

Le stress post-traumatique chez l'agresseur – intérêt pour le clinicien

Jean-Daniel Carrier, Khashayar D. Asli, Gilles Chagnon

Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke

Résumé

Introduction : Cet article présente un cas de psychothérapie de stress post-traumatique chez l'agresseur. Ce syndrome clinique est bien décrit dans la littérature, mais notre recherche ne nous a permis de trouver que 2 rapports de cas témoignant de son traitement en psychothérapie. Le traitement de cette population présente plusieurs défis. Un effort a dû être déployé pour réviser une littérature complexe. D'autres contraintes à notre démarche touchaient l'identification d'un sujet éligible, l'adaptation du protocole de psychothérapie à ce sujet et à au contexte de la pratique clinique, ainsi que l'administration du protocole en tenant compte de contraintes organisationnelles spécifiques.

Méthode : Toutes les étapes du projet ont été dirigées par le premier auteur. Une revue de la littérature sur l'état de stress post-traumatique chez l'agresseur a été réalisée sous la supervision du deuxième auteur. Elle a été présentée au congrès annuel de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec (AMPQ) de 2011. Cette expérience a permis une sensibilisation aux manifestations de ce syndrome clinique dans la pratique psychiatrique. Grâce à cela, un sujet hospitalisé a été identifié comme présentant des symptômes suggestifs d'état de stress post-traumatique chez l'agresseur. Une psychothérapie a été planifiée et administrée, à partir des connaissances acquises lors de la revue de la littérature, sous la supervision du troisième auteur. Le sujet a été sélectionné par échantillon de convenance. Les données colligées concernant l'évolution clinique du sujet sont de nature qualitative. La méthode d'intervention est une thérapie cognitivo-comportementale intensive, chez un patient hospitalisé. Une attention particulière a été portée au vécu subjectif de l'agresseur, tel que suggéré par la littérature. Un suivi a eu lieu en clinique externe par la suite, permettant de colliger des données supplémentaires.

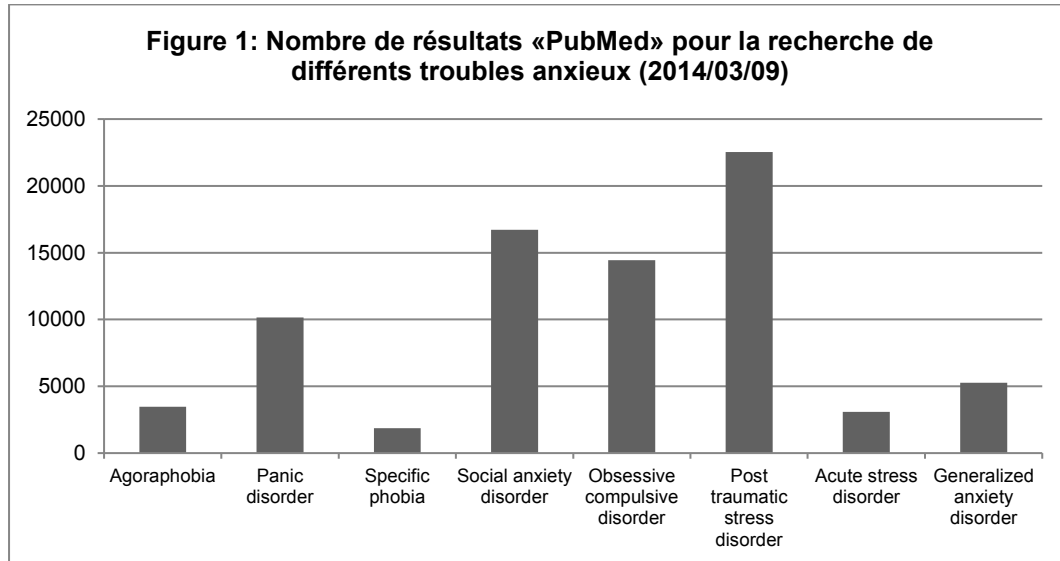
Résultats : L'évolution du sujet a été positive, se concluant par le désir de devenir un membre productif de la société.

Conclusion : Un protocole de thérapie cognitivo-comportementale visant l'état de stress post-traumatique en général peut être adapté à la situation de l'agresseur. L'exercice d'être attentif à l'expérience subjective de l'agresseur permet de dépasser certains défis que présente son traitement. La psychothérapie peut être adaptée à la situation du patient hospitalisé en psychiatrie. L'ensemble de la démarche illustrée dans cet article représente un exemple concret d'application de principes scientifiques au traitement d'un sujet dont la présentation clinique ne correspond pas à un diagnostic pour lequel il existe un traitement bien établi. Nous invitons le lecteur clinicien à aborder les défis présentés par un cas clinique en formulant une question de recherche pertinente, qui pourra être mise à l'épreuve pendant la phase de traitement du patient. De plus, nous croyons

que la rédaction d'une histoire de cas, organisée en fonction de ce principe, constitue un outil didactique précieux dans la formation en psychiatrie.

Introduction

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un syndrome clinique reconnu comme un diagnostic valide à la fois par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 27) et par l'American Psychiatric Association (APA, 1,2). Depuis son inclusion dans le DSM-III en 1980, l'ESPT a démontré son importance pour la communauté scientifique, comme en témoigne le volume de la recherche expérimentale vouée à sa compréhension et à son traitement.



Le présent article concerne l'étude du cas d'un sujet rencontré dans le cadre de la pratique clinique hospitalière en psychiatrie. Nous couvrirons l'ensemble de la démarche ayant mené à son traitement, de la revue de littérature à l'application d'un protocole de psychothérapie, en passant par l'identification des symptômes cibles. La particularité de ce cas clinique réside dans le fait que l'événement traumatique vécu était une agression commise par le sujet, et que c'est dans ce contexte que se sont développés des symptômes classiques d'ESPT.

