe arrgaze adhyili is3a le3ekeliya le3ali itkadhare* ».

thametouthe ibgha athikhetheme akhame ». (J'espère d'avoir un mari, qui a une bonne mentalité qui respect la femme et qui veut construire une maison).

En ce qui concerne les facteurs du célibat elle nous a déclaré: « *izzemere essebaynesse d'l 3ibadhe ihedren f thekechichine lekhedhoub lehedoure n diri izzemere adhyili dh'eshoure* ». (La cause du célibat peut intervenir des mauvaises paroles que lancent les individus contre ces filles, des mensonges ou bien d'ensorcellement). A propos des difficultés qu'elle rencontre en raison du célibat tardif féminin elle dit : « *tame3ichete en tekchichte ouhdhessa dirite ilake attafe amouanesse ezzethesse* ». (La femme dans sa vie aura toujours besoin d'un compagnon).

On constate, que le cas « C » vit dans un état de souffrance durant l'entretien dès fois elle n'arrive pas et répondre à la question convenablement parce qu'elle s'est retrouvé dans une situation insupportable à chaque fois elle pleure, elle était stressée, et elle avait des troubles de colère, ...etc. Ce qui se traduit par une anxiété.

Pour la pensée au mariage elle nous a informés que : « *zewage iheme g dounithe bachou atkemele adhis3ou derya* ». (Le mariage est un élément très important pour la continuité de la vie pour avoir des enfants).

Et aussi elle nous a dit : « *imawlane hekrene takchichete mayela tamekrante outhezwigara, tewalante da probleme tagathene f lavenirisse incheta izemere assikhemele wa atssethousse imanisse tedirongihene, inchtayi izemere atehlekhe ate3ougene* ». (Les parents ne respectent pas leurs filles qui sont célibataires ils les voient comme un problème, ils ont peur de leur avenir, tout cela peut influencer sur leur état psychologique même cela pourra rendre la personne folle).

On remarque d'après l'entretien que notre sujet manifeste une perte d'énergie et de plaisir, la fatigabilité, ce qui interprète par une anxiété selon

les critères du DSM-IV et cela influence négativement sur la qualité physique du cas « C ».

AXE 02 : Le vécu psychologique du célibat tardif féminin

A-célibat tardif et symptomatologie dépressive

A propos de ce qu'elle ressent lorsqu'elle pense à son célibat tardif elle nous a informés : « *ikerehe lehale assmara atekhemimeghe fa necheta* ». (C'est douloureux lorsque je pense à ça).

Concernant leur comportement dans cette situation, elle dit : « *changighe keleghe teghimaghe ouhdi* ». (Mon comportement a changé, je vis en solitude).

Concernant la santé physique du cas « C » elle nous a dit : « *essahaynou taswi3thayi sava tisswi3ine sethoussayeghe fechleghe, e3eyighe* ». (Ma santé actuellement est bonne, dés fois je me sens relâcher, fatiguer).

D'après le discours, le cas « C » n'a pas consulté un psychologue pour analyser sa situation du célibat tardif par contre elle a consulté un médecin généraliste, pour le problème de la migraine.

A propos de l'appétit, elle dit : « *thetchanger akene tela lehalaynou* ». (Elle change avec le changement de mon état).

Ce qui concerne la fatigue elle nous a avancé que : « *difwa sthoussayeghe 3eyoughe se3oughe techekika* ». (Dés fois je me sens fatigué, j'ai de la migraine).et elle ajoute : « *khele3eghe, tagatheghe, itrouhiyi noudame* ». (J'ai peur, toujours anxieuse, je ne dors pas).

Dans l'entretien du cas « C » on a remarqué des signes qui indiquent un degré élevé de dépression, elle a manifesté du malaise et du stress, ce qui montre un désespoir et que sa vie n'est plus comme avant elle a totalement

changé en pire, ça peut être liée à sa situation du célibat tardif. Selon (D.Greenber, 2005), la dépression est souvent déclenchée par des situations de vie très stressantes, la personne se sent dépassé et désespérée, alors le risque de vivre un épisode dépressif augmente.

On a constaté que le cas « C » est devenu très sensible, avec des complexes, elle nous a montré Silence, puis elle a pleuré. Concernant les comportements, la dépression a souvent des répercussions importantes sur le comportement, comme l'a déclaré (H.Bloch, 1999).

On a remarqué que notre cas, présente un manque affectif et le besoin d'être dans un entourage familial, plein d'amour et de tendresse pour diminuer la douleur psychique et de combler le vide.

B-Célibat tardif et estime de soi

Concernant l'image du cas « C » elle nous a déclaré : « *se3ighe l'mage la3ali gle3amriwe* ». (J'ai une bonne image en soi). A propos du célibat tardif et le regard qu'elle apporte sur elle-même, elle nous a informés: « *tewalaghe le 3 ameriwe chwiyaiken par rappot are theyakhe izewegen* ». (Je ne me trouve pas bien par rapport aux autres femmes mariées). Elle ajoute que : « *3eyighe g donithe igamane athifaken sethoussayeghe imaniwe savapa* ». (Je suis complètement désespéré de cette vie qui ne termine pas je suis très fatiguée malgré que je n'ai rien fais de bon).

Concernant la confiance en elle-même, elle a dit : « *se3ighe leconfaince mi chwiyaiken, défoi tera3iye gle hwayege* ». (J'ai de la confiance en moi, mais pas vraiment, des fois je me sens perdue). Durant notre entretien, on l'a trouvée très compréhensive, très douce et très sensible, on a constaté que le vécu psychologique du notre sujet était difficile, elle vivait toujours en stress.

Concernant sa critique de son mode de vie elle nous a dit : « *toujours karghasse digoutighe g tam3ichetayé te3iche, iwachou izewigeghara* ». (Toujours je suis dégoutée de cette vie, je pose souvent la question, pourquoi je vis dans cette situation). On a constaté chez le cas « C » un sentiment de culpabilité.

A propos de l'écoute par quelqu'un en cas de besoin elle nous a dit : « *irofighara imenho ara aye ditehasse bachou athesseyhoussaghe neki bien* ». (Je n'ai trouvé personne pour m'écouter en cas de besoin, pour me soulager). L'estime de soi se construit sur deux grands besoins : le sentiment d'être aimé et celui d'être compétent comme l'a déclaré (P.Saint, 1999).

Concernant la question de l'avenir elle a déclaré : « *silence...ore3elimeghara dachou ara denigh,3elakhater l'avenir outesse3ighezemer lehale* ». (silence...je ne sais pour l'avenir, parce que, je sens que je n'ai aucun avenir). Selon (C.Smith,1984) l'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leur rapport avec le monde extérieur.

A propos des projets à l'avenir elle nous a informés : « *3eyeghe g donite, ousse3ighara le gout a le houyege ,yewan ouri3elime seyessewe amake* ». (je suis fatiguée, j'ai aucun gout aux choses ,rien ne m'intéresse). Ce qui exprime un dégoût de la vie et un désespoir, elle souhaite toujours sortir de sa souffrance.

Notre sujet exprime d'une voix basse sa peur, sa crainte à l'égard de son avenir, « *ougathe ouzegegeghara* ». Selon (N.Lelieire, 2004), le projet de vie est un ensemble d'actions coordonnées, se fédérant pour donner sens à la vie de personne.

Après nous avons constaté que le cas « C » souffre d'une anxiété vis-à-vis du célibat tardif, ce qui nous a fait remarquer qu'elle pense souvent au futur, et elle aimera avoir une famille comme tout le monde.

C- célibat tardif et qualité de vie

A propos de l'appréciation des choses elle nous a dit : « *tura keleghe outkiyimeghe ouma tazouhe ge dounithe madame yewoune ouyikeyeme* ». (Actuellement je n'apprécie aucune chose dans la vie de moment que personne ne m'accorde l'importance).

La vie quotidienne de notre sujet est pareille c'est la même journée, y a pas des nouvelles d'après ce qu'elle avance : « *oulache agedithe g lehayatiwe tekefele lami doulamekhe* ». (Y a pas des nouvelles, ma vie est saturée). La qualité de vie « *c'est un état de bien-être correspond au moins à deux composantes : la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne reflétant ainsi un bien-être physique, psychologique et social et la satisfaction du patient à l'égard de son niveau de fonctionnement et du contrôle de la maladie* » (M. Bruchon- Schweitzer, 2002).

Concernant la pensée au célibat: « *tisswi3ine tekhmiméghe tisswi3ine tuk3iyi* ». (Des fois je réfléchis à ma situation des fois non).

A propos des changements physiques elle nous a dit: « *ghouri lekmachi gouthmiwe te3efeghe machi aka ilighe achhalaya* ». (J'ai des rides sur mon visage, j'ai perdue le poids, je n'étais pas comme ça auparavant).

Sur le coté relationnelle elle nous a déclaré : « *lafamyenou ouyefhimenara ouhewesnara athfehmené davhou te3acheghe zedakheliw* ». (Ma famille ne me comprend pas et ne cherche pas à comprendre ce que je ressens à l'intérieur de moi même).

Concernant les relations amicales d'après ses réponses : « *Ousse3ighara timdoukale 3elakhatere aklaghe g lewethe oulache le confiance* ». (Je n'ai pas d'amies parce que nous sommes dans un environnement où la confiance n'existe pas).

D'après les informations citées précédemment, on constate que notre sujet n'a pas vraiment pu s'adapter à cette nouvelle situation et cela influence négativement sur la qualité de sa vie sociale, relationnelle, ainsi que psychologique.

Concernant les changements d'attitude de la part des proches et d'amies elle nous a déclaré : « *oubedelnara* ». (ils n'ont pas changé envers moi).

A propos des soucis de santé elle dit : « *essehaynou thoura sava dachou se3ighe techkika* ». (Je n'ai pas de problème de santé, juste la migraine).

D'après l'entretien, on a remarqué que le cas « C » est influencé par le célibat tardif d'une manière négative par conséquent elle a une mauvaise qualité de vie psychologique, familiale, on remarque une bonne qualité de vie relationnelle moyenne.

A la fin de l'entretien on a demandé à notre cas si elle veut rajouter quelque chose, elle a dit que c'est tout ce qu'elle a à dire. La qualité de vie liée à la santé est un concept multidimensionnel, dans le cadre duquel on tient compte de la perception subjective par la personne de sa capacité de fonctionner, de ses symptômes physiques, de son bien-être émotionnel et de son fonctionnement social. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. (V.Parotate et A. Colvez, 2009).

Synthèse de l'entretien semi-directif

D'après les informations citées précédemment, on constate que le cas « C » se retrouve dans une souffrance, psychologique, sociale, et elle n'arrive pas à s'adapter à cette situation du célibat tardif, qui peut influencer négativement sa qualité de vie.

Elle représente une symptomatologie dépressive marquée par des signes indicateurs qui est le stress et la peur, perte de poids, insomnie, perte d'énergie, qui indique que le sujet souffre d'une dépression.

Nous avons remarqué, que l'entretien effectué avec le cas « C » était marqué par un sentiment d'infériorité, son comportement se caractérise par des pleurs durant l'entretien et manifeste des prises de décisions, hypersensibilité ce qui signifie une très basse estime de soi chez le cas « C ».

En se référant aux informations recueillies dans le guide d'entretien, on conclut que notre sujet présente une mauvaise qualité de vie psychologique, familiale et relationnelle.

1.1.2. Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas « C »

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
32	[28-63]	Dépression sévère

Tableau n°12 : tableau représentatif des données de BDI-II du cas « C »

Les résultats obtenus dans l'échelle de BDI-II de cas « C » montrent qu'elle souffre d'une dépression sévère, et les signes sont indiqués dans l'échelle de Beck par rapport à son état psychique et de son vécu du célibat tardif féminin.

Les signes de dépression chez le sujet sont nombreux, ce qui prouve qu'elle qualifie sa situation de dépression donc on le classe comme atteint d'une dépression sévère avec un score total de 32.

On remarque que notre sujet après la passation de l'item n°1(tristesse), elle dit : « *je suis tout le temps triste* », elle présente une tristesse tous les jours où on a disposé une note de (2), et dans l'item n°2(pessimisme) elle dit : « *j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut*

qu'empirer », elle présente un score élevé de (3). Ainsi dans l'item n°17(irritabilité) elle dit : « *je suis plus irritable que d'habitude* »,et l'item n°21(perte d'intérêt pour le sexe),elle déclare : « *Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant* » .

Aussi ce qui concerne le score (2) qui sont l'item n°3(échec dans le passé), elle nous a informé : « *j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie* » qui a la note(3) et l'item n°4(perte de plaisir), elle a dit : « *je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement* » et pour l'item n°8 (attitude critique envers soi), elle a déclaré : « *je me reproche tout mes défauts* »,un autre signe indicateur de dépression de score (2) ce sont des pleurs à l'item n°10(pleur) elle dit : « *je pleure pour la moindre des choses* » et pour l'item n°15(perte d'énergie), elle informe : « *j'ai moins d'énergie qu'avant* ».

