
ETUDE

Enquête sur les besoins des mères célibataires en Tunisie

2016

Sommaire

1. Contexte de l'étude	4
2. Objectif de l'étude	7
3. Présentation de l'étude	8
4. Résultats de l'étude	14
4.1. Besoins en matière de santé sexuelle et reproductive	14
4.2. Besoin de réconciliation et de médiation familiale	18
4.3. Besoin d'autonomisation.....	21
4.3.1. Ressources matérielles et financières	22
4.3.2. Hébergement	23
4.3.3. Accès au travail.....	24
4.4. Besoin d'accompagnement à la parentalité.....	26
4.5. Besoin de prise en charge et de suivi psychologique	27
4.6. Besoin de prise en charge socio-sanitaire	28
4.7. Besoin d'information sur les droits	28
4.8. Besoin d'assistance administrative et juridique.....	29
4.9. Besoin de reconstruction affective.....	30
4.10. Besoin de ressources communautaires.....	30
4.11. Besoin d'assistance et de prise en charge éducative de leur(s) enfant(s)	31
Annexe 1.....	33
Annexe 2.....	36
Annexe 3.....	38

Ce document a été réalisé avec l'aide financière de l'Union Européenne et de l'Agence Française de Développement dans la cadre du projet « Pour une meilleure insertion sociale et professionnelle des mères célibataires au Maghreb » mis en œuvre par Santé Sud en partenariat avec le Réseau Amen Enfance Tunisie, SOS Femmes en Détresse en Algérie et l'INSAF au Maroc.

Le contenu de ce document relève de la responsabilité de Santé Sud et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position de l'Union Européenne et de l'Agence Française de Développement.

1. Contexte de l'étude

Présentation succincte de Santé Sud

Santé Sud a été créée en 1984 par des professionnels de la santé confrontés aux limites de l'aide d'urgence et voulant contribuer à un développement durable de la santé. Selon sa devise « Agir sans remplacer », elle soutient des structures sanitaires, sociales et associatives dans les pays du Sud. Convaincues que ceux-ci disposent de tout le potentiel pour dispenser les soins nécessaires à leur population et qu'il leur appartient de choisir la voie de leur développement, ses équipes veillent à accompagner et à former des professionnels locaux. Depuis sa création, l'ONG Santé Sud a mené plus de 100 projets dans une trentaine de pays. Elle intervient aujourd'hui au Maghreb, en Afrique et en Asie.

La situation des « mères célibataires au Maghreb »

Dans les sociétés maghrébines, les mères célibataires¹ font l'objet d'une forte condamnation sociale. Le système de croyances et de valeurs en vigueur les criminalise. Elles sont considérées comme les principales perturbatrices de l'ordre familial et moral, alors que la condamnation sociale des géniteurs reste exceptionnelle. Un enfant né hors mariage constitue une atteinte, non seulement au statut des mères, mais aussi à celui de toute leur famille. Cette situation contraint très souvent les mères à abandonner leur enfant et à sombrer dans la marginalité.

Le cumul des vulnérabilités (jeune âge, fragilité psychologique, faible niveau de formation et de qualification) rend leur insertion sociale et professionnelle extrêmement difficile. Victimes de discrimination et de stigmatisation, elles ont tendance à se recroqueviller sur elles-mêmes, ce qui accentue leur fragilité et diminue leurs chances de reconstruction.

Cette situation est aggravée par les lacunes du cadre législatif et exécutif en matière de protection des droits de la femme au Maghreb. En effet, les mesures de protection en

¹ Suite au travail mené sur la durée du projet, Santé Sud se positionne dans la lignée des associations féministes tunisiennes pour passer à une terminologie non discriminante, en proposant d'utiliser un terme positif tel que « Cheffe de famille monoparentale » mettant en avant les responsabilités portées par la femme. Cependant les institutions qui travaillent avec ces publics utilisent les termes de "mères célibataires" et "mères ayant un enfant hors cadre du mariage" et ne sont pas disposées pour le moment à changer de terminologie. Ainsi le terme "mère célibataire" est celui qui sera utilisé dans le document pour ne pas flouer la réalité au lecteur.

vigueur en Tunisie, au Maroc et en Algérie sont relativement limitées, dénotant l'absence d'une réelle volonté politique pour traiter du sujet.

Le projet mené par Santé Sud et ses partenaires dans le cadre de la Convention Programme AFD Méditerranée

En réponse à la situation décrite ci-dessus, Santé Sud a mis en œuvre un projet qui vise à promouvoir l'accès aux droits fondamentaux des mères célibataires au Maghreb en renforçant leur insertion sociale et professionnelle.

Les activités sont menées en partenariat avec 3 structures associatives locales :

- Le Réseau AMEN Enfance Tunisie qui regroupe des associations gestionnaires d'unités de vie chargées de la protection des enfants sans soutien familial sur tout le territoire tunisien
- L'Institution Nationale de Solidarité avec les Femmes en détresse (INSAF) de Casablanca, au Maroc, qui offre des services d'accueil et d'écoute ainsi qu'un suivi socio juridique et psychologique aux mères célibataires et à leurs enfants
- L'association SOS Femmes en Détresse à Alger qui assure une prise en charge socio juridique et psychologique des mères célibataires, depuis sa création en 1992.

Cofinancé par l'Union européenne, le projet « *Pour une meilleure insertion sociale et professionnelle des mères célibataires au Maghreb* », s'inscrit dans le cadre d'un programme plus large mis en œuvre avec le soutien de l'AFD de janvier 2013 à décembre 2016. Il a pour objectif de « renforcer le rôle et les capacités des acteurs publics et associatifs partenaires de Santé Sud dans la défense des droits des populations les plus vulnérables, au Maghreb et au Liban ».

Il est composé de 4 projets distincts, mais pour certains en synergie les uns avec les autres, s'adressant à différents groupes de populations particulièrement vulnérables :

- Les mères célibataires dans 3 pays du Maghreb (Tunisie, Maroc, Algérie)
- Les enfants issus de relations hors mariage (en Tunisie)
- Les jeunes menacés de rupture sociale (en Tunisie)
- Les enfants vivant dans les camps de réfugiés palestiniens (au Liban)

Le projet vise à :

- Promouvoir l'accès des mères célibataires aux droits fondamentaux.
- Développer l'émancipation économique et sociale des mères célibataires.

Pour cela, le projet propose de favoriser l'insertion socioprofessionnelle des mères célibataires au Maghreb.

Le projet prévoit des activités de formation, de coordination, de sensibilisation ou encore de plaidoyer :

Résultat 1 L'insertion sociale des mères célibataires au Maghreb est développée.	Former les intervenants directs à l'accompagnement psychosocial des MC : un accueil spécifique des MC regard des représentations de chacun.
	Former les intervenants directs à la médiation familiale : savoir restaurer un lien familial.
	Informer les mères célibataires de leurs droits civils et sociaux : <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation et diffusion de 3 guides Droits & Dispositifs. • Mise en place d'une expérience pilote d'éducation par les pairs au Maroc et en Tunisie (10 par pays). • Renforcement des sessions d'information pour les MC prises en charge par INSAF au Maroc.
Résultat 2 Un dispositif de formation professionnelle adapté aux besoins des mères célibataires est mis en place dans chaque pays	Soutenir l'accès des MC à des formations professionnelles : <ul style="list-style-type: none"> • Créer, en Tunisie, 3 comités multisectoriels régionaux (Nabeul, Sousse, Sfax) de pilotage d'un dispositif de formation et d'insertion professionnelle. • Optimiser, à Casablanca et à Alger, le partenariat avec les acteurs de la formation professionnelle.
	Former les MC à la démarche du projet professionnel d'autonomie en formant les acteurs de l'accompagnement au développement des compétences sociales des mères.
	Sensibiliser et mobiliser les institutions de microfinance pour

	développer des activités génératrices de revenus
Résultat 3	Soutenir la mise en place d'une coordination nationale entre les divers acteurs impliqués dans l'accompagnement des MC.
Les acteurs clés travaillent en réseau pour favoriser des synergies aux niveaux local, national et maghrébin en vue de l'autonomisation des mères célibataires	Organiser l'échange des expériences de réinsertion socioprofessionnelle des MC au Maghreb.
	Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques d'accompagnement de la MC et des supports de plaidoyer sur le droit des femmes.

2. Objectif de l'étude

Il est évident que les mères célibataires font la plupart du temps face à une véritable problématique économique pour assumer leur parentalité dans un contexte de grand isolement dû aux discriminations et exclusion (de leur famille, de la société) dont elles sont l'objet.

Un recueil d'expériences d'insertion des mères célibataires, a déjà été réalisé auprès de plus de 150 acteurs qui travaillent en appui à ces mères célibataires au Maroc, en Algérie et en Tunisie. Il a déjà été clairement établi que les mères célibataires ont d'abord besoin d'une assistance psychosociale d'urgence au moment où elles (et leur entourage) prennent connaissance de leur grossesse. Elles ont aussi très souvent besoin d'un hébergement, encore plus une fois leur enfant né, car ni leur famille, ni leur entourage n'acceptent en général de les héberger. Elles ont ensuite besoin de se construire un nouveau projet de vie sur la base de cette nouvelle situation (leur monoparentalité). Ce projet de vie s'élabore idéalement par le biais d'un accompagnement psychosocial et financier de moyen à long terme (de deux ans idéalement et non pas de quelques mois comme il leur est proposé la plupart du temps).

Bien souvent, de nombreux acteurs, associations d'appui, financeurs nationaux et internationaux, responsables des pouvoirs publics, leur proposent des activités génératrices

de revenus de type couture, cuisine ou pâtisserie, avec un micro-crédit pour les financer. La présente étude devra déterminer si cette réponse est la plus adéquate.

Après le recueil d'expériences d'insertion des mères célibataires, qui a donné la parole aux acteurs appuyant les mères célibataires, nous souhaitons donc désormais donner la parole directement aux mères célibataires elles-mêmes pour alimenter ce débat et surtout consolider nos futures stratégies d'appui à ces femmes, en réalisant une étude qualitative sur leurs besoins dans les trois pays où nous intervenons.

