



Le devenir des victimes des événements de 1981 à Bejaia : entre trauma et résilience.

Dr. BENAMSILI Lamia¹, TEMANI Dalila², Terki Iriz³

¹ Faculté des Sciences Humaines et Sociales; Université Abderrahmane Mira
de Bejaia; Algérie

Résumé : Notre recherche aborde la question du traumatisme psychique et la résilience chez les acteurs des événements du 19 mai 1981 à Bejaia. L'objectif principal de cette recherche est de découvrir l'impact de l'évènement traumatique sur le devenir psychique des acteurs des événements du 19 mai 1981, de décrire et d'analyser les effets de la violence qu'ils ont subi, de décrire la souffrance psychologique de ces sujets, et de s'interroger sur le devenir, fait de traumatisme mais aussi chez certains de résilience. Notre étude de la résilience concerne l'aptitude de ces sujets à surmonter les traumatismes psychiques et à se construire malgré leurs blessures.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour l'étude de cas, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire Traumaq.

Cette étude a démontré la présence d'un vécu psychologique différent chez nos sujets, d'où la présence d'un traumatisme psychique léger chez un cas, moyen chez un cas, et une absence du traumatisme chez les deux autres cas, qu'ils ont un environnement favorable, qui leur a permis de surmonter leur traumatisme.

¹ Docteur en psychologie clinique.

² Masterante en psychologie clinique.

³ Masterante en psychologie clinique.

Mots clés : Traumatisme psychique ; résilience ; événements du 19 mai 1981 à Bejaia ; devenir psychique ; vécu psychologique différent.

Abstract:

Our research addresses the issue of psychic trauma and resilience among those involved in the events of May 19, 1981a Bejaia. The main objective of this research is to find out the impact of the traumatic event on the psychic future of actors in the events of 19 May 1981, to describe and analyze the effects of the violence they have suffered, to describe the psychological suffering of these subjects, and to wonder about the future, made of trauma but also some resilience. Our study of impact strength concerns the aptitude of these subjects to overcome psychical traumas and to be built in spite of their wounds.

To accomplish this research, we opted for the study of case, we used semi-directive clinical maintenance and trauma questionnaire.

This study showed the presence of one lived psychological different to our subject, where from the presence of a light psychical traumatism to one case, medium to one case, and an absence of traumatism to the two other cases, than them have a favourable environment, which their has allows to overcome traumatism their.

Key words: Psychical traumatism; impact strength; events of May 19th, 1981 in Bejaia; psychical future; lived psychological different.

Introduction

Le monde a connu toute sorte de violence, violence de la nature avec les catastrophes naturelles, violence des hommes avec les guerres, le terrorisme, les agressions et aussi les accidents et catastrophes technologiques produisent des « *victimes psychiques* » qui ont vécu dans l'immédiat les affres de la frayeur, de l'horreur et du sentiment aigu de leur mort imminente et dont le psychisme demeure ensuite profondément bouleversé par cette expérience.

Ainsi, la violence est omniprésente dans notre monde. L'histoire est marquée par des guerres cruelles, des révoltes meurtrières et des répressions sauvages. L'Algérie n'est pas en reste. En effet, les lois du chaos ont longtemps dominé le pays, se reflétant dans de terribles conflits ; pré et post indépendance.

L'un des événements violent qui a marqué l'histoire de la Kabylie, est l'évènement du 19 mai 1981 qui a été déterminants pour la Kabylie toute entière dans sa prise de conscience collective. Cet évènement constitue l'un des fondements importants dans la construction du combat d'un peuple, pour la réhabilitation de sa langue, de sa culture et de son identité ainsi la revendication du détournement du projet de l'université de Bejaia.

Les manifestations du mai 1981 ont pris une autre tournure, émeutes, arrestations, répressions. Face à cet évènement survenant dans un contexte de rencontre avec la violence, cela est considéré comme étant potentiellement déclencheur de traumatisme psychique. Toutefois, il y a certaines personnes qui vivent dans des contextes également pathogènes ne présentent pas de troubles psychiques et témoignent d'une forme d'ajustements socio-émotionnels : on dit qu'elles sont résilientes.

À partir de ce qui a été énoncé ci-dessus, nous concluons que le vécu psychologique d'un événement traumatogène diffère d'un individu à un autre, et cela dépend de plusieurs facteurs, et c'est ce qui va décider du devenir psychique de ces victimes.

Notre intérêt, dans cette recherche porte sur le devenir psychologique de ces acteurs, leur état physique, psychique, ont-ils repris un mode de vie normal, surpassent-ils leur souffrance ou portent-ils à ce jour des signes relevant du traumatisme 35 ans après ces événements ? Notre objectif consiste à étudier l'impact de ces événements sur leur santé mentale des victimes, à identifier leurs éventuelles séquelles psychologiques et à apprécier leurs capacités à les surmonter ou leurs inaptitudes à les surpasser. En effet, cette recherche exploratoire a pour objectif principal d'évaluer l'impact psychologique de la violence subie par les victimes.

La question de départ est formulée comme suit : quel est le devenir psychologique des victimes des événements du 19 mai 1981 à Bejaia ? Plus précisément, est-ce que les victimes des événements du 19 mai 1981 présentent-ils un traumatisme psychique ? Est-ce que les victimes des événements du 19 mai 1981 ont-elles la capacité de surmonter et de surpasser ces événements ? Si c'est le cas quels sont les facteurs ayant joué un rôle dans leurs résiliences ?

Face à ces questionnements, nous avons proposé une hypothèse générale qui stipulait que le devenir psychologique des victimes des événements du 19 mai 1981 à Bejaia est différent d'une victime à une autre. Les hypothèses de travail retenues postulent en premier que certaines victimes des événements du 19 mai 1981 présentent un traumatisme psychique et en deuxième lieu que d'autres victimes des événements du 19 mai 1981 n'ont pas eu la capacité de surmonter et de surpasser les événements, et cela,

grâce notamment au rôle de leur entourage familial qui a joué un rôle dans la résilience.

Nous nous sommes appuyés sur l'abord du traumatisme psychique qui intègre le point de vue psychanalytique, symptomatologique (école anglo-saxonne) et phénoménologique (école francophone), donnant un aspect global et un arrière-plan théorique intégratif à notre recherche.