L'item n°12(perte d'intérêt), elle dit : « *je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses* » est un indicateur majeur de la dépression, que le sujet souffre d'une dépression, qui a marqué dans sa fatigabilité, les modifications dans le sommeil et l'appétit, hypersensibilité et ce suite à ces propos : « *je m'en fou de la vie, je ne suis même pas marié* ».

Synthèse de l'échelle de Beck BDI-II du cas « C »

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et l'échelle de Beck on a constaté éventuellement que le cas « C » souffre d'une dépression sévère, et les résultats de ses derniers le confirme l'intensité de la dépression chez notre sujet qui a un total de réponses de l'échelle de Beck qui est de 32.

Parmi les signes qui indiquent une dépression sévère chez le sujet « C » les plus manifestes sont, la tristesse, pessimisme, perte d'intérêt, l'irritabilité...etc.

1.1.3. Présentation et analyse des résultats de SEI du cas « C »

	générale	sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
Le cas « C »	14	5	4	5	28	6

Tableau n°13 : tableau représentatif des résultats du SEI du cas « C »

Les résultats obtenus dans l'échelle de SEI du cas « C » montrent que le sujet présente une très basse estime de soi. Les indicateurs de l'estime de soi très basse sont indiqués dans toutes les échelles, ainsi le score total qui est inférieur à la norme $30 \leq 33$.

Dans le tableau ci –dessus, on a obtenus dans les sous échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : La note obtenue est de (14) points sur (26) points qui est la note maximale, ce qui confirme chez le cas « C », elle a répondu en cochant la case (ne me ressemble pas), elle dit : « *lorsqu'il ya quelque chose, en générale je le dit* » et aussi, elle déclare : « *j'ai fréquemment honte de moi à cause de l'avance de mon âge et encore célibataire* ».

L'échelle sociale : on a la note de(05) points sur (8) points de la note maximale, le cas « C » qui a répondu en cochant la case (me ressemble), dit : « *Les gens sont bien que moi* », et aussi d'après ses dires : « *je préfère avoir des amis qui sont de mon âge* ».Et « *les gens cherchent toujours les femmes qui sont encore jeunes à l'âge de 18 ans* ».ce qui signifie éventuellement que le cas « C » a un problème sociale.

L'échelle familiale : dans cette échelle on a la note de(4) points sur (8) de la note maximale, elle a répondu par (me ressemble pas), elle dit : « *ma famille ne s'intéresse pas à mes sentiments* »et « *ma famille ne prête pas attention à moi* ».On a constaté que le cas « C » souffre dans le coté familial.

L'échelle professionnelle on arrivé à la note de (6) points de note maximale de (8) points, elle nous a expliqué par la case (me ressemble), elle dit : « concernant la couture, je ne réussis pas aussi bien que je voudrais » et dans la case (me ressemble pas), elle dit : « *je ne peux pas prendre la parole dans un groupe* ». Et « *je trouve sa ca difficile* ». ce qui peut indiquer que le sujet « C » a des difficultés et des faiblesses dans son travail.

L'échelle de mensonge : On a obtenu les points de (6) sur (8) points de la note maximale ce qui indique qu'elle est moyenne qui peut indiquer une mauvaise présence défensive.

Synthèse de l'inventaire du cas « C »

D'après l'entretien et l'analyse de l'inventaire de SEI, le « C », la note obtenue dans l'inventaire est de 28 points elle correspond à la première classe (≤ 33) signifiant une très basse estime de soi chez le cas « C ». Ce qu'on peut expliquer potentiellement que le sujet « C » est caractérisé par le sentiment de dévalorisation, et une hypersensibilité et des pleurs pendant l'entretien.

L'indice défavorable de l'environnement qui enferme le cas « C », ce qui concerne la famille avec son effet négatif sur la qualité de son estime de soi, ce qu'on peut expliquer c'est que le sujet est toujours délicieux par les déclarations de sa famille, comme elle dit dans le discours : « *haderniyed akhamenghe mi selam3oune* ». À partir de cette expression on peut comprendre que le cas « C » est vraiment devenue sensible par le vécu de son célibat tardif féminin, et que la famille exceptionnellement comprend leurs filles célibataires.

1.1.4. Présentation et analyse de WHOQOL-BREF du cas « C »

Domaine	Score
Santé physique	13 (7-35)
Santé psychologique	11(6-30)

Santé sociale	5 (3-15)
Environnement	19 (8-40)

Tableau n°14: tableau représentatif des résultats du questionnaire WHOQOL-BREF du cas « C »

Les résultats obtenus dans le questionnaire de la qualité de vie du cas « C » décrivent que le sujet indique qu'elle a un score de qualité de vie de 48. Ce qui signifie une qualité de vie moyenne, cela résulte que le cas vit dans un milieu assez favorable.

Dans le tableau on a obtenu les résultats suivants

La santé physique : On a obtenue le résultat 13 qui se situe dans la norme de (7-35) et que le sujet répond par la case (pas du tout) à la question 3 aussi pour la question 4, elle a répondu par la case (modérément) ce qui renvoi que le cas « C » est en très bonne santé physique.

La santé psychologique : on a obtenu le résultat 11 qui se situe dans la norme de (6-30) ce qui signifie que le sujet a une santé psychique moyenne.

Le domaine sociale : On a eu le résultat de 5 qui se situe dans la norme de (3-15) ce qui indique que le cas « C » a des difficultés sociales.

L'environnement : on arrive au résultat 19 qui se situe dans la norme de (8-3) ce qui explique que le cas « C » se trouve dans un environnement assez défavorable.

Synthèse du questionnaire de WOQOL-BREF du cas « C »

D'après les résultats obtenus du questionnaire de WOQOL-BREF

Le cas « C » présente une qualité de vie moyenne par un score de 48. Ce qui explique que l'environnement du sujet est un peu favorable.

Synthèse générale des données du cas « C »

Les données obtenues de l'analyse du cas « C » on remarque que le vécu psychologique du célibat tardif chez le sujet est faible par rapport aux résultats des outils suivants :

Dans le premier outil qui est l'entretien semi directif on n'a conclu que le cas est dans un état de souffrance à cause de son célibat tardif.

En ce qui concerne le deuxième outil, on a constaté que le cas « C » souffre d'une dépression sévère, avec un score de 32.

Dans le troisième outil qui est l'estime de soi, on arrive à un score de 28 qui signifie une estime de soi basse.

Et dans le quatrième outil on a obtenu le score de 32 qui indique une qualité de vie moyenne.

Ce qu'on peut dire éventuellement que notre cas, a une souffrance psychique qui est due à son vécu du célibat tardif et qui se traduit par une dépression et une mauvaise estime de soi et une qualité de vie moyenne.

1.4. Cas « D »

1.4.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

Les informations générales sur le sujet

Le cas « D » est âgée de 43ans, elle a un niveau d'instruction de 3^{eme} année primaire, c'est une femme qui exerce la couture comme profession, elle est la 4^{eme} dans la fratrie, elle est dans une famille qui se compose de trois frères et quatre sœurs. Le cas « D », c'est une femme, très mince, d'après les mimiques,

elle avait une bonne humeur, sa façon de s'habiller est simple, toujours souriante, elle a accepté difficilement l'entretien.

AXE 01 : Le célibat tardif féminin

Pendant l'entretien, on a remarqué que le cas « D » était courageuse, calme, mais elle manifeste certaine inquiétude. Au début elle n'a pas accepté directement l'entretien, on la incité a parlé.

Concernant la conception du mariage elle nous a déclaré : « *zewage itekale elmaktoub le wahi dezehar* ». (Le mariage c'est la question du destin ou bien c'est la chance tout dépend).et elle a déclaré aussi : « *neki arghouri me zewigehara akhir, 3lakhatar tewalaghe zewegente apré kelanted mi kimaghe akhir* ». (Pour moi ,je suis contente que je ne suis pas mariée ,puisque je remarque que toutes les femmes qui sont mariées sont aujourd'hui divorcées, donc je préfère rester célibataire)

A propos de la question des prétendants elle nous a informé : « *oussaned déjà akhame telatha mi ouye3ejibenara* ». (Trois prétendants qui sont venus mais ce n'était pas mon genre). Elle ajoute que : « *oulache iregazen le3ali, donc athekimaghe oulama kelaghed* ». (Ya pas vraiment les hommes qui sont bien).

D'après le discours avec le cas « D » on a remarqué qu'elle est satisfaite de son célibat tardif à cause de sa peur du divorce.

A-propos des caractéristiques de l'homme idéal, elle dit : « *bacho athezewejaghe ilake atheyéli isse3a elemomayézate le3alihente* ». (Pour que j'accepte de se mariér il faut qu'il soit un homme avec les caractéristiques que je veux).

Ce qui concerne les facteurs du célibat, elle nous a déclaré : La cause du célibat tardif, c'est les mauvaises paroles sur les filles célibataires, comme moi les gens disent, elle est méchante).

A-propos des difficultés que rencontre en raison du célibat elle déclare : « *levore ssebayenness del3ivade nediri ihadren fe tekchechidte par exemple am niki karnesse tou3are* ». (« *neki areghouri oulache dacho ayé wa3ren gancheta, akelin te3icaghe bien yakhi nighamed aka walama kaleghed apérs ou ade kachemaghe gles problemes timkranines* ». (Pour moi ya pas des obstacles du célibat tardif, je vis très bien, comme j'ai dit auparavant, cette situation de solitude est mieux que se retrouver en divorce).

On remarque que le cas « D » à chaque fois, elle parle du divorce, elle est satisfaite de cette situation du célibat à cause de la peur du divorce.

AXE 02 : Le vécu psychologique du célibat tardif féminin

A- Célibat tardif et symptomatologie dépressive

Concernant ses pensées au célibat elle dit : « *teswi3ine tekhamimaghe tiswi3ine khati mi oyethoki3ara anecheta itekale arezehir* ». (Dés fois, je pense à cette situation dés fois non, mais je m'en fou, c'est une question de chance).

Dans l'entretien du cas « D » on a remarqué insuffisamment de signes, qui indiquent une dépression, elle manifeste, du malaise, perte d'intérêt. D'après (J.Cottraux, 2005), les pensées d'un déprimé pourraient se résumer dans trois catégories : la vision négative de soi, du futur et de l'environnement constituant la triade cognitive.

A propos des comportements elle nous a dit : « *ouchangeghara aken lighe ayelighe* ». (Mon comportement n'a pas changé, je suis resté comme j'étais).

Concernant l'état de santé elle nous a informés : « *essehayeno le3alite* ». (*Ma santé est très bien*).

D'après ses dires, elle n'a pas consulté un médecin ou un psychologue. Concernant l'appétit elle nous a dit : « *teswi3ine bien, tiswi3ine normale* ».

A propos de la fatigue, elle nous a informés : « *dés fois setehoissayeghe 3eyéghe défois khati* ». (Dés fois je me sens fatigué, dés fois non). On remarque qu'il n'ya pas vraiment des signes qui indiquent que le cas « D » souffre d'une dépression.

En ce qui concerne la sensibilité elle dit : « *défois tekaleghe hassassa défois normale* ». (Dés fois je me sens très sensible, dés fois normale).

Concernant le sommeil elle nous a informés : « *eterouhiyé tissewi3ine, surtout mara atekhamimaghe a fe lhaja* ». (De temps en temps, il change surtout, lorsque je pense à quelque chose). D'après (2003, *اللطفي*), le célibat tardif que la femme vit en solitude, avec l'avancement dans l'âge peut décrire des perturbations psychiques telles que l'humeur dépressive, dévalorisation et aussi physique tel que la peur de la ménopause.

B- Célibat tardif et estime de soi

Sur la confiance du sujet, elle nous a raconté : « bien sur *ese3ighe lamane gle3amriw* ». (Bien sur j'ai confiance en moi). Selon (W. James, 1890), il a limité l'estime de soi au rendement ou à la performance, il mettait l'accent essentiellement sur la dynamique interpersonnelle.

A-propos de l'image qu'elle apporte d'elle, elle dit : « *tewalaghe le3ameriwe normale* ». (J'aperçois ma personnalité normale).

On remarque une certaine perte d'intérêt chez notre sujet en ce qui concerne le célibat tardif, elle a une personnalité un peu rigide, peut être, elle ne veut pas montrer sa souffrance, en réalité. L'estime de soi correspond à une double nécessité, pour l'individu de se sentir compétent et ne pas être reconnu par autrui, comme l'a déclaré (P.Saint, 1991).

Concernant sa vision au célibat elle nous a déclaré : « *neki tewalaghe imaniwe tamzeyante oulehikeghara alage amkrane am tiyake itene* ». (Je vois que j'ai encore dépassé l'âge, tardif comme les autres filles).