3. Présentation de l'étude

Ce rapport d'analyse des besoins sociaux se structure en deux parties. La première partie décrira la méthodologie retenue et mise en œuvre pour la réalisation de l'étude. Dans la seconde partie, nous nous intéresserons aux besoins exprimés, mais aussi à ceux repérés ou inférés.

Pourquoi faire l'analyse des besoins des MC

Au moins quatre raisons sous tendent l'importance d'analyser les besoins des MC avant de débiter la planification d'un projet ou d'une activité qui leur est destinée :

- 1) Les informations obtenues permettent d'adapter les futurs projets aux besoins prioritaires exprimés par les MC ;
- 2) L'analyse permet de déterminer les services qui permettront de satisfaire leur besoins et de prendre en considération les solutions proposées ;
- 3) L'analyse permet d'apporter des preuves et de confirmer l'existence des besoins que les intervenants peuvent supposer (cf. analyse schéma d'acteurs) ;
- 4) La réalisation de l'analyse permettra d'augmenter la crédibilité d'un programme aux yeux des MC et des partenaires, et facilite la recherche de ressources.

La phase exploratoire et préparatoire

Cette phase nous a servi de base de travail. En effet, la familiarisation avec le terrain (intervenants, contexte et actions) était une étape primordiale afin de déceler les liens déclarés ou sous jacents entre les besoins exprimés par les professionnels et ceux exprimés par les MC elles même.

En outre, une revue de la littérature des actions déjà menées auprès des MC ajoutée à une discussion avec les partenaires ont permis de dégager plusieurs idées. Afin d'organiser les différentes idées en thèmes, un premier guide thématique de l'entretien a été présenté et discuté avec le chef de projet.

La grande majorité des entretiens a été enregistrée afin de laisser libre court à la discussion au moment de la rencontre et de se conformer aux paroles des personnes au moment de l'exploitation des données. Aucune des MC n'a émis de réserve particulière, sachant qu'il leur a été expliqué l'intérêt de l'enregistrement, la confidentialité et l'anonymat de l'entretien (personne n'aura accès au contenu nominatif des entretiens), mais que leur parole peut éventuellement être utilisée.

La phase empirique

- Le guide d'entretien

Nous avons structuré l'entretien selon des secteurs, opérationnalisables en thématiques. Chacun des axes a fait l'objet d'une investigation en trois temps : les problèmes, les besoins et les solutions, portant sur plusieurs thématiques :

1. La santé :
 - a. Suivi médical avant, pendant et après l'accouchement
 - b. Santé de l'enfant
2. L'éducation
 - a. Sexuelle et reproductive
 - b. Droits
 - c. Structures à contacter
 - d. Nom patronymique de l'enfant
3. Domaine socio-professionnel
 - a. Hébergement
 - b. Formation
 - c. Accès à l'emploi
 - d. Aide financière
4. Médiation familiale (renouer le lien avec la famille, le père..)
5. Relation mère-enfant (maternage, droit de l'enfant)

6. Soutiens associatif et étatique

- Déroulement de l'entretien

L'entretien a commencé par la présentation du consultant, les raisons de sa présence et une description générale de l'action. Par la suite nous avons posé une question aux MC :

« Pouvez-vous vous présenter, et me parler de vous et de votre parcours depuis l'annonce de la grossesse jusqu'aujourd'hui de manière synthétique ».

L'idée de parler de sa vie de façon synthétique est difficile pour quelqu'un qui a traversé autant de difficultés. Néanmoins, cette approche, permet à la MC (après un long silence de restructuration) de choisir les sujets qu'elle veut évoquer, ce qui permet de la mettre en confiance mais surtout de prioriser des thèmes plutôt que d'autres en exprimant en premier lieu les besoins qui, à ses yeux, sont les plus vitaux.

En outre, nous avons veillé à établir une alliance et une certaine confiance avec les MC afin qu'elles se sentent écoutées, comprises et non jugées. Il ne s'agit pas de l'interrompre mais d'émettre des relances et des reformulations, lorsque l'on ressent que la personne interrogée peut expliciter davantage un point de sa vie, on oriente vers les thèmes sans ordre précis, le tempo est donné par la dernière idée exprimée par la personne sur laquelle nous construisons notre questionnement. Malheureusement, cette approche est chronophage, car en un seul entretien il y a beaucoup d'éléments à saisir dans le dit et l'intersubjectivité, ce qui a fait que la durée des entretiens était très variable d'une personne à une autre (de 35 à 90 minutes), mais avait l'avantage de nous permettre de recueillir un matériel très riche.

- Le questionnaire

Afin de cerner le profil des mères célibataires, nous avons introduit un questionnaire d'estime de soi de Rosenberg lors des entretiens, nous avons même essayé lorsque le temps le permettait à travers leur discours de cerner leur style d'attachement. Ses deux informations sont précieuses car elles donnent du sens à leur discours.

Déroulement de l'étude

L'enquête a duré 30 jours du 25 avril au 25 mai 2016. Les entretiens (17) et les focus group (30 MC) ont été réalisés en 4 jours (2 sur chaque site). Les associations concernées étaient celles de Nabeul et de Monastir.

Les contacts et les déplacements du consultant ont été préparés en amont par le chef de projet de Santé Sud.

- Prise de contact avec la population (Comment aborder les MC)

Parler de sa vie et de ses besoins devant une personne qu'elle voit pour la première fois, est une chose très difficile pour les MC. Toute la difficulté de cette étude réside dans la manière d'aborder le quotidien des MC de la manière la moins intrusive possible. Heureusement, le chef de projet et les psychologues des différentes associations nous ont préparé le terrain.

En effet, nous avons senti le besoin des MC d'extérioriser leur mal-être.

« ... C'est la première fois que je parle comme ça... mais surtout de mon cas (en parlant d'un cas d'inceste), ... mais je me sens un peu mieux... »

Toutefois, les MC se plaignent de devoir expliquer plusieurs fois leur situation et que les promesses tardent à se concrétiser :

« ... On nous écoute souvent mais peu de choses changent réellement... »

Un tel commentaire contraste avec la multitude d'actions menées jusqu'ici par les associations qui, quoi qu'insuffisantes, restent néanmoins intéressantes, ce qui nous pousse à réfléchir sur l'adéquation des projets et actions menés avec les besoins réels des MC.

Caractéristiques et profil de l'échantillon

Il nous semble important de dresser le profil des MC rencontrées afin de saisir toute la portée de leur besoins. En effet, il est important de souligner qu'il existe des formes d'exclusion préalables à la maternité célibataire. Ainsi, parmi les facteurs de vulnérabilité, relevés dans la presque totalité des entretiens, la plupart se retrouve du côté de la dynamique familiale : divorce, violence, alcoolisme du père, décès de l'un des parents.

Lorsqu'il s'agit de divorce (et par analogie le décès de l'un des parents – le plus souvent du père) les enfants restent avec leur mère, cette nouvelle situation prend tous les membres de la famille au dépourvu, et s'en suit une déstructuration quasi instantanée : perte de la figure rassurante, perturbation des modèles identificatoires.

« ... J'aurais préféré que ce soit ma mère qui soit morte et non mon père... car même s'il était très difficile avec nous... il était compréhensif (Hnin) et je sais qu'il nous aime et ne me rejettera jamais... »

En effet, ce type de récit relativement fréquent, remet en question l'image idéaliste de la mère comme figure protectrice et rassurante. Bien au contraire, d'après les MC, elle semble être la source même des conflits dans la famille, une figure rigide, « ... imperméable au sentiments et aux besoins de ses enfants ».

Cette représentation des MC de leurs parents et de leur famille en général en dit long sur leur personnalité, comme nous avons pu le relever lors des entretiens grâce à l'inventaire d'estime de soi de Rosenberg, où les MC obtiennent des scores beaucoup plus bas que la moyenne de la population

Ceci pourrait s'expliquer par une multitude de facteurs, entre autre, la confiance qu'elles ont perdu en les personnes les plus proches et surtout la violence psychologique et physique (e.g., viol, inceste) qu'elles ont pu subir suite au décès ou divorce des parents (ou même de leur vivant).

Aux défaillances familiales s'ajoute un facteur de précarité matérielle mais également le problème d'analphabétisme. La quasi-totalité des MC s'est trouvée obligée à un moment ou à un autre de sortir pour travailler et de rompre les études afin d'aider leur famille et participer à l'éducation de leurs frères et sœurs. En effet, la MC est généralement l'aînée de la fratrie et plus rarement la benjamine.

Pour cette étude, nous avons rencontré 17 mères célibataires lors d'entretiens individuels et une trentaine dans des focus groups, réalisées dans les associations de la Voie de l'Enfant de Nabeul et de Monastir.

L'âge moyen des MC était de 26 ans (écart-type de 4,2). Toutes les mères rencontrées présentaient un très faible niveau de scolarisation (dont 3 analphabètes et une seule en 6^{ème}

année secondaire). La majorité des MC est issue d'un milieu social et économique précaire, et celles qui travaillent exercent des fonctions ne nécessitant pas un niveau élevé de compétence (femme de ménage, serveuse)

Méthode et analyse du corpus

Nous avons opté pour une triangulation des méthodes, c'est-à-dire une utilisation combinée de différentes techniques de récolte et d'analyse des données. En effet, cette approche analytique, en intégrant des données de sources multiples, permet de renforcer les interprétations et améliorer les décisions sur la base des éléments de preuve disponibles. Elle permet, en outre, une compréhension rapide de la situation et permet de corroborer des données reçues de différentes sources, réduisant ainsi l'effet des erreurs systématiques et erreurs aléatoires qui peuvent être présents dans une seule étude.

Dans cette étude, nous avons opté pour deux formes de triangulation :

- Triangulation des données (i.e., plus d'un échantillon venant d'une même population)
- Triangulation méthodologique (plus d'une méthode pour rassembler les données) : nous avons utilisé, l'entretiens semi directif, le focus group et l'inventaire.

Nous avons complété les entretiens avec des questions en lien avec la dépression, et l'inventaire d'estime de soi de Rosenberg que nous avons traduit et adapté à l'occasion.