1- Rappel théorique:

Ce point se propose de faire un bref détour par les notions clés de cette étude :

- Les événements du 19 mai 1981 de Bejaia :

Après le détournement du projet universitaire de Bejaia vers une autre région d'Algérie, des milliers de lycéens, d'étudiants et d'universitaires, rapidement suivis par l'ensemble de la population, ont organisé une immense manifestation pacifique de protestation. Le 19 mai 1981, une répression féroce s'est abattue sur la région. Plusieurs dizaines de militants kabyles ont été arrêtés par les forces de l'ordre. De ce fait, le 19 mai 1981 à Vgayet, après l'information du détournement du projet universitaire de Vgayet vers une autre région d'Algérie, des milliers de lycéens, d'étudiants et la force ouvrière, rapidement suivis par l'ensemble de la population, ont organisé une immense manifestation pacifique de protestation. Suite à la férocité de la répression qui s'est abattue sur la marche pacifique, celle-ci a tourné à l'émeute générale puis en révolte qui embrasa toute la région de la vallée. Après une grève de la faim qui a duré 09 jours, les « détenus », jugés pour atteinte à la sûreté de l'Etat. En juin 1982, ils seront libérés sur

décision de Chadli Bendjedid, alors président de la république. Pendant leur incarcération, le centre universitaire détourné a été finalement construit dans la précipitation, mais avec une interdiction d'inscription pour certains militants. (Majdoub , 2009).

- **La violence :**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002) a proposé une définition de la violence comme « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* ». (OMS, 2002, p.5)

L'élément clé dans la définition que propose l'organisation mondiale de la santé est la notion d'intentionnalité de l'acte de violence qui se réfère à la préméditation voire responsabilité des individus dans l'usage de la violence ou même sa menace, ce qui aura comme corollaire l'élargissement de la nature de l'acte violent ce qui permet d'une part d'inclure les privations et les négligences et d'autre part d'exclure les blessures dues aux accidents de la route par exemple.

Héritier (1996) écrit à propos de la violence ceci « *Appelons violence, toute contrainte de nature physique ou psychique susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être cher ; tout acte d'intrusion qui a pour effet volontaire ou involontaire la dépossession d'autrui, le dommage ou la destruction d'objets inanimés.* (Héritier, 1996, p.17).

Ce qui singularise cette définition d'Héritier outre le recours à la contrainte, c'est la notion d'intrusion dans un espace qu'il soit physique ou même imaginaire, Héritier fait allusion à la notion d'effraction notion capitale pour la conception Freudienne du traumatisme psychique.

- La victime :

Durant de longs siècles, les victimes sont restées dans « les oubliettes » (Cario et Ruiz-Vera, 2015). En effet, après avoir connu un " âge d'or " jusqu'à la fin du Moyen-âge, les victimes sont tombées dans les " oubliettes " du système de justice pénale. Depuis quelques années, un cadre normatif respectueux de leurs droits se construit. Centrée sur la personne de la victime et de l'infraction, auxquels elle restitue la régulation du conflit, la justice restaurative apparaît comme la voie la plus prometteuse de restauration sociale des intéressés. (Cario, 2012).

En 1985, l'Organisation des Nations unies (ONU) a défini les victimes comme « *les personnes qui ont subi un préjudice physique, mental, moral ou matériel, ou dans leurs droits fondamentaux [...] en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois ou constituent des violations des droits de l'homme* » (ONU, 1985).

Ainsi, Marzano (2011) estime que peut être considérée comme victime « *toute personne en souffrance(s). De telles souffrances doivent être personnelles, réelles, socialement reconnues comme inacceptables. Et de nature à justifier une prise en compte des personnes concernées* ». (Marzano, 2011, p.1048). Quant à Crocq (2007) « *est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.)* ». (Crocq, 2007, p.X).

Par ailleurs, la reconstruction des victimes, passe par l'évaluation de ses besoins, une procédure judiciaire, l'accompagnement social et judiciaire et enfin la prise en charge médico-psychologique de celles qui présentent des troubles psychotraumatiques. (Lopez, 2014).

- **Le traumatisme psychique :**

Le mot « traumatisme » vient du grec ancien « *traumatismos* », qui peut être traduit par « *blessure* ». Transposé à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure ou une contusion ». À l'origine, ce terme était utilisé au 19ème siècle dans le cadre de la pathologie chirurgicale et était réservé aux atteintes corporelles. Par la suite, le terme trauma est devenu une métaphore du traumatisme corporel relatif aux blessures psychiques. Ainsi, par extension, ce terme a été utilisé par les psychiatres, pour désigner les phénomènes psychiques pouvant résulter de la confrontation brutale et soudaine d'un individu à un événement menaçant son intégrité physique et/ou psychique. L'étymologie grecque définit le traumatisme comme une sorte de blessure avec effraction de la peau, une brèche dans l'enveloppe corporelle. En médecine, il dénote une lésion des tissus. (Crocq, 2007, pp.5-6).

Freud en 1920 conçoit le traumatisme psychique comme étant des excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet. Le traumatisme est donc un important choc émotionnel lié à une situation où une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique. La majorité des personnes sentent que la situation est au-delà de leur capacité de gestion émotionnelle. Le traumatisme est défini par Laplanche et Pontalis (1994) comme un « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le*

bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations ». (Laplanche & Pontalis, 1994, p.). Ainsi, « *le traumatisme psychique est une blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort* ». (Lebigot, 2005, p.9). Pour Barrois (1988), le traumatisme « *est un choc violent, inattendu, lié d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite, l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente* » (Barrois, 1988, p.16).

Par ailleurs, le DSM 5 (2015) proposant une approche différente du trauma, considère le trauma comme un trouble de stress post- traumatique. Le manuel comporte les propos suivants « *les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Ils comprennent le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation. La détresse psychologique qui suit l'exposition à un événement traumatique ou stressant est très variable. Dans certains cas, les symptômes peuvent être bien compris dans un contexte d'anxiété ou de peur. Il apparaît cependant que de nombreux sujets qui ont été exposés à un événement traumatique ou stressant expriment un phénotype dans lequel, plutôt que des symptômes*

d'anxiété ou de peur, les caractéristiques cliniques les plus évidentes sont des symptômes anhédoniques et dysphoriques, des symptômes exprimant la colère et des symptômes agressifs ou dissociatifs. Du fait de cette variabilité d'expression de la détresse clinique succédant à l'exposition à des événements de catastrophe ou aversifs, les troubles cités ci-dessus ont été regroupés dans une catégorie à part : les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». (DSM5, 2015, p.343)