Concernant la critique de mode de vie elle nous a déclaré : « *teswi3ine karghasse delake machi aka ayete3iche delake ti3iche bien* ». (Dés fois je dis, qu'il faut que je vis une belle vie) .Et aussi elle dit : « *telomaghe le3amriw surtout mara athrouhe athmaghera*). (Je critique moi-même, surtout dans une fête) .Et aussi elle a déclaré : « *le3outiwe izewage inki khati, dés fois touke3ayé* ».

A-propos de l'écoute de quelqu'un dans son besoin, elle a déclaré : « *tala oulatema ayetidete hassissen* ». (C'est ma sœur qui m'écoute en cas de besoin)

Concernant sa vision sur son avenir, elle nous a dit : « *tawalaghe a thekimaghe aka walama 3acheghe yéir tham3ichete* ». (Je reste comme ça, mieux de revenir, à une mauvaise vie).

En lui posant la question sur ses projets, elle nous a fait savoir que c'est trop tard : « *ifuthiyé elehal, les projts ouhewagen le3emer amezeyan* ». Selon Riguard la dépression chez le sujet est toujours associée à une perte d'intérêt et un ralentissement. Ce qui nous a fait comprendre que notre sujet manifeste une dépression légère.

C : célibat tardif et qualité de vie

D'après l'entretien effectué avec le cas « *D* » ce qui concerne notre question sur les changements qui apparaissent par rapport à leur état elle déclare : « *ettekarihéyé oukarouyéw, nefessaghe g lepoids machi ama chehalaya* ». (J'ai des douleurs au niveau de la tête, et aussi je commence à perdre le poids, ce n'est pas comme auparavant).

On remarque les signes de dépression chez le cas « *D* » ainsi que légère, comme : perte d'intérêt, perte de poids, perturbation de sommeil ce qui traduit par le DSM-VI par une dépression.

En ce qui concerne le temps de pense au célibat elle nous a dit : « *tekhamimaghe tiswi3ine* ». (J'en pense dés fois). De coté relationnel, le cas « *D* » ne trouve pas des difficultés relationnels, du coté relationnel, notre cas entretient de bonnes relations avec les autres grâce à sa façon de se comporter avec eux. Ce qui prouve une bonne qualité de vie sociale.

A propos de sa vision sur sa vie actuelle, elle nous a informée qu'elle est bien : « *mara ara setehoussaghe chwiyakane teprufiteghe tehiwissaghe* ». (Lorsque je ne me sens pas bien, je sors pour me défouler un petit peu).

Concernant la famille d'après ses dires : « *akelin hamedoulah lewahi d la famille surtout imawelaniwe* ». (Je suis très bien avec ma famille, sur le coté relationnel surtout mes parents).

En ce qui concerne la réaction de la famille elle a dit : « *arghouri bien ou3elimeghara mara oulachéyé da chou haderane* ». (Envers moi ils sont bien, lors de mon absence je ne sais pas). Selon (Gialdella et Chambon, 1998), la qualité de vie implique un jugement de valeurs et il affirme, lorsque les valeurs sont envisagées celles qui m'importent sont les miennes, points l'aspect subjectif de cette évaluation et se ses normes.

A-propos des changements d'attitudes de la part des proches et des amis, elle a déclaré : « c'est normale ». Et en ce qui concerne les changements concernant le comportement, d'après ses dires « *ouribdelara* ». (Le comportement n'a pas changé envers la famille ». Et par rapport aux soucis de santé d'après ses dires « je suis très bien juste, des douleurs au niveau de la tête ».

D'après l'entretien, on a remarqué que notre sujet est souriante et coopérant, elle a montré son bien être et sa bonne humeur. A la fin de l'entretien on a demandé ce qu'elle veut rajouter quelque chose, d'après ses dires « ya rien a rajouté ». Enfin, lorsqu'elle a parlé beaucoup sur le divorce on lui a posé la question est ce que dans sa famille, il ya des femmes qui sont divorcées, elle nous a répondu : « il y'a 7 femmes qui sont divorcés dans notre famille) d'après ses paroles on a constaté que le cas « *D* » est influencée dans son environnement familiale, ce qui peut dire qu'elle est dans un environnement faible. D'après (S.Schweizer, 2002), d'autres facteurs qui peuvent influencé sur la qualité de vie des femmes, comme l'état de santé cette conception objective et fonctionnelle est accessible par hétéro-évaluation.

Synthèse de l'entretien semi-directif

Après l'analyse des entretiens, on a constaté que le cas « *D* » n'a pas vraiment influencé par le célibat tardif, elle accepte un peu cette situation.

Elle représente une symptomatologie dépressive légère, marquée par des changements dès fois de l'appétit, la fatigue et devient dès fois sensible au moment ou elle pense à son célibat, elle nous a déclaré : « *temakethayeghade tissw3ine surtout mara atheroihe aretamaghera* ». (je pense au célibat quand je suis dans une fête).

Ce sujet présente une bonne estime de soi, d'après ses dires elle ne souffre pas vraiment sur le coté psychologique, le cas « *D* » a supporté ce célibat tardif, parce qu'elle a confiance en soi même.

Nous avons constaté que le sujet « *D* », présente une bonne qualité de vie physique, psychologique, le domaine de l'environnement, ainsi que le domaine social.

1.1.2. Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas « *D* »

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

Tableau n°15 : tableau représentatif des données de BDI-II du cas « D ».

Les résultats obtenus dans l'échelle de BDI-II du cas « D » qu'elle souffre d'une dépression légère, les signes sont indiqués dans l'échelle de Beck par rapport à son état à son état psychique et de son vécu du célibat tardif féminin.

Les signes de dépression chez le sujet ne sont pas nombreux, ce qui prouve, sa situation de dépression, donc on le classe comme atteint d'une dépression légère avec un score total de 19.

On remarque que notre sujet après la passation de l'item n°1(tristesse), elle dit : « *je me sens très souvent triste* », elle présente une tristesse souvent ou on a disposé une note(2).Et dans l'item n°2 (pessimisme) elle dit : « *j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer* », elle présente un score élevé de (3). Ainsi dans l'item n°17(irritabilité) elle dit : « *mes sentiments envers moi- même n'ont pas changé* ».

Aussi ce qui concerne le score (2) qui sont l'item n°3(échec dans le passé) elle déclare : « *quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs* » qui a la note(2).à l'item n°4(perte de plaisir), elle dit : « *je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant* » et pour l'item n°8(attitude critique envers soi), elle dit : « *je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais* »,un autre signe indicateur de dépression de score (2) ce sont des pleurs à l'item n°10(pleur) elle déclare : « *je pleure plus qu'avant* »,et pour l'item n°15(perte d'énergie),elle dit : « *je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose* ».

L'item n°21 (perte d'intérêt pour le sexe), elle dit : « *Le sexe m'intéresse moins qu'avant* », l'item n°12 elle déclare : « *je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses* ».

Synthèse de l'échelle de Beck BDI-II du cas « D »

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et l'échelle de Beck on a constaté éventuellement que le cas « D » souffre d'une dépression légère, et les résultats de ses derniers le confirment l'intensité de la dépression chez notre sujet qui a un totale de réponses de l'échelle de Beck qui est de 19.

Parmi les signes qui indiquent une dépression légère chez le sujet « D » les plus manifestes sont la, perte d'intérêt, les changements un peu du sommeil...

1.1.3. Présentation et analyse des résultats de SEI du cas « D ».

	Général	social	familial	professionnelle	total	Mensonge
Le cas « D »	19	6	2	5	32	5

Tableau n°16 : tableau représentatif des résultats de SEI du cas

Les résultats obtenus dans l'échelle de SEI du cas « D » montre que le sujet présente une bonne estime de soi .Les indicateurs de l'estime de soi, élevé, sont indiqués dans toutes les échelles, ainsi le score total de la norme $30 \leq 33$.

Dans le tableau ci -dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats :

L'échelle générale : la note obtenus est de (19) points sur (26) qui est la note maximale, ce qui confirme chez le cas « D », a répondu en cochant la case (me

ressemble), elle dit : « *quand j'ai quelque chose à dire en générale je le dit* » 'et aussi elle déclare : « *j'ai confiance en moi* ». Ce qui peut indiquer probablement que le sujet n'est pas sensible.

L'échelle sociale : On a la note (6) points sur (8) points de la note maximale, le cas « D » qui a répondu en cochant la case (me ressemble), dit. « *La plus des gens sont bien avec moi* » et aussi elle déclare : « *je préfère avoir des amis plus jeunes que moi* », ce qui signifie éventuellement que le cas « D » n'a pas un problème relationnel.

L'échelle familiale : dans cette échelle on a la note de (2) points sur (8) points de la note maximale, elle a répondu par (ne me ressemble pas), elle dit : « *ma famille prête généralement attention à ce que je ressens* », et « *ma famille me comprend bien* », ainsi « *je passe de bons moments avec ma famille* ». Tout ça peut expliquer que le sujet « D » est soutenue et aidé par sa famille.

L'échelle professionnelle : On arrive à la note de (5) points de note maximale de (8) points, elle nous explique par la case (me ressemble), elle dit : « *dans mon travail, je réussis bien ce que je voudrais* », aussi « *au travail mes responsables me font sentir que mes résultats sont très bien* », et dans la case (me ressemble), elle dit : « *je peux prendre la parole dans un groupe* », ce qui peut indiquer que le sujet « D » n'a pas des difficultés et des incapacités à entamer un travail.

L'échelle de mensonge : On a obtenu les points de (5) sur (8) points de la note maximale ce qui indique qu'elle est moyenne qui peut indiquer une bonne présence défensive.

Synthèse de l'échelle de SEI du cas « D »

D'après l'entretien et l'analyse l'inventaire de SEI, le cas « D », la note obtenue dans l'échelle est de 30 points elle correspond à la première classe (≤ 33)

qui signifiant une bonne estime de soi chez le cas « *D* ».Ce qu'on peut expliquer potentiellement que le sujet « *D* » est caractérisé par le sentiment de valorisation ainsi perte d'intérêt dès fois.

L'indice favorable de l'environnement qui entoure le cas « *D* », c'est ce qui concerne la famille avec son influence positive sur la qualité de son estime de soi, ce qu'on peut expliquer que le cas est toujours en bonne situation à cause de l'environnement favorable qui l'entoure comme elle le déclare dans l'entretien : « sethooussaghe imaniwe bien lewahi dela famille ».A partir de cette expression on peut comprendre que le cas « *D* » n'est pas très sensible par le vécu du célibat tardif féminin, et que la famille joue un rôle très important dans la vie du sujet et c'est rarement que la famille comprenne ce que ressentent leurs filles .

Présentation et analyse de l'inventaire de SEI du cas « *D* »

Domaine	Score
Santé physique	24
Santé psychologique	14
Relation sociale	6
Environnement	18

Tableau n°17 : tableau représentatif des résultats du questionnaire WOQOL-BREF du cas « *D* »

Les résultats obtenus dans le questionnaire de la qualité de vie du cas « *D* » montre que le sujet indique un score de QDV de 62 ce qui signifie une qualité de vie bonne, ce qui explique que le sujet vit dans un environnement favorable.

La santé physique : On a le résultat 24 qui se situe dans la norme de (7-35) et que le sujet réponde par la case (pas de tout) à la question 3 , aussi pour la question 4 elle a répondu par la case (modérément) ce qui explique que la santé physique du cas « *D* » est bonne.

La santé psychologique : on a obtenu le résultat 14 qui se situe dans la norme de (6-30) ce qui signifie que le sujet a une santé psychique moyenne.

La relation sociale : on a eu le résultat de 6 qui se situe dans la norme de (3-15) ce qui indique que le cas « *D* » est bien en relation sociale.

Environnement : On arrive au résultat 18 qui se situe dans la norme de (8-40) ce qui explique que le sujet dans son environnement, n'a pas de difficultés.

Synthèse du questionnaire de WOQOL-BREF du cas « *D* »

D'après les résultats obtenus du questionnaire de WOQOL-BREF du cas « *D* » on a remarqué une qualité de vie bonne par un score de 62, ce qui explique que le sujet est dans un entourage favorable.

Synthèse générale des données du cas « *D* »

Ce qui concerne le deuxième outil qui est la dépression, on a constaté que le cas « *D* » souffre d'une dépression légère, avec un score de 19.

Dans le troisième outil qui est l'estime de soi on arrive a un score 32.

Et dans le quatrième outil de qualité de vie on a obtenu le score de 62 qui indique une bonne qualité de vie.

Ce qu'on peut dire que notre cas elle n'a pas vraiment de soucis psychologiques sociales, physiques, et elle vit dans un environnement favorable elle ne souffre pas psychiquement de son vécu du célibat tardif, et qui se traduit par une dépression légère, et une bonne estime de soi ; et une bonne qualité de vie.

Discussion des hypothèses

Il nous semble, qu'il est bien clair que le phénomène du célibat tardif féminin en tant qu'une période, qui touche les femmes entre 35ans et plus, crée des complications et des difficultés sur le vécu psychologique de ces dernières et ce sur le plan psychique, physique, environnemental.

