

cents répétés et l'acharnement de leurs bourreaux.

Toutefois, il ne faut pas transposer arbitrairement les théories et les mécanismes pathogéniques de la pathologie frustrationnelle banale à l'univers plus brutal de la pathologie traumatique. La pathologie traumatique apporte dans son univers étio-pathogénique quelque chose qui n'existe pas dans les autres pathologies, à savoir l'événement, avec sa violence, sa soudaineté et son caractère exceptionnel, ainsi que l'expérience brute du bouleversement traumatique. Et il convient de reconnaître sa spécificité à cette étio-pathologie. D'ailleurs, si on interroge aujourd'hui un sujet traumatisé sur son enfance, c'est en toute bonne foi qu'il ne va choisir dans cette enfance que les souvenirs qui sont en rapport avec la situation présente, et qu'il va les colorer, rétrospectivement, des éprouvés affectifs qu'il ressent maintenant. Et le clinicien, comme son patient, tombe victime de cette "illusion rétrospective" (Crocq, 5, 6, 7) et croit que le passé a réellement été présenté ainsi et vécu ainsi. Le présent filtre, choisit et colore ; il rappelle à une nouvelle existence certains "passés possibles", qu'il teinte de son affectivité d'aujourd'hui, et il relègue les autres passés dans l'ombre, comme des non-sens dérisoires. D'ailleurs, et d'une manière générale, comme le dit Lacan dans une formule militaire tout à fait appropriée à la question du trauma, le passé est "porté disparu" et ce qu'on peut en retrouver ensuite est déformé par l'"écran fondamental du réel". En matière de trauma et de victime psychique, il convient donc de réhabiliter l'événement, et lui reconnaître son pouvoir bouleversant sur l'instant, projetant sa fatalité dans l'avenir et réorganisant le passé à son image.

Tout au plus, suivant Fénichel, peut-on distinguer trois cas de figure : ou bien le sujet est sain et disposé, et il gèrera son trauma par un stress adaptatif et sans autre séquelle qu'un souvenir désagréable ; ou bien il est épuisé, démoralisé et isolé et, quoique sain auparavant, il va développer une névrose traumatique ou une forme plus ou moins grave d'état de stress post-traumatique ; ou bien enfin il est déjà névrosé, et toute son énergie disponible étant sans cesse accaparée pour sa lutte névrotique, il va développer à l'occasion du moindre événement traumatisant une névrose traumatique "compliquée" (au sens de "surchargée" et non pas au sens de complication évolutive) de sa névrose antérieure. Pour ces derniers seulement, on peut parler de prédisposition.

La victime et son entourage

La victime ne reste que peu de temps abandonnée à sa solitude. Très vite, elle va être en contact avec des sauveteurs, éventuellement des soignants et des fonctionnaires de la police et de la justice, puis avec son entourage familial et professionnel, les experts et aussi avec la société globale. Elle adoptera vis-à-vis d'eux un certain langage et un certain comportement, ou divers langages et comportements ; et, de leur côté, parce qu'ils ont affaire à une victime, ses partenaires lui tiendront un certain langage et lui manifesteront un certain comportement. Et toutes ces interactions peuvent, en retour, influencer son psychisme.

▼ Sauveteurs et secouristes

Qui sont ces partenaires de la victime ? Dans un premier temps, les sauveteurs et les infirmiers, qui vont la secourir et lui dispenser les premiers soins sur les lieux mêmes de l'agression, ou à proximité ; parfois, dans les cas de viol en particulier, ce sont les fonctionnaires de la police et les enquêteurs judiciaires. Dans cette première phase, on peut déplorer qu'il ne soit pas encore passé dans les mœurs, en France, d'organiser des "premiers secours psychologiques" sur le terrain, assurés par des personnels - psychiatres et psychologues - spécialement formés à cet effet. Dans d'autres pays, les cellules de crise constituées à l'occasion des catastrophes comprennent de tels personnels, fonctionnaires et bénévoles, en nombre suffisant pour s'occuper rapidement de toutes les victimes ; ou encore, il existe des équipes spécialisées pour le "debriefing" des otages juste après leur libération. A tout le moins, dans leur formation, les sauveteurs et soignants somaticiens français commencent-ils à recevoir une information et une instruction qui les sensibilise et les prépare au stress de la victime et au premier secours psychologique à lui apporter : que les soins somatiques ne doivent pas être dispensés dans la brusquerie et le mystère, qu'il faut laisser parler la victime, montrer qu'on l'écoute et recueillir avec compassion son premier récit libérateur (abréaction ou catharsis), et que le transfert du blessé d'un soignant à un autre doit être personnalisé. De même, les

personnels de police amenés à recevoir les premières dépositions des victimes agressées ou violées commencent à être spécialement préparés aux problèmes psychologiques qui y sont liés et à l'attitude qu'il convient d'adopter face à la victime.

▼ Les soignants

Dans un second temps, la victime a surtout affaire au personnel soignant hospitalier (le cas échéant) ou de consultation ambulatoire, médecin généraliste ou spécialiste, kinésithérapeutes, etc..., et aussi à son entourage familial et professionnel habituel. Tous les soignants ont remarqué que la victime est plus dépendante et plus régressive que tout autre malade ou blessé, et qu'elle réclame beaucoup plus de présence et d'attention de la part du personnel médical. Face à cette quérulence, le personnel hospitalier peut répondre favorablement ou défavorablement, avec les deux risques d'enfoncer la victime dans sa régression ou d'alimenter son sentiment d'abandon. Quoi qu'il en soit, la période du "cocon" hospitalier et des soins physiothérapeutiques et massages reçus passivement est aussi la période de latence pendant laquelle la névrose traumatique peut mûrir. S'il n'y a pas un dialogue et une écoute propices à la catharsis préventive. Aussi vaut-il mieux répondre favorablement à la demande d'attention et d'écoute, quitte à encourager progressivement le sujet à récupérer son autonomie, que de l'abandonner à ses ruminations solitaires. Ces remarques sont valables aussi pour le médecin généraliste, qui doit prendre le temps d'écouter le discours médical et le discours non médical de sa victime, mais qui doit tout faire aussi pour l'émanciper de ses tendances régressives. Ces tendances régressives seront plus tenaces auprès du kinésithérapeute, dont on reçoit les soins passivement, ce qui incite à la prolongation, voire la perpétuation de ces soins.

▼ La famille et les proches

Les partenaires qui vont prendre le relais des soignants, parfois très tôt, sont les membres de la famille et les amis proches, puis les collègues ou les condisciples. Eux-mêmes sont initialement très émotionnés, et frappés dans leur appartenance fusionnelle à la communauté familiale. Les soignants, les policiers et les enquêteurs ont remarqué que, dans bien des