L'intervention clinique qui sera décrite est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), telle qu'elle a été appliquée.

L'ESPT est un syndrome clinique bien connu, qui a été étudié chez les victimes de nombreuses situations : l'agression physique ou sexuelle, les accidents automobiles et les catastrophes naturelles, entre autres. (9,13,17,18) Ces divers événements impliquent une victime plus ou moins passive, qui développera ensuite des symptômes post-traumatiques. Toutefois, le rôle de victime n'est pas nécessaire à la genèse d'un ESPT. Les militaires, par exemple, ont un rôle plus actif dans le processus traumatique. Il en va de même pour nombre d'événements potentiellement traumatiques répertoriés dans la littérature, qui semblent échapper au concept de victimisation. Des tableaux cliniques congruents avec un ESPT ont été identifiés : chez les bourreaux, chez les individus chargés de pratiquer la torture, et chez les criminels pour qui le crime a mal tourné; mais aussi chez les professionnels qui travaillent dans les cliniques d'avortement, ou même chez les gens qui doivent euthanasier des animaux dans leur profession. (15) Il est donc nécessaire pour le clinicien d'être ouvert à une définition large de l'événement traumatique. L'APA reconnaît d'ailleurs la variété des événements pouvant mener à un ESPT dans les critères du DSM-5 (2), bien que le cas de l'agresseur n'y soit pas spécifié.

Sachant cela, il est opportun de se demander ce qui définit vraiment un état de stress post-traumatique. Différents auteurs se sont penchés sur la question. Le modèle cognitif, que nous retenons plus particulièrement dans cet article, voit la persistance de ce syndrome comme étant liée à la perception d'un risque sérieux et actuel pour la personne, et ce quel que soit le temps écoulé depuis l'événement traumatique. Suite à l'événement, l'ESPT s'installe lorsque sont réunies deux conditions. D'une part, la perception des conséquences du traumatisme doit être fortement négative. D'autre part, il doit se produire une perturbation de la mémoire autobiographique, ce qui embrouille la relation des souvenirs avec le temps et l'espace. (7) Ces deux conditions provoqueront un sentiment de danger imminent

relié à des souvenirs, exagérant la perception du risque que l'événement se reproduise dans la réalité.

Quoiqu'il soit possible d'avoir un rôle passif ou actif dans un événement traumatique menant au développement d'un ESPT, il y a certaines différences entre les symptômes éprouvés par chacun des groupes. En effet, les agresseurs rapportent en moyenne moins d'anxiété et de dysthymie, tout en vivant beaucoup plus de colère. (6) Si les victimes passives d'un traumatisme peuvent parfois ressentir un besoin intense de parler des événements, le fait est beaucoup plus rare lorsqu'ils sont agresseurs. Chez les militaires, ceux qui ont tué nieront avec vigueur le lien entre leur participation aux combats et leurs symptômes actuels, contrairement à ceux qui n'ont pas tué. (15) On retrouve la même distinction entre les agresseurs et les victimes d'agression. (14)

Le traitement d'un agresseur traumatisé implique plus que son bien-être personnel; il s'agit d'une mesure protectrice pour le reste de la société également. (12) En effet, les agresseurs développant des symptômes post-traumatiques suite à leur geste de violence présentent un risque de récurrence supérieur au long cours. (5,6) Ce risque pourrait être partiellement expliqué par le calme paradoxal ressenti lors de la répétition du contexte traumatique, en lien avec la sécrétion d'opiacés endogènes. (3) Sachant que les peines de prison, dans certaines circonstances, peuvent augmenter le risque de récurrence (24), une approche stratégique s'impose. Il est surprenant que le volume de littérature concernant le traitement de cette population soit aussi limité. (19,22)

L'apparition de symptômes remplissant les critères d'ESPT chez les individus ayant posé un geste violent n'est pas rare. (10,11,14) Or, il leur est parfois recommandé d'éviter de raconter les événements, notamment par leurs avocats. (12) À cause de cette précaution, certains individus peuvent être emprisonnés sans jamais avoir parlé du geste qu'ils ont commis. (10) Ce sont des faits qui compliquent beaucoup le dépistage de ce trouble, demandant au clinicien d'être plus proactif que pour identifier des symptômes chez les victimes.

La problématique du stress post-traumatique chez l'agresseur est considérable. Pour en conceptualiser certains aspects, le Tableau 1 suggère une liste des défis qui se présentent à nous. Ceux-ci sont tirés de l'expérience des auteurs dont les articles ont été révisés avant de planifier la thérapie.

Tableau 1 : Défis pour le clinicien que présente le stress post-traumatique chez l'agresseur

Défis	
1.	Identifier les symptômes chez le patient
2.	Former une alliance thérapeutique solide
3.	Planifier un traitement
4.	Administrer un traitement
5.	Suivre l'évolution du patient sur une période prolongée

Une façon de surmonter les deux premiers défis, soit l'identification des symptômes et l'alliance avec le patient, pourrait résider dans la notion simple de lui permettre d'élaborer par rapport aux symptômes intrusifs. (10) Quant aux trois autres points, concernant le traitement comme tel, la littérature sur la TCC pour l'ESPT en général permettra d'adapter un plan thérapeutique à la situation de l'agresseur. Le présent article se veut d'abord une façon de sensibiliser le clinicien à la pertinence d'adopter un intérêt réel pour le vécu de l'agresseur. Il s'agit en effet d'un facteur central à la prise en charge de cette population. Pour mettre à l'épreuve ce point de vue, nous avons émis les hypothèses suivantes à partir des défis identifiés :

Tableau 2 : Hypothèses

Hypothèses	
1.	S'intéresser au vécu subjectif du patient permet de repérer une histoire traumatique de l'agresseur.
2.	La thérapie cognitivo-comportementale orientée vers l'état de stress post-traumatique en général peut être adaptée à la situation de l'agresseur.
3.	L'intervention proposée peut s'adapter à différents contextes organisationnels, y compris pour un traitement intensif en interne, et atteindre des bénéfices fonctionnels clairs.