Après avoir présenté, évalué, et interprété les résultats de l'entretien clinique semi directif, ceux de l'échelle de dépression (BDI-II), et l'inventaire de l'estime de soi (SEI), ainsi que le questionnaire de la qualité de vie (WHOQOL-BREF), des 04 cas de notre groupe de recherche, il nous a permis de tenter, et de vérifier nos hypothèses, qui sont :

I- La nature de vécu psychologique du célibat chez les femmes âgées de 35ans et plus, est mauvaise.

1- Le degré de la dépression chez les femmes âgées de 35ans et plus, est élevé.

2- La nature de l'estime de soi chez les femmes âgées de 35ans et plus, est faible.

3- La nature de qualité de vie chez les femmes âgées de 35ans et plus, est mauvaise.

-Cas « A »

A partir de l'analyse de l'entretien clinique du cas « A », et l'échelle de la mesure de dépression (BDI-II) on a constaté que le cas souffre d'une dépression sévère avec un score de (32) ce qui explique que le cas souffre d'une dépression et que notre première hypothèse est **confirmée** par le cas « A »

Donc le degré De la dépression chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus et élevé. Parmi les symptômes de dépression selon le DSM-IV cité dans la partie théorique chez le cas « A » on trouve : 1-le changement de

Discussion des hypothèses

sommeil, 2- changement d'appétit ou du poids, 3- réduction d'énergie, 4-idée de dévalorisation ou de culpabilité, 5-difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions. (Le DSM-IV, 2003, p.397). Donc la présence de ses symptômes indique la présence d'une dépression chez le sujet.

Une étude sur les causes de perturbation de la période du célibat tardif indique que l'anxiété est l'une des composantes de cette période qui est reliée à des crises sur le plan familial, social ce qui indique des conflits psychologiques qui influence négativement sur l'état psychique de la femme. (S.Hasan.saani, 1981, p.19).

Selon le model cognitif de Beck, l'hypothèse centrale indique que les sujets dépressifs présentent des schémas cognitifs inconscients, situés dans la mémoire à long terme qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négative de l'expérience vécue.les schémas contiennent un ensemble de règles inflexibles ou postulats silencieux qui se présentent sous une forme impérative, ces postulats sont implicites, rarement conscient et guident les jugements que le sujet porte sur lui-même. La perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir, et les rêves lugubres traduisent cette perturbation du traitement de l'information par les schémas. (J.Cottraux.1999, pp.50-51).

A partir de l'entretien et l'analyse de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith de cas « A », on a obtenu la note de 27 points qui correspond à la classe (≤ 33), et qui signifie que le sujet a une très basse estime de soi, et ce qui indique que notre deuxième hypothèse est **confirmé**, donc la nature de l'estime de soi chez les femmes âgées de 35ans et plus est faible.

Parmi les indicateurs d'une faible estime de soi cités dans la partie théorique chez le cas « A »on trouve : 1- la susceptibilité, 2- la sensibilité au rejet et à la critique, 3- facilité à critiquer, à faire des reproches, 4-des plaintes, 6-le doute, 7- la peur de l'échec ou les échecs répétitifs. (L.Aline, 2000, p.242)

Discussion des hypothèses

Donc d'après ces différents indicateurs d'une faible estime de soi on peut conclure que le sujet « A » a une basse estime de soi.

Il y a plusieurs raisons au manque d'estime de soi mais le principal est un manque de confiance en soi, en ses qualités et ses aptitudes. La mauvaise perception de soi découle de pensées négatives. Donc, un des premiers pas est d'apprendre à diagnostiquer ces pensées négatives et à s'entraîner pour les transformer. Les pensées négatives qui inondent l'esprit, et la cause de vos émotions sont étroitement liées à la façon de penser, elles sont la conséquence ultime de la manière de percevoir les choses.

En 1934, Mead a étudié le lien entre le soi et le milieu, pour cet auteur, le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui à l'intérieure d'un contexte dans lequel cet individu et autrui interagissent. (Mead, 1963, p.178).

A travers ses différentes citations on constate que l'estime de soi faible est reliée à des raisons personnelles (les pensées négatives, manque de confiance en soi...) et des raisons liées au contexte dans laquelle l'individu vit.

Pour vérifier notre troisième hypothèse, qui est la nature de la QVD chez les femmes âgées de 35ans et plus est mauvaise à partir des résultats de l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire de WHOQOL-BREF.

Selon les résultats obtenus chez le cas « A » on constate que le célibat tardif a influencé sur la QDV de notre sujet et cela par des manifestations des troubles psychiques, en se référant au questionnaire de WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu un score de 50% dans le domaine de la santé psychique et un score de 75% dans le domaine de la santé psychologique, et on note 8,33% dans le domaine relationnel, cela est lié à un manque de confiance aux autres , et 40,62% ce qui concerne le domaine de l'environnement et cela renvoie à ses difficultés vécues dans cette âge . D'après ce qu'on a recueilli, nous estimons

Discussion des hypothèses

que la nature de qualité de vie chez les femmes âgées de 35ans et plus est mauvaise, donc notre hypothèse est **confirmée**.

D'après Horni (1939) , la personne qui ne croit pas qu'elle est aimée par ceux qui l'entourent, elle est incapable d'aimer les autres comme le confirme A. Maslow (1942) en disant que le manque d'amour de l'individu en soi le conduit à haïr les autres et From (1956) ajoute que cette haine est due à la peur de l'individu du rejet de l'autre

La même personne qui apprécie soi même aura de bonnes relations sociales avec ceux qui l'entourent contrairement à la personne qui n'a pas confiance en soi, cela est confirmé par Swann et Read (1981), qui ont considéré que l'individu attend une évaluation de son entourage égal au degré de son évaluation personnel. (S. Genette, 1990, p.14).

A travers ces citations on constate que le cas « A » est une femme en situation du célibat tardif elle a besoin d'une compréhension de la part de la famille, amis, environnement pour qu'elle puisse apprécier soi même et avoir des relations avec les autres.

D'après l'analyse des données de l'entretien clinique du cas « A », on a pu constater qu'elle souffre profondément vis-à-vis du célibat tardif, elle a expliqué sa situation par la question de destin et que le mariage est lié au « *maktoub* », ce qui signifie « *les bienfaits reconnus au mariage dépasseraient cependant la dimension personnelle, en effet ayant une grande valeur religieuse et spirituelle, notamment par son pouvoir a attire la grâce divine, le mariage serait profitable à la société toute entière, chez les musulmans, le mariage est une suna c'est-à-dire une tradition du prophète, importante à suivre.* » (Ouadah-bedidi.Z, 2005, p.29). Ce qui exprime la valeur religieuse et sociale aussi bien que personnelle du mariage chez la femme surtout celle qui est encore célibataire.

Discussion des hypothèses

L'état de souffrance que vit le cas « A », explique une mauvaise nature de son vécu psychologique qui a été décrit par le guide d'entretien (elle nous a parlée sur ses obstacles et les difficultés vécues dans sa situation du célibat tardif), ce qui est déployé par l'échelle de dépression de Beck qui explique une dépression sévère (sa note 32) et ce qui indique qu'elle souffre d'une dépression. L'inventaire de Coopersmith lui aussi nous a donné une description sur la nature de l'estime de soi chez le cas « A » son score $27 \geq 33$ qui indique un estime de soi basse ou faible, ainsi le questionnaire de QDV de WHOQOL-BREF qui nous donne un résultat d'une QDV mauvaise vécu par le cas. À travers ses quatre outils de mesure on peut constater que la nature de vécu psychologique chez les femmes célibataires âgées de 35ans et plus est mauvaise. Donc notre hypothèse principale est **confirmée** chez le cas « A », cette femme à une mauvaise nature du vécu psychologique du célibat tardif.

Cas « B »

A partir de l'analyse de l'entretien clinique du cas « B » et l'analyse du mesure de dépression de (BDI-II) on a constaté que notre cas souffre d'une dépression sévère avec un score(38) ce qui explique que notre hypothèse est **confirmée** par le cas « B », donc le degré de la dépression chez les femmes célibataires âgés de 35 ans est plus élevé .Parmi les symptômes de dépression selon le DSM-IV cité dans la partie théorique, chez le cas « B » on trouve modification du sommeil, changement de l'appétit ,perte de poids, perte d'énergie,(DSM-IV ,2003).

Alors la présence de ces symptômes indique la présence d'une dépression chez le sujet.

L'état de la souffrance que vit le cas « B », explique sa dépression sévère, mesurée par l'échelle de dépression de Beck, sa note(38). « La dépression est un état pathologique caractérisé par une tristesse et une douleur associée à une

Discussion des hypothèses

réduction de l'activité psychomotrice qui influence sur leur comportement « *le comportement, au sens de « séquence comportementale », n'est pas conçu comme le signe ou le symptôme d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière. la thérapie n'a pas pour but de supprimer une séquence de comportement mais d'apprendre au sujet une nouvelle séquence, non pathologique et incompatible avec le trouble présenté. Ce qui doit entraîner une assimilation de ce nouveau comportement dans l'ensemble de la personnalité de l'individu* »(J.Cottraux, 2001,p.4). Dans son usage familial, le terme de dépression peut recouvrir à des états très divers allant du simple « *passage à vide* » à des troubles psychiatriques plus sévère » .Comme l'a déclaré (N.Claude.et al.).

Le cas « *B* » a une estime de soi basse, mesurée par l'inventaire de Coopersmithe, son score est de(30), jusqu'à présent elle vit dans une souffrance et de pessimisme, et de fatigabilité qui se manifeste par le sentiment de culpabilité.

Le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre. Pour vivre dans de bonnes conditions dans un monde en perpétuel changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence .Or, les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation, dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles mêmes, les changements leurs font peur et elles se montrent d'anxiété.

La baisse d'estime de soi est en effet un symptôme commun à toutes les dépressions. Lors des dépressions, plus que l'estime de soi est altérée, plus la dépression est grave et risque de se prolonger en l'absence du traitement adapté. (C. Andre et F.Lelord,).

A partir de l'entretien et l'analyse de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith du cas « *B* », on a obtenu la note de 30 points qui correspond à la

Discussion des hypothèses

classe (≤ 33), et qui signifie que le sujet a une très basse estime de soi, ce qui affirme que notre deuxième hypothèse est **confirmé**, donc la nature de l'estime de soi chez les femmes âgées de 35 ans et plus est faible.

Pour vérifier notre troisième hypothèse, qui est la nature de qualité de vie chez les femmes âgées de 35 ans et plus, on a choisi comme outil d'évaluation, l'entretien clinique semi-directif et le WHOQOL-BREF.

Le cas « *B* » : Selon les informations recueillies dans l'entretien, notre sujet éprouve un isolement, tristesse, un sentiment de désespoir se qui peut expliquer « *les émotions sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. Cependant, l'organisme ne répond pas passivement et en fonction des caractéristiques des stimulations auxquelles il se trouve exposé sa perception des événements dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à ce moment précis* » (J.cottraux, 2001, p.5) ce qui signifie une souffrance psychique. Quant à sa santé elle manifeste des plaintes psychiques qui s'expriment par la fatigue, manque d'énergie. Pour le coté relationnel, elle a quelques problèmes avec certains et cela a engendré chez elle des difficultés d'intégration.

En se référant aux résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-BREF, le cas « *B* », a obtenu un score de 21,42% dans le domaine de la santé physique et un score de 20,83% dans le domaine de la santé psychologique et un score de la relation sociale de 16,66 %, et de 34,37% ce qui concerne le domaine de l'environnement et cela renvoie à ses difficultés dans son environnement. D'après l'analyse des données de l'entretien du cas (*B*), on a pu constater qu'elle souffre profondément à travers le célibat tardif féminin, elle éprouve une douleur énorme, qui est à l'origine le retard du l'âge et le fait qu'elle est toujours

Discussion des hypothèses

en état du célibat, ces deux éléments ont aggravés l'état de sa souffrance psychologique. Donc notre troisième hypothèse est **confirmée**

D'après ce qu'on a recueilli, dans (l'entretien clinique et échelle de dépression, l'inventaire de l'estime de soi, questionnaire de QDV), le célibat tardif influence négativement sur le cas « B » et particulièrement sur la qualité de vie de notre sujet, donc notre hypothèse principal est **confirmée**, la nature de vécu psychologique chez le cas « B » est mauvaise.

Cas « C »

A propos de notre analyse de l'entretien clinique et l'échelle de dépression on a constaté que le sujet souffre d'une dépression sévère, mesurée par l'échelle de Beck (sa note est 32), donc on constate que notre première hypothèse est **confirmée**, cette femme souffre d'une dépression élevée.