Pour analyser le corpus (entretiens et focus group), nous avons utilisé une démarche novatrice. Ainsi, nous avons travaillé sur le corpus audio au lieu de la retranscription et l'analyse thématique classique. L'originalité de cette approche réside dans le fait qu'elle permet de découper directement dans le son des extraits, symbolisés, sur la représentation graphique des bandes, par des cubes auxquels on peut apposer une couleur correspondant à une thématique. Ainsi, c'est à l'intérieur de ces extraits que seront ajoutées les retranscriptions. Le travail de retranscription n'intervient donc plus comme un moyen de remplacer la bande par un verbatim mais comme un moyen d'ajouter du texte « *sur* » la bande. Le résultat du travail d'encodage/retranscription est donc un matériel audio-textuel dit « synchronisé » car le son et sa retranscription sont toujours accessibles simultanément.

Cette organisation contribue à rompre la frontière existant généralement entre la phase de retranscription (totale ou partielle) et la phase d'encodage et d'analyse. Cela introduit une grande souplesse dans l'organisation du travail.



« J'avais peur que ma famille soit au courant, ce sera a fin du monde... je ne savais pas vers qui me tourner... je ne savais pas ce qu'il fallait faire »



L'encodage thématique se fait en couleur et chacune correspond à un thème en particulier opérationnaliser en termes de besoins « besoins de soutiens familial, de soutiens associatif, de se confier, un suivit médical...etc. ». Ainsi, les couleurs apposées sur la bande sont appelées « thématiques » car leur usage premier est de repérer des sujets particuliers dans les entretiens.

4. Résultats de l'étude

Introduction

La Tunisie a ratifié la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1985, avec des réserves à l'égard d'articles portant, particulièrement, sur la qualité de chef de famille, l'égalité successorale et l'égalité des parents dans l'attribution de la nationalité aux enfants. Ces réserves ont été retirées en avril 2014² sans que cela ne se traduise au niveau sociétal par l'instauration d'un ordre égalitaire permettant le plein exercice des femmes de l'intégralité de leurs droits. Sur le plan national, l'article 46 de la nouvelle Constitution tunisienne³ a apporté des améliorations en matière de défense des droits des femmes par la mise en place de dispositions sur la protection des droits et acquis des femmes tunisiennes, le soutien à l'égalité et la parité entre la femme et l'homme et la lutte contre la violence fondée sur le genre. Toutefois, les mesures discriminatoires directes ou latentes entravent encore la mise en œuvre effective des droits des femmes et s'intensifient pour les femmes les plus vulnérables. Les femmes en situation de monoparentalité constituent une des populations vulnérables les plus impactées par les dispositions et pratiques anticonstitutionnelles et stigmatisantes. Elles sont le plus souvent confrontées à une précarité multidimensionnelle ; sociale, psychique et économique et sont l'objet de stigmatisation et de maltraitance sociétale et institutionnelle qui accroissent encore plus leur fragilité. Cette étude des besoins exprimés par les femmes en situation de monoparentalité, menée auprès d'un échantillon réparti sur les régions de Nabeul et Monastir, a indiqué une taxonomie de besoins et revendications non tenues en compte par les dispositifs de prise en charge (besoins d'autonomisation, de ressources financières, de logement, de ressources communautaires, d'accès à un service de santé de qualité, d'information et d'orientation, de soutien à la monoparentalité, d'assistance psychosociale, d'une offre de formation et travail flexible et adaptée, etc.). Face à ce pattern de revendications, l'ensemble des intervenants, dénué d'outils institutionnels appropriés, du

² Tunisie et Union européenne (UE). Juin 2014. Profil genre de la Tunisie 2014.

³ L'Etat s'engage à protéger les droits acquis de la femme, les soutient et œuvre à les améliorer.

L'État garantit l'égalité des chances entre la femme et l'homme pour assumer les différentes responsabilités et dans tous les domaines.

L'Etat œuvre à réaliser la parité entre la femme et l'homme dans les conseils élus.

L'État prend les mesures nécessaires afin d'éradiquer la violence contre la femme.

fait de l'absence d'un statut juridique clair de la « MC », adopte une approche par satisfaction des besoins les plus urgents. La question des droits est reléguée en seconde zone pour ne pas dire laissée pour compte. Ces intervenants, conscients des limites de leur service, estiment que leurs actions sont non satisfaisantes, fragmentées et ne s'inscrivent pas dans une démarche globale de prise en charge. La temporalité restreinte de l'accompagnement et l'inefficience des offres d'assistance contraignent ces femmes à se recroqueviller sur elles-mêmes, amplifiant ainsi leur fragilité et affectant les chances de leur autonomisation dans un contexte entaché par l'atteinte des droits et l'absence de lignes directrices claires en faveur de leur émancipation.

Cette étude donne la parole aux femmes en situation de monoparentalité pour alimenter ce débat et surtout consolider les futures stratégies d'appui à ces femmes. Le diagnostic des besoins couvre aussi bien la période avant la grossesse qu'après l'accouchement. En outre, certains besoins sont exprimés par les MC alors que d'autres sont inférés de leur discours.

4.1. Besoins en matière de Santé Sexuelle et Reproductive

En ce qui concerne la perception de la sexualité hors cadre du mariage, l'ensemble des femmes interviewées considèrent que les pratiques sexuelles hors mariage sont largement répandues, toutefois parler d'une sexualité hors mariage voir de la sexualité tout simplement reste un sujet tabou et les femmes évitent les discussions sur le sujet afin d'échapper à la stigmatisation et à la violence. Plus de la moitié d'entre elles déclarent, qu'arrivée à un certain âge, il est tout à fait dans l'ordre naturel des choses d'avoir des relations sexuelles, tout en distinguant une sexualité « de surface » (rapport sexuel sans pénétration, perçu comme accepté) d'une sexualité « totale » (rapport sexuel avec pénétration, perçu comme transgressif). La plupart des femmes de l'étude ont commencé à avoir des rapports sexuels entre 15 et 20 ans. Pour la majorité d'entre elles, la sexualité s'inscrit dans le cadre d'une relation amoureuse et souvent une promesse ou un projet de mariage constitue un argument facilitateur pour dépasser l'interdit culturel. Dans le cadre des entretiens individuels, quelques femmes évoquent des contextes traumatiques de l'avènement de la sexualité et ceci dans un contexte de prostitution ou suite à une agression sexuelle. Toujours dans le cadre des entretiens individuels, un nombre limité d'interlocutrices ont évoqué une sexualité répondant à un désir de satisfaire un besoin

pulsionnel naturel. Parallèlement et de façon paradoxale à l'ensemble de ces déclarations, coexiste chez la grande majorité des femmes interviewées, aussi bien en entretien individuel qu'en focus-group, l'idée de l'importance de préserver la virginité avant le mariage. Elles estiment, également, les femmes sexuellement actives hors mariage comme coupables ou comme victimes et parfois les deux à la fois.

Quant à la question du désir de grossesse, cinq participantes déclarent qu'elles se sont aperçues de leur grossesse à temps et qu'elles ont fait le choix d'aller jusqu'au bout de cette grossesse et de garder l'enfant. Ces femmes évoquent un désir de grossesse qu'elles ont partagé avec le partenaire (mais parfois le fait de garder l'enfant est une exigence du partenaire qui la menace et la somme de garder l'enfant, qui paradoxalement refuse par la suite et d'assumer ses responsabilités face à l'enfant et d'épouser la mère). Toutes partagent cinq caractéristiques communes : 1- elles sont issues de milieux ruraux défavorisés, avec un climat familial comportant une grande violence ; 2- elles ont fui leur milieu de vie initial pour échapper à la violence et s'installer en ville, et ceci bien avant la grossesse ; 3- elles ont un logement et un travail, toutefois leurs situations socio-économiques restent précaires ; 4- leur désir de grossesse vient en résonance à une tentative de réparation des expériences traumatiques vécues au sein du milieu familial ; 5- certaines MC rencontrées déclarent avoir voulu cette grossesse et les suivantes juste pour avoir une famille, une famille qu'elles n'ont jamais eu.

Par contre, la majorité des femmes enquêtées déclarent que le fait de tomber enceinte ou d'avoir un enfant ne relève pas d'un choix libre et assumé mais d'un engrenage subi et forcé. Ces femmes, avant leur première grossesse, n'ont jamais eu accès à des informations fiables en matière de santé sexuelle et reproductive. Une majorité ne faisait pas le lien entre sexualité et grossesse. Quelques-unes avaient des connaissances sur la contraception sans y recourir et ceci pour des raisons d'accessibilité, d'irrégularité des rapports ou de refus du partenaire à utiliser le préservatif. Certaines d'entre-elles avaient ou continuent à avoir des connaissances de sens commun erronées :

« Petite, ma mère m'a emmené chez une femme, qui m'a fait un rituel magique, depuis j'ai l'hymen blindé (« msafha » dans le dialecte tunisien) et il n'y a que cette femme qui pourra m'enlever ce blindage quelques jours avant mes noces (...), je croyais que même si j'avais des rapports avec des hommes, et tant que le

blindage (« tasfih » dans le dialecte tunisien) n'a pas été enlevé, je resterais toujours vierge et je ne tomberais pas enceinte »

Une autre participante, ayant déjà un enfant de 7 mois, déclare :

« Nous l'avons fait qu'une seule fois, je suis encore vierge vous savez »

Trois femmes enquêtées déclarent qu'elles se sont aperçues de leurs grossesses avant les trois mois et qu'elles n'ont pas pu avoir accès à l'avortement dans les services du planning familial :

« On m'a fait aller et venir jusqu'à ce que ça soit trop tard »

« Une sage-femme m'a dit, tu aurais dû penser aux conséquences avant d'écarteter tes jambes, on ne fait plus d'avortement ici »

Pour les femmes enquêtées, les grossesses non désirées résultent d'une triple difficulté d'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, d'accès aux moyens de contraception et d'accès à l'avortement. En ce qui concerne l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, dans le contexte de ces femmes, originaires majoritairement de zones rurales, le tabou culturel fait qu'il est quasiment impossible d'avoir une discussion sur le sujet avec le milieu familial. Si le sujet de la sexualité est abordé, il est infiltré de pensées magiques et religieuses erronées. Les discussions avec les pairs ont permis à certaines de saisir des notions primaires autour du lien entre cycle menstruel, sexualité et grossesse ; un nombre très réduit avaient des informations sur le préservatif comme moyen de contraception. Beaucoup des informations échangées avec les pairs sont fausses. La première exposition à une source fiable d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive se déroule dans le cadre des enseignements de sciences de la vie et de la terre durant les dernières années du lycée, l'ensemble des femmes interviewées ont un niveau de scolarité faible et n'ont pas atteint le lycée. Les services du planning familial sont supposés délivrer les informations en matière de santé sexuelle et reproductive, donner l'accès gratuit et anonyme aux moyens de contraception et à l'avortement (jusqu'à trois mois de grossesse). Dans les parcours des femmes rencontrées, rien de tout cela n'a été possible. Cette impossibilité d'accès aux services du planning familial peut se résumer en une formulation d'une des interviewées :

« Pour les gens qui travaillent dans le planning, si tu n'es pas mariée tu ne peux pas avoir une sexualité, et pour les tunisiens, si tu n'as pas de mari tu ne peux pas être une mère ! ».