Notre travail nous permet d'affirmer que tel que souligné par la littérature, l'élaboration subjective du vécu du patient peut constituer une importante porte d'entrée vers la mise en évidence des symptômes traumatiques, et vers un lien

thérapeutique moteur. Cette démarche s'inscrit très naturellement dans le contexte d'une TCC orientée sur un vécu traumatique. Le sujet dévoile progressivement les détails des expériences qu'il a vécues, ce qui ouvre la porte à l'utilisation de diverses techniques cognitivo-comportementales reconnues, notamment la restructuration cognitive et la gestion des affects. Enfin, le patient peut sortir de la démarche entreprise fort d'acquis cognitifs significatifs, qui lui permettent de se mettre en action vers l'occupation d'un rôle social productif.

Méthode

Le sujet du stress post-traumatique chez l'agresseur a été porté à notre attention dans le cadre d'un effort concerté d'approfondissement des connaissances cliniques du premier auteur, résident en psychiatrie. Les questions principales ayant guidé la revue de la littérature sont les suivantes :

1. Y a-t-il des données probantes appuyant la validité du concept de stress post-traumatique chez l'agresseur?
2. Comment traiter le stress post-traumatique chez l'agresseur?

Revue de la littérature

Une recherche dans les banques de données PubMed et PsychInfo a été effectuée pour répondre aux questions mentionnées plus haut. La recherche d'articles se voulait aussi exhaustive que possible. Le terme «PTSD» a été associé à plusieurs synonymes de l'agresseur («perpetrator», «aggressor», «criminal», «killer», «murderer»). L'ensemble des résultats obtenus a été évalué pour sa pertinence. La trentaine d'articles sélectionnés initialement a été passée en revue pour extraire d'autres articles d'intérêt parmi leurs références; ces nouveaux articles ont été ensuite évalués dans le même but. Au final, ce sont 80 références qui ont été retenues comme contribuant à répondre à plusieurs sous-questions de recherche; seule une partie de celles-ci a été utilisée dans la rédaction du présent article. La liste complète des références est disponible sur demande auprès de l'auteur principal.

Au moment de la rédaction finale de cet article, une revue PubMed réutilisant les termes de recherche ci-dessus a été réalisée en se limitant aux articles parus à partir de 2010. L'objectif était de rendre compte de l'évolution des connaissances depuis la revue de littérature initiale, présentée au congrès de l'AMPQ en 2011. Bien qu'aucun article ne présente de cas similaire au nôtre, nous en retenons trois, d'un même groupe de chercheurs, qui concernent les participants à des génocides

au Rwanda et en Ouganda. Nous estimons qu'ils peuvent contribuer à éclairer le lien entre la participation à des agressions et les symptômes post-traumatiques. (23,25,26)

Choix de la psychothérapie

Il n'existe pas de traitement reconnu pour l'état de stress post-traumatique chez l'agresseur. La revue de littérature n'a révélé que deux rapports de cas, chacun présentant la psychothérapie d'un agresseur ayant commis un homicide. L'auteur du premier article a utilisé la technique dite «eye-movement desensitization and reprocessing» (EMDR), alors que les auteurs du deuxième ont utilisé un traitement comportemental. (20,22) En l'absence d'un niveau de preuve scientifique suffisant dans la littérature, il a été nécessaire d'utiliser comme point de départ, pour diriger notre intervention, des articles sur le traitement de l'ESPT chez les victimes.

Certaines formes de psychothérapie se sont montrées d'une efficacité similaire dans le traitement de l'ESPT. Celles-ci sont : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'EMDR mentionné plus haut, ainsi que l'exposition prolongée (EP). (21) Nous avons retenu la TCC comme méthode de traitement, afin de tirer avantage des outils thérapeutiques et de l'expertise clinique disponibles au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS). Le guide de pratique de Brillon sur la TCC pour l'ESPT fut utilisé comme référence principale pour le contenu de la thérapie. (4) Le protocole habituel utilisé dans la clinique des troubles anxieux de notre établissement consiste en une série de rencontres hebdomadaires, pour une durée qui est déterminée en fonction des progrès du patient. Au chapitre des variantes d'un protocole semblable, Ehlers et al. (8) ont montré qu'une version intensive de la TCC pour l'ESPT était non seulement aussi efficace et sécuritaire que la TCC hebdomadaire, mais qu'elle facilite également l'adhérence au traitement et la prévention des symptômes dépressifs en cours de thérapie.

La méthode de traitement sélectionnée correspond donc à une synthèse de différentes méthodes de traitement supportées par la littérature. Notre protocole final consiste en une TCC pour l'ESPT chez un agresseur, et a été structuré ainsi :

1. Évaluation du sujet et consentement;
2. Neuf séances d'une durée approximative d'une heure chacune, à raison d'une rencontre par jour les mardi, mercredi et jeudi, au cours de 3 semaines consécutives d'hospitalisation;
3. Rendez-vous en clinique externe la semaine suivant le congé, puis espacement progressif des rencontres de suivi au cours d'un processus de consolidation des acquis. L'équipe traitante restait disponible au besoin une fois le suivi terminé.