Nous savons que le nombre de facteurs psychologiques, notamment nos pensée « *la cognition est l'acte de connaissance. Elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur. la psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action. les phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes représentent son champ d'étude. Elle se centre sur les processus mentaux les plus élaborés : pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire* » (J.cottraux, 2001, p.5). Nos émotions et nos réponses aux événements marquent notre vie, donc c'est une logique que les femmes présentent une variété de facteurs du risques psychologiques (une tendance au pessimisme ou à la culpabilité par exemple)

Le cas « C » d'après l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi, le sujet présente des sentiments de dévalorisation, stresse,

Discussion des hypothèses

solitude, la honte, la note obtenue dans le teste est de 28points elle correspond à la première classe (≤ 33), et qui signifie que le sujet a une très basse estime de soi. Donc notre hypothèse est **confirmée**, si la nature de l'estime de soi chez les femmes âgées de 35ans et plus est faible.

Le sujet qui a une faible estime de soi est paralysé par la possibilité d'erreurs et d'échecs, désespoir, les expériences du passé viennent renforcer ses appréhensions, et elle est hantée par la peur et l'indécision, elle critique sévèrement ce qu'elle a accompli. (F. Lebord et all, 1998, pp.45-47).

On s'appuyant sur les données de l'entretien semi-directif, et les résultats du questionnaire de QDV, dans les scores obtenus nous avons 53.57% dans le domaine physique, 37,5% dans le domaine psychologique, 8.33% dans le domaine social et 31,25% pour l'environnement. On remarque une mauvaise QDV environnementale et sociale ce qui explique que le phénomène du célibat tardif crée des complexes chez le sujet pour faire face à l'environnement. D'après ces résultats, on constate que la QDV chez les femmes âgées de 35ans et plus est mauvaise. Donc notre hypothèse est **confirmée**.

L'analyse des résultats de l'entretien clinique du cas « C », démontre une souffrance psychique avec une douleur qui est due à la solitude, et des fois ce dernier est expliquée par le silence durant l'entretien et que le silence dans notre domaine indique beaucoup de choses sur l'état psychique du sujet.

Le silence n'est qu'apparemment une absence de communication, le plus souvent lourd de sens. En clinique et en psychothérapie, des séances entières peuvent être silencieuses. Ce silence peut être défensif, voir agressif mais également profondément fusionnel, tout à fait heureux et privilégié. Pour le clinicien, le silence de l'autre doit être bien géré, c'est-à-dire d'abord il faut le respecter. Plus on est anxieux moins on supporte le silence de l'autre.

Discussion des hypothèses

Le silence en psychologie est aussi un espace de projection facile, il doit toujours se replacer dans le sens le plus général de la communication du sujet. (H.Benony, 2003).

La souffrance vécu par le cas « C » explique une mauvaise nature du son vécu psychologique qui était exposé par le guide d'entretien (elle nous a parlée sur la solitude, fatigue, stress...), Ce qui a été démontré par l'échelle de dépression (BDI-II) qui résulte une dépression sévère (sa note 32) ce qui indique la présence d'une dépression l'inventaire de l'estime de soi (SEI) lui aussi montre que le cas « C » a un faible estime de soi son score total est (28), $30 \leq 33$, et en ce qui concerne la nature de QDV qu'on a décrit par le questionnaire de WHOQOL-BREF qui nous donne le résultat d'une QDV mauvaise vécu par le cas. A partir de nos outils utilisés on **confirme** notre hypothèse principale chez le cas « C », elle a une mauvaise nature du vécu psychologique.

Cas « D »

D'après l'analyse des données de l'entretien du cas « D » on a constaté qu'elle souffre d'une dépression à travers le célibat tardif, elle éprouve des difficultés à cause de l'avance d'âge et encore elle n'est pas mariée le fait qui peut entrainer des troubles psychologiques.

A partir de l'analyse de l'entretien clinique du cas « D » et l'analyse du mesure de dépression (BDI-II) on a remarqué que notre cas souffre d'une dépression légère avec un score de (19), ce qui explique que notre hypothèse est **infirmée** par le cas « D ». Parmi les symptômes les plus manifestés chez notre cas, on trouve : modification du sommeil des fois, perte d'appétit des fois, et aussi perte de sommeil, des fois, cité dans le DSM-IV.

Discussion des hypothèses

D'après l'existence de ces symptômes, le cas « *D* » souffre d'une dépression légère.

La dépression est un trouble de l'humeur, la notion d'humeur, (ou thymique) est une notion complexe, Delay(1964) la définit comme disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.

Le cas « *D* » souffre d'une estime de soi moyenne, mesurée par l'inventaire de Coopersmith, son niveau est de (32), elle est dans une souffrance légère qui se manifeste beaucoup plus dans l'entretien, comme : la fatigabilité, perte d'insomnie des fois, et perte d'énergie des fois.

L'estime de soi est une approbation ou désapprobation portée sur soi-même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important, c'est une expression subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs. (S.Coopersmith, 1948, p.6).

Cooley (1902) avoue que le soi est considéré comme étant principalement une construction sociale, menée à travers des échanges linguistiques (interactions symboliques) avec d'autres. Il postule qu'autrui serait un miroir dans lequel nous nous percevons et que les jugements d'autrui sur nous sont intériorisés.

A partir de l'entretien et l'analyse de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith du cas « *D* » on a obtenu la note (32) points qui correspond à la classe (≤ 33) et qui signifie que le sujet a une estime de soi élevée ce qui affirme que notre deuxième hypothèse est **infirmée**, donc la nature de l'estime de soi chez les femmes âgées de 35 ans est élevée.

Discussion des hypothèses

Pour vérifier notre troisième hypothèse, qui est la nature de la qualité chez les femmes âgées de 35 ans et plus, on a choisi comme outil d'évaluation, l'entretien clinique semi-directif et le WHOQOL-BREF.

Le cas « *D* » selon les informations recueillies dans l'entretien, notre sujet éprouve une tristesse légère, un sentiment de désespoir, ce qui signifie une souffrance psychique. Quant à sa santé, elle manifeste des plaintes psychiques qui s'expriment par la fatigue, manque d'énergie. Pour le côté relationnel, elle n'engendre pas des difficultés d'intégration.

En se référant aux résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-BREF, dans le cas « *D* » on a obtenu un score de 60,71% dans le domaine de la santé physique, et un score 33,33% dans le domaine de la santé psychologique et un score de la relation sociale de 25% et de 31,25% représentant le domaine de l'environnement et cela renvoie à son milieu défavorable. À partir de nos résultats on **infirme** la troisième hypothèse

D'après ce qu'on a recueilli, le célibat tardif influence légèrement sur le cas « *D* » et particulièrement sur le vécu psychologique de notre sujet à partir des résultats obtenus dans nos outils (entretien clinique semi-directif, échelle de dépression, inventaire de coopersmith, questionnaire de WHOQOL-BREF), de ce fait, on peut dire clairement que notre hypothèse principale est **infirmée**. Donc la nature de vécu chez le cas « *D* » est moyenne.

Discussion des hypothèses

Après avoir discuté et l'affirmation des hypothèses de notre recherche avec les quatre cas (A, B, C, D), on passe à la présentation des trois figures qui expliquent le degré de la dépression, la nature de l'estime de soi, et la nature de QDV des 4 cas de notre recherche. Donc on commence par la première figure qui présente le degré de dépression chez les 4 cas.

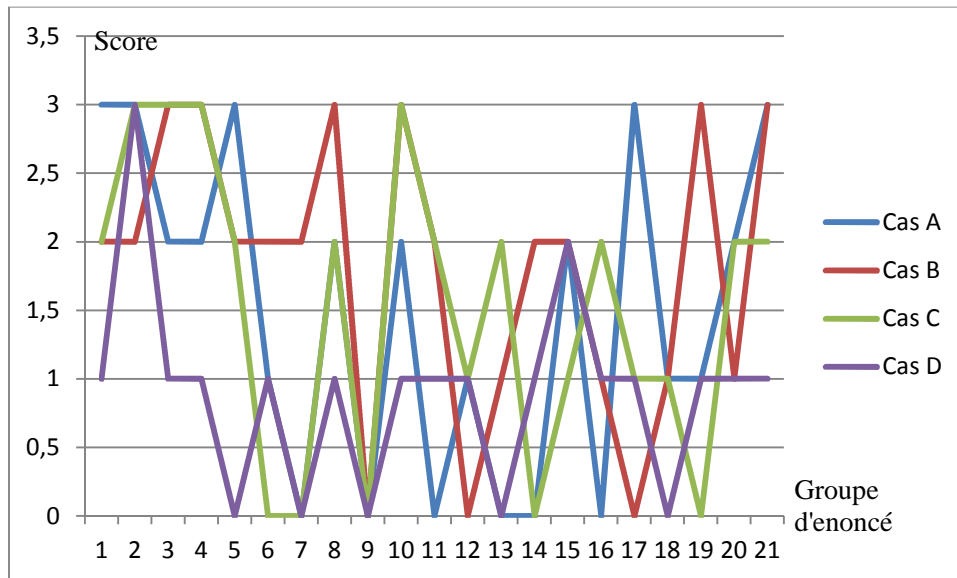


Figure 01: Le degré de la dépression chez les quatre cas

Concernant le degré de la dépression chez les cas (A, B, C, D) on remarque que les trois premiers (A, B, C) leur degré de dépression est élevé, leur score commence entre 3 et 2 avec presque tout le groupe d'énoncé chez le cas « A » en bleu il commence par le score (3) et se termine avec le score (3) ce qui explique un degré élevé de la dépression. Le cas « B » en rouge son départ par le score (2) et il termine avec (3) ce qui indique un degré de dépression élevé, ainsi le cas « C » en vert lui aussi son score commence par le chiffre (2) et se termine par le score (2) avec presque tout le groupe d'énoncé.

Dans le cas « D » en couleur mauve le score commence par (1) et termine avec (1), avec presque tout le groupe d'énoncé se qui explique un degré de dépression léger chez le cas.

Dans la figure suivante on présente le deuxième outil qui décrit la nature de l'estime de soi.

Discussion des hypothèses

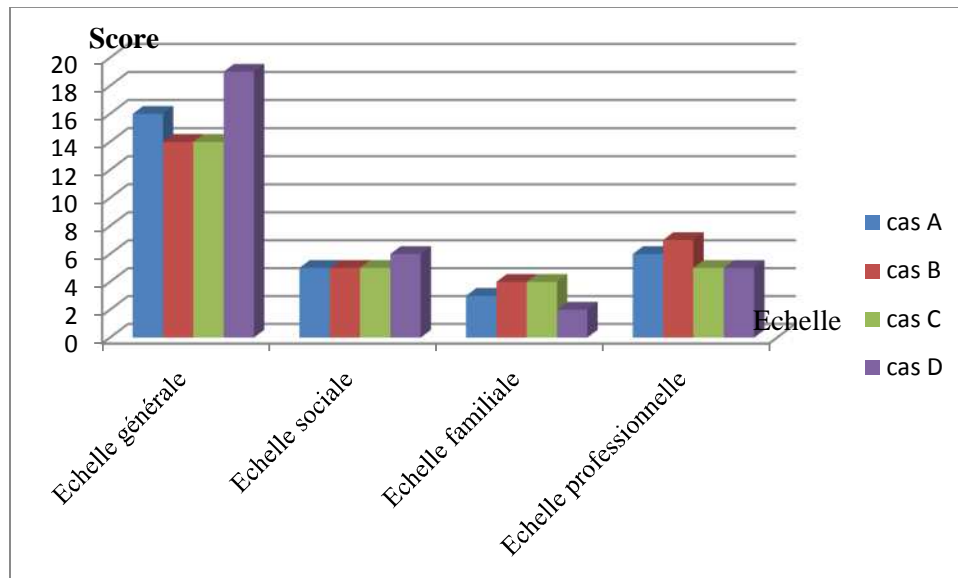


Figure 02: La nature de l'estime de soi chez les quatre cas.

Dans les quatre échelles qui représentent la nature de l'estime de soi qui sont (échelle générale, échelle sociale, échelle familiale, échelle professionnelle), on commence par l'échelle générale dans les 4 cas le cas « d » a eu un haut estime de soi(19), après c'est le cas « A » avec un score de (16), ainsi on trouve le cas « B » et « C » avec une égalité qui se réfère a un score de (14).

En ce qui concerne l'échelle sociale, on remarque que les trois cas (A, B, C) on une égalité avec un score de (5), la nature de l'estime de soi est faible, et pour le cas « D », il a un score moyen d'estime de soi(6) par rapport au autres cas

Avec l'échelle familiale on remarque que l'estime de soi chez les cas (C, B) ils ont une égalité avec un score de (4), et pour le cas « A » on trouve un score de (3) et pour le faible c'est le cas « D » avec un score de (2).

A propos de l'échelle professionnelle conclue chez les cas (C, D) une égalité avec un score de (5), est chez le cas « A » un score de (6), et le cas « B » un score de (7).

Discussion des hypothèses

Après avoir présenté l'estime de soi, on passe à la qualité de vie.