On trouve, un peu plus loin dans le manuel, les critères diagnostiques nécessaires pour poser le diagnostic du trouble de stress post-traumatique. Ils sont les suivants :

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition a la mort effective ou a une menace de mort, a une blessure grave ou a des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement expose a un ou a plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus a d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrives a un membre de la famille proche ou a un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir être violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposes a plusieurs reprises a des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas a des expositions par l'intermédiaire de medias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés a un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés a l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolonge de détresse psychique lors de l'exposition a des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant a un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition a des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler a un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associes a un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associes a un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associes a un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées a un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas a cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes negatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagéré.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou a une autre affection médicale. (DSM5, 2015, pp. 350-351)

- La résilience :

« La résilience est la résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacité de se vivre et de se développer en dépit de circonstances défavorables, voir désastreuses. » (Sillamy, 2003, p.226). Le terme renvoie à « un phénomène manifesté par des jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est comme comportant un risque sérieux de conséquences favorable ». (Delage, 2001, p.3). Ainsi, la résilience peut se définir comme « la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme » (Anaut, 2003, p.7).

Cyrulnik, a largement contribué à la diffusion de ce concept en psychologie. Il s'agit d'un processus, d'un ensemble de phénomènes harmonisés où le sujet se faufile dans un contexte affectif, social et culturel. La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents. Il définit la résilience comme « la capacité à réussir à vivre et à se développer de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue fatale » (Cyrulink, 2001, p.261).

2- Matériel et méthode :

La méthodologie est une partie intégrante de toutes disciplines qui se veut scientifique. Dans ce cadre, la méthode de recherche est définie comme l'ensemble des procédures, des démarches précisées, adoptées pour en arriver à un résultat en sciences, la méthode est primordiale, et les procédés

utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultats. (Angers, 1997, p. 9). En effet, la méthode est constituée d'un ensemble de règles qui, dans le cadre d'une science donnée, sont relativement indépendantes des contenus et des faits particuliers étudiés en tant que tels. Elle se traduit, sur le terrain, par des procédures concrètes dans la préparation, l'organisation et la conduite d'une recherche (Aktouf, 1987, p.27).

Pour réaliser cette recherche, nous avons adopté la méthode clinique. La méthode clinique est une « *méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considère comme un être aux prises avec une situation déterminée* » (Sillamy, 2003). Ainsi, la méthode clinique vise donc à créer une situation avec un degré faible de contraintes, en vue d'un recueil d'informations qu'elle souhaite le plus large et le moins artificiel possible en donnant au sujet des possibilités d'expression. La spécificité de cette méthode repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. (Pardinielli, 2005, p.10). Nous avons également eu recours à l'étude de cas. Dans ce cadre, L'étude de cas enrichie les connaissances en science humaine dans la mesure où elle favorise la production des représentations subjectives en situation et en relation, ce que la mesure objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter ; d'où la nécessité dévisager la méthode clinique comme fondamentales complémentariste. (Chahraoui & Bénony, 2003, p.12).

Nous avons effectué notre travail de recherche dans différentes communes de la wilaya de Bejaia. Etant donné que c'est nos sujets de recherche qui proposent les lieux de rencontre, donc on s'est déplacé, et on a essayé de

créer un cadre de recherche adéquat pour un bon déroulement de nos entretiens et la passation du questionnaire Traumaq. Ainsi, nous sommes arrangés pour réaliser notre recherche dans un endroit qui répond aux principes de la recherche scientifique.

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des acteurs des événements du 19 mai 1981, qui sont du sexe masculin et leur âge avoisinant 50 ans et voir plus. Leur maîtrise de la langue française et leur niveau intellectuel élevé ont facilité notre tâche notamment dans l'entretien et la passation et remplissage du questionnaire « *Traumaq* ».

Concernant les critères retenus pour constituer le groupe de recherche, ils sont les suivants : en premier, toutes personnes ayant participé directement aux événements du 19 mai 1981. En second, ces personnes doivent être considérées comme des victimes ; c'est-à-dire, ils ont subi des dommages physiques et/ou psychiques (violence physique, emprisonnement, choc). On a également modifié tous les noms des acteurs pour garder l'anonymat.

Tableau n°1 : les caractéristiques du groupe de recherche.

Nom	Age au moment de l'événement	Age actuel	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation professionnel	Préjudice subi
Omar	17 ans	55 ans	Universitaire	Marié	Cadre dans le commerce	Emprisonnement de 18 mois.
Yacine	25 ans	62 ans	Universitaire	Célibataire	Enseignant universitaire	Emprisonnement de 24 mois.
Imad	17 ans	55 ans	Universitaire	Marié	Enseignant universitaire	Emprisonnement de 12 mois.
Amine	21 ans	58 ans	Universitaire	Marié	Architecte	Emprisonnement de 13 mois.

Nous avons utilisé dans notre enquête par un entretien clinique de type semi-directif, puis nous avons proposé aux sujets du groupe de recherche la passation d'un outil d'investigation, qui est le Traumaq.

- L'entretien de recherche :

Dans notre travail de recherche, on a opté pour l'entretien clinique qui est une « méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles clinique ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo ». (Chahraoui & Bénony, 1999, p. 61).

On a retenu comme type d'entretien, le semi-directif. Ce choix est dû au fait que l'entretien directif est trop proche du questionnaire, trop rigide et donc sans intérêt pour notre recherche. Nous avons utilisé aussi le Traumaq dans notre recherche qui vise à récolter des informations concernant l'évènement et le vécu de ces événements. Cet entretien semi-directif nous permet aussi d'aborder plusieurs thèmes, et nous permet d'avoir une première idée sur le vécu des événements de 1981 et aussi le devenir de ces sujets. On le définit *« comme une situation le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien ; les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple »*. (Chiland, 1983, p.11)

Ainsi, le chercheur pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, il n'interrompt pas le sujet, il le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé ; on peut dire que c'est une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. Chaque question a un objectif, d'aborder ou de préciser certains aspects qui font l'intérêt du chercheur.