La question de «l'amnésie» par rapport aux événements a dû être abordée dans le processus thérapeutique. En effet, le sujet annonçait dès le début de la thérapie qu'il y avait certaines choses dont il ne se souvenait pas. Puisque toute l'exposition reposait sur la narration d'événements passés, il était nécessaire de savoir comment gérer les «oublis» qui seraient rencontrés. Heureusement, Marshall et al. avaient déjà validé une méthode d'entrevue permettant de combler ces vides narratifs, dont l'efficacité est la même que l'amnésie soit sincère ou simulée. (16) Cette méthode implique la narration chronologique répétée des événements, en soulignant l'importance de se remémorer progressivement le plus de détails possible. Cette façon de procéder s'articule donc particulièrement bien avec les composantes d'exposition et de restructuration cognitive de la TCC. (7)

Sélection du sujet

La méthode utilisée fut celle d'un échantillon de convenance à partir de l'évaluation clinique d'un patient hospitalisé en psychiatrie au CHUS Hôtel-Dieu. Tel qu'illustré dans le tableau 1, l'identification des symptômes post-traumatiques chez un patient agresseur représentait un défi. La suite de cet article expliquera

comment les obstacles ont été surmontés avec le sujet sélectionné, Robert (nom fictif).

À la dernière rencontre de suivi, nous avons demandé au sujet son autorisation de partager des informations sur le processus thérapeutique dans un article scientifique. Son consentement a été obtenu verbalement.

Présentation de cas

Robert est un homme de 50 ans qui se présente à l'urgence psychiatrique de notre établissement dans un état de crise. Il souffre en effet de l'exacerbation aiguë d'un tableau dépressif avec symptômes psychotiques. Il a de lourds antécédents de toxicomanie, dont une dépendance à la cocaïne, mais son problème de consommation est en phase de rémission complète prolongée.

Robert a été hospitalisé il y a quelques mois pour des symptômes similaires, bien que dans un état moins critique. Depuis 1 an, il entend une voix, toujours la même, qui se manifeste par intermittence («t'es un pas bon», «tu mérites la mort», «va te tuer»). Il a nommé celui qui s'adresse à lui «Jack». L'intensité de celles-ci, de même que la présence de la voix de Jack, est associée au stress. Bien que des idées suicidaires soit présentes, il n'a posé aucun geste suicidaire dans la dernière année.

Au congé de l'hospitalisation précédente, Robert ne se plaignait plus de ces hallucinations et montrait une bonne récupération au niveau des symptômes neuro-végétatifs de la dépression (perte de sommeil, perte d'appétit). Malgré cela, il conservait un ralentissement psychomoteur et une faible réserve d'énergie. Il s'agissait de symptômes résiduels de dépression majeure, mais des effets secondaires de la médication étaient également soupçonnés

À l'admission, l'exacerbation aiguë des symptômes est difficilement explicable. Robert n'a vécu ni événement inattendu, ni deuil, ni changement de milieu de vie. Il réside en ce moment dans une maison de transition depuis plus de 12 mois, où il poursuit deux ans d'abstinence complète d'alcool et de cocaïne, et il n'a pas rechuté. Il connaît bien son milieu de vie et l'apprécie. La possibilité d'une diminution de l'adhérence au traitement est exclue en raison de la supervision de la prise de médicaments et de la bonne attitude de Robert par rapport au traitement.

Pourtant, en une semaine, il y a eu réapparition de la voix hallucinée dans toute sa vivacité, accompagnée d'un isolement volontaire, du retour de ruminations sur

son passé criminel, d'une insomnie presque complète et d'une perte d'appétit majeure. Les idées suicidaires sont devenues envahissantes, consistant à sauter d'un pont ou à se jeter devant un camion poids-lourd, deux moyens parfaitement accessibles aux environs de la maison de réinsertion. Dès qu'il a été mis au fait de l'importance des symptômes chez Robert, son intervenant principal l'a référé à l'urgence psychiatrique. Une hospitalisation volontaire a été organisée.

Lors de l'entrevue initiale sur notre unité, Robert ne cache pas ce qu'il perçoit être le déclencheur de cette spirale symptomatique : il a été témoin d'une altercation entre deux résidents qui se bousculaient physiquement. Il conclut qu'il s'agissait d'un jeu viril sans grande méchanceté, mais cela n'a pas empêché Robert de sentir une montée d'énergie et de s'imaginer prendre part à la bataille. Cette pulsion de violence a semé l'idée qu'il ne pourrait jamais se débarrasser de son passé criminel et qu'il serait toujours une personne violente – alors qu'il ne s'était pas battu depuis maintenant près de 5 ans. Par la suite, face à ces pensées qui s'imposaient, Robert en vint à ne voir plus d'autre issue que la mort.

La détérioration aiguë du tableau clinique correspond assez bien à la théorie de l'événement «gâchette» qui sera expliquée plus loin. C'est ce qui a attiré notre attention sur la possibilité d'une histoire traumatique, bien que la présence d'hallucinations complique le tableau. De plus, étant donné la présence de ruminations et de distorsions cognitives, il nous paraissait vraisemblable qu'une approche de TCC puisse améliorer le fonctionnement et réduire le risque suicidaire chez ce patient.

Outre l'événement «gâchette», deux autres éléments de la présentation du patient militaient en faveur d'un état stress post-traumatique. D'une part, Robert lui-même mentionnait avoir discuté lors de l'hospitalisation précédente de sujets qu'il évitait normalement, concernant notamment sa carrière criminelle, et que ces entrevues avaient ramené des souvenirs qu'il croyait avoir oubliés. Au moment même d'aborder un processus thérapeutique, il insistait pour dire qu'il ne révélerait pas tous ces souvenirs. Dans les circonstances, nous voyions là une manifestation

claire d'évitement psychologique. D'autre part, l'émoussement affectif de Robert était extrême, remplissant tous les critères du DSM-IV-TR à ce sujet.