En effet dans la pratique réelle, les services de santé sexuelle et reproductive semblent destinés aux femmes mariées, même si cela ne correspond pas aux discours officiels de l'Office National de la Famille et de la Population. Les prestataires de service dans les structures de planning familial sont des membres de la communauté et se transforment, face à la subversivité que véhiculent ces femmes, en des agents normatifs, des porte-paroles de la culture n'ayant plus comme paradigme de référence les directives institutionnelles, le savoir et la déontologie professionnelle, mais les normes culturelles et sociales. Les barrières socioculturelles, qui infiltrent également le système socio-sanitaire, sont associées à des représentations et des pratiques stigmatisantes et hostiles à l'égard des femmes. Additionnées à un cadre juridico-politique ne reconnaissant la sexualité et la famille qu'à travers l'institution du mariage, ces barrières constituent, chez les femmes de notre échantillon, le facteur principal de méconnaissance sur les sujets de la sexualité, du cycle menstruel et de la reproduction, et de la grande difficulté d'accès à la contraception et à l'avortement et sont, de ce fait, le principal facteur de grossesses non désirées.

La totalité des femmes rencontrées ont exprimé un fort besoin en éducation sexuelle et reproductive. Elles pensent que cette éducation doit se faire dans les écoles et dans les centres de santé de base. Le besoin d'avoir des consultations ou des points d'écoute et d'orientation anonymes est également exprimé. La piste d'avoir un accès à des conseils et des informations par téléphone et de manière gratuite a été évoqué et approuvé par l'ensemble des participants des focus-groups. Certaines pensent que les associations peuvent les aider par des campagnes de sensibilisation et d'éducation, par la distribution de moyens de contraception et en leur facilitant l'accès à l'avortement. Le jugement et la violence des professionnels de santé et des intervenants de tout bord semblent constituer un répulsif majeur empêchant ces femmes de recourir aux services de santé sexuelle et reproductive. Un travail auprès de ces professionnels s'avère être nécessaire afin qu'il développe une démarche professionnelle basée sur le respect des droits humains.

4.2. Besoin de réconciliation et de médiation familiale

Les femmes rencontrées sont devenues enceintes au moment de vivre leurs premières relations sexuelles. Encore une fois, c'est le manque de connaissances dans ce domaine qui a pu les trahir et ainsi créer une fracture dans leur itinéraire de vie. Le fait d'être enceinte pour ces femmes annonce une période particulièrement aride de leur vie où elles devront se couper de leur environnement familial et des personnes qu'elles côtoient au quotidien. La période de la grossesse représente le moment où l'isolement qu'elles vivent est à son paroxysme.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, ses MC sont issues de familles ayant un profil très spécifique ; des familles où la violence physique et psychologique, parfois d'un autre âge, est le reflet d'un dysfonctionnement et d'une pathologie systémique transmise voire même entérinée.

« ... Je me rappelle, quand j'étais alitée et je demandais un verre d'eau à ma mère, elle me le servait avec du sel dilué dedans en me disant bois ce que tu me fais boire... »

« ... Ma mère et mon frère m'ont attaché à un arbre avec une corde autour du cou, ma mère serrait la corde pendant que mon frère chauffait une faux à herbe et me la collait sur la peau jusqu'à ce que ma peau fume et parte en lambeaux... »

Ainsi, malgré la situation dramatique que vivent souvent les MC dans leur famille, leur excommunication familiale est vécue comme un drame, un abandon nécessitant un vrai travail de deuil face auquel les MC sont dépourvues de ressources. Cependant, parmi les mères que nous avons rencontrées, quelques unes (4 en tout) ont retenue notre attention par leur stabilité affective, la clarté de leur narration et par l'aspect « sécuritaire » de leur style d'attachement. Chose qui nous a poussé à creuser plus en profondeur les corrélats et les facteurs ayant favorisé cet état. Nous avons remarqué que ces mères avaient, soit gardé un contact avec leur famille, soit les familles ont toléré la situation malgré sa complexité. Le plus souvent, c'est le père qui est à l'origine de ce maintien du lien, rarement le cas de la mère qui pose comme condition sine qua non le maintien de la relation et/ou du retour au

foyer l'abandon de l'enfant une fois né. Toute cette situation fait que les idées suicidaires ne sont pas rares lors de cette période.

La recomposition familiale selon un modèle normatif de la famille est souvent considérée, par les mères célibataires, comme la solution optimale dans la quête d'une réintégration sociale. Le traumatisme engendré par l'éviction par la famille laisse des séquelles très vives et déstabilise des repères, déjà fragilisés, par un parcours épineux de grossesse et d'accouchement. La majorité des mères célibataires expriment constamment le souhait de se réconcilier avec leurs familles et/ou de renouer le contact avec le géniteur de l'enfant ou encore de se marier avec un autre homme. Pour certaines d'entre elles, une médiation entamée, même si elle ne débouche pas sur une réconciliation avec la famille, nourrit grandement l'espoir d'écarter le risque de vivre en marge de la société. De plus, selon elles, la recomposition familiale, sous n'importe quelle forme, apporte une certaine reconnaissance sociale indispensable à son insertion socioprofessionnelle et à la socialisation de l'enfant. Pour ce faire, les mères interviewées sollicitent la mise en œuvre de plus de mécanismes de médiation familiale et/ou conjugale : la sensibilisation des familles sur les méfaits de l'abandon de leur fille, la mise en place d'un argumentaire politique, religieux et moral pour communiquer avec les familles et des mesures beaucoup plus intransigeantes envers les pères géniteurs. A cet égard, les mères célibataires soulignent l'importance de développer un dispositif d'accompagnement juridique permettant l'obtention du nom patronymique pour l'enfant.

LE BEBE EST LA...

Après l'accouchement, la plupart des mères célibataires font front à une série de problèmes et de difficultés desquels elles sont parfois bien conscientes, qui imposent des limitations sérieuses à leur inclusion sociale et à leur déroulement personnel. Les ponts avec les familles, déjà fragilisés par une grossesse « déshonorante », risquent, pour certaines mères célibataires de se couper après l'accouchement si la jeune maman décide de garder l'enfant sans aucune réelle issue de réconciliation avec le père géniteur.

A ce niveau, les récits des MC sont ponctués par des moments difficiles à différents temps de la période post-accouchement mais convergent vers des besoins s'étalant de la nécessité d'une prise en charge d'urgence à un accompagnement vers l'inclusion sociale.

La majorité des mères célibataires réussissent relativement à maintenir un contact assez étroit avec les pouponnières associatives ou les foyers d'accueil des MC, peu importe qu'elles aient abandonné ou gardé l'enfant. Ces structures, en tant qu'institutions, essaient d'assurer une fonction de contenant et de protection de la mère et de son bébé. C'est dans ce cadre, constituant les rares repères stables pour les MC, que ces dernières apprennent progressivement à assumer une partie de leurs fonctions maternelles et à établir des liens affectifs avec l'enfant. Certaines mères sont appuyées par quelques structures dans une quête de réinscription dans un réseau social et professionnel. Cette projection vers l'extérieur est un processus fastidieux, où des difficultés et des besoins de différentes natures, viennent amplifier le risque de rechute dans l'isolement ou la fuite.

Dans cet ordre d'idées, le besoin d'autonomisation est fortement ancré dans les discours des MC. Tout en veillant à bénéficier des aides matérielles ou financières offertes par les services d'aide sociale et les dons associatifs, ces mères évoquent le désir d'être actrices de leur projet de vie.

« ... J'ai beaucoup d'idées et de projets en tête... mais je ne sais pas comment les concrétiser... je ne trouve pas de financement ni d'encouragement... »

Face à une prise en charge (par des acteurs étatiques ou associatifs) focalisée sur la réconciliation familiale ou conjugale, les MC manifestent une frustration latente, quant au besoin d'entamer un processus de sortie d'un état de dépendance par lequel elle pourra acquérir une capacité d'action et de s'affranchir de cette subordination dans ses dimensions morale, sociale ou stratégique. Le besoin de travailler, reste certes, une des priorités dans ce long parcours d'autonomisation mais il est souvent évoqué au-delà de sa valeur économique, comme un tremplin pour l'accomplissement de soi et l'inclusion sociale.

L'accompagnement vers l'autonomisation de la mère avec son enfant suppose une panoplie de démarches très variées qui ne se restreignent pas au seul volet professionnel, aussi pertinent soit-il. Il y a aussi tout ce qui peut permettre à la mère célibataire de reprendre confiance en elle et de se concevoir actrice de son projet vie. De plus, une place centrale est

accordée à la mise en œuvre d'une médiation afin qu'elle renoue le contact avec sa famille ou son partenaire. Cet accompagnement devrait également l'aider à prendre conscience de ses droits et aux procédures administratives et juridiques à entreprendre, beaucoup plus stratégiques et importantes que l'on ne peut le supposer.

4.3. Besoin d'autonomisation

Au même titre que les besoins évoqués ci-dessus, la quête de l'autonomisation est fortement recherchée chez les MC interviewées. Le travail, le logement, les ressources matérielles, etc. sont des conditions sine qua none pour que ces mamans puissent élever leurs enfants dans la dignité, malgré le regard impitoyable que portent sur elles la société.