Ainsi, nous avons construit un guide d'entretien, composé de questions qui nous permettront de décrire le vécu et le devenir psychologique des sujets. L'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré ; il s'agit d'un « *ensemble organisé de fonctions, d'opérateur d'indicateur qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* » (Blanchet, 1992). Le guide se présente sous la forme de questions en répertoriant les thèmes et/ou axes thématiques. Le guide n'est pas un cadre rigide. L'ordre des thèmes prévus est le plus logique possible, mais il n'est pas imposé : chaque entretien a sa dynamique propre. Le seul point important est que le sujet ait abordé tous les thèmes du guide avant de terminer l'entretien. (Quivy, 1995, p .33).

Notre guide d'entretien contient les axes suivants :

- Axe 1 : informations générales sur le sujet. L'objectif est d'avoir certains renseignements importants tels que l'âge, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, la profession, etc.
- Axe 2 : informations sur les événements du 19 mai 1981. L'objectif est de comprendre en quoi consiste la participation du sujet à cet évènement et le déroulement de cette dernière.
- Axe 3: Information sur le vécu psychologique des événements du 19 mai 1981. L'objectif est de déceler des éventuels signes traumatiques ou autres qui vont nous renseigner sur la nature du vécu des événements.
- Axe 4 : état de santé du sujet avant les événements du 19 mai 1981. L'objectif est de connaître l'état physique et psychologique du sujet avant les événements et d'avoir des informations sur d'éventuels événements importants vécus par le sujet (ressentis, impressions, affects, pensées).

- Axe 5 : état de santé du sujet après les événements. L'objectif est de récolter des informations pouvant nous renseigner sur l'état de santé physique et psychique des sujets après les événements jusqu'à aujourd'hui.
- Axe 6 : relations avec l'entourage. L'objectif est de décrire la nature des interactions et des relations interpersonnelles du sujet avec son entourage familial, social et professionnel avant et après les événements. Le but est également de savoir s'il y a des changements et de connaître d'éventuel facteur de soutien.

Après avoir présenté les données de notre population d'étude, on les a analysées à partir de notre cadre théorique, l'analyse sera une analyse qualitative des données de l'entretien.

Toutes les questions qu'on a posées ont pour but de détecter des indices d'un traumatisme psychique ou un processus de résilience auprès de ces sujets de recherche, en utilisant aussi l'échelle du Traumaq qui va nous permettre de mesurer et évaluer leurs états. On passe maintenant à une présentation détaillée de l'échelle du Traumaq et comment on a recueilli et analysé nos données.

- **Questionnaire Traumaq :**

On utilise le questionnaire du Traumaq pour toutes personnes confrontées à un événement traumatogène comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres. Étant donné que nos sujets de recherche sont des adultes qui ont été confrontés directement à un événement violent et ils ont été des victimes directes d'une violence subie (arrestation, violence physique et emprisonnement). Et puisque notre recherche porte sur le traumatisme ce questionnaire nous permettra de regrouper des informations et des indices

précieux sur le vécu traumatique ou non de l'événement, les indices de résilience probable et aussi la symptomatologie et les diverses réactions de nos cas.

Ainsi, le Traumaq permet d'accéder aux symptômes généralement observés tels que *le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques et les symptômes neurovégétatifs*. Il permet également d'évaluer des symptômes qui leur sont fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations. Il Prend également en compte le « *vécu traumatique* » et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie. (Al jendi, 2015, p .134).

Les objectifs du questionnaire sont les suivants :

- Evaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un évènement traumatique.
- Contribuer à la recherche épidémiologique.
- Participer à la validation d'un traitement thérapeutique. (Damiani & Pereira, 2009, p.9)

Le questionnaire s'adresse à des adultes, à partir de dix-huit ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont les sujets qui ont eu une perception directe de l'événement comme :

- Les adultes qui ont été victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, agression, coups et blessures volontaires agression à main armée, prise d'otage, séquestration, etc.
- Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort.
- Les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.

Sont exclus :

- Les adultes qui n'ont pas été exposés directement.
- Les enfants victimes.

- Les adultes victimes de situation répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.).
- Les proches des victimes. (Damiani & Pereira, 2009, p.9).

Les informations contenues dans le questionnaire sont les suivantes :

Le questionnaire Traumaq permet de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet. Ces informations se présentent sous forme de rubriques sur les deux premières pages du questionnaire.

Information concernant l'événement et le sujet

- Information concernant l'événement.

- L'événement à l'origine des troubles observés doit représenter un danger potentiel de mort, une menace réelle pour les sujets qui en sont victimes directes ou qui en sont témoins. Cet événement peut être individuel ou collectif.
- Le lieu, la date et la durée de cet événement peuvent également être indiqués sur le questionnaire.

- Information concernant le sujet

Les items du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie. Les items et les échelles ont fait l'objet d'études pré-expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents. (Damiani & Pereira, 2009, p.10)

Partie 1 : Les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho-traumatiques (depuis l'événement).

1) Pendant l'événement :

- Echelle A (8 items) : les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'événement.

2) Depuis l'événement :

- Echelle B (4items) : Le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et angoisse attachée à ces répétitions.
- Echelle C (5 items) : Les troubles du sommeil.
- Echelle D (5 items) : L'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.
- Echelle E (6 items) l'irritabilité, la perte de contrôle, hyper vigilance et hyper-sensibilité.
- Echelle F (5 items) : Les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs.
- Echelle G (3 items) : Les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention)
- Echelle H (8 items) : Les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide)
- Echelle I (7 items) : Le vécu traumatique ; culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.
- Echelle J (11 items) : La qualité de vie.

Partie 2 : Délai d'apparition et durée des troubles décrits (échelle facultative).

Cette partie permet de prendre en compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. Elle se compose de 13 items qui correspondent aux grands groupes de symptômes évalués dans la première partie du questionnaire.

1. L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent (Echelle B de la partie 1).

2. Les troubles du sommeil, difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches (Echelle C de la partie 1).
 3. L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Echelle D de la partie 1).
 4. La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou les lieux similaires (Echelle D de la partie 1).
 5. L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E de la partie 1).
- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E de la partie 1).
7. Les réactions physiques telles que ; sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Echelle F de la partie 1).
 8. Les problèmes de la santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique, etc. (Echelle F de la partie 1)
 9. L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.) (Echelle F de la partie 1).
- Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G de la partie 1). (Damiani & Pereira, 2009, p.11)
10. Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide (Echelle H de la partie 1).
 11. La tendance à s'isoler (Echelle J de la partie 1).
 12. Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I de la partie 1).
- Chaque item est appréhendé à partir de deux critères qui sont :
- ☐ Le délai d'apparition des troubles depuis l'événement (selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : plus d'an). La durée des troubles

(selon une échelle en neuf points de 0 : pas concerné à 8 : trouble toujours présent à ce jour). (Damiani & Pereira, 2009, p.11).