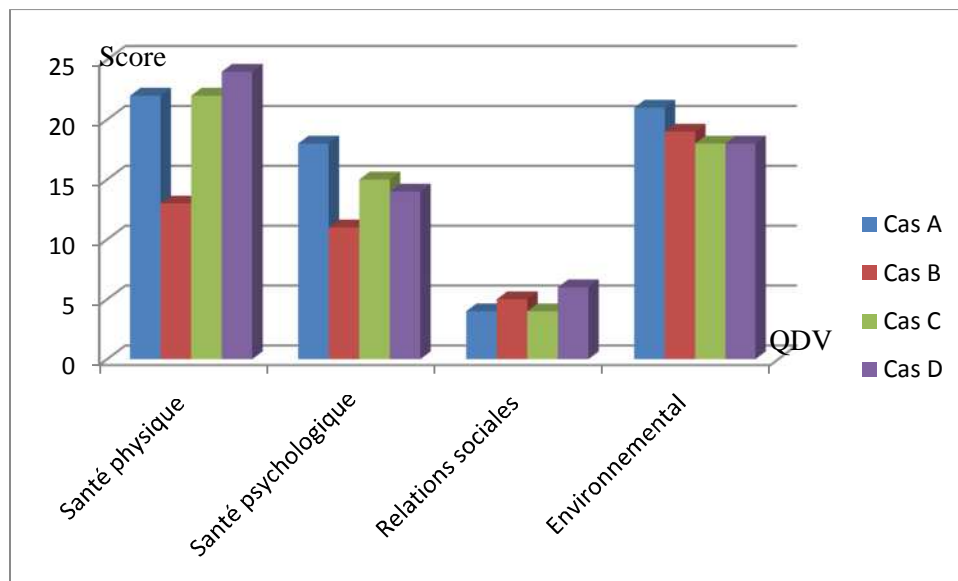


Figure 03: La nature de la qualité de vie chez les quatre cas.

Les domaines de mesure qui caractérisent la qualité de vie, on trouve trois qui sont : la santé physique, santé psychologique, relations sociales, environnemental. Avec les 4 cas, on commence par le domaine de la santé physique le premier c'est le cas « D » qui a un score élève de (24), après on trouve les cas (A, C) qui suivent le cas « D » avec un score de (22), et en dernier on trouve le cas « B » avec un score de (13).

Le deuxième domaine qui est la santé psychologique, on remarque une inégalité entre les 4 cas, on commence de plus haut qui est le cas « A » avec un score de (18), après c'est le cas « C » avec un score de (15), ensuite vient le cas « D » avec un totale de (14) puis on termine avec le cas « B » qui un score de (11).

Le prochain domaine est les relations sociales on remarque que ce domaine est faible malgré l'inégalité entre le total des 4 cas, on commence par le plus haut qui est le cas « D » avec un score de (6), ensuite c'est le cas « B » avec un score de (5), après ce sont les cas (A, C) avec un totale de (4).

Le dernier domaine qui est l'environnement on commence toujours par le plus haut qu'on trouve chez le cas « A » avec un score de (21), puis on passe au deuxième cas qui est le « B » avec un score de (19), et les deux derniers cas (C, D) qui ont le même score (18).

Conclusion

À propos de cette recherche, on a essayé d'aborder la question de célibat tardif et son influence sur le vécu psychologique des femmes qui ont l'âge de 35 ans et plus, en se basant sur les informations faites sur le terrain durant notre pré- enquête.

Des études statistiques ont montré que le phénomène du célibat tardif est imposé fortement sur le monde africain et que l'Algérie surmonté la liste des pays arabes en termes de volume de ce phénomène pour cela il est nommé le pays des célibataires.

Les résultats émis par le bureau national des statistiques révèle qu'en Algérie, il y a 11 millions de célibataires avec une augmentation annuelle estimé de 200milles filles, la même source enregistre 93% des femmes célibataires, sont ménopausées et d'autres dépassent les 35ans.

L'objectif principal de notre recherche intitulée « *le vécu psychologique des femmes en état du célibat tardif* », est donc de déterminer la nature du vécu psychologique chez les femmes âgées de 35ans et plus, de connaître la présence d'une dépression ou non et de l'évaluer, ainsi que connaître la nature de l'estime de soi, et la nature de la QDV chez les femmes en situation du célibat tardif.

Nous avons effectué notre recherche auprès des 04 cas, et pour réaliser cette étude, on a choisi la méthode clinique à base de l'étude de cas, des entretiens cliniques semi-directifs, l'échelle de dépression de Beck, et l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith, ainsi le questionnaire de QDV de WHOQOL-BREF cela afin d'explorer le ressenti de ces femmes.

Nous avons rencontré dans deux lieux nos sujets, les difficultés (sociales, familiales) et la souffrance vécu par les femmes en situation du célibat tardif féminin étaient apparentes.

le célibat tardif, a des prétentions ou des troubles psychosociales où un célibataire éligible a tendance d'être égoïste de ne pas supporter la responsabilité conjugale ou offre des garanties , et le célibat contredit la réalité de la vie humaine par conséquent il a un impact négatif sur le coté physique, moral et social.

Conclusion

Dans l'analyse des résultats de notre groupe de recherche, il nous a révélé un vécu psychologique négatif ou mauvais, caractérisé par une dépression à un degré sévère chez les cas (A, B, C), et pour le cas (D) elle est légère. Et ce qui concerne la nature de l'estime de soi elle est basse ou très basse chez les cas (A, B, C) et chez le cas (D) elle est moyenne, ainsi le questionnaire de QDV on a conclu la qualité de vie moyenne pour les 04 cas de notre groupe de recherche.

Ce qui concerne le degré de la dépression on a constaté qu'il se diffère d'une femme à une autre selon leur histoire personnelle, leur état psychique, physique, et social

A travers notre recherche on a confronté des difficultés, et malgré les limites, on a pu expliquer cela en réalisant ce modeste travail qui n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche scientifique, nous espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives à d'autres recherches. Nous souhaitons autant que futurs psychologues, d'avoir contribué à travers cette recherche à faire sortir la souffrance de ces femmes en situation du célibat tardif et son silence, comprendre leur vécu douloureux, leur accorder une écoute et leur favoriser la mise en place d'un accompagnement de qualité.

Enfin on espère avoir contribué à éclairer la question du vécu psychologique du célibat tardif féminin, et élargir le champ des connaissances sur cette question, il reste d'autres perspectives de recherche que nous proposons à nos successeurs :

-Le vécu psychologique du célibat tardif masculin.

- une étude comparative entre le vécu psychologique du célibat tardif féminin et masculin.

Bibliographie

La liste bibliographique

Liste des ouvrages

- 1-Boutefnouchent. M. (1980), « **La famille Algérienne** », société nationale, d'édition et de diffusion, Alger.
- 2-Bruchon-Schweitzer. M. (2002), « **Psychologie de la santé modèle, concepts et méthodes** », Dunod , Paris.
- 3-Benony. M. (2003), « **L'entretien clinique** », Dunod , Paris.
- 4-Boyer .P et all. (2005), « **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** », texte réviser, Masson, Paris.
- 5-Child .C. (1985), « **L'entretien clinique** », PUF, Paris.
- 6-Coten. PH. (1998), « **Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne, l'information psychiatrique** » ?
- 7-Chabert,,Kaes. R. Lanouzière , schniewind.A. (2005) « **figure de la dépression** », Dunod, Paris.
- 8-Deniker. P. Lempérière.th. guyotat.J. (1990), « **Précis de psychiatrie clinique de l'adulte** », Masson, Paris.
- 9-Delphine.M. (1995), « **Le soi les approches psychosociales** », Ed presse universitaire, Paris.
- 10-Ethgen .O. et Regnister.J.Y, (2002), « **évaluation de la qualité de vie dans les essais thérapeutique, un pas vers une approche historique de la santé** »
- 11- Fondacci. C. (2009), « **les dépressions** », Ed, Springer, Paris.
- 12- Josiene de Saint Paul. (1999), «**estime de soi, confiance en soi**», les fondements de notre équilibre personnel et social, Paris.
- 13-Loubet del bayle.J .L.(2000), «**Initiation aux méthodes des sciences sociales**», Paris.

La liste bibliographique

14-Marie- France Grinschpoun. (2014), «**construire un projet de recherche en science humain et sociales** », une procédure de mise en lien, 2éme éditions, Enrick édition, Paris.

15-Moubrouquette.J. (2003) , « **de l'estime de soi à l'estime de soi** » canada, beyard.

16-OMS. CIM10. Classifications statistiques international des maladies et des problèmes de sante connexes dixièmes révisions, Genève, organisation mondiale de la santé.

17-Poussin.G.(1997), « **La pratique de l'entretien clinique** », maison, Paris.

18-Pedinilli.J.L.(2005), « **les états dépressifs** », ED. Armand colin Paris.

19-Paul N'da. (2015), « **recherche et méthodologie en science sociales et humaines** », réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article, L'Harmatta (2015) .

20-Smith. C. (1984) , « **inventaire d'estime de soi** », Ed Larousse, Paris.

21-Scholack. r. l.(2000), « **tree decades of quality of life, focus on autism and other developmental disabilities** ».

22- Sous la direction de serge Sultan isabelle Variscon. L éditions (2012), « **la psychologie de la santé**».

23-Scholack.R.I.broun.I.broun.R.Commins.ER.A.Felee. D.matikka.I.Keith.K.D. (2002), « **conceptualization, measurement, and application of** ».

24-Toualbi. N. (1984), «**Les attitudes et les représentations du mariage chez la femme Algérienne**», entreprise nationale du livre, Alger.

La liste bibliographique

Les revues

25-Ouadah-Bedidi.Z.(2005). « **Avoir 30ans et être encor célibataire une catégorie émergente en Algérie** ». n°34pp29-49.

26-ouadah-Bedidi. Z.(2010) Saadi. N « **Algérie, femme et famille entre droit et réalité** ».n°214 PP 77-113.

27-Paquet.G.(1962) « **Image de la femme dans la société, revue internationale des sciences sociales** ».PP3-178.

28-Vial. M. « **choix d'une méthode clinique et étude de l'activité dans l'accompagnement professionnel** ». n°10/11, pp.44-56.

Les thèses de doctorat

29-Adel .F.(1990), « **Formation de lien conjugal et model familiaux** », université de Paris.

30-Boudreault. A.(2004) , « **étude descriptive des effets du touche affectif sur l'estime de soi des personne agées hospitalisées à l'unité de courte durée gériatrique** », maitrise en science infirmières , université du Québec.

31-Boudouda. N. D. (2013) , « **les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement, concept de soi et qualité de vie** » , Nancy unversité du Québec.

32-Doré.G.(1989), « **créativité et concept de soi chez des élèves doués du primaire et effets d'interventions variées** »,maitrise en éducation, université du Québec.

33-Dominique Tripanier.(2010) « **analyse d'une thérapie cognitive comportement dans le traitement de la dépression** », Université du Québec à Trois-Rivieres.

La liste bibliographique

34-Genette. S. (1990). «**La relation entre l'estime de soi globale est la capacité a trouver conjoint chez la femme hétérosexuelle** », maîtrise, Québec.

35-Graine. L. M.(2006) « **être une femme en Algérie, action sociale** », université Paris 8.

36-Lefan. G. P.(2014) « **Evaluation de QDV des personnes âgées diabetique en seine-Maritime** », faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen.

37-Sous la direction de serge Moscovici.(1972) « **Introduction à la psychologie sociale** », tome I les phénomènes de bases.Editions numériques réalisées le 23 novembre 2013 ,ville de Sguenay Québec.

38-Samier. J. (2006)«**QDV et études cliniques** », Université de Lille II.

Les dictionnaires

39-Bloch. H et al .(1999), « **grand dictionnaire de la psychologie** », Paris,Ed Larousse.

40-Chemim. A. (2007) , « **Dictionnaire AMAWAL LEXIQUE** ».

41-Antoine. C. (2013) « **Le Petit Larousse** »

42-Dray.M .(2001) « **dictionnaire berbère-français** ».

43-Norbert Sillamy. (2003), « **dictionnaire de la psychologie** »

Les journaux

44- journal. El watan le 18 mars 2006. « **Le célibat en Algérie** »

Site internet

45 – <http://www.moose.com>, consulté le 24-03-2016 à 10H23 mn .

46-<http://www.3ogioni.it>, consulté le 28-03-2016 à10H30 mn.