Les MC sont aux prises entre l'enclume de leur précarité socioéconomique amplifiée par une stigmatisation multi-niveaux et le marteau des services qui, inadaptés, délaissent souvent la question des droits. De ce fait, l'approche d'intervention auprès des MC est rarement pensée en termes de processus d'autonomisation et de promotion sociale. Les mères se plaignent encore de leur statut très précaire malgré toute la panoplie de programmes et services visant, particulièrement, à assurer certains besoins en urgence. A ce niveau, les discours des mères soulignent des dilemmes assez problématiques : tout ce que les mères acquièrent en termes d'aides financières ou matérielles ne fait qu'accentuer leur instabilité socioéconomique. Elles se trouvent installées dans une logique de dépendance matérielle et sociale sans aucune vision à long terme. De plus, si leur survie financière est prise en considération, leurs besoins d'être respectées, protégées (physiquement et socialement) et de s'accomplir sont rarement recherchés par le dispositif d'intervention.

Compte tenu de ces constats, les mères célibataires appellent à rompre avec cette approche, « goutte à goutte », de réponse aux besoins les plus urgents. Elles réclament une nouvelle approche respectant leurs droits selon un parcours de co-construction de leur chemin de vie. Selon elles, l'approche d'intervention actuelle leur enlève toute dimension identitaire et les placent en tant qu' « objets de droit » et non comme des sujets capables de faire valoir leurs opinions et d'accéder à un statut de choix. Il est donc important de passer à un nouveau palier d'accompagnement des mères structuré selon une logique de parcours et non pas

d'agencement de services. Plutôt que de s'incliner devant des programmes figés et des intervenants enfermés dans leurs propres codes et convictions, il s'agit de se recentrer sur la mère dans le cadre d'un projet concerté avec elle où l'accent est mis sur son autonomisation à partir de ses choix et de sa réalité.

4.3.1. Ressources matérielles et financières

Suite à l'accouchement, la situation des mères célibataires est bien différente puisque la maternité apporte la preuve de la transgression sexuelle auprès de la société. Elles sont placées devant un choix : d'une part, elles peuvent signer la déclaration d'abandon et renoncer définitivement à leur rôle de mère à l'égard de l'enfant ; d'autre part, elles ont la possibilité de garder l'enfant près d'elles malgré la stigmatisation sociale et l'exclusion familiale que cette décision peut entraîner. Pour celles qui refusent de dissimuler leur maternité, parfois fortement désirée, et d'abandonner leur rôle de mère, devenir indépendante est la seule manière d'y parvenir. A cet égard, la dimension matérielle et financière de la maternité est systématiquement mentionnée dans les entretiens et les focus group.

Envisager un projet de vie de la mère avec son enfant n'est possible qu'une fois la question des besoins immédiats résolue, même de façon très provisoire. Mais, dans un contexte des plus hostiles et contraignants, ces mères, touchées par une précarité extrême, ne peuvent compter que sur les aides sociales ou associatives. Elles font face à différents types de nécessités matérielles : si elles ne disposent pas d'hébergement dans un foyer étatique, associatif ou personnel, le besoin en argent se fait ressentir pour le paiement du loyer d'une chambre, de l'électricité, de l'eau courante et du transport. Cela s'additionne aux frais de la nourriture, des soins, des médicaments, etc. Dans le cas plus extrême, si la mère a choisi de garder son enfant, les besoins en ressources financières et matérielles sont beaucoup plus pressants au regard des coûts assez onéreux des soins fournis à l'enfant. Les exigences d'une telle situation demeurent assez disproportionnées aux aides fournies par l'Etat ou les associations. Cette problématique financière impacte certainement les aspirations des mères célibataires quant à l'accès au travail, le suivi d'une formation professionnelle ou encore le recours juridique et administratif. Dès lors, le processus d'autonomisation est

fortement entravé par les difficultés économiques et les mères sont désormais inscrites dans une logique de survie, plutôt que de réinsertion sociale.

Partant de ces constats, certaines mères célibataires évoquent ouvertement la nécessité de réfléchir sur un cadre légal, avec un statut juridique clair des mères célibataires, leur permettant ainsi de bénéficier de plus importantes aides sociales et de la gratuité des certains services comme les soins médicaux, le transport et l'hébergement.

4.3.2. Hébergement

L'absence d'hébergement est le premier frein majeur au projet d'inclusion socio-économique de la mère et de son enfant. Pour plusieurs mères, un hébergement stable est la pièce angulaire d'un vrai projet de vie. Certes, avoir droit à être logé semble une affirmation très simple et concrète mais dans les faits dès que les mères célibataires tentent de donner forme et réalité à ce droit, elles se heurtent immédiatement à de multiples barrières.

Deux niveaux de difficultés sont évoqués à travers les entretiens : la difficulté à trouver un hébergement d'urgence et la difficulté à disposer d'un hébergement décent et stable à long terme.

L'hébergement d'urgence représente une nécessité absolue au vu des risques majeurs sur la vie de la mère et de l'enfant (agression, viol, prostitution forcée, dégradation de l'état de santé, etc.). Sur ce volet, pour celles qui n'ont pas eu la chance d'être hébergées dans des structures associatives ou étatiques ou encore d'être réintégrées dans leurs familles, les mères revendiquent clairement la mise à disposition gratuite de maisons, ou à la limite des foyers collectifs durant les mois qui suivent l'accouchement. Selon elles, il est totalement inadmissible qu'une femme avec un bébé, fragilisée par tout le parcours d'abandon, de maltraitance et de pauvreté extrême, soit explicitement exposée à tous les dangers de la rue et dans une quête exténuante d'un abri, même délabré, pour subvenir aux besoins de son enfant. Beaucoup moins intransigeantes, d'autres mères ont émis le vœu que des indemnités de logement, assez conséquentes, soient mises à disposition des mères célibataires. Cela facilitera la tâche aux décideurs politiques qui n'auront plus le souci de bâtir des foyers et d'engager du personnel pour l'entretien des locaux.

A plus long-terme, la majorité des mères célibataires vivent dans des conditions de logement laborieuses. Les difficultés sont multiples ; ne serait-ce que de trouver un propriétaire qui accepte de leur louer un appartement est déjà un parcours du combattant. L'accès à la propriété, ou parfois à la location, est quasiment impossible au regard de la faiblesse des ressources financières. Signe des difficultés à vivre seules avec leurs enfants, plusieurs des MC interviewées partagent même un logement avec d'autres personnes, habituellement des femmes dans la même situation. Le regard désapprobateur des voisins rend la vie encore plus difficile, particulièrement avec le cliché de la fille légère qui court les bars à la recherche d'un homme avec qui passer la nuit.

« ... Chaque fois que je rentre tard, le propriétaire ne peut s'empêcher de me faire la remarque et de me menacer de me mettre à la rue... il refuse même de me faire un contrat... et sans contrat... les procédures administratives deviennent compliquées... »

D'une façon générale, les mères célibataires qualifient l'hébergement comme le plus grand prérequis indispensable à la mise en œuvre d'une quelconque démarche d'autonomisation. Elles espèrent bénéficier de dispositions étatiques particulières leur permettant de profiter d'un logement stable et suffisamment convenable tout en prenant en compte leur situation de vulnérabilité économique et sociale.

4.3.3. Accès au travail

Les mères célibataires sont souvent dans une situation défavorable sur le marché du travail. Les données recueillies lors des entretiens et des focus group, renseignent sur une multitude de contraintes dans ce sens. Elles doivent, en effet, surmonter à la fois les contraintes liées au niveau de leurs qualifications professionnelles (niveau de scolarité, orientation professionnelle, expérience professionnelle, déqualification, etc.), aux rapports inégaux entre les femmes et les hommes (contraintes de la monoparentalité, discrimination basée sur le genre, perception négative de son statut de mère célibataire, etc.), à leur situation de mères seules (garde d'enfants, impossibilité de compter sur le revenu d'un conjoint pour subvenir aux besoins de la famille, manque de flexibilité des employeurs, etc.) mais également à leurs caractéristiques personnelles (sous estime de soi, peur du regard social stigmatisant de l'entourage professionnel, etc.). S'ajoute à cela, pour certaines mères

célibataires, le souci de composer avec des charges supplémentaires si elles ont plus qu'un enfant ou encore si les enfants présentent certains problèmes sanitaires ou sociaux.

Toutes les mères interviewées expriment ouvertement des besoins d'aide à l'emploi. Un travail stable et à revenu suffisant leur garantirait une assise socioprofessionnelle indispensable à l'enclenchement du processus d'autonomisation. Devant l'effet minime de politiques disparates, de stratégies infructueuses et de services ou encore de programmes spécialisés inefficaces, l'insertion professionnelle proposée aux mères célibataires a été largement restreinte à son aspect matériel en l'absence de tout effort consenti pour adapter l'offre à la singularité de la mère ou à sa réalité socioculturelle. C'est dans ce sens, que les mères émettent le souhait de la mise en place d'un dispositif clair et efficace d'insertion professionnelle. Ce procédé intégrerait des mécanismes d'aide professionnelle (orientation professionnelle, information sur le marché de l'emploi, offre de formations générale et spécifique, accompagnement entrepreneurial, mesures de conciliation emploi/ contraintes de la monoparentalité, etc.), d'aide à la recherche d'emploi (orientation et accompagnement individualisé, aide matérielle durant la phase de recherche d'emploi, etc.), d'aide personnelle (soutien psychologique et social, soutien matériel, mise à disposition d'un soutien communautaire et/ou institutionnel, etc.) mais aussi de pénalisation de toute discrimination professionnelle fondée sur son statut de mère célibataire.

Force est de constater que, même si les discours des mères sont quasi-centrés sur les obstacles d'insertion professionnelle et sur la panoplie des prestations et mécanismes d'aide à mettre à leur disposition, il demeure important pour ces mères qu'elles s'inscrivent dans ce parcours en étant les principales actrices de tout le processus. Les aménagements demandés sont à considérer comme des leviers d'autonomisation professionnelle et non pas en tant que simples échappatoires à la précarité économique.