Le questionnaire est composé de deux parties : **Partie 1** : mesure du vécu durant l'événement et des réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic. **Partie 2** : mesure de délai d'apparition et de la durée des troubles décrits (échelle facultative). Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur. (Damiani & Pereira, 2009, p.10)

Le questionnaire permet de dégager les profils suivants :

Profil A : syndrome psycho-traumatique intense. Lorsque la note totale étalonnée est élevée (au moins 4) et pour chaque échelle. Il suppose également une réponse « oui » à la question A6. **Profil B** : syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré) lorsque la moyenne de la note totale est 3, et la note aux échelles. A, D, F, E, H, J, I est 3. L'impact traumatique de l'événement n'est pas élevé. Note faible (au moins 2) aux échelles B, C, G. **Profil C** : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs) lorsque la note totale est moyenne (3). Echelle A soit élevé ou moyen, réponse « oui » à la question A6, note élevée (4 ou plus) à l'échelle B (répétition). Notes moyennes (3) aux échelles C, G, I, J et note faible à l'échelle H (troubles dépressifs). **Profil D** : Syndrome psycho-traumatique léger lorsque la note totale est faible (2 ou moins, et l'ensemble des notes pour toutes les échelles est faible. (Damiani & Pereira, 2009, p.12).

Concernant l'analyse du questionnaire. Ce dernier, qui se compose d'une partie de type quantitative, les types de données chiffrées vont nous aider à déduire la nature des traits de la personnalité du cas, et la deuxième partie

du questionnaire c'est une partie qualitative où on va essayer de présenter le délai d'apparition des symptômes et la durée de leur persistance.

3- Déroulement de l'enquête :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes en science humaine et sociale, elle permet de collecter des données sur notre thème de recherche, d'établir le premier contact avec notre population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases de notre thème de recherche. (Angers, 1995). Très souvent aussi, on a recours à la pré- enquête pour effectuer le choix d'instruments et le mode de construction de celui-ci .il existe plusieurs types de pré -enquêtes qui sont généralement combinées sous forme d'étapes successives dans la même pré-enquête (Aktouf, 1987). La pré-enquête elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaire, analyse des documents) prévu pour effectuer l'enquête, si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, ou elle explore de façon limite le problème à étudier, avant même de préciser définitivement des objectifs (Grawitz, 2001, p. 526). Nous avons effectué notre pré-enquête auprès de l'un des acteurs des événements du 19 mai 1981, à son domicile où on a testé l'utilité de l'outil, et posé quelques questions. À partir de là on a constaté la faisabilité de notre travail de recherche.

Les orientations fournies par le sujet cité précédemment, nous ont permis d'avoir une liste nominative de toutes les victimes de ce mouvement et afin d'établir notre enquête auprès de ces acteurs. Beaucoup d'entre eux ne correspondaient pas à nos critères de sélection, à savoir qu'ils ont participé aux événements du 19 mai 1981 mais ils ne sont pas considérés comme victime, car ils n'ont subi aucun dommage et certains d'entre eux ont refusé

de travailler avec nous en raison d'une crainte concernant le non-respect de l'anonymat, et pour d'autres, ils considèrent cet événement comme de l'histoire ancienne.

Concernant notre groupe de recherche qui est composé de quatre cas, tour à tour, on leur a expliqué qu'il s'agit d'un entretien semi-directif suivi par un questionnaire et qu'aucune information personnelle ne sera dévoilée, tout se passera dans l'anonymat total pour les rassurer en raison de la méfiance soulevée par ce type de sujet de recherche, on leur a expliqué que le but sera purement scientifique, chose qui les a convaincus à fournir une réponse favorable quant à leur participation. Entre autres, cette pré-enquête nous a permis d'apporter des arrangements à notre problématique et de revoir nos hypothèses de recherche.

Notre recherche s'est déroulée auprès des acteurs des événements du 19 mai 1981, dans différents lieux et se conformant aux règles de l'éthique. On a procédé cas par cas, premièrement par la passation de l'entretien semi-directif. En ce qui concerne le temps de la passation, cela varie entre 1h30 à 2h pour tous les cas, puis on a laissé nos sujets se reposer et on a finalisé avec l'application de l'échelle d'évaluation de traumatisme (Traumaq) qui a duré de 1h00 à 1h30, vu que certains ont posé beaucoup de questions et ce pour chaque item, tandis que d'autres n'ont posé aucune. À la fin, on a tenu à remercier chaque sujet de recherche pour sa participation.

Concernant l'attitude du chercheur tout au long de l'enquête de terrain, l'une des principales est bien sûr l'objectivité, la neutralité et l'écoute, le chercheur ne doit pas intervenir sauf s'il y a un blocage et une inhibition du sujet, là, il peut relancer le sujet en reformulant les phrases, parfois on se trouve devant des sujets qui refusent d'aborder certains moments de leur vie qui peuvent provoquer chez eux un sentiment de tristesse ou de malaise. Dans ce cas, le chercheur doit respecter les avis des sujets, si ces derniers

n'arrivent pas à continuer, ils sont envahis par des émotions (pleurs, chagrin.) le chercheur doit s'arrêter et décider à la fin s'il continue ou pas.

4- Résultats de la recherche :

- Mr Omar :

Le sujet est âgé de 55ans, il est cadre dans le domaine du commerce. Père de quatre enfants, il raconte avoir participé aux événements du 19 mai 1981 à l'âge de 17 ans. Mr Omar, un homme de taille moyenne ayant l'air très fatigué, avec des yeux cernés, il est également très rigide dans son discours et son attitude. Il a eu recours durant l'entretien à beaucoup de proverbes kabyles. Il entame la conversation avec ses propos « *je suis très heureux de voir des chercheurs qui prennent la relève même à travers un travail de recherche pour ne jamais oublier l'histoire* » et rajoute « *je ne trouve aucun inconvénient à ce que vous citez mon nom, d'ailleurs, on n'est plus dans l'anonymat* ».