قائمة المراجع باللغة العربية

- 48- إجلال محمد سري(2003):الإمراض النفسية الاجتماعية, طبعة 1, عالم الكتب القاهرة, مصر.
- 49- إبراهيم بن مبارك(1995):تأخر الشباب الجامعي في الزواج, مكتبة الميكية, طبعة 1.
- 50- بثينة العراقي(2008):ألفة طريقة للسعادة الزوجية, الطبعة الأولى, دار النشر للتوزيع.
- 51- حامد عبد السلام زهران(1972):اختبار مفهوم الذات الخاص في التوجيه,و العلاج النفسي, الكتاب السنوي للتربية و علم النفس, المجلد 4 عالم الكتب, القاهرة.
- 52- خالد عبد الرحمن العلك(2001):آداب الحياة الزوجية, دار المعرفة, دون طبعة.
- 53- سناء الخولي(2002): الزواج مقارنة نفسية و اجتماعية, دار وائل للنشر و التوزيع, طبعة 1
- 54- سامر رضوان جميل(2002): الصحة النفسية, دار المسيرة للطباعة والنشر, عمان.
- 55- شمس الدين(1998): تانيس العوانس, دلائل الحيز للصوتيات و المرئيات, عمان.
- 56- عبد الحكيم أسابيع(2006):الغنوسة تهدد الأسرة العربية, دار الهدى للتوزيع,ميلة الجزائر.
- 57- عدلي ابوطاحون(2000): حقوق المرأة الإسكندرية, المكتب الجامعي الازريطا, دون طبعة.
- 58- عفيف طبارة(1966): روح الدين الإسلامي, دار العلم للملايين, طبعة 8, بيروت.
- 59- علي محمد الدين(1994): بحوث في علم النفس على عينات مصرية, سعودية عمانية, الجزء الأول الهيئة المصرية, العامة للكتاب.
- 60- مصطفى الخشاب(1985): دراسات في علم الاجتماع العائلي, دار النهضة العربية للطباعة, بيروت, دون طبعة.
- 61- مصطفى بوتقنوشنت(2005): الزواج و الشباب الجزائري إلى أين, دار المعرفة للنشر و التوزيع, الجزائر.

La liste bibliographique

62-المهدي محمد عبد الفتاح(2004): الصحة النفسية للمرأة,البياطيش سنتر للنشر و التوزيع,الإسكندرية,مصر.

قائمة المجلات

63- إبراهيم مبارك الجوبر(2002): مشكلات المستقبل الزوجي, مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية, جامعة الإمارات العربية المتحدة.

64- محمد بلمهدي(2008): الآثار النفسية للعنوسة, مجلة العلوم الاجتماعية, الهيئة المصرية العامة للكتاب.

65- يوسف عبد الفتاح(1992):ديناميات العلاقة بين الرعاية الوالدية و توافقهم و قيمهم, مجلة علم النفس, الهيئة المصرية العامة للكتاب.

قائمة المذكرات

66- اغبال حورية(2007): واقع العنوسة في المجتمع الجزائري, الأسباب و الحلول, مذكرة ماجستير العلوم الإنسانية و الاجتماعية, جامعة الجزائر.

67- أمال بن عيسى(2008): ظاهرة العنوسة في الجزائر, مذكرة ماجستير, جامعة البليدة, الجزائر.

68- اوسماعيل صفية(2004): تقدير الذات وانعكاساته على السلوك العدواني لدى لاعبي كرة اليد, مذكرة ماجستير.

69- جلال السناد(2005): تأخر سن الزواج لدى الشباب الجامعي, دراسة ميدانية على طلبة جامعة دمشق,مذكرة ماجستير,قسم علم النفس و علوم التربية, دمشق.

70- سمير جمال(2002): الاختيار للزواج, مذكرة ماجستير في علم الاجتماع, جامعة الجزائر.

قائمة القواميس

71- مسعود خيري(2007): الشباب و الزواج عزوف أم ظروف

Annexes

Annexe n°01 : guide d'entretien

Les informations générales sur le sujet

1-Quel est votre âge ?

2- Quel est votre niveau d'instruction ? 3-Quel est votre profession ?

4-Concernant vos parents quel âge ont-ils ?

-Quelle est leur situation matrimoniale ?

-Quelle activité exercent t-ils ?

5-Avez-vous des frères et des sœurs ? Si oui combien ?

6-Quel est votre place dans la fratrie ?

AXE 01 : le célibat tardif féminin

7- Pouvez- vous nous expliquer votre conception de mariage ?

8- Est ce que vous avez déjà refusé des prétendants ? Si oui pourquoi ?

9- Avez-vous des caractéristiques de l'homme idéal pour le mariage ? Les quelles ? Pourquoi ?

10-A votre avis quels sont les facteurs de votre célibat ? Pourquoi ?

11- Quel sont les obstacles et les difficultés que vous rencontrez en raison de votre célibat ?

12- Est-ce que vous pensez que le mariage est un élément très important dans la vie ? Expliqué nous ?

AXE 02 : le vécu psychologique de célibat tardif

A- Symptomatologie dépressive

13- Pouvez-vous nous parler de ce que ressentez lorsque vous pensez à votre célibat ?

14- Vos comportements a-t-ils changé avec cette situation ? Comment ? Et pourquoi ?

15- Quel est l'état de votre santé générale actuellement ?

-Avez-vous déjà consulté un médecin ou un psychologue ? Pourquoi ?

16 - Comment est- il votre appétit ?

17 - Est-ce que vous vous sentez fatiguer constamment ?

18 - Est-ce que vous êtes devenue sensible ?

19 - Pouvez vous nous parlez de votre sommeil ?

B - Estime de soi et le célibat tardif

20- Quel image avez-vous de vous aujourd'hui ?

21 - Est-ce que votre célibat tardif influence-t-il le regard et l'image que vous avez de vous-même ?

22 - Quel regard portez-vous sur votre vie célibataire ? Avez-vous des loisirs ? Les quels ? Pourquoi ?

23 - Comment est-elle votre confiance en vous-même ? Pourquoi ?

24 - Est-ce que vous critiquez votre mode de vie ? Pourquoi ?

25 - Etes-vous écoutés par quelqu'un en cas de besoin ? Si oui par qui ?

26 - Comment envisagez-vous votre avenir ?

27 - Avez-vous des projets à l'avenir ? Si oui, les quels ?

C - QDV et le célibat tardif

28- Appéciez-vous les choses de la vie ? Pourquoi ?

29- Avez-vous constaté des changements psychique et physique dans votre vie ? Si oui lesquels ?

30- Passez-vous du temps à penser à votre célibat ?

31- Pouvez-vous nous parler de vos relations, familiale, amicale, sociale, et professionnelle ?

32- Comment votre famille réagit vis-à-vis de votre célibat ?

33- Avez-vous constaté des changements d'attitudes de la part de vos proches et amis ?

34- Avez-vous changé votre comportement envers votre famille et amis ? Pouvez vous nous indiquer pourquoi ?

35- Est-ce que vous avez des soucis de santé ? Si oui quel type ?

36- Quel est votre état psychique actuellement ? Pourquoi ?

37- Comment vous voyez-vous votre état de santé après avoir cette âge ?

Le guide d'entretien traduit en kabyle

Les informations générales sur le sujet :

- 1- aḥal leɛmer-im ?
- 2- anda i tessawdeḍ deg leqraya ?
- 3- d acu itxeddmed?
- 4- aḥal leɛmer n yi mawlan-im?
-Na mazal-iten? Msebran ney ala?
-D acu I xeddmen?
- 5- Fur-k ayetme-k d yissetma-m? aḥal?
- 6- aḥal amyizwer-inem?

AXE 01: le celibate Tardif

- 7- d acu I d zzwaḡ ḡur-m?
- 8- usan-d yakan inexḍaben tugid-ten? Acuyer?
- 9- Amek I tettwaliḍ argaz I iwulmen I zzwaḡ? Acuyer?
- 10- Acuyer I tbured?
- 11- d acu i d uguren I d-tettmagareḍ s ssebba mi tbured?
- 12- Zzwaḡ, ḡur-m, yesra azul d ameqran deg tudert? Sefhem-d.

AXE 2: le vécu psychologique de celibate Tardif

A. Célibat tardif et dépression :

- 13- D acu i tetthulfuḍ m ara d-tmktiḍ aburu?
- 14- Tikli-inem tbeddel? Amek? Acuyer?
- 15- Amek tella lhala a tezmert-im sumata tura?
truheḍ yakan ḡer umsujji ney win yettdawin lehlakat n tnefsit?
- 16- Iled-di-ḍ wat-im ḡer lmakla ney ala?
- 17- Ma yella tetthulfuḍ I eeyyu?
- 18- lhāl-im rqiḡ ney ala? Acuyer ?
- 19- mmeslay-d ḡef ḡiḍes-im ?

B. Célibat Tardif et estime de soi :

- 20- Amek tettwaliḍ iman-im ass-a ?
- 21- Ma yella aburu ibeddel-am tamuḡli ḡef wamek I tettwaliḍ iman-im?
- 22- Amek I tettwaliḍ tudert-im? tettksed lxiḡ? S wacu? Acuyer?
- 23- Amek iga lettkal I tettkleḍ ḡef ḡman-im? Acuyr?
- 24- Ma yella tekhated-ḍ deg ubrid I d-tuḡeḍ deg tudert-im?
- 25- Yella ar i am-d-ifellen mi ara tuḡwajeḍ? Anwa ?

26-Amek tettwalid azekka-inem?

27-D acu ara txedmeđ s ya ƣer sdat (isenfaren)? D acu-ten isenfaren?

A. Célibat Tardif et qualité de vie:

28-Ma teejeb-am tudert-im

29-Yella kra i ibedden deg tezmert-im (tanefsit/tafekla) ? d acu i ibedden?

30-tettxemmimeđ ƣef uburu?

31-tzemređ ad aj-d-temmeslayeđ ƣef lemxal řat-inem deg twacult, ahhed leřbab, deg tnetti, deg lxedma

32-amek tettwali tawacult-im?

33-Yella kra I ibedlkem s ƣur yiqriben d yihbiben?

34-tbeddeđ tikli ƣer twacult-im akked leřbab? Acuyer?

35-Ƣur-m uguren a tezmert? D acu-ten?

36-Amek tella lřala a tnefsit-im tura? Acuyer?

37-Amek tettwalid tazmert-im deg leemer-a?

A annexe n °08 :L'échelle de l'estime de soi (SEI)

N°	Les items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En générale, je ne fait pas de souci		
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe		
3	Il ya, en moi des tas des choses que je changerais, si je le trouve		
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté		
5	On s'amuse bien en ma compagnie		
6	Je suis souvent contrarié par ma famille		
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau		
8	Je suis très apprécié par les personnes de mon age		
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens		
10	Je cède très facilement aux autres		
11	Ma famille attend trop de moi		
12	C'est très dur d'être moi		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie		
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres		
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même		
16	J'ai souvent envie de changer de vie		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en générale je le dis		
20	Ma famille me comprend bien		
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi		
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille		
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose		

24	Je pense souvent que j'aimerais d'être quelque' un d'autre		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance		
26	Je ne suis jamais inquiet		
	Je suis assez sur de moi		
28	Je plais facilement		
29	Je passe souvent de bons moments en famille		
30	Je passe beaucoup de temp		
31	J'aimerais être plus jeune		
32	Je fait toujours ce qu'il faut faire		
33	Je suis fier de mon activité professionnelle		
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait		
36	Je ne suis jamais heureux		
37	Je faits toujours mon travail du mieux que je peu		
38	En générale, je suis capable de me débrouiller		
39	Je suis assez content de ma vie		
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que jeune que moi		
41	J'aime tous les gens que je connais		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose		
43	Je comprends bien moi-même		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi		
45	On ne me fait jamais de reproches		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir		
48	Cela ne me plait vraiment pas d'être un homme (femme)		
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes		
50	Je ne suis jamais intimidé		
51	J'ai souvent honte de moi		
52	Les autres me cherchent souvent querelle		
53	Je dis toujours la vérité		
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants		
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver		
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		

57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques		
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens		

Annexe n°02: l'échelle de dépression de Beck (la BDI-II)



Date:

_____ année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille _____ marié(e) vivant en union libre
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe _____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne : 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. Encercliez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercliez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

PsychCorp

Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée

Sous-total, page 1

Verso

Traduction et adaptation permises. Copyright © 1997 par Aaron T. Beck. Traduction française et adaptation canadienne copyright © 2005 par Harcourt Assessment, Inc., U.S.A. et Harcourt Assessment, une division de Harcourt Canada, Ltd. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'utilisation de systèmes d'emmagasinage et de récupération de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur. Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Pour commander des Cahiers de notation du BDI-II, appelez le 1-866-335-8427

0-7747-5236 0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

Sous-total, page 2

Sous-total, page 1

Score total

Présentation des résultats de l'échelle des cas

L'échelle de dépression de Beck BDI-II

Le cas « A » a obtenu une note de T= 32 situé entre (28-63), ce qui indique que notre sujet souffre d'une dépression sévère.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I								x		
II								x		
III					x					
IV					x					
V								x		
VI		x								
VII	x									
VII					x					
IX	x									
X					x					
XI	x									
XII		x								
XIII	x									
XIV	x									
XV					x					
XVI	x									
XVII								x		
XVIII			x							
XIX		x								
XX								x		
XXI								x		

Présentation des résultats de l'échelle du cas

L'échelle de dépression de Beck BDI-II

Le cas « B » a obtenu une note de T=38 situé entre (28-63), ce qui indique que notre sujet souffre d'une dépression sévère.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I					x					
II					x					
III								x		
IV								x		
V					x					
VI					x					
VII					x					
VII								x		
IX	x									
X								x		
XI					x					
XII	x									
XIII		x								
XIV					x					
XV					x					
XVI				x						
XVII	x									
XVIII				x						
XIX								x		
XX		x								
XXI								x		

Présentation des résultats de l'échelle du cas

L'échelle de dépression de Beck BDI II

Le cas « C » a obtenu une note de T=32 situé entre (28-63), ce qui indique que notre sujet souffre d'une dépression sévère.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I					X					
II								X		
III								X		
IV								X		
V					X					
VI	X									
VII	X									
VIII					X					
IX	X									
X								X		
XI					X					
XII		X								
XIII					X					
XIV	X									
XV		X								
XVI					X					
XVII		X								
XVIII			X							
XIV	X									
XX					X					
XXI					X					

ANNEXE (B) : INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH
FORME ADULTE
S.E.I.

NOM :PRENOM :

AGE :SEXE :DATE DE L'EXAMEN :

PROFESSION :NIVEAU D'ETUDES.....

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lirez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « Ne me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phrases**, même si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Les annexes

		Me Ressemble	Ne me Ressemble Pas
1	En général, je ne me fais pas de souci.		
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.		
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.		
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		
5	On s'amuse bien en ma compagnie.		
6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.		
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.		
8	Je suis très apprécié(e) par les personnes de mon âge.		
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens.		
10	Je cède très facilement aux autres.		
11	Ma famille attend trop de moi.		
12	C'est très dur d'être moi.		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.		
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.		
16	J'ai souvent envie de changer de vie.		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.		
20	Ma famille me comprend bien.		
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.		
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.		
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.		
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiet(e).		
27	Je suis assez sûr(e) de moi.		
28	Je plais facilement.		
29	Je passe souvent de bons moments en famille.		
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31	J'aimerais être plus jeune.		

Les annexes

32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.		
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.		
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		
36	Je ne suis jamais heureux(euse).		
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.		
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout(e) seul(e).		
39	Je suis assez content(e) de ma vie.		
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		
41	J'aime tous les gens que je connais.		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.		
43	Je me comprends bien moi-même.		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.		
45	On ne me fait jamais de reproches.		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (une femme).		
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.		
50	Je ne suis jamais intimidé(e).		
51	J'ai souvent honte de moi.		
52	Les autres me cherchent souvent querelle.		
53	Je dis toujours la vérité.		
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.		
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.		
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.		

G

So

F

P

T

M

--	--	--	--	--	--

L'inventaire de l'estime de soi du cas « A »

N°	Les items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En générale, je ne fait pas de souci	x	
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe	x	
3	Il ya, en moi des tas des choses que je changerais, si je le trouve	x	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté	x	
5	On s'amuse bien en ma compagnie		x
6	Je suis souvent contrarié par ma famille		x
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	x	
8	Je suis très apprécié par les personnes de mon âge		x
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens		x
10	Je cède très facilement aux autres	x	
11	Ma famille attend trop de moi		x
12	C'est très dur d'être moi	x	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie	x	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres	x	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même	x	
16	J'ai souvent envie de changer de vie	x	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail		x
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens		x
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en générale je le dis		x
20	Ma famille me comprend bien		x
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi	x	
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille	x	
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose		x
24	Je pense souvent que j'aimerais d'être quelque' un d'autre	x	
25	Les autres ne me font pas souvent confiance		
26	Je ne suis jamais inquiet		
27	Je suis assez sur de moi	x	

28	Je plais facilement	X	
29	Je passe souvent de bons moments en famille		X
30	Je passe beaucoup de temps	X	
31	J'aimerais être plus jeune	X	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire		
33	Je suis fier de mon activité professionnelle	X	
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire	X	
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait	X	
36	Je ne suis jamais heureux		
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peu	X	
38	En générale, je suis capable de me débrouiller		X
39	Je suis assez content de ma vie		X
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que jeune que moi		X
41	J'aime tous les gens que je connais		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose	X	
43	Je comprends bien moi-même		X
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi	X	
45	On ne me fait jamais de reproches		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais	X	
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir		X
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (femme)		X
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes		X
50	Je ne suis jamais intimidé		
51	J'ai souvent honte de moi		X
52	Les autres me cherchent souvent querelle	X	
53	Je dis toujours la vérité		
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants	X	
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver	X	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie	X	
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques		X
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens		

L'inventaire de l'estime de soi du cas b

N°	Les items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En générale, je ne fait pas de souci	x	
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe	x	
3	Il ya, en moi des tas des choses que je changerais, si je le trouve	x	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté		x
5	On s'amuse bien en ma compagnie	x	
6	Je suis souvent contrarié par ma famille		x
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	x	
8	Je suis très apprécié par les personnes de mon age	x	
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens	x	
10	Je cède très facilement aux autres		x
11	Ma famille attend trop de moi		x
12	C'est très dur d'être moi	x	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie	x	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres	x	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même		x
16	J'ai souvent envie de changer de vie	x	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail		x
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens	x	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en générale je le dis		x
20	Ma famille me comprend bien	x	
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi		
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille		x
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose	x	
24	Je pense souvent que j'aimerais d'être quelque' un d'autre	x	
25	Les autres ne me font pas souvent confiance	x	
26	Je ne suis jamais inquiet	x	
27	Je suis assez sur de moi		x

28	Je plais facilement		x
29	Je passe souvent de bons moments en famille	x	
30	Je passe beaucoup de temps	x	
31	J'aimerais être plus jeune	x	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire	x	
33	Je suis fier de mon activité professionnelle	x	
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire		x
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait		x
36	Je ne suis jamais heureux	x	
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peu	x	
38	En générale, je suis capable de me débrouiller		x
39	Je suis assez content de ma vie	x	
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que jeune que moi		x
41	J'aime tous les gens que je connais	x	
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose	x	
43	Je comprends bien moi-même		x
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi		x
45	On ne me fait jamais de reproches		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais	x	
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir		x
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (femme)		
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes	x	
50	Je ne suis jamais intimidé	x	
51	J'ai souvent honte de moi	x	
52	Les autres me cherchent souvent querelle	x	
53	Je dis toujours la vérité		x
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants	x	
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver	x	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques	x	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens		x

L'inventaire de coopersmith du cas c

N°	Les items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En générale, je ne fait pas de souci		x
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe		x
3	Il ya, en moi des tas des choses que je changerais, si je le trouve	x	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté		x
5	On s'amuse bien en ma compagnie	x	
6	Je suis souvent contrarié par ma famille	x	
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	x	
8	Je suis très apprécié par les personnes de mon age	x	
9	Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens	x	
10	Je cède très facilement aux autres		x
11	Ma famille attend trop de moi		x
12	C'est très dur d'être moi	x	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie	x	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres	x	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même		x
16	J'ai souvent envie de changer de vie	x	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail		x
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens	x	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en générale je le dis		x
20	Ma famille me comprend bien		x
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi	x	
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille	x	
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose	x	
24	Je pense souvent que j'aimerais d'être quelque' un d'autre		x
25	Les autres ne me font pas souvent confiance		x
26	Je ne suis jamais inquiet	x	
27	Je suis assez sur de moi		

28	Je plais facilement		X
29	Je passe souvent de bons moments en famille		X
30	Je passe beaucoup de temps		
31	J'aimerais être plus jeune	x	
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire	x	
33	Je suis fier de mon activité professionnelle	x	
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire		x
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait	x	
36	Je ne suis jamais heureux	x	
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peu	x	
38	En générale, je suis capable de me débrouiller	x	
39	Je suis assez content de ma vie		x
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que jeune que moi	x	
41	J'aime tous les gens que je connais		x
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose	x	
43	Je comprends bien moi-même	x	
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi		x
45	On ne me fait jamais de reproches		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais	x	
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir	x	
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (femme)		
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes		x
50	Je ne suis jamais intimidé	x	
51	J'ai souvent honte de moi	x	
52	Les autres me cherchent souvent querelle		
53	Je dis toujours la vérité	x	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants		x
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver	x	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie	x	
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques	x	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens	x	

WHOQOL-BREF

Date :

Nom :

Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	très bonne
1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très difficilement	difficilement	assez facilement	facilement	très facilement
15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	jamais	parfois	assez souvent	très souvent	tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation

Questionnaire de qualité de vie de WHOQOL-BREF du cas « A »

1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible x	Faible	Ni faible ni bonne	Bonne	Très bonne
2. Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	Très insatisfait(e) x	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	Très satisfait(e)

	Pas du tout	un peu	modérément	Beaucoup	Extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	x				
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?			x		
5 Aimez-vous votre vie ?	x				
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?		x			
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?				x	
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?					
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?		x			
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?				x	
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?			x		
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	x				

13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?				x	
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?			x		

15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	Très Difficilement x	Difficilement	Assez facilement	Facilement	Très facilement
---	--------------------------------	----------------------	-------------------------	-------------------	------------------------

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?		x			
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?				x	

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni Insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?				x	
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?				x	
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?		x			

21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	x				
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	x				
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?			x		
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?			x		
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?			x		

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?		x			

Questionnaire de qualité de vie de WHOQOL-BREF du cas « B »

1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible	Faible x	Ni faible ni bonne	Bonne	Très bonne
2. Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e) x	satisfait(e)	Très satisfait(e)

	Pas du tout	un peu	modérément	Beaucoup	Extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?				x	
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?		x			
5 Aimez-vous votre vie ?		x			
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	x				
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?			x		
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?				x	
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?		x			
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?			x		
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	x				
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?		x			

13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?		x			
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?		x			

15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	Très difficilement	Difficilement x	Assez facilement	Facilement	Très facilement
---	---------------------------	----------------------------------	-------------------------	-------------------	------------------------

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?		x			
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?			x		

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni Insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?		x			
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?				x	
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?					
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	x				

22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?		x			
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?		x			
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?		x			
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?			x		

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?					x

Questionnaire de qualité de vie de WHOQOL- BREF du cas « C »

1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible x	Faible	Ni faible ni bonne	Bonne	Très bonne
2. Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	Très insatisfait(e) x	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	Très satisfait(e)

	Pas du tout	un peu	modérément	Beaucoup	Extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?				x	
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	x				
5 Aimez-vous votre vie ?		x			
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?		x			
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?			x		
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?			x		
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?		x			
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?			x		
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	x				
12 Avez-vous assez d'argent		x			

pour satisfaire vos besoins ?					
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	x				
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	x				

15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	Très difficilement	Difficilement	Assez facilement x	Facilement	Très facilement
---	---------------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------------	------------------------

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?				x	
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?				x	

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni Insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?				x	
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?				x	
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	x				
21 Etes-vous satisfait(e)		x			

de votre vie sexuelle ?					
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	x				
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?				x	
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?			x		
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?			x		

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?				x	

Questionnaire de qualité de vie de WHOQOL- BREF du cas « D »

1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible	Faible x	Ni faible ni bonne	Bonne	Très bonne
2. Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e) x	satisfait(e)	Très satisfait(e)

	Pas du tout	un peu	modérément	Beaucoup	Extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	x				
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	x				
5 Aimez-vous votre vie ?		x			
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	x				
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?			x		
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	x				
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?			x		
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?		x			
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?		x			
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?		x			

13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	x				
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?			x		

15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	Très difficilement	Difficilement	Assez Facilement x	Facilement	Très facilement
---	---------------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------------	------------------------

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?				x	
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?				x	

	Très Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni Insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très Satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?				x	
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?			x		
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?		x			

21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	x				
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?			x		
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?				x	
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	x				
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?		x			

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?		x			

Tableau N°18 : Le degré de la dépression chez les quatre cas.

Cas	Groupe d'énoncé																				
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Cas A	3	3	2	2	3	1	0	2	0	2	0	1	0	0	2	0	3	1	1	2	3
Cas B	2	2	3	3	2	2	2	3	0	3	2	0	1	2	2	1	0	1	3	1	3
Cas C	2	3	3	3	2	0	0	2	0	3	2	1	2	0	1	2	1	1	0	2	2
Cas D	1	3	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	0	1	1	1

Tableau N°19 : La nature de l'estime de soi chez les quatre cas

	Echelle générale	Echelle sociale	Echelle familiale	Echelle professionnelle
cas A	16	5	3	6
cas B	14	5	4	7
cas C	14	5	4	5
cas D	19	6	2	5

Tableau N°20 : La nature de la qualité de vie chez les quatre cas

Cas	Domaine			
	Santé physique	Santé psychologique	Relations sociales	Environnemental
Cas A	22	18	4	21
Cas B	13	11	5	19
Cas C	22	15	4	18
Cas D	24	14	6	18