4.4. Besoin d'accompagnement à la parentalité

En l'absence d'une assise sociale et familiale assez robuste, la transition à la parentalité et son exercice sont potentiellement déstabilisants pour la mère célibataire. La monoparentalité s'affiche comme une véritable épreuve angoissante à plusieurs niveaux : serais-je capable de porter la responsabilité de cet enfant ? D'endurer toute seule son statut et son éducation ? Serait-il comme les autres enfants ? L'absence d'un père affecterait-elle

sa socialisation ? Etc. Ce nouveau statut de mère est appréhendé comme un long processus pénible plutôt que comme un nouvel état de parentalité. Dans ce sens, la plupart des mères interviewées ont exprimé un manque de confiance dans leurs compétences parentales et leurs pratiques éducatives. L'absence de relation stable avec le père biologique ou la famille vient amplifier cette crainte alors qu'un environnement familial soutenant favoriserait, selon elles, une appropriation du rôle de la mère. De plus, l'exercice de la parentalité s'avère extrêmement difficile à cause d'un contexte social caractérisé par une rigidité normative et un vide juridique.

Même si la prise en charge d'urgence des mères célibataires relègue en seconde zone la nécessité de les accompagner dans leur parcours parental, le besoin de soutien à la parentalité de ces mères semble occuper une place importante dans leurs discours. Les difficultés du quotidien et les réflexions autour de l'exercice parental, faute de disposer d'un corpus de connaissances et règles claires, viennent nourrir une angoisse latente quant à leur capacité d'assumer la trame parentale.

Ainsi, il s'agit, pour les mères, d'élargir l'éventail des procédés d'accompagnement dans l'exercice de leurs responsabilités parentales pour donner lieu à une palette d'actions diversifiées et graduées. Les focus group ont permis de recenser certaines attentes quant aux actions souhaitées dans ce cadre :

- Le développement des habiletés parentales,
- L'acquisition de connaissances sur le développement de l'enfant (cognitif, physique, moteur, affectif, langagier, social, etc.),
- La mise à disposition de référents ou de points focaux d'orientation et d'information en l'absence de repères ou de marches à suivre,
- La conception de programmes accessibles d'éducation parentale en faveur des mères célibataires.

4.5. Besoin de prise en charge et de suivi psychologique

Il est commun que la mère célibataire vive avec une souffrance psychologique dès la grossesse ou même avant. L'avènement de la maternité, état irréversible, replonge la mère dans un composé d'anxiété, de doute, de sous-estime de soi et de solitude. La peur de

stigmatisation et le sentiment de culpabilité entravent les tentatives de construction d'un cercle social d'appui alternatif à la famille d'origine. Ce vécu douloureux peut affecter sa qualité d'attachement à son enfant et nuire à sa santé mentale et physique.

Plusieurs mères célibataires évoquent une carence considérable dans la prise en charge de cette douleur psychique. Le dispositif d'intervention centré sur les besoins d'urgence, le manque d'acteurs capables de composer avec leur souffrance et l'environnement hostile à leur autonomisation ne font que maintenir ou aggraver l'état de tension dans lequel gravitent les mères célibataires. A cet égard, elles appellent à diversifier les actions afin de mieux gérer cette vulnérabilité psychologique : des programmes de développement de leur pouvoir d'action et décisionnel (empowerment) et de positionnement en tant que mère célibataire, la gratuité des soins psychologiques chez des psychiatres ou des psychologues qualifiés et pour les plus jeunes des programmes spécifiques qui respectent la dualité mère-enfant.

4.6. Besoin de prise en charge socio-sanitaire

Même si les discours relatifs à l'offre de l'assistance sociale et sanitaire mettent en évidence un certain soulagement puisqu'elle représente la seule offre d'aide concrète et accessible aux yeux des mères célibataires, ces dernières soulignent plusieurs limites qui affaiblissent l'efficacité de cette assistance. Généralement, le personnel des services sociaux assiste les femmes dans différentes démarches administratives et entreprennent des tentatives de réconciliation avec la famille si la mère le désire mais la multiplicité de acteurs et le bas niveau d'instruction des mères limitent l'assistance au niveau économique ou à de simples prises de contact avec la famille. L'accès aux soins est difficile et est généralement considéré pour les enfants en premier lieu. La coordination entre les services est problématique et peu sensible aux contraintes des mères célibataires. La logique de survie est prégnante et l'approche d'assistance est peu concertée avec la mère et entre les intervenants.

La prise en charge médicale est souvent réduite dans cette phase. Elle est souvent abordée autour de la contraception selon une philosophie d'impératif. Les mères interviewées soulignent qu'elles n'ont pas été suffisamment sensibilisées ou informées sur les moyens contraceptifs.

Toutes les mères célibataires s'accordent pour dire qu'aucun suivi n'est opéré à plus long terme. Elles appellent à instaurer un système de prise en charge sociale et médicale plus efficace, plus éthique et plus durable leur permettant de bénéficier d'une aide matérielle plus conséquente, d'un accès plus facile aux structures médico-sociales, d'une éducation sanitaire et sexuelle adaptée à tous les niveaux d'instruction et d'une gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques. Toutes ces revendications devraient se concrétiser dans le cadre d'une approche qui respecte leurs choix et leurs droits.

4.7. Besoin d'Informations sur les droits

La question des droits des mères célibataires est transversale. Elle est évoquée, explicitement ou entre les lignes, par les mères. Mais dans une logique de dissociation peu surprenante, toutes les mères célibataires ne connaissent pas leurs droits. Les raisons de cette méconnaissance sont multiples, dont la plus importante se rapporte à l'absence de dispositions juridiques spécifiques qui stipulent des droits concrets pour les mères célibataires.

Dans les focus group, le besoin d'information sur les droits a été une constante dans les débats. Les difficultés soulevées, en ce sens, concernent l'ancrage socioculturel dans une culture de charité et d'aide, le nombre de réduit des intervenants avisés, le bas niveau d'instruction et l'absence de supports adaptés pour sensibiliser les mères célibataires sur leurs droits. Pour résoudre ces problèmes, les mères célibataires proposent la mise en place d'une formule juridique d'obligation générale d'information selon laquelle les intervenants de première ligne doivent mettre la mère célibataire en mesure de connaître tous ses droits. Pour ce faire, les intervenants devraient être sensibilisés et formés, la communication devrait être adaptée au niveau de compréhension des mères et des supports synthétiques et procéduraux devraient être fournis aux mères dès le premier contact avec les intervenants. Comme souligné plus haut, certaines mères interviewées revendiquent une avancée législative plus importante qui promeut des mesures spécifiques protégeant les mères célibataires. Un statut juridique clair et reconnu pour les mères célibataires sera le meilleur moyen, selon elles, de comprendre et d'accéder à leurs droits.

4.8. Besoin d'assistance administrative et juridique

C'est souvent l'accouchement qui va marquer l'immersion dans la scène juridique, l'objectif de la reconnaissance de la paternité entend régulariser la situation et prévenir l'abandon et toute atteinte de l'enfant. La plupart des mères restent seules à se battre pour la reconnaissance de leur enfant auprès de leurs pères biologiques. Du fait de leurs caractéristiques socio-personnelles (niveau d'instruction faible, vulnérabilité psychologique, sentiment de culpabilité, etc.), de la complexité et la lenteur des procédures et de la précarité économique, elles éprouvent énormément des difficultés lors du suivi des procédures. Les services proposés aux mères célibataires, dans ce cadre, se limitent généralement à l'information sur les droits de l'enfant sans qu'il y ait, en parallèle, une aide juridique spécialisée. A cet égard, les focus groupes ont fait sortir un effet « boule de neige » : les démarches administratives et juridiques, jugées très contraignantes, entravent toutes les possibilités pour permettre à l'enfant d'acquérir un patronyme. Cet échec de la régularisation de la situation juridique de l'enfant serait l'inducteur d'une panoplie d'obstacles à la socialisation de l'enfant mais aussi à la reconstruction familiale et sociale de la mère. Les deux continueraient leur vie avec des marques d'une transgression sociale impactant à jamais leur qualité de vie. L'assistance juridique est estimée donc par les mères comme une nécessité absolue au regard de ce risque accru de futurs problèmes d'insertion sociale.

4.9. Besoin de reconstruction affective

Il s'agit de la place occupée par la vie sentimentale, la vie de femme des mères célibataires, au sein de ce parcours assez chargé de contraintes. En effet, les mères et les divers acteurs de prise en charge sont primo-centrés sur l'intérêt de l'enfant et de la relation mère-enfant. Peu d'importance est accordée pour que l'identité de femme puisse s'exprimer en parallèle à celle de mère. Aucun programme institutionnel ne traite la question de la reconstruction sentimentale, voire même du travail de deuil de la relation avec le père géniteur, s'il refuse tout contact avec la mère célibataire. A ce sujet, les mères célibataires évoquent un besoin pesant de retrouver le courage de laisser parler leurs sentiments. Cette primauté de la

construction de l'identité maternelle les cantonne dans un statut de mère fragile et dans une position de conformisme axé sur l'intériorisation d'un schéma social dénué de la dimension affective.

Pour œuvrer dans le sens d'un rétablissement affectif, plusieurs mères célibataires ont proposé de concevoir des actions de rééducation sentimentale axées sur la reprise de confiance, l'extension du réseau social et la gestion de la relation d'un éventuel couple au regard de l'importance octroyée aux ressentis de l'enfant par rapport au potentiel nouveau partenaire.

4.10. Besoin de ressources communautaires

Plusieurs mères célibataires interviewées ont quitté leur ville d'origine pour devenir anonyme et invisible dans une plus grande ville. Les épreuves se sont enchaînées ensuite dans le sens d'une rupture quasi-complète de ces femmes avec leur réseau social et leur communauté plus globalement. A cet égard, elles évoquent la rareté des informations sur les ressources disponibles dans la nouvelle région. Les rares informations circulent de bouche à oreille et conduisent souvent les mères célibataires vers les pouponnières associatives. De plus, au vu de la palette des besoins éprouvés et du cloisonnement des services, elles trouvent difficilement des appuis concrets de la communauté ; et si elles réussissent à cerner certains services, il y a souvent une divergence considérable entre les besoins exprimés (allocation fixe, assistance juridique, hébergement décent, etc.) et les services proposés (prime financière occasionnelle, hébergement rarement proposé, etc.).

La philosophie de base de développement du libre choix et du contrôle de décisions chez les mères célibataires demeure indispensable, comme indiqué plus haut, en tant que vecteur transversal de la démarche d'autonomisation, mais gagne énormément en efficacité si elle est articulée autour d'un support communautaire qui cristallise les revendications et promeut de nouvelles pratiques sociales. Partant des constats relevés par les mères célibataires, le soutien communautaire devrait recouvrir un ensemble d'actions allant de l'accueil à la référence, en passant par diverses formes d'accompagnement suite à l'usage des services publics, la prise en charge psychosociale, le conseil juridique et la mobilisation des services territoriaux. Les mécanismes d'action communautaire devraient reposer sur la

concertation, la coordination mais surtout sur la prise en compte des droits et besoins des mères célibataires dans toutes les activités et les programmes de la communauté.

4.11. Besoin d'assistance et de prise en charge éducative de leur(s) enfant(s)

Toutes les mères rencontrées expriment ouvertement leurs difficultés à concilier entre une vie « familiale » et professionnelle. En effet, en plus de leur quotidien déjà compliqué, la présence de l'enfant est parfois perçue comme un frein à l'accès au monde du travail. Quand elles ont un emploi, certaines MC se trouvent obligées d'emmenner avec elles leurs enfants sur leur lieu de travail, ce qui n'est pas sans risque pour l'enfant.

« ... je travaille comme femme de ménage dans une villa, et je suis obligée de prendre mon fils avec moi... je lui demande de rester assis sans bouger pendant 5 heures... car j'ai peur qu'il ne tombe dans la piscine... »

« Si je trouve où placer mon enfant j'arriverai à décrocher mon pain tous les jours, peu importe le boulot, j'y arriverai, mais pas avec un enfant qui vous colle du matin au soir »

La plupart des mères ont été, à un moment ou un autre, approchée par des personnes qui voulaient adopter leur enfant (au moins 9 mères l'ont déclaré), le plus souvent par des couples d'étrangers qui leur proposent soit de l'argent soit une promesse d'une vie meilleure pour l'enfant :

« ...j'ai été approchée par un couple d'italiens qui voulait adopter mon enfant... en échange d'un peu d'argent mais surtout en échange d'une vie meilleure... le dernier argument m'a tourmenté... j'ai passé des nuits à y penser... mais j'ai fini par refuser et je n'y penserais que comme dernier recours... »

Conclusion

Bien qu'aujourd'hui la Tunisie soit dotée d'un cadre socio-juridique moins discriminant que les autres pays du Maghreb - à l'égard de ce que la grande majorité des professionnels désignent encore comme « cas sociaux » ou « mères célibataires » - néanmoins ces femmes

restent fortement stigmatisées et leur parcours jonché de violences considérables et de grands manquements à l'égard de leurs droits. Ces mêmes professionnels considèrent ces femmes comme « fautives », « récidivistes », « sans repères », « défailtantes » et « difficilement intégrables dans la société ». Leurs démarches professionnelles, sont ascendantes, pas à l'écoute des besoins exprimés par ces femmes, et voir même, dans un nombre important de situation, comportant une dimension coercitive. Socialement, les représentations collectives autour de ces femmes oscillent entre la considérer comme « déviantes » ou comme « victimes » et dans les deux situations, elles restent perçues comme une menace à l'encontre d'un ordre familial patriarcal où la filiation ne peut se penser que du côté du père. En matière de politique sociale, ces femmes sont les grandes absentes des programmes d'actions des différents ministères et elles restent largement scotomisées dans la réflexion des décideurs qui continuent à les considérer comme un phénomène négligeable qu'il ne faut pas encourager. A titre d'exemple, le programme phare de la politique familiale tunisienne est celui de la réduction et du contrôle de la natalité à travers les services de la planification familiale (éducation sur la santé sexuelle et reproductive, contraception et avortement), les femmes de notre étude ont majoritairement relaté une difficulté d'accès, voir un refus d'accès par les professionnels sous prétexte qu'elles n'étaient pas mariées.

Cette étude sur les besoins nous a montré que les femmes en situation de monoparentalité sont prises dans des cycles de violences, de stigmatisations et de désinformations depuis leurs jeunes âges. Le focal est à mettre sur les stigmatisations et les violences émanant des professionnels parce qu'elles constituent l'obstacle le plus important en matière d'accès aux droits sanitaires et socio-économiques. La stigmatisation portée par les professionnels est devenue une stigmatisation insidieuse, difficile à constater (pour un observateur extérieur d'autant plus commandité par une ONG étrangère) et qui se cache derrière un discours politiquement correct d'aide, de tolérance et parfois de respect des droits humains. Cette posture de « faux semblant » s'efface rapidement, lors des rencontres individuelles des professionnels avec ces femmes (en l'absence d'observateur extérieur) pour laisser apparaître un flot de reproches et de projections hostiles à leur égard souvent dans un raptus de violence et en ayant recours à des propos dégradants. Du discours des intervenants, ces femmes sont considérées comme « irresponsables », « incapables », ne cherchant qu'à assouvir leurs pulsions hédonistes et sources de menaces pour leurs enfants.

Contrairement aux recommandations des lignes directrices pour la protection de remplacement, l'idée largement partagée par les intervenants est que la séparation de l'enfant avec sa mère reste la meilleure option pour préserver l'intérêt supérieur de l'enfant. Ainsi ces mères sont reléguées en dernier choix des possibilités d'un environnement familial propice au développement de l'enfant, d'ailleurs l'accès même au statut d'une famille monoparentale ou celui de parent isolé n'est pas encore d'actualité ni dans les textes officiels, ni dans le jargon des professionnels. Le jargon employé par les professionnels, et notamment les intervenants sociaux, est un jargon criminalisant et autoritariste : « récidiviste », « délit », « crime » (pour désigner la sexualité et la grossesse hors cadre du mariage), « filles faciles », « manque d'éducation de la part des parents », « laxisme », etc. Tout le parcours de vie, de ces femmes est repris et réinterprété par les professionnels selon ce prisme de déviance par rapport à un ordre social. Aucune place n'est accordée à une autre lecture, à une perception bienveillante qui fait appel aux notions d'amour entre deux personnes, d'attachement, de désir, et toute autre notion qui pourrait rendre compte de la complexité et de la profondeur des rapports humains et des trajectoires personnelles. Ces femmes étaient assignées au statut de « cas social » (terme qui continue à être utilisé), puis celui de « mère célibataire ». Ces appellations professionnelles renforcent encore plus la stigmatisation. Chez les femmes interviewées dans notre étude, ces désignations déclenchent des ressentis d'humiliation, de honte, et d'être réduites et dépossédées de leurs êtres. Ces ressentis se transforment en obstacles majeurs pour ces femmes qui les empêchent de « se prendre en main » et qui les plongent dans une position d'apragmatisme et de soumission.

En guise de conclusion, il nous semble de première importance de souligner que le besoin fondamental soutenu par ces femmes et que nous trouvons en filigrane dans l'ensemble des besoins exprimés est celui d'être reconnue dans leurs humanités et en tant que personnes et citoyennes à part entière. Ceci n'est pas seulement un besoin mais c'est aussi un droit inaliénable. Il est regrettable de constater que les premiers transgresseurs de ce droit sont ceux supposés offrir des prestations pour y accéder. Il semble ainsi important d'opérer des transitions et de prendre les dispositions nécessaires pour qu'une approche basée sur les droits humains soit le référentiel de base de l'ensemble des pratiques professionnelles.

GUIDE D'ENTRETIEN

Mères célibataires

Données sociodémographiques

Nom et Prénom de la personne interrogée :

Qualification/diplôme/niveau d'étude :

Age : Nbr d'enfants : Nbr d'enfants hors mariage : Age lors de la 1^{ère}

grossesse : Age de(s) enfants :

Situation :

- Matrimoniale (Mariée, divorcée, célibataire, veuve)
- Sur l'emploi (sans emploi, emploi stable, etc.)
- Sur l'hébergement, de la mère et de l'enfant (avec sa famille, en location, en placement, institution, etc.)
- Financière (subvention étatique ou associative, prise en charge par tiers, etc.)
- De santé, de la mère et de l'enfant (suivi médical, psychologique, social)
- Judiciaire (en conflit avec la loi ou pas)
- Accouchement (hôpital, à la maison...)

Plan et thèmes de l'entretien avec les MC

Nous avons structuré l'entretien selon des secteurs (opérationnalisables en thématiques), chacun des axes fera l'objet d'une investigation aussi bien sur les Connaissances, les attitudes et les pratiques des MC que sur les problèmes, les besoins et les solutions.

L'entretien commencera par le récit de vie et sera orienté vers les thématiques principales de l'entretien, à savoir :

- La SSR
- La grossesse et l'accouchement
- La médiation familiale

- La parentalité
- La santé :
 - a. Suivi médical avant, pendant et après l'accouchement
 - b. Santé de l'enfant
- L'éducation
 - c. Sexuelle et reproductive
 - d. Les droits
 - e. Structures à contacter
 - f. Nom-patronymique de l'enfant
- Le domaine socio-professionnel
 - g. Hébergement
 - h. Formation
 - i. Accès à l'emploi
 - j. Aide financière
- La médiation familiale (renouer le lien avec la famille, le père..)
- La relation mère-enfant (maternage, droit de l'enfant)
- Le soutien associatif et étatique

Services fournis

En cas de besoin, savez-vous vers quelle structure ou service vous adresser ?

- Accueil ?
- Accompagnement social/psychologique?
- Assistance médicale et psychologique ?
- Régularisations administratives et juridiques ??
- Aide au logement et hébergement ?
- Médiation/réconciliation familiale et conjugale ?

Avez-vous trouvé un emploi stable qui vous permet de vivre dignement ? Si oui, est-ce qu'on a gardé contact avec vous ? avec quelle fréquence ?

Pouvez-vous estimer les points positifs (forces) et négatifs (faiblesses) de la structure qui vous accueille ?

Besoins des mères célibataires :

À votre avis de quoi a besoin une mère célibataire ?

Qu'est ce qui pourrait l'aider à faire face à sa situation ?

Quelle est la plus grande difficulté lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte ?

Qu'est ce que vous avez éprouvé ?

Vers quelle structure vous vous êtes adressée ? Comment s'est passé le premier contact ?