Dans la victimologie et dans la littérature sur le traumatisme et les traumatisés, surtout en lien avec des événements historiques et sociopolitique, il y a toujours cette notion de « mémoire » et le devoir de mémoire envers ce qui s'est passé et les conséquences de ce qui s'est passé etc. Dans ce cas, il lance un appel à travers nous et notre travail afin d'assurer le devoir de mémoire et à ne pas mettre sous silence, ce qu'ils ont vécu lors de ces événements, s'en rappeler est important pour lui et pour toute personne qui a fait face à certains événements de l'ordre historico-politique. Notre travail de recherche est donc une sorte d'élaboration et de mise en écrit de ce qui s'est passé, ce travail est un type de réflexion élaborée qui permet de penser ce qui s'est passé, et de mettre des mots sur un vécu violent et potentiellement traumatique. En disant citez mon nom, il

divulgue son identité alors que dans beaucoup de cas, la victime préfère garder l'anonymat, notamment lors d'agressions sexuelles par exemple, cela démontre bien que dans un contexte sociopolitique spécifique comme celui de la Kabylie, en Algérie, lors des événements de 1980 et 1981, les sujets ayant participé aux événements divulguent facilement leur identité et préfèrent le terme acteurs plutôt que victimes parce qu'en psychologie clinique, un acteur a cette capacité de contrôle sur ce qui se passe et ce qui s'est passé, il est un membre actif, contrairement à celui qui subit passivement. Quand il dit « j'assume », cela renvoie à une conviction sur la légitimité du combat et de leur revendication, et de ce fait l'absence de regrets, cela leur permet de supporter la violence endurée lors de ces événements, ils croient très fort à leur cause et cela leur permet d'avoir assez de ressources en eux pour supporter toutes ces excitations, ça joue à peu près le rôle d'enveloppe et de par excitation, c'est un type de défense contre l'horreur de la répression, ça leur permet de tenir bon, psychologiquement parlant, et ne pas s'effondrer etc.

Par ailleurs, il raconte avoir participé également au printemps berbère de 1980 parce qu'il faisait partie du comité de son lycée. En effet, Dans tous les événements qui ont eu lieu en Kabylie, la revendication de l'identité n'est jamais loin et tient toujours la première place, c'est une caractéristique de tous les événements en Kabylie. Le besoin de vivre pleinement son identité est un besoin important qui a toute son importance dans la littérature en psychologie clinique, en psychosociologie et en sociologie culturelle.

Mr Omar nous a raconté les préparatifs et le déroulement de cet événement. Nous avons commencé par la distribution des tracts et des banderoles, il y avait une participation massive sans aucune violence au début, selon lui, mais tout a dégradé *« on a entendu dire que dans d'autres lycées, il y avait des émeutes, puis des arrestations et que chez nous il n'y avait pas pourquoi*

? *Donc nous aussi on s'est réuni pour leur montrer que ce n'est pas une simple manifestation et qu'on est sérieux dans notre démarche* » et d'un seul coup tout a basculé « nous étions très violents avec les forces de l'ordre et eux aussi ».

Le 22 mai, jour de son arrestation, rien qu'en évoquant ce souvenir, Mr Omar perdit ses mots en baissant la tête pour quelques secondes, puis il reprit son discours « *J'ai été, arrêté chez moi, devant mon propre père, puis transféré, au commissariat de Bejaia* ». Mr Omar semblait stressé et sa voix s'estompait de plus en plus. Il jouait avec son trousseau de clés tout en faisant un bruit assourdissant en les jetant sur la table, puis en les mettant dans sa poche et en les faisant ressortir à maintes reprises. On remarque ici, une agitation dans le comportement du sujet ce qui renvoie à une angoisse et une anxiété présente, quand il se remémore l'événement.

En ce qui concerne son procès, il était condamné à une peine de 4 ans d'emprisonnement ferme au départ ; et il a fallu refaire un autre procès, étant donné qu'il était encore mineur et au final on l'a condamné à 18 mois.

Il nous a décrit aussi ses jours passés en prison, que ces jours se ressemblaient et se suivaient, et ça lui arrivait de pleurer en cachette lorsqu'il se rappelle de la liberté, et de ce que sa famille et amis faisaient dehors, et se demandait comment en est-il arrivé jusque-là. Mr Omar cherche un sens à ce qui s'est produit, c'est ce que font toutes les victimes des événements traumatiques, selon l'approche phénoménologique de l'école française. Selon Crocq, il s'agit d'une expérience de *non-sens avec* un ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet : invulnérabilité, environnement protecteur, autrui secourable.

Le sujet ne signale rien de particulier en parlant de son état de santé avant l'évènement, il ne souffre d'aucune maladie somatique ni psychique et ne prenait aucun médicament, il était en bonne santé, il illustre cela par «...j'étais jeune et en pleine forme ». En évoquant l'état de santé de Mr Omar après l'évènement on constate que son humeur a complètement changé, il est devenu très nerveux et anxieux, cela s'est manifesté à travers sa perte de cheveux, il nous informe qu'à chaque fois qu'il pense à l'évènement et à ce qu'il a subi, le stress l'envahit et ça lui arrive même de pleurer. Les larmes sont un signe cliniquement relevant de la symptomatologie dépressive et d'une sensibilité à l'évènement, les reviviscences et les flash-backs empêchent de dormir et de sommeiller durant une nuit complète, et cela se traduit par une fatigue au réveil, signifiant de l'asthénie due au trauma. Cette dernière révèle qu'il y'a une présence de traumatisme, qui est l'insomnie réactionnelle, un moyen pour bloquer la survenance des cauchemars intrusifs. Il nous dit « je dors très tard et je me lève très tôt, je dors à peine 4h, et c'est comme ça depuis toujours ... ». Sur le plan social il voit toujours ses amis mais s'isole de temps à autres pour se vider la tête et réfléchir « parfois je m'isole jusqu'à 3, 4 heures sans dire à personne où j'étais, d'ailleurs jusqu'à maintenant je le fais », on constate que Mr Omar est devenu très méfiant comparé à avant. Et il y a un certain repli sur soi et le sentiment d'être incompris. Le fait qu'il disparaisse pendant 3 à 4 heures sans ne prévoir personne c'est comme s'il se sentait étranger par rapport à la communauté (un sentiment d'étrangeté). À travers ses propos Mr Omar, face au débordement qu'il subit trouve refuge dans l'alcool afin de fuir la réalité «...je consomme Beaucoup d'alcool, cela me permet de faire face à ces souvenirs qui surgissent et oublier certaines choses, c'est très dur ...». Ce dernier fait recourt à l'alcool ou à d'autres substances qui le soutiennent dans ce genre de situations, à

travers l'amnésie qu'il procure, il est considéré comme l'un des symptômes non spécifiques du traumatisme.