Résultats

Déroulement de la psychothérapie

Les informations complètes sont contenues dans le tableau 3 (annexé). Voici quelques points à souligner.

Les objectifs de traitement et le contrat thérapeutique ont été élaborés verbalement avec le patient. Tous étaient d'accord qu'un progrès était nécessaire pour que Robert puisse fonctionner adéquatement en société et avoir des relations interpersonnelles satisfaisantes.

L'expérience de victimisation vécue par le patient n'a été révélée qu'au cours de la 5^e séance sur 9 de psychothérapie. Le traumatisme principal, soit l'agression commise envers son agresseur, a été discutée pour la première fois à la 7^e séance.

L'expérience de victimisation était la suivante : lorsqu'il avait 10 ans, Robert a été convaincu par un ami de la famille de le laisser lui toucher les organes génitaux, ce que l'abuseur décrivait comme un jeu. Plus tard à l'école, Robert a tenté de toucher de petites camarades de classe. Il a alors été convoqué par la direction, où on lui a montré un livre sur la sexualité qui décrivait l'acte sexuel comme étant réservé à un homme et une femme. Ce qu'il a compris, c'est qu'il avait fait quelque chose de mal d'une part, et qu'on l'avait trahi d'autre part. Il a craint par la suite d'être homosexuel ou pédophile, malgré l'absence de toute autre expérience sexuelle avec un homme ou un enfant.

Le traumatisme principal était le suivant : lorsqu'il avait 21 ans, Robert a rencontré par hasard, pour la première fois depuis une dizaine d'années, l'homme qui l'avait abusé. Robert s'est alors jeté sur lui avec une batte de baseball et lui aurait brisé une rotule; puis, il l'a frappé au visage à de nombreuses reprises avec ses poings, avant de quitter les lieux. Il n'a pas tenté de le revoir depuis. Les émotions rapportées lors de l'événement incluent l'impression d'avoir «gagné à la loto» en apercevant l'individu, suivie de la plus grande colère qu'il ait éprouvée dans sa vie.

L'ambivalence du patient par rapport à l'événement traumatique est illustrée par ses propres paroles. Au cours de la 8^e rencontre, il se demande s'il ne devrait pas tenter de retrouver son abuseur pour le tuer afin de soulager sa souffrance actuelle. Plus tard dans la même séance, il se demande s'il ne devrait pas le retrouver pour lui demander pardon.

Les conséquences négatives qu'il interprète comme venant de cet événement étaient : une augmentation de sa consommation d'alcool, une série de bagarres dans les bars qu'il initiait par la suite volontiers, ainsi que plusieurs expériences de dissociation en situation de colère. Près de 30 ans plus tard, on remarque toujours une réactivité extrême aux situations de confrontation.

Une attitude de responsabilisation du patient a été adoptée par le thérapeute durant tout le processus. Sauf lorsqu'il a été question des attouchements vécus dans l'enfance, nous avons tenté d'éviter tout vocabulaire de victimisation, positionnant plutôt le patient comme acteur principal d'un processus traumatique dont il a subi les conséquences. Malgré l'explosion émotionnelle ayant clos la 7^e séance, la relation thérapeutique s'est révélée suffisamment établie pour poursuivre positivement la thérapie dans ces termes.

Évolution clinique intra-hospitalière et évolution au suivi externe

Une revue de dossier fut entreprise rétrospectivement pour qualifier l'évolution clinique de Robert. Les «notes d'évolution» consignées au dossier à chaque rencontre furent utilisées pour la période intra-hospitalière, alors que les feuilles de «suivi externe» furent consultées pour le suivi à plus long terme. Les informations obtenues sont présentées dans les tableaux 4 et 5 (annexés), et incluent les émotions exprimées par le patient, la description de ses hallucinations, ainsi que les événements vécus ou les comportements notables de Robert en cours de thérapie. Il est possible de constater un lien étroit entre la présence d'hallucinations et les émotions négatives vécues par le patient. À la dernière rencontre planifiée, 163 jours après le début de la thérapie, on note un patient

maintenant euthymique, optimiste et confiant en ses capacités. À ce stade, il entend très rarement la voix hallucinée, a envoyé des demandes d'emploi et a repris contact avec plusieurs membres de sa famille.

Discussion

Le déroulement de la psychothérapie, exposé précédemment, nous permet de jeter un regard différent sur plusieurs aspects du processus de traitement des agresseurs. Il est intéressant de noter que la sélection du sujet et le choix de psychothérapie ont été faits avant de connaître les circonstances de l'agression. Le soupçon de l'équipe psychiatrique concernant les antécédents traumatiques a été soulevé par des caractéristiques propres des symptômes. Ces éléments étaient la culpabilité importante, la présence de tous les critères d'érousement affectif du DSM-IV-TR pour l'ESPT, ainsi que la réactivité émotionnelle extrême du sujet face à un événement banal suggérant un phénomène «gâchette» en lien avec la reviviscence des événements. Cela permettait de dresser un portrait global de la condition clinique du sujet en accord avec la compréhension théorique actuelle de l'ESPT (7). La stratégie de recrutement utilisée est semblable à celle présentée pour d'autres cas dans la littérature (19,22), puisqu'il s'agit d'un patient référé pour des symptômes plutôt que pour un diagnostic comme tel. Il s'agit donc d'un recrutement de convenance exercé par une équipe dont le mandat était clinique, et non expérimental. L'ensemble du protocole a été ajusté aux soins usuels, qui se sont révélés autrement inchangés.