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

إلى أي مدى تنطبق هاتاه الأوصاف عليك. أجب بختيار عدد من 1 إلى 4

4	3	2	1
أوافق تماماً	أوافق	لا أوافق	لا أوافق بالمررة

- 1- 2 - 3 - 4 . نحس روجي انسانة عندها قيمة كيما أي انسان أخر
- 1- 2 - 3 - 4 . نتصور إلي عندي بعض الصفات الباهيا
- 1- 2 - 3 - 4 . كي نفكر مليح نلقى روجي انسانة فاشلة
- 1- 2 - 3 - 4 . أنا قادرة بش نعمل حاجات كيما اناس الكل و خير
- 1- 2 - 3 - 4 . ما نحسش عند حاجات تخليني فخورة بروجي
- 1- 2 - 3 - 4 . عند نظرة إيجابية على روجي
- 1- 2 - 3 - 4 . بصفة عامة أنا راضية على روجي
- 1- 2 - 3 - 4 . نتمنى يكون عندي أكثر إحترام لروجي
- 1- 2 - 3 - 4 . ساعات نحس روجي عديمة الفائدة

1- 2 - 3 - 4

10. تجيني ساعات تفكر إلي أنا ما نصلح لشي

Nom, prénom :

Age :

Traduction du document : <http://www.irbms.com/download/documents/echelle-estime-de-soi-de-rosenberg.pdf>

1. Contexte / Présentation du projet

Présentation succincte de Santé Sud

Santé Sud a été créée en 1984 par des professionnels de la santé confrontés aux limites de l'aide d'urgence et voulant contribuer à un développement durable de la santé. Selon sa devise « **Agir sans remplacer** », elle **soutient des structures sanitaires, sociales et associatives dans les pays du Sud**. Convaincues que ceux-ci disposent de tout le potentiel pour dispenser les soins nécessaires à leur population et qu'il leur appartient de choisir la voie de leur développement, ses équipes veillent à **accompagner et à former des professionnels locaux**. Depuis sa création, l'ONG Santé Sud a mené **plus de 100 projets dans une trentaine de pays**. Elle intervient aujourd'hui **au Maghreb, en Afrique et en Asie**.

La situation des « mères célibataires au Maghreb »

Dans les sociétés maghrébines, les mères célibataires font l'objet d'une forte condamnation sociale. Le système de croyances et de valeurs en vigueur les criminalise. Elles sont considérées comme les principales perturbatrices de l'ordre familial et moral, alors que la condamnation sociale des géniteurs reste exceptionnelle. Un enfant né hors mariage constitue une atteinte, non seulement au statut des mères, mais aussi à celui de toute leur famille. Cette situation contraint très souvent les mères à abandonner leur enfant et à sombrer dans la marginalité.

Le cumul des vulnérabilités (jeune âge, fragilité psychologique, faible niveau de formation et de qualification) rend leur insertion sociale et professionnelle extrêmement difficile. Victimes de discrimination et de stigmatisation, elles ont tendance à se recroqueviller sur elles-mêmes, ce qui accentue leur fragilité et diminue leurs chances de reconstruction.

Cette situation est aggravée par les lacunes du cadre législatif et exécutif en matière de protection des droits de la femme au Maghreb. En effet, les mesures de protection en vigueur en Tunisie, au Maroc et en Algérie sont relativement limitées, dénotant l'absence d'une réelle volonté politique pour traiter du sujet.

Le projet mené par Santé Sud et ses partenaires dans le cadre de la Convention Programme AFD

En réponse à la situation décrite ci-dessus, Santé Sud a mis en œuvre un projet qui vise à **promouvoir l'accès aux droits fondamentaux des mères célibataires** au Maghreb en renforçant leur **insertion sociale et professionnelle**.

Les activités sont menées en partenariat avec 3 structures associatives locales :

- Le **Réseau AMEN Enfance Tunisie** qui regroupe des associations gestionnaires d'unités de vie chargées de la protection des enfants sans soutien familial sur tout le territoire tunisien
- **L'Institut National de Solidarité avec les Femmes en détresse (INSAF)** de Casablanca, au Maroc, qui offre des services d'accueil et d'écoute ainsi qu'un suivi socio juridique et psychologique aux mères célibataires et à leurs enfants
- **L'association SOS Femmes en Détresse à Alger** qui assure une prise en charge socio juridique et psychologique des mères célibataires, depuis sa création en 1992.

Cofinancé par l'Union européenne, le projet « *Pour une meilleure insertion sociale et professionnelle des mères célibataires au Maghreb* », s'inscrit dans le cadre d'un programme plus large mis en œuvre avec le soutien de l'AFD de janvier 2013 à décembre 2016. Il a pour objectif de « renforcer le rôle et les capacités des acteurs publics et associatifs partenaires de Santé Sud dans la défense des droits des populations les plus vulnérables, au Maghreb et au Liban ».

Il est composé de 4 projets distincts, mais pour certains en synergie les uns avec les autres, s'adressant à différents groupes de populations particulièrement vulnérables :

- **Les mères célibataires dans 3 pays du Maghreb (Tunisie, Maroc, Algérie)**
- Les enfants issus de relations hors mariage (en Tunisie)
- Les jeunes menacés de rupture sociale (en Tunisie)
- Les enfants vivant dans les camps de réfugiés palestiniens (au Liban)

Le projet vise à :

- Promouvoir l'accès des mères célibataires aux **droits fondamentaux**.

- Développer l'**émancipation économique et sociale** des mères célibataires.

Pour cela, le projet propose de **favoriser l'insertion socioprofessionnelle** des mères célibataires au Maghreb.

Le projet prévoit des activités de formation, de coordination, de sensibilisation ou encore de plaidoyer :

Résultat 1 L'insertion sociale des mères célibataires au Maghreb est développée.	Former les intervenants directs à l'accompagnement psychosocial des MC : un accueil spécifique des MC regard des représentations de chacun.
	Former les intervenants directs à la médiation familiale : savoir restaurer un lien familial.
	Informer les mères célibataires de leurs droits civils et sociaux : <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation et diffusion de 3 guides Droits & Dispositifs. • Mise en place d'une expérience pilote d'éducation par les pairs au Maroc et en Tunisie (10 par pays). • Renforcement des sessions d'information pour les MC prises en charge par INSAF au Maroc.
Résultat 2 Un dispositif de formation professionnelle adapté aux besoins des mères célibataires est mis en place dans chaque pays	Soutenir l'accès des MC à des formations professionnelles : <ul style="list-style-type: none"> • Créer, en Tunisie, 3 comités multisectoriels régionaux (Nabeul, Sousse, Sfax) de pilotage d'un dispositif de formation et d'insertion professionnelle. • Optimiser, à Casablanca et à Alger, le partenariat avec les acteurs de la formation professionnelle.
	Former les MC à la démarche du projet professionnel d'autonomie en formant les acteurs de l'accompagnement au développement des compétences sociales des mères.
	Sensibiliser et mobiliser les institutions de microfinance pour

	développer des activités génératrices de revenus
Résultat 3	Soutenir la mise en place d'une coordination nationale entre les divers acteurs impliqués dans l'accompagnement des MC.
Les acteurs clés travaillent en réseau pour favoriser des synergies aux niveaux local, national et maghrébin en vue de l'autonomisation des mères célibataires	Organiser l'échange des expériences de réinsertion socioprofessionnelle des MC au Maghreb.
	Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques d'accompagnement de la MC et des supports de plaidoyer sur le droit des femmes.

2. Objectifs de l'étude demandée

Il est évident que les mères célibataires font la plupart du temps face à une véritable problématique économique pour assumer leur parentalité dans un contexte de grand isolement dû aux discriminations et exclusion (de leur famille, de la société) dont elles sont l'objet.

Un **recueil d'expériences** d'insertion des mères célibataires, a déjà été réalisé auprès de plus de 150 acteurs qui travaillent en appui à ces mères célibataires au Maroc, en Algérie et en Tunisie. Il a déjà été clairement établi que les mères célibataires ont d'abord besoin d'une **assistance psychosociale d'urgence** au moment où elles (et leur entourage) prennent connaissance de leur grossesse. Elles ont aussi très souvent besoin d'un **hébergement**, encore plus une fois leur enfant né, car ni leur famille, ni leur entourage n'acceptent en général de les héberger. Elles ont ensuite besoin de se construire un **nouveau projet de vie** sur la base de cette nouvelle situation (leur monoparentalité). Ce projet de vie s'élabore idéalement par le biais d'un **accompagnement psychosocial et financier** de moyen à long terme (de deux ans idéalement et non pas de quelques mois comme il leur est proposé la plupart du temps).

Bien souvent, de nombreux acteurs, associations d'appui, financeurs nationaux et internationaux, responsables des pouvoirs publics, leur proposent des **activités génératrices**

de revenus de type couture, cuisine ou pâtisserie, avec un micro-crédit pour les financer. La présente étude devra déterminer si cette **réponse est la plus adéquate**.

Après le recueil d'expériences d'insertion des mères célibataires, qui a donné la parole aux acteurs appuyant les mères célibataires, nous souhaitons donc désormais **donner la parole directement aux mères célibataires** elles-mêmes pour alimenter ce débat et surtout consolider nos futures stratégies d'appui à ces femmes, en réalisant **une étude qualitative sur leurs besoins dans les trois pays où nous intervenons**.

3. Méthodologie / Profil recherché

Méthodologie

Cette étude sera menée par le biais de :

- **5 focus groupes** de **10 mères célibataires**
- **10 entretiens individuels** avec des mères célibataires

Les mères célibataires qui participeront à l'étude seront identifiées par les associations partenaires de Santé Sud localement.

Au total, il y aura donc **50 mères célibataires** qui seront interviewées en focus groupe et **10** en entretiens individuels.

Un consultant issu des sciences humaines et sociales et expert dans les méthodologies qualitatives sera en charge de cette enquête.

Profil

Les compétences suivantes sont demandées :

- Maîtrise des enquêtes psychosociologiques et des démarches qualitatives
- Expérience préalable en conduite/participation à des études dans le domaine de la solidarité internationale
- Expérience souhaitée dans les domaines suivants : lutte contre l'exclusion / insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de grande vulnérabilité
- Très bonnes capacités de synthèse, d'analyse et de rédaction (en français)

- Maîtrise arabe et français.

Durée indicative

39 jours de travail pour un consultant.

4. Livrables attendus

Le consultant doit fournir :

- Une note méthodologique préalablement au lancement de l'étude
- Un rapport d'étude définitif