Il déclare « quand j'étais en prison mes parents venaient toujours me voir et tenaient à ce que je ne manque de rien, ni livres ni nourriture, et à ma sortie on organiserait un festin ». Quelques années qui suivent sa sortie de prison, il continuait toujours à fréquenter ses anciens amis, à se battre pour ses objectifs, et cela a affecté ses affinités avec sa femme et ses enfants « je me suis investi beaucoup plus dans mes projets et j'ai délaissé ma famille, j'ai même failli divorcé ». (Silence).

Quant au résultat du questionnaire Traumaq, le sujet en question a obtenu une note brute de 32 étalonnée de 2 ce qui signifie une présence de traumatisme léger. Toutefois, une certaine méfiance du test semblait présente chez notre cas.

- **Mr Yacine :**

Le sujet est âgé de 62 ans, célibataire, enseignant universitaire, victime directe des événements du 19 mai 1981 à Bejaia. Il était alors âgé de 25 ans. Il a été condamné à quatre ans de prison ferme. Tout au long de l'entretien, Mr Yacine faisait preuve de beaucoup d'humour. Celle-ci peut être comprise comme une défense et elle fait partie des indicateurs de résilience.

Le sujet déclare au sujet de sa participation ceci « à l'époque j'étais étudiant et j'étais âgé de 25 ans, on avait déjà une expérience militante avec la prison, donc on savait à quoi s'attendre, on ne part pas dans l'inconnu comme d'autre » et ajoute de suite « notre objectif c'est de porter des revendications qui expriment la profondeur de ce mouvement qui est la liberté l'amazighité et le détournement du projet universitaire de Bejaia ».

Le sujet évite toutes les questions en rapport avec son vécu lors de son arrestation et son emprisonnement. Néanmoins, il déclare que ces moments sont restés gravés dans sa mémoire à jamais et qu'il y pense souvent. Beaucoup de silence et beaucoup de non-dits entourent l'entretien. Il semblait tellement ému qu'il lui arrivait de se lever et quitter la pièce puis y revenir.

Par ailleurs, il signale que sa santé physique et psychologique s'est beaucoup détériorée ces dernières années. Le sujet mettra rapidement un terme aux questionnements en disant « que personne ne peut comprendre, ni psychologue, ni médecin, ni autrui ».

En parlant de l'impact sur sa famille, Mr Yacine raconte que ça été très difficile pour eux. La culpabilité étant patente dans ses propos, notamment vis-à-vis de sa mère.

Quant au questionnaire Traumaq, les résultats révèlent une note totale de 56 étalonné de 3, ce qui signifie un traumatisme psychique moyen.

- **Mr Imad :**

Le sujet est âgé de 55 ans. Il est marié et père d'une petite fille. Il s'agit d'un enseignant universitaire. Il est considéré comme étant une victime directe des événements du 19 mai 1981 à Bejaia, étant donné qu'il a été emprisonné 12 mois.

Le sujet a semblé tout au long de l'entretien détendu, souriant et collaboratif. Toutefois, il s'est exprimé avec une voix très élevée.

Au sujet de sa participation, il raconte « *j'étais un lycéen, j'avais 17 ans et j'ai pleinement participé au mouvement du printemps berbère et celui du 19 mai 1981, j'ai distribué des tracts et j'ai manifesté dans la rue* » et continue « *j'ai été condamné à 12 mois de prison ferme* ».

Il parle longuement sur le contenu de ses tracts, qu'il a rédigé et distribué dans la rue. Il déclare à ce sujet « *notre printemps a duré une année ; du 20*

avril 1980 à Tizi au 19 mai 1981 à B'gayet. Les revendications que nous avons mises en bannière alors étaient : la « libération inconditionnelle des détenus de Berrouagua de 1980, la reconnaissance de l'arabe algérien et de tamazight, la prise en compte du rapport du séminaire de Yakouren dans la définition de la politique culturelle, non au détournement du projet d'une université à Bejaia ».

Il dit avoir décroché le baccalauréat brillamment en prison. Concernant un éventuel impact sur sa santé physique et psychique, Mr Imad esquivait toutes les questions. L'évitement est considéré comme un mécanisme de défense présent chez les traumatisés. Les affects et les émotions n'étaient pas présentes dans le discours du sujet, il s'est montré rigide et froid dans ses réponses et son attitude. Il dit devoir beaucoup à ses camarades et amis, qui lui ont permis, selon lui de tenir le coup tout au long de sa dure épreuve. Un coping centré sur le soutien social est plus que jamais bénéfique pour les victimes de trauma.

La passation du questionnaire Traumaq révèle obtient une note totale de 21 étalonnée de 1 ce qui correspond à une absence d'un traumatisme psychique. Toutefois, on doit signaler une forte résistance au test, le sujet n'a pas pris le temps nécessaire pour répondre aux questions et la démarche adoptée était automatiquement de cocher les cases qui indiquaient l'absence du signe clinique.

- **Mr Amine :**

Le sujet est âgé de 58 ans, père de deux enfants et grand-père d'un petit garçon. Il est universitaire et architecte de profession. Il avait au moment des faits 21 ans. Il était très accueillant, dynamique et disponible pour participer à notre recherche.

Au sujet des événements du 19 mai 1981 à Bejaia, il déclare « *l'information de la délocalisation du projet de construction de l'université de Bejaïa vers Jijel nous a enthousiasmés pour la création d'une coordination lycéenne de notre wilaya qui a abouti à l'organisation de ce soulèvement* ». Il a également pris part aux réunions de coordination. Il raconte à ce propos « *cette réunion s'est soldée par l'élaboration d'une plate forme de revendication sous forme d'un tract dans les points sont énumérés par notre indignation sur les arrestations arbitraires de nos compatriotes de Tizi-Ouzou, la libération et sans conditions de tous les détenus d'opinions, la liberté d'expression, notre rejet de l'oppression et de la répression, l'institutionnalisation et la constitutionnalisation de Tamazight et l'arabe algérien et surtout la non délocalisation du projet de construction de l'université de Bejaïa vers Jijel.* ».

Il sera arrêté puis détenu en prison. Il passera son baccalauréat et l'obtiendra avec une mention. Il sera ensuite transféré vers une autre prison dans des conditions difficiles et décrochera un deuxième baccalauréat.