Le bon déroulement de la TCC, grâce aux précautions prises pour donner une place centrale au sujet dans le processus, a permis l'élaboration détaillée d'événements lointains que le patient avait d'abord eu l'intention de taire. Ce succès appuie notre première hypothèse, voulant que de s'intéresser au vécu subjectif de l'individu permette de repérer une histoire traumatique chez l'agresseur. Nous pouvons donc supporter la pertinence d'être à l'écoute de l'agresseur, tel que suggéré par d'autres auteurs (10). La reconnaissance exprimée par le sujet envers l'équipe traitante, en fin d'hospitalisation, contrastait avec la difficulté qu'il avait initialement à faire confiance.

L'évolution du sujet suggère que la prise en charge a permis de le responsabiliser à travers son histoire de vie, le motivant à adopter un rôle productif pour la société. Cela a été possible grâce à l'utilisation d'un protocole thérapeutique inspiré du

traitement de l'ESPT en général (4,8,13) qui, dans ces circonstances, s'est avéré correspondre aux besoins de l'agresseur, appuyant notre deuxième hypothèse.

On peut également souligner la faisabilité de la TCC intensive en milieu hospitalier, telle qu'inspirée par la littérature, même en présence d'une problématique psychiatrique sévère et chronique. Notre troisième hypothèse, qui portait sur l'adaptabilité de l'intervention au contexte hospitalier, est clairement appuyée par l'évolution du sujet. De plus, nombre d'avantages organisationnels découlaient du devis adopté, de même que quelques inconvénients. Une revue de ces facteurs à prendre en compte pour la recherche future est présentée au tableau 6.

Tableau 6. Facteurs comparatifs entre la thérapie intensive en interne et la thérapie hebdomadaire en externe*

Thérapie intensive interne	Thérapie hebdomadaire externe
Coût de l'hospitalisation	Coût du suivi externe
Peut être combinée avec une hospitalisation nécessaire	Disponibilité dépend de l'organisation de la clinique
Traitement immédiat	Recours fréquent à une liste d'attente
Gestion rapide des facteurs de dangerosité	Recours à l'autogestion des facteurs de dangerosité
Complétion rapide de la thérapie	Accompagnement dans la vie de tous les jours
Demande beaucoup d'énergie de la part du thérapeute	S'inscrit dans l'organisation des soins usuels

*L'avantage démontré d'une approche par rapport à l'autre est en caractères gras

Bien que cet article présente un cas où la psychothérapie a été visiblement très avantageuse pour l'évolution du sujet et s'est inscrite harmonieusement avec la dispensation de soins usuels, plusieurs faiblesses de notre approche doivent être soulignées. L'absence de contrôle empêche d'appuyer un lien de causalité qui aurait une validité scientifique. L'absence de mesure objective nuit à l'interprétation des résultats. La présence d'un seul sujet dans l'étude amplifie la difficulté que peut présenter toute tentative de généralisation. L'intervention psychothérapeutique, pour s'assurer d'aider le patient (puisque c'était là la tâche

du clinicien), a perdu beaucoup de sa spécificité par rapport au stress post-traumatique. Le sujet l'a d'ailleurs souligné en mentionnant que l'un des principaux bénéfices obtenus concernait les multiples deuils de son histoire de vie. Malgré ces faiblesses, nous estimons comme d'autres auteurs qu'un protocole de TCC qui s'adresse à l'ESPT peut être adapté à la situation de l'agresseur. (19,22)

Il nous semble essentiel de souligner encore une fois que la démarche thérapeutique exposée ici relevait dès le départ de l'objectif clinique d'aider un patient, et non du cadre d'une recherche scientifique. Notre échantillonnage ne nous permet ni de confirmer, ni d'infirmer le cadre conceptuel théorique issu de la littérature qui a été présenté dans l'introduction. Il paraît donc justifié de se demander : pourquoi cet article? En l'absence de littérature scientifique pouvant fournir un niveau de preuve suffisant pour guider le clinicien, celui-ci doit fournir un effort intellectuel considérable pour effectuer une lecture critique des études existantes, extrapoler à partir de données connues, les interpréter en fonction de la situation particulière du patient et intervenir en montrant un jugement clinique respectueux des libertés de l'individu. Le lecteur doit se souvenir que pour l'avancement de la science, avant que les données expérimentales soient disponibles, un cadre théorique conséquent doit être élaboré pour guider la collecte de données. C'est là l'une des qualités fondamentales de la démarche présentée dans cet article : elle démontre comment, à partir d'une consultation de la littérature et avec l'esprit ouvert, un clinicien peut s'approprier le savoir diffusé pour donner un sens à son intervention clinique. C'est le «chaînon manquant» entre la clinique et la recherche, le trait d'union du clinicien-chercheur; un défi adressé aux producteurs de connaissances.

Conclusion

Dans cet article, nous avons présenté la manière dont le clinicien peut utiliser la littérature sur le stress post-traumatique chez l'agresseur pour mettre en œuvre une intervention clinique auprès de cette clientèle. Nous avons démontré par le processus de sélection du sujet de l'étude que de s'intéresser au vécu subjectif du patient permet de repérer une histoire traumatique chez l'agresseur. Nous avons appuyé, avec une démarche de recherche qualitative, le fait que la thérapie cognitivo-comportementale orientée vers l'état de stress post-traumatique peut être adaptée à la situation de l'agresseur. Nous avons finalement adopté un protocole qui montre que ce type d'intervention peut être adapté à différents contextes organisationnels, y compris pour un traitement intensif en interne. L'évolution clinique du sujet de l'étude a été favorable, mais il ne nous est pas possible de prouver la relation causale entre l'intervention et l'amélioration fonctionnelle du patient, étant donné notre approche et nos limitations.

Les résultats obtenus appuient la pertinence d'étudier, avec un devis expérimental et une puissance suffisants, la question du traitement du stress post-traumatique chez l'agresseur. Nous insistons plus particulièrement sur les avantages de l'approche consistant à s'intéresser à l'expérience vécue de l'individu pour amener l'agresseur à prendre la place d'un acteur responsable de la société. Nous sommes toutefois conscients qu'une telle intervention devrait être réservée à des sujets présentant un bon potentiel de réinsertion sociale.

Références

1. American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington DC: American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, Fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
3. Barnard GW, Hankins GC, Robbins L. (1992) 'Prior life trauma, post-traumatic stress symptoms, sexual disorders, and character traits in sex offenders: An exploratory study'. *Journal of Traumatic Stress* 5(3): 393-420.
4. Brillon P. (2001) *Diagnostic et traitement cognitivo-comportemental du TSPT. Guide de pratique*. Montréal: Les Presses de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal.
5. Collins JJ, Bailey SL. (1990) 'Traumatic stress disorder and violent behavior'. *Journal of Traumatic Stress* 3(2) 203-20.
6. Dutton DG. (1995) 'Trauma symptoms and PTSD-like profiles in perpetrators of intimate abuse'. *Journal of Traumatic Stress* 8(2): 299-316.
7. Ehlers A, Clark DM. (2000) 'A cognitive model of post-traumatic stress disorder'. *Behaviour Research and Therapy* 38: 319-45.
8. Ehlers A, Clark DM. (2010) 'Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study'. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 38: 383-98.
9. Ehlers A, Maercher A, Boos A. (2000) 'Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and permanent change'. *Journal of Abnormal Psychology* 109: 45-55.
10. Evans C, Ehlers A, Mezey G, Clark DM. (2007) 'Intrusive memories and ruminations related to violent crime among young offenders: Phenomenological characteristics'. *Journal of Traumatic Stress* 20(2): 183-96.
11. Gray NS, Carman NG, Rogers P, MacCulloch MJ, Hayward P, Snowden RJ. (2003) 'Post-traumatic stress disorder caused in mentally disordered offenders by the committing of a serious violent or sexual offence'. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 14(1): 27-43.
12. Harry B, Resnick PJ. (1986) 'Posttraumatic stress disorder in murderers'. *Journal of Forensic Sciences* 31(2): 609-13.
13. Harvey AG, Bryant RA, Tarrier N. (2003) 'Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder'. *Clinical Psychology Review* 23: 501-22.
14. Kruppa I, Hickey N, Hubbard C. (1995) 'The prevalence of post traumatic stress disorder in a special hospital population of legal psychopaths'. *Psychology, Crime & Law* 2: 131-41.
15. MacNair RM. (2002) *Perpetration-induced traumatic stress*. New York: Authors Choice Press.

16. Marshall WL, Serran G, Marshall LE, Fernandez YM. (2005) 'Recovering memories of the offense in 'amnesic' sexual offenders'. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 17(1): 31-38.
17. Naifeh JA, North TC, Davis JL, Reyes G, Logan CA, Elhai JD. (2008) 'Clinical profile differences between PTSD-diagnosed military veterans and crime victims'. *Journal of Trauma & Dissociation* 9(3): 321-34.
18. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. (2003) 'Predictors of post traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis'. *Psychological Bulletin* 129: 52-73.
19. Pollock PH. (1999) 'When the killer suffers: Post-traumatic stress reactions following homicide'. *Legal and Criminological Psychology* 4: 185-201.
20. Pollock PH. (2000) 'EMDR for PTSD following homicide'. *The Journal of Forensic Psychiatry* 11(1): 176-84.
21. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, FOa EB. (2010) 'A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder'. *Clinical Psychology Review* 30: 635-41.
22. Rogers P, Gray NS, Williams T, Kitchiner N. (2000) 'Behavioral treatment of PTSD in a perpetrator of manslaughter: A single case study'. *Journal of Traumatic Stress* 13(3): 511-19.
23. Schaal S, Weierstall R, Dusingizemungu JP, Elbert T. (2012) 'Mental health 15 years after the killings in Rwanda: Imprisoned perpetrators of the genocide against the Tutsi versus a community sample of survivors'. *Journal of Traumatic Stress*.
24. Smith P, Goggin C, Gendreau P. (2002) 'The effects of prison sentences and intermediate sanctions on recidivism: General effects and individual differences'.
http://www.ccoso.org/library%20articles/200201_Gendreau_e.pdf
25. Weierstall R, Schaal S, Schalinski I, Dusingizemungu JP, Elbert T. (2011) 'The thrill of being violent as an antidote to posttraumatic stress disorder in Rwandese genocide perpetrators'. *European Journal of Psychotraumatology*.
26. Weierstall R, Schalinski I, Crombach A, Hecker T, Elbert T. (2012) 'When combat prevents PTSD symptoms--results from a survey with former child soldiers in Northern Uganda'. *BMC Psychiatry*.
27. World Health Organization. (2010) (consulté 2012-06-16) 'ICD-10 Version: 2010'.
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

Annexes

Tableau 3. Résumé des séances de psychothérapie

Session	Contenu
0 - Préparation	<ul style="list-style-type: none"> - Normalisation des symptômes post-traumatiques - Obtention d'un consentement libre et éclairé à la thérapie - Établissement des objectifs de traitement - Établissement du contrat thérapeutique
1 – 1 ^{er} mardi	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'un génogramme - Souvenirs par rapport au père - Histoire avant l'âge adulte (recherche d'indices de traumatisme)
2 – 1 ^{er} mercredi	<ul style="list-style-type: none"> - Souvenirs par rapport à la mère - Psychoéducation sur le stress post-traumatique - Identification de facteurs psychologiques entretenants (honte, culpabilité et estime de soi; introduction aux distorsions cognitives) - Diminution de l'anxiété
3 – 1 ^{er} jeudi	<ul style="list-style-type: none"> - Histoire à l'âge adulte (recherche d'indices de traumatisme) - Reconnaissance des pertes - Présentation du cahier de thérapie (dont l'engagement du thérapeute) - Travail des affects à partir du langage propre du patient - Diminution de l'anxiété
4 – 2 ^e mardi	<ul style="list-style-type: none"> - Histoire criminelle systématisée (précision des événements traumatiques) - Identification du contexte ayant mené à la criminalité et mise à jour des souvenirs - Parcours de réinsertion sociale - Parcours de désintoxication
5 – 2 ^e mercredi	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des valeurs mises en évidence dans la carrière criminelle (loyauté, respect) - Mise en évidence d'un traumatisme majeur à l'histoire (abus sexuel) - Normalisation des affects - Restructuration cognitive (victime, homosexualité vs pédophilie)
6 – 2 ^e jeudi	<ul style="list-style-type: none"> - Exposition en imagination avec gestion de l'anxiété - Identification des informations permettant de contextualiser les souvenirs traumatiques et post-traumatiques - Restructuration cognitive par rapport aux conséquences du traumatisme et correction de la perception de soi - Mise à jour des souvenirs traumatiques
7 – 3 ^e mardi	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualisation d'une perte importante - Mise en évidence de l'événement traumatique principal (agression de l'abuseur) - Exploration des émotions liées à l'événement - Mise en évidence de l'ambivalence par rapport à l'événement - Gestion de l'anxiété difficile, départ en colère
8 – 3 ^e mercredi	<ul style="list-style-type: none"> - Travail des affects en lien avec l'explosion émotionnelle de la dernière rencontre - Appropriation de la culpabilité et de toutes ses manifestations - Restructuration cognitive - Identification des événements pouvant provoquer la reviviscence
9 – 3 ^e jeudi	<ul style="list-style-type: none"> - Finalisation de la reformulation de l'histoire de vie - Retour sur les bienfaits subjectifs de la thérapie - Réappropriation de la vie du sujet et narration des projets futurs
10 - Retour	<ul style="list-style-type: none"> - Retour sur les objectifs de traitement - Évaluation des résultats - Congé hospitalier

Tableau 4. Évolution clinique en cours de suivi intra-hospitalier

Date (jour(s) depuis le début de la thérapie)	Séance	Émotions	Hallucinations	Événements ou comportement notables
1	1	- Irrité par le nombre de patients sur l'unité	- Voix dépréciative faible et persistante	- S'isole
2	2	- Stressé suite à une confrontation avec un autre patient	- Augmente en intensité lors de la confrontation et par la suite	- S'isole pour gérer les émotions négatives - Introduction en thérapie du tableau à 4 colonnes - Évite les contacts avec les autres patients
3	3	- Moins d'émotions - Se sent comme en interrogatoire - Confiance débutante envers le thérapeute		
8	4	- Ennui, pense à quitter - Affect plus restreint		
9	5	- Déprimé depuis quelques jours - Irritable - Charge émotive en fin d'entrevue		- Moins d'évitement - Participe aux activités de l'unité
10	6	- Stabilité émotive - Estime de soi fluctuante - Ambivalence par rapport à l'hospitalisation	- Voix dénigrante, «plus fort que lui»	- Désire et tente d'aider les autres - Démonstrations d'empathie
15	7	- Anxiété augmentée depuis la veille	- Augmentation de la voix et contenu suicidaire mandatoire	
16	8	- Culpabilité - Colère	- Augmentation se poursuit	- Confrontation du thérapeute, lui exprime sa colère
17	9	- Calme - Désir d'aller de l'avant - Désir d'être socialement productif - Émoussement affectif amélioré	- Persistance de la voix malgré amélioration de l'affect; contenu : «t'es un sale, tu mérites de mourir, va te tuer»	- Discussion concernant la possibilité d'une «demande de pardon»

Tableau 5. Évolution clinique en cours de suivi externe

Date (jour(s) depuis le début de la thérapie)	Rencontre de suivi	Émotions	Hallucinations	Événements ou comportement notables
30	1	- Optimisme	- Aucun mot discerné, seulement un murmure	- Demande de poursuivre seulement un support sans reprendre l'exposition
44	2	- Stabilité émotionnelle - Quelques journées plus difficiles	- Impression d'irréalité - Rarement inquiétant - Murmure, scillement	- Projet de reprendre contact avec des membres de la famille
79	3	- Plus instable, craint de poser un geste criminel à cause de son passé	- Augmentation de l'intensité avec la confrontation	- Évitement des contacts familiaux par crainte de consommer impulsivement - Utilise les intervenants de façon appropriée lors d'une confrontation avec un autre client
100	4	- Ne s'est pas senti impliqué lors d'un conflit observé - Ébranlé de voir quelqu'un d'autre consommer - Fébrile	- Voix moins forte, moins envahissante	- Recours aux intervenants pour un autre client qui consomme - S'explique avec l'autre client - Prévoit reprendre le travail - A envoyé des CV depuis la dernière rencontre
114	5	- Confiance retrouvée - Très satisfait de la thérapie - Diminution notable de l'anxiété dans la dernière semaine	- Absentes depuis 1 semaine	- A emménagé avec un colocataire avec qui il s'entend bien
163	6	- Euthymique - Optimiste - Confiant	- Voix très rarement entendue	- Attend des réponses pour le travail - A repris contact avec plusieurs membres de la famille