Mr Amine nous a dit qu'il ne souffrait d'aucune pathologie psychique ou somatique avant ces événements « *non et non pas du tout, j'étais en bonne santé je n'avais aucune maladie* » ce qui nous a facilité par la suite de déceler l'existence, ou pas, d'une pathologie générée par ces événements, il n'a jamais été confronté à un événement traumatogène auparavant, selon ses dires « *non pour moi, celui-là est le seul événement que j'ai vécu, d'ailleurs je n'avais que 21ans...* ».

Le sujet a été apparemment bien soutenu, bien qu'au départ sa famille a eu peur pour lui, mais cela n'a pas trop duré. Il le confirme en disant : « *au début, tous les membres de ma famille s'inquiétaient sur mon sort et mon avenir, mais par prise de conscience ils ont conclu que c'est un acte juste* ». Il l'a d'ailleurs souligné cela en disant : « *à chaque visite programmée, ma*

famille était là au parloir, pour me rendre visite, je ne manquais de rien, ni de nourriture ni d'habits. Cela me rendait encore plus fort et me faisait sentir que je n'ai jamais été seul ».

Quant au résultat du questionnaire Traumaq, le score total est de 22, avec une note étalonnée faible (01) marqué par une absence d'un syndrome psycho traumatique.

Par ailleurs et concernant les hypothèses émises au début du travail, on peut constater un devenir psychologique des victimes des événements du 19 mai 1981 à Bejaia est effectivement différent, selon le cas. En s'appuyant sur l'analyse de l'entretien clinique semi directif et le questionnaire du Traumaq on peut conclure, que les acteurs du 19 mai 1981 présentent toujours des séquelles du traumatisme psychique qui varie d'un cas à un autre. Ce qui est le cas pour Mr Omar présence d'un traumatisme léger, Mr Yacine présence d'un traumatisme moyen, et une absence d'un traumatisme selon l'échelle, mais dans l'entretien Mr Imad présente des séquelles traumatiques. Quant à Mr Amine, il ne présente pas de traumatisme psychique dû à son exposition à un événement traumatique. Ce dernier a obtenu un score total de 22, avec une note étalonnée faible (01). Son évaluation clinique correspond à une absence de syndrome psycho traumatique.

Concernant la présence du processus de résilience et le rôle de l'entourage familial, on note que Mr Omar entretien une relation très distante avec son entourage, il a tendance à s'isoler à fuir le monde, parce qu'ils ne le comprennent pas, ce qui tend à infirmer l'hypothèse stipulant la présence d'une résilience et le rôle positif et contenant joué par la famille. Pour Mr Yacine, il semble que les choses ne sont pas différentes du premier cas. Pour Mr Imad, l'environnement n'étant pas favorable pour cicatriser ses

blessures. Pour Mr Amine, on constate une présence et un soutien de la part de sa famille, notamment sa mère ainsi qu'une aide positive de la part de ses amis. En effet, le processus de résilience résulte donc bien d'un tissage interactif ou l'étayage de l'environnement externe joue un rôle fondamental dans la construction des ressources internes nécessaires au développement de la résilience. Les victimes des événements du 19 mai 1981 ont eu la capacité de surmonter et de surpasser les événements et cela grâce au rôle de leur entourage familial qui a joué un rôle dans la résilience.

Conclusion

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons pu confirmer notre première hypothèse que Les victimes des événements du 19 mai 1981 présentent un traumatisme psychique, avec trois de nos cas Mr Omar, Mr Yacine et Mr Imad, et on l'infirmes pour le dernier cas Mr Amine. Et pour la deuxième hypothèse, stipulant que les victimes des événements du 19 mai 1981 ont eu la capacité de surmonter et de surpasser les événements et cela grâce au rôle de leur entourage familial qui a joué un rôle dans la résilience, on a pu la confirmer avec Mr Amine, ce dernier ; son enveloppe psychique est maintenue grâce un espace d'écoute qu'il a trouvé au sein de sa famille, et qui a favorisé la communication et a permis de contenir l'angoisse et venir en soutien de l'action de pensée. Mr Amine a trouvé l'étayage au sein de sa famille, et également dans son environnement. Et on l'infirmes pour les trois autres cas, qui n'ont pas trouvé un soutien dans leurs entourages qui peut les aider à surmonter leurs traumatismes. Nous espérons, avoir contribué à éclairer la question du devenir psychologique des victimes d'événements socio-politique en Algérie, plus précisément, ceux du 19 mai 1981.

Liste des références:

1. Akouf, O . (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Quebec: PUQ.
2. Al Jendi, N. (2015). *Traumatisme psychique et symbolisation*. Thèse de doctorat en psychologie. Lyon : Université de Lyon.
3. Anaut., M. (2003). *La résilience. Surmonter les traumatismes*. Nathan Université.
4. Angers, M. (1995). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Montréal : CEC.
5. Association de Psychiatrie Américaine. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5*. Paris : Masson.
6. Blanchet, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin.
7. Barrois, C. (1988). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.
8. Cario, R. (2012). *Victimologie*. Paris : L'Harmattan.
9. Cario, R., & Ruiz-Vera, S. (2015). *Droit (s) des victimes*. Paris : L'Harmattan.
10. Chahraoui, Kh., Benony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Paris: Dunod.
11. Chahraoui, Kh., Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris: Dunod.
12. Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris : PUF.
13. Crocq, L. (2007). *Traumatisme psychiques. Prise en charge des victimes*. Paris : Masson.

14. Cyrulink, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
15. Damiani, C., & Pereira, M. (2009). *Manuel d'utilisation du TRAUMAQ. Questionnaire d'évaluation du Traumatisme*. Paris : ECPA.
16. Delage, M. (2001). Traumatisme psychique et résilience familiale. *Revue francophone du stress et du trauma*, 1 (7), 2-19.
17. Grawitz, M. (2001). *Méthode des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
18. Héritier, F. (1996). *De la violence I*. Paris : Odile Jacob.
19. Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris: PUF.
20. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris: Dunod.
21. Majdoub, K. (2009). Evénements du 19 mai 1981 à Bejaia. *El Watan*, Algérie.
22. Marzano, M. (2011). *Dictionnaire de la violence*. Paris: PUF.
23. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002). *Rapport mondial sur la santé dans le monde*. Genève : OMS.
24. Pedinielli, J-L (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Arman Colin.
25. Quivy, R. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
26. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse.