

LE PARADOXE DU PASSAGE A L'ACTE : L'AGRESSIVITE N'EST PAS VIOLENCE

Jean-Paul DOZOT

assistant hospitalier

Jacques WAUTHY

psychologue clinicien

Véronique LERUTH

infirmière graduée sociale

Jean-Marc TRIFFAUX

psychiatre, médecin adjoint

Pr Jean BERTRAND

psychiatre, médecin directeur

Hôpital de jour universitaire LA CLE

Bld de la Constitution 153

4000 LIEGE - Belgique

Résumé :

Nous évoquons comment l'agressivité de nos patients nous semble un passage obligé pour ébaucher la reconstruction de leur histoire et, partant, de leur avenir; en effet, le cadre de l'hôpital de jour sert d'espace de mise en scène des conflits (intrapsychiques et autres), tout en étant, en même temps, un pare-excitation externe protégeant le patient contre la tentation de passer de l'agressivité (laquelle n'est qu'une forme de communication parmi d'autres) à la violence (laquelle représente un prototype de rupture de la communication).

Les observations cliniques consignées dans le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) constituent le point de départ d'une démarche de recherche statistique sur la manière dont l'agressivité perçue par les soignants chez les patients peut influencer le traitement.

La réflexion psychanalytique illustre comment la dénégation de la violence des soignants et comment une certaine volonté d'effacement des différences (y compris entre soignants) peuvent conduire à une chronification de certains patients et au renforcement de « l'inertie du système ».

Enfin, nous insistons sur la nécessité, d'abord chez les soignants, d'une prise de conscience et d'un partage social d'émotions tels que la colère et la haine. Nous évoquons aussi les dangers du mythe de « l'égalité », de l'interchangeabilité des rôles (nivellement par le bas), de « l'a-conflictualité », et d'une « pseudo-gentillesse » qui n'est parfois rien d'autre qu'une violence (mal) métabolisée.

Mots clés : Hôpital de jour psychiatrique - Résumé Psychiatrique Minimum - Agressivité - Violence.

I. - Introduction :

La situation thérapeutique peut susciter l'émergence de conflits intrapsychiques, familiaux, conjugaux, professionnels, et autres. Selon certaines écoles (Thérapie Primale, Gestalt-thérapie, etc), il s'agit même là d'une des fonctions essentielles de l'intervention psychothérapeutique.

D'une manière générale et quelle que soit l'orientation théorique à laquelle les thérapeutes se réfèrent, la situation thérapeutique constitue un lieu

privilegié de partage social des émotions (RIME B et PHILLIPOT P, 1996) et de verbalisation de « pulsions » socialement réprimées ou inacceptables.

Parmi les grandes émotions de base, celles qui sont partagées et verbalisées en psychothérapie (« mises en mots ») sont, le plus souvent, des affects de valence négative telle la honte, le dégoût, la tristesse, la peur et la colère. Les émotions positives (joie et intérêt) ont souvent (et probablement à tort) moins de place dans les situations thérapeutiques.

Autrement dit, la colère représente une des émotions de base qui émerge très fréquemment en thérapie. Divers comportements problématiques peuvent se trouver associés à cette émotion : agressivité physique, agressivité verbale (ou son opposé, à savoir le manque d'assertivité), auto-agressivité comme dans la dépression ou sous forme d'abus de substance, conduites délictueuses, violence, ...

L'agressivité, la colère, la haine, la rage et la violence renvoient à différents registres selon la position de l'observateur (THINES et LEMPEREUR, 1975). Ainsi, sur la notion de violence, on peut avoir un point de vue éthique, moral, juridique, politique, social, éthologique, psychologique, psychanalytique, cognitif, comportemental, ce qui rend les définitions multiples.

D'un point de vue étymologique, comme le souligne VAN RILLAER (1975), agresser signifie « marcher vers, marcher contre, ... ». Pour sa part, la violence est définie comme un « abus de la force ».

Du point de vue biologique, une « agression » est « toute attaque d'un organisme par un ou plusieurs agents de n'importe quelle nature » (THINES et LEMPEREUR, 1975). En éthologie, l'agression est une forme de comportement social relative à la compétition qui peut apparaître entre plusieurs individus lors de certaines activités instinctives. Les éthologistes distinguent deux types d'agression : interspécifique et intraspécifique (THINES ET LEMPEREUR, 1975). Autant l'agression a été largement étudiée par l'éthologie, autant il est difficile de trouver une définition de la violence au sein de cette science.

De même, dans le vocabulaire de la psychanalyse (LAPLANCHE & PONTALIS, 1997), on ne trouve aucune définition de la violence. Par contre, l'agressivité fait l'objet d'un article bien documenté qu'il n'est évidemment pas question de reprendre en détail ici. Pour l'essentiel, l'agressivité y est définie comme une « tendance ou un ensemble de tendances qui s'actualise(nt) dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier, etc. ». Les auteurs précisent que l'agressivité peut se manifester selon d'autres modalités que l'action violente et destructrice : par exemple, sous la forme de conduites négatives (refus d'assistance) ou positives (ironie). Pour les psychanalystes, l'agressivité trouve son substrat dans la pulsion de mort. Une réflexion plus poussée et d'orientation spécifiquement psychanalytique sera proposée dans les paragraphes qui suivront.

En psychologie sociale expérimentale, l'agression se conçoit comme un comportement effectué avec l'intention de faire mal à une autre personne. (LEYENS J Ph, 1979). L'agression est donc un acte qui peut être réussi ou non et doit être distinguée de l'agressivité. Il existe diverses formes d'agression allant du meurtre à la frustration en passant par le viol, le vol, les coups et blessures, l'humiliation, etc. En psychologie sociale, on distingue classiquement deux types d'agression : d'une part l'agression « hostile » que l'on pourrait qualifier de « gratuite » et qui se rapprocherait du sadisme et d'autre part, l'agression « instrumentale » qui poursuit un but comme par exemple prendre la place du sujet agressé ou lui subtiliser un objet convoité (THINES et LEMPEREUR, 1975). Divers chercheurs en psychologie sociale expérimentale ont élaboré des théories de l'agression qu'il n'est pas possible d'envisager ici de manière exhaustive. Nous nous contenterons d'en citer quelques unes parmi les plus connues (citées par LEYENS, 1979): la théorie de Frustration - Agression de DOLLARD et al. (1939). La théorie de l'agression impulsive de BERKOWITZ (1969) considère que l'agression obéirait à des processus de Conditionnement pavlovien. Les modèles d'apprentissages direct et vicariant (BANDURA, 1973) sont également très utiles pour mieux comprendre l'agression.

En psychiatrie et en psychopathologie (notamment dans le DSM-IV) la violence est parfois perçue comme un comportement symptomatique d'une décompensation actuelle (intoxication, manie, paranoïa ou trouble du contrôle des impulsions par exemple) ou d'un trouble de la personnalité (antisociale par exemple). En ce sens, elle se distingue de l'agressivité qui serait plutôt une tendance et qui ne serait pas nécessairement observable et qui ne se concrétiserait pas forcément dans l'action. Elle pourrait même ne jamais apparaître au grand jour en tant que telle et se retourner contre la personne sous forme d'un trouble anxieux, de somatisations diverses ou d'un état dépressif avec son lot de dépréciation et d'auto-agression.

Dans la pratique clinique, et c'est précisément l'objet de ce colloque, nous sommes confrontés à divers niveaux de « violence » : celle des patients qui est évidemment la plus visible, celle des thérapeutes, parfois peu manifeste mais aussi bel et bien présente de façon éventuellement sournoise et celle des théories.

Ainsi, même si chaque psychothérapeute se réfère à un modèle théorique, l'expérience semble montrer que les querelles d'écoles, telles qu'elles avaient encore cours dans les années 80, s'estompent de plus en plus. L'organisation même de certains

troisièmes cycles de spécialisation en psychothérapie va tout à fait dans le même sens. Ainsi, dans certains « DES en psychothérapie », psychiatres et psychologues de toutes orientations (Psychanalytique, Systémique et Cognitivo-comportementale) se retrouvent à des cours théoriques et à des séminaires de discussion de cas. Ces rencontres, où l'on se parle, autour du cas d'un patient et sans se sentir obligé de défendre telle ou telle chapelle s'avèrent particulièrement fructueuses. Il n'y est évidemment pas question de dire que « tout est bon » pour « tout le monde » mais plutôt d'y échanger pratique, et expériences et aussi . « grilles de lecture ».

Avec de tels échanges, chaque psychothérapeute en formation et dans son orientation propre, comprend un peu mieux le discours de l'autre. Evidemment, cela demande d'abandonner un temps soit peu l'illusion omnipotente selon laquelle son école est forcément la meilleure qui soit et la seule qui détienne la « vérité vraie »!...

Parmi les diverses situations thérapeutiques possibles, l'hôpital de jour peut être un espace de mise en mots des conflits intrapsychiques et un lieu de « mise en scène » et d'expression de divers conflits tout en constituant en même temps un pare-excitation externe. L'agressivité exprimée par le patient invite les soignants à encourager le patient à risquer le « PAS SAGE » du mime au mot, à verbaliser et à partager des émotions jusque là irréprésentables. Par contre, la violence, passage à l'acte transgressant un interdit, est hors du cadre thérapeutique puisqu'elle instaure la rupture du dialogue.

A côté de la violence ou plutôt de l'agressivité des patients, on ne peut pas passer sous silence celle (souvent silencieuse, sous forme de rupture du dialogue) que des thérapeutes peuvent avoir entre eux et, par voie de conséquence, envers les patients (par « modeling »).

Au terme de ces propos introductifs, nous voudrions précisément illustrer ici le fait que l'on peut avoir des démarches fondamentalement différentes au sein d'une même unité thérapeutique sans que cela n'engendre de « violence » destructrice particulière par rupture du dialogue (sabotage de la thérapie par exemple). Autrement dit, nous montrerons que l'on peut utiliser des modèles théoriques jadis présentés comme antinomiques (dans un passé pas encore si lointain) en suscitant davantage de discussion, de dialogue et d'échange d'idées que de rupture de la communication.

Mais pour cela, il faut accepter l'idée que l'agressivité (mode particulier de communication)

n'est pas la violence (rupture de la communication) et que, ce n'est pas parce qu'on n'est pas d'accord avec les références théoriques de ses collègues qu'on est en guerre avec eux. Il convient de distinguer l'autre du discours de l'autre. Nous nous plaisons à penser que la complémentarité vient de la différenciation et que comme en systémique, 1+1=3.

Par contre, une communauté fusionnelle de pensée selon un mythique et pieux principe d'égalité peut correspondre à une négation de l'existence de l'autre par effacement artificiel des différences. Pire, par absence d'émulation, cela peut aussi déboucher sur une sorte de nivellement par le bas.

Ainsi, dans un premier temps, nous allons présenter les résultats d'une étude statistique réalisée à l'hôpital de jour « LA CLE » à propos de l'agressivité des patients. Cette étude utilise une méthodologie classiquement étiquetée de « scientifique » avec des hypothèses, un échantillon, des techniques d'inférence statistique et des conclusions à discuter. Cette étude statistique fut réalisée par un des auteurs, psychologue clinicien et psychothérapeute d'orientation cognitivo-comportementale.

Dans un deuxième temps, nous proposons une réflexion à connotation clairement psychanalytique faisant référence à FREUD (notre père à tous comme le surnomme un formateur en thérapie comportementale), WINNICOTT – DOLTO – LACAN – AULAGNIER – MANNONI ... Cette réflexion est l'oeuvre d'un des auteurs, assistant en psychiatrie d'orientation résolument psychanalytique.

Dans nos conclusions, nous verrons que ces deux démarches, d'orientations théoriques opposées en apparence sont beaucoup plus complémentaires qu'antinomiques. Evidemment, chaque démarche possède sa rigueur propre et la méthodologie d'une démarche particulière peut irriter, voire agresser les « défenseurs » de l'autre approche. En ce qui nous concerne, nous tentons de respecter la démarche et la rigueur de l'autre, faute de quoi, le dialogue se rompt (avec ou sans violence) et dans ce cas, la collaboration devient quasi impossible.

Au delà du simple fait de sortir du clivage, le but de notre collaboration, dans la situation particulière de ce colloque, est de provoquer non pas les tenants de telle ou telle école (car il est utile pour chacun d'avoir son propre cadre de référence) mais plutôt les esprits sectaires (de quelque bord qu'ils soient) qui auraient gardé la nostalgie du temps des barricades et des bagarres d'idéologies. Une telle « provocation » se fait peut-être d'une manière un

peu « agressive » mais sans violence puisque son but est justement de provoquer la discussion et, autrement dit, de susciter le dialogue qui, rappelons-le, est contraire à la violence.

Avant de présenter nos deux démarches, différentes mais complémentaires, au même titre que le Yin et le Yang, il convient de présenter brièvement notre institution et le cadre dans lequel a pu prendre place une telle « double démarche ».

II – Présentation de l'Hôpital de Jour universitaire « la Clé »

LA CLE est un hôpital de jour psychiatrique universitaire indépendant d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique. Cette institution fut créée en 1968 (BERTRAND J et LISIN P, 1973; BERTRAND J, 1985). Nous disposons de 25 places pour adultes et adolescents.

Les admissions se font le plus souvent en première intention ou après hospitalisation à temps complet. Aucune catégorie nosologique n'est écartée d'emblée mais, à LA CLE, il y a peu d'hospitalisation en urgence ou sous contrainte judiciaire.

L'équipe est constituée d'un médecin chef de service, d'un médecin adjoint, de deux médecins assistants, d'une directrice administrative, de 2 secrétaires médicales, de 4 infirmiers gradués sociaux et hospitaliers, d'une musicothérapeute, d'un ergothérapeute, d'une art-thérapeute, d'un psychologue clinicien, de stagiaires médecins, psychologues et paramédicaux.

En début d'hospitalisation, un « contrat d'hospitalisation » est conclu et signé par le médecin thérapeute, l'infirmier(e) référent(e) et le patient. Les objectifs de l'hospitalisation y sont précisés le plus concrètement possible. Les conditions à respecter y sont clairement rappelées : 1. Présence tous les jours de 8 H 30 à 16 H 00. 2. Participation aux activités institutionnelles (deux après-midis). 3. Participation aux tâches de la vie communautaire. 4. Participation active aux activités programmées.

III – Démarche inférentielle

1. Questions et hypothèses.

La perception d'« agressivité » chez le patient change-t-elle entre entrée et sortie ?
Observe-t-on des données anamnestiques en relation avec les symptômes agressifs ?
L'agressivité perçue à l'entrée influence-t-elle la prise en charge ?

2. Echantillon, matériel d'évaluation et méthodes.

Nous avons examiné une série de données concernant 99 patients hospitalisés à la CLE de septembre 1998 à septembre 1999. Cet échantillon compte 65 Femmes et 34 Hommes. L'âge moyen est de 36,8 ans avec un écart type de 12. Il n'y a pas de différence d'âge statistiquement significative entre hommes et femmes. Sur les 99 admissions, 98 étaient programmées et une seule s'est faite en urgence. L'admission fut volontaire pour tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation est de 37,7 ($\pm 35,5$) jours. Ici non plus, on ne relève de différence significative selon le sexe.

Le principal *instrument d'évaluation* utilisé est le « Résumé Psychiatrique Minimum » (RPM). Pour rappel, en Belgique, depuis le 1 avril 1996, tous les services de psychiatrie sont obligés par le ministère de remplir ce RPM pour chaque patient hospitalisé.

L'instauration « forcée » de ce RPM par les instances gouvernantes (et subsidiaires) a bien entendu été vécu par certains comme une violence à leur « liberté thérapeutique ». Cette soi-disant « violence » du pouvoir politique sur les médecins, sur les paramédicaux, voire sur les patients (moins de temps à leur consacrer vu les nouvelles tâches) a suscité dans certains milieux « psy », un vécu quasi persécutif, comme cela se constate souvent face à toute nouveauté qui vient perturber l'inertie d'un système... Certains « psy », ont cependant perçu dans ce RPM l'occasion de collecter des données anamnestiques et cliniques de manière plus rigoureuse et moins redondante.

Tableau 1. Contenu du RPM.

<u>Bloc 0</u>	(nom), sexe, date de naissance, date d'admission, commune d'origine.
<u>Bloc 1</u>	mode et type d'admission, derniers intervenants avant l'admission.
<u>Bloc 2</u>	milieu de vie avant l'admission, Profession, niveau d'études
<u>Bloc 3</u>	Diagnostics DSM IV (5 axes).
<u>Bloc 4</u>	Signes et symptômes psychiques, problèmes divers et objectifs thérapeutiques.
<u>Bloc 5</u>	Récapitulatif des soins donnés et de la surveillance exercée
<u>Bloc 6</u>	Récapitulatif des évaluations effectuées, psychotropes, traitement relationnels
<u>Bloc 7</u>	Diagnostics de sortie (5 axes).
<u>Blocs 8 et 9</u>	Inutilisés à LA CLE.
<u>Bloc 10</u>	Symptômes et problèmes à la sortie, mode de sortie, destination, suivi proposé.

De toute façon, puisque le RPM est obligatoire, autant essayer d'en tirer le maximum plutôt que de passer son temps à geindre ou à se rebeller, ce qui ne changera quand même rien. C'est précisément l'attitude que nous avons adoptée, notamment au travers d'études comme celles-ci. Le contenu de ce RPM est synthétisé au Tableau 1.

Le bloc 4 (rempli à l'entrée) et le bloc 10 (rempli à la sortie) comportent une liste de 29 « Signes et symptômes psychiques » dont certains qui ne sont pas sans rapport avec l'agressivité : idées suici-

dares, menaces d'autoagression, auto-agressivité, hostilité, tension, négativisme, agressivité envers les objets, agressivité envers les personnes, agitation, vocifération, attitude anti-sociale, méfiance et sentiment de persécution.

Nous allons donc étudier les relations qui existent entre ces items qui peuvent, dans une certaine mesure, renvoyer à l'agressivité, et diverses données anamnestiques, cliniques et relatives aux traitements. Les méthodes statistiques utilisées sont le Chi² et le test non paramétrique de Wilcoxon.

Tableau 2 : Relations entre symptômes «agressifs» ou difficultés relationnelles à l'entrée et à la sortie de l'hôpital de jour.

Symptômes	Admission		Sortie		Statistique	
	OUI	NON	OUI	NON	Chi ²	p
Idées suicidaires	<u>28</u>	71	<u>13</u>	86	23,4	0,001
Menaces d'auto-agression	<u>9</u>	90	<u>3</u>	96	2,2	ns
Auto-agressivité	8	91	11	88	13,3	0,001
Hostilité, tension, négativisme	31	68	33	66	15,9	0,001
Agressivité envers les objets	4	95	2	97	11,1	0,001
Agressivité envers les personnes	<u>19</u>	80	<u>27</u>	66	20,1	0,001
Agitation, vocifération	<u>17</u>	82	<u>12</u>	87	23,5	0,001
Méfiance, sentiment de persécution	<u>51</u>	48	<u>40</u>	59	25,8	0,001
Attitude anti-sociale	29	70	30	69	34,4	0,001
Problèmes Relationnels (PR) :						
PR avec les enfants	26	73	24	75	61,3	0,001
PR avec le partenaire	47	52	46	53	32,7	0,001
PR avec les figures parentales	64	35	67	32	23,1	0,001
PR avec d'autres membres de la famille	12	87	13	86	4,9	0,03
Autre PR	8	91	9	90	17,6	0,001

Tableau 3 : Relations entre symptômes «agressifs» ou difficultés relationnelles à l'entrée et le sexe.

Symptômes	Hommes		Femmes		Statistique	
	OUI	NON	OUI	NON	Chi ²	p
Idées suicidaires	<u>10</u>	24	<u>18</u>	47	0,033	ns
Menaces d'auto-agression	4	30	5	60	0,45	ns
Auto-agressivité	4	30	4	61	0,95	ns
Hostilité, tension, négativisme	9	25	22	43	0,56	ns
Agressivité envers les objets	2	34	2	63	0,45	ns
Agressivité envers les personnes	8	26	11	54	0,63	ns
Agitation, vocifération	<u>10</u>	24	<u>7</u>	58	5,5	0,02
Méfiance, sentiment de persécution	<u>19</u>	15	<u>32</u>	33	0,39	ns
Attitude anti-sociale	<u>12</u>	22	<u>17</u>	48	0,90	ns
Problèmes Relationnels (PR) :						
PR avec les enfants	7	27	19	46	0,86	ns
PR avec le partenaire	<u>14</u>	20	<u>33</u>	32	0,82	ns
PR avec les figures parentales	<u>25</u>	9	<u>39</u>	26	1,78	ns
PR avec d'autres membres de la famille	3	31	9	56	0,53	ns
Autre PR	4	30	3	61	0,95	ns

3. Résultats.

Le Tableau 2 met en évidence les fortes corrélations (très significatives) entre les évaluations d'admis-

sion et de sortie. Autrement dit, ces corrélations très significatives vont dans le sens d'une bonne fidélité test-retest. Cela indique que les changements de symptômes entre l'entrée et la sortie ne sont pas

statistiquement significatifs sauf en ce qui concerne l'item « menaces d'auto-agression ». En finalité, ce résultat montre que ce ne sont pas les symptômes « agressifs » qui sont les premiers traités à l'hôpital de jour.

Comme en témoigne le Tableau 3, le sexe n'influence guère la présence ou l'absence de symptômes « agressifs » (ou de difficultés relationnelles) sauf pour le symptôme « agitation-

vocifération » qui semble un peu plus fréquent chez les hommes.

Le Tableau 4 montre que le style de vie (en famille et en couple versus « isolé ») n'influence en rien la présence ou l'absence de symptômes agressifs. Quant à l'item « difficultés relationnelles avec les enfants », il va de soi qu'un isolé a beaucoup moins de chance d'avoir de tels problèmes que quelqu'un qui vit en famille!

Tableau 4 : Relations entre symptômes « agressifs » ou difficultés relationnelles à l'entrée et style de vie.

Style de vie → Symptômes ↓	Famille		Isolé		Statistique	
	OUI	NON	OUI	NON	Chi ²	p
Idées suicidaires	19	41	9	30	0.86	ns
Menaces d'auto-agression	3	57	6	33	3.09	ns
Auto-agressivité	3	57	5	34	1.95	ns
Hostilité, tension, négativisme	20	40	11	28	0.29	ns
Agressivité envers les objets	3	57	1	38	0.36	ns
Agressivité envers les personnes	11	49	8	31	0.07	ns
Agitation, vociférations	8	52	9	30	1.58	ns
Méfiance, sentiment de persécution	29	31	22	17	0.62	ns
Attitude anti-sociale	14	46	15	24	2.61	ns
<i>Problèmes relationnels (PR) ↓</i>						
PR avec les enfants	20	40	6	33	3.93	0.05
PR avec le partenaire	32	28	15	24	2.10	ns
PR avec les figures parentales	37	23	27	12	0.59	ns
PR avec autres membres de la famille	7	53	5	34	0.03	ns
Autre PR	4	56	4	35	0.41	ns

Malgré un faible nombre de cas où ce symptôme est présent, le Tableau 5 semble indiquer que l'agressivité envers les objets serait proportionnellement plus fréquente chez les patients les moins scolarisés.

Comme l'indique le Tableau 6, la méfiance et les sentiments de persécution sont plus souvent présents chez les personnes dont la source de revenu est une allocation de remplacement au revenu du travail (chômage, RMI, allocation d'aide aux handicapés, indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité).

Tableau 5 : Relations entre symptômes « agressifs » ou difficultés relationnelles à l'entrée et niveau de scolarité.

Scolarité → Symptômes ↓	Primaire		Secondaire		Supérieur		Statistique	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	Chi ²	p
Idées suicidaires	3	8	8	14	17	49	0.92	ns
Menaces d'auto-agression	0	11	2	20	7	59	1.3	ns
Auto-agressivité	2	9	1	21	5	61	1.9	ns
Hostilité, tension, négativisme	5	6	9	13	17	49	2.9	ns
Agressivité envers les objets	2	9	0	22	2	64	6.77	0.03
Agressivité envers les personnes	4	7	3	19	12	54	2.6	ns
Agitation, vociférations	3	8	4	18	10	56	0.99	ns
Méfiance, sentiment persécution	5	6	10	12	36	30	0.73	ns
Attitude anti-sociale	4	7	4	18	21	45	1.78	ns
<i>Problèmes relationnels (PR) ↓</i>								
PR avec les enfants	5	6	7	15	14	52	3.3	ns
PR avec le partenaire	8	3	9	13	30	36	3.30	ns
PR avec les figures parentales	8	3	13	9	43	23	0.62	ns
PR avec autres membres famille	1	10	1	21	10	56	1.84	ns
Autre PR	0	11	4	18	4	62	4.35	ns

Tableau 6 : Relations entre symptômes «agressifs» ou difficultés relationnelles à l'entrée et source de revenus.

Source de revenus → Symptômes ↓	Allocation		Travail/retraite		Statistique	
	OUI	NON	OUI	NON	Chi ²	p
Idées suicidaires	11	38	17	33	1.62	ns
Menaces d'auto-agression	6	43	3	47	1.17	ns
Auto-agressivité	6	43	2	48	2.27	ns
Hostilité, tension, négativisme	17	32	14	36	0.52	ns
Agressivité envers les objets	3	46	1	49	1.08	ns
Agressivité envers les personnes	10	39	9	41	0.09	ns
Agitation, vociférations	9	40	8	42	0.10	ns
Méfiance, sentiment de persécution	30	19	21	29	3.66	0.05
Attitude anti-sociale	16	33	13	37	0.53	ns
<u>Problèmes relationnels (PR) ↓</u>						
PR avec les enfants	13	36	13	37	0.004	ns
PR avec le partenaire	19	30	28	22	2.94	ns
PR avec les figures parentales	33	16	31	19	0.31	ns
PR avec autres membres de la famille	4	45	8	42	1.43	ns
Autre PR	5	44	3	47	0.59	ns

Nous avons également étudié le lien entre les symptômes «agressifs» ou difficultés relationnelles à l'admission et la prescription de psychotropes. Les substances concernées sont les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques, et les thymorégulateurs. L'importance de la prescription est évaluée de 1 à 6 : 1 = jamais prescrit ; 6 = prescrit tout le séjour. Les symptômes étudiés sont les mêmes que précédemment. Pour ne pas alourdir le texte, nous ne présenterons ici que les différences statistiquement significatives, même si, du point de vue de la rigueur de la démarche scientifique, cela soit tout à fait discutable...

On constate qu'en présence d'agressivité envers les objets, le thérapeute prescrit un peu moins d'antidépresseurs (2.3 versus 4.7 ; $z = -1.98$; $p = 0.05$) moins de somnifères (1.0 versus 3.8 ; $z = -2.25$; $p = 0.02$) mais éventuellement un peu plus facilement des neuroleptiques retard (2.3 versus 1.1 ; $z = 3.28$; $p = 0.001$).

De même, en cas d'agressivité envers les personnes, la prescription d'antidépresseurs est moindre (3.5 versus 4.8 ; $z = -2.15$; $p = 0.03$) tandis que les neuroleptiques sont, dans ce cas ci (contrairement à ce que l'on constate pour l'agressivité envers les objets), eux aussi moins prescrits (1.8 versus 3.2 ; $z = -2.06$; $p = 0.04$).

Il est encore d'autres symptômes «agressifs» qui incitent le thérapeute à prescrire moins facilement des antidépresseurs : présence d'hostilité-tension-négativisme (3.9 versus 4.9 ; $z = -2.1$; $p = 0.04$) ; présence de méfiance et/ou sentiment de persécution (3.8 versus 5.4 ; $z = 3.53$; $p = 0.0004$) ; présence d'attitude antisociale (3.6 versus 5.0 ; $z = -2.64$; $p = 0.008$).

De la même manière que pour les psychotropes, nous avons aussi abordé la relation entre les traitements relationnels et les symptômes à l'admission. Les traitements concernés ici sont l'entretien de soutien, la thérapie individuelle, la thérapie de groupe, l'ergothérapie, l'accompagnement social, et l'accompagnement à des activités culturelles et de loisirs. Chaque type de prise en charge est évalué sur une échelle ordinale de 1 à 5 : jamais, ponctuel, mensuel, hebdomadaire, quotidien.

En présence d'agressivité envers les personnes à l'admission, on constate un peu moins de thérapie individuelle (3.7 versus 4.0 ; $z = -2.35$; $p = 0.02$). Dans la même logique, les patients qui manifestent une attitude antisociale à l'entrée à l'Hôpital de Jour ont un peu moins de thérapie individuelle (3.7 versus 4.0 ; $z = -2.53$; $p = 0.01$), un peu moins de thérapie de groupe (3.9 versus 4.2 ; $z = -2.19$; $p = 0.03$) et un peu moins d'ergothérapie (3.8 versus 4.2 ; $z = -2.02$; $p = 0.04$).

4. Conclusions de notre étude inférentielle.

Entre l'admission et la sortie, on note une très bonne fidélité test-retest (sauf en ce qui concerne le symptôme « menace d'auto-agression », lequel diminue significativement au cours de l'hospitalisation). Ainsi, on peut en déduire que les changements éventuellement constatés en matière d'agressivité ou de difficultés relationnelles ne sont pas statistiquement significatifs. Cela indique que le but (et le rôle) de l'Hôpital de Jour n'est pas de réduire l'expression de l'agressivité

Les données anamnestiques ont globalement peu d'influence sur la présence de symptômes agressifs ou de difficultés relationnelles sauf pour les points

suiuants : les hommes manifestent plus souvent de l'agitation et/ou vocifération; on constate (évidemment!!!) moins de problèmes relationnels avec enfants chez les isolés. L'agressivité envers objets semble un peu moins rare chez les patients de scolarité primaire. On note plus de méfiance et de sentiments de persécution chez les allocataires sociaux que chez les autres patients. Ceci va un peu dans le même sens qu'une étude récente sur le Rorschach des demandeurs d'allocations spéciales pour « handicapés » pour motif de dépression (WAUTHY et MORMONT, 1998)

En ce qui concerne les traitements (médicamenteux et relationnels), on constate que la présence de symptômes hétéro-agressifs sont associés à moins de psychotropes (sauf les neuroleptiques en cas d'agressivité envers objets). Par ailleurs, une attitude antisociale s'avère associée à la prescription de moins d'antidépresseurs, à un peu moins de thérapie individuelle, à moins de thérapie de groupe et à moins d'ergothérapie. Enfin, la présence de méfiance et de sentiments de persécution semble en relation avec une moindre prescription de somnifères et d'antidépresseurs.

Ces résultats seront discutés ultérieurement à la lumière de la réflexion psychanalytique.

IV - Reflexion psychanalytique : l'agressivité n'est pas la violence

"L'agressivité n'est pas la violence" ou comment, au sein de l'Hôpital de Jour, puisque tel est notre propos, encourager, j'ai bien dit "encourager" une agressivité qui respecte le tabou du meurtre et désamorcer une violence qui, selon moi, qu'elle soit sacrificielle ou destructrice, est toujours la résultante de l'inefficience ou de l'absence de sentiments d'agressivité.

Le sentiment agressif, dont on oublie de dire qu'il est souvent accompagné d'un certain plaisir, est ce qui permet qu'on ne se livre pas corps et âme au paradis infernal de l'Amour majuscule; c'est grâce à ce sentiment, et au plaisir qui lui est associé, qu'il est possible de ne pas mourir d'amour (ou de son manque), d'aller désirer ailleurs (les amours hors du grand Amour maternel). Pour Lacan, la violence est besoin de séparation de l'objet incestueux. L'agressivité n'est pas la violence.

Est-ce que la violence n'apparaît pas, comme acte (y compris acte de paroles), comme manifestation du sentiment agressif, quand l'Amour règne tout-puissant, lorsque justement il n'y a plus de place pour ce jeu entre amour et séparation, pour ces allers-retours (auxquels nous confrontent tant et tant de fois les états-limites), allers-retours accompagnés de ces sentiments ambivalents

d'agressivité et de culpabilité inhérents à tout contexte amoureux (donc y compris au transfert).

Et si les mots ne peuvent se dire, ni s'entendre, et que l'acte nous prend de court, inutile voire iatrogène de le marquer du signe infamant de la barbarie et de la sauvagerie. Ecartelé entre le perçu de l'inachèvement de son être et l'absolu de son idéal identificatoire, l'adolescent au sein de notre institution cherche des marques, des repères, une réponse pacifiante de la part de quelqu'un qui sache comment "ça marche" la vie, la sexualité, être un homme ou une femme. Il est pris dans une impasse. Il sait que les attentes et les désirs que ses parents ont à son égard, il ne peut s'y conformer entièrement, parce que décidément, non, "il n'est pas ça", "il n'est pas comme eux" ni comme nous d'ailleurs, condensé métaphorique de l'imaginaire parental ; il pressent bien que céder sur ce point conduit à la mort de soi et il doit parfois le crier haut et fort, au prix éventuellement d'une bouffée délirante comme appel audacieux pour plus d'indépendance et de liberté dans une famille aliénée dans le mythe figé de l'a-conflictualité. A ce moment, la violence, ce n'est rien d'autre que ce qui soutient le célèbre "Interdit de l'Inceste", qui, bien plus que de ne pas coucher avec papa ou maman, interdit d'être identique, interdit de faire Un dans l'autre, interdit la Jouissance de l'Amour Unique, indistinction fusionnelle entre l'enfant et la mère ou ce qui peut lui tenir lieu de représentation, par exemple un hôpital de jour qui ne serait que "maternant" sous couvert d'étayage narcissique.

Pour reprendre la métaphore parentale, à côté de la "mère suffisamment bonne", acceptante, amour et présence permanents et inconditionnels (et c'est vrai que la "permanence" de l'institution hospitalière sert de havre anaclitique pour les patients "borderline" et de cadre contenant pour les patients psychotiques), à côté donc de cette enveloppe paradisiaque qui, si elle n'était pas doublée, ne pourrait que susciter agressivité et violence, l'Hôpital de jour est aussi le lieu du cadre, symbole de la symbolisation, garant de la Loi, représentant du tiers neutre, comme une fonction paternelle symbolique qui vient accompagner l'adolescent, l'hystérique, le borderline dans sa traversée du narcissisme, l'aider à passer de la magie et de l'omnipotence de l'enfant à l'incomplétude et la solitude acceptées de l'adulte. La différenciation et la sensation d'identité subséquente passent par la conflictualité, et le plaisir associé à l'agressivité produit l'énergie psychique nécessaire à quelque chose qui ne va pas de soi : s'éloigner, s'éloigner de la Jouissance de l'Amour Unique, s'éloigner de la pulsion de mort inscrite dans la répétition défensive d'un scénario imaginaire traumatique, s'éloigner de la mêmété, des miroirs, pour oser rencontrer l'Autre en tant qu'absolument Autre donc décevant.

J'ai choisi d'évoquer la partie immergée de l'iceberg, l'agressivité et la violence des soignants, qui, d'être déniées, provoquent maints naufrages. Prenons un exemple...

Dans une société aliénée dans l'image et évacuant systématiquement le symbolique du champ de la parole, le psychiatre et l'institution psychiatrique se retrouvent paradoxalement de plus en plus régulièrement en première ligne pour répondre au désarroi des adolescents comme si aucun autre adulte n'avait osé simplement donner une voie, une piste, donner de la voix, une parole qui apaise, qui aide à supporter le débordement pulsionnel, le corps qui échappe, les émotions qui s'entre-choquent, la lassitude devant tant d'imperfections, la fadeur d'un amour souhaité protégé du risque par des adultes en train d'aseptiser les lieux de leur propre adolescence où ils se vantent pourtant d'avoir joui sans entraves.

La pire des violences est peut-être là, orchestrée par les entreprises pharmaceutiques, quand on psychiatrique l'adolescence, quand on préconise les SSRI pour lutter contre l'anxiété d'un garçon ou d'une fille de 15 ans (FAIRBANKS et al., 1997). L'adolescent empêtré dans une problématique existentielle vient demander à l'Autre du Savoir une étiquette diagnostique, laquelle risquerait de l'inscrire à l'encre indélébile dans un signifiant rassurant parce que préférable à l'incertitude de ce qu'il est, de ce qu'il veut, de ce qu'il désire. Notre rôle consiste sans doute alors à lui permettre de mettre des mots sur les infimes méandres de ses plaisirs et déplaisirs, en évitant surtout d'en mettre nous-mêmes sur ses symptômes, sinon il aurait tôt fait de les accrocher à sa quête identitaire, et ce qui est souci deviendrait problème, ce qui est normal deviendrait pathologique.

Sans tomber dans la banalisation ni dans un silence angoissant pour lui, il s'agit pour l'équipe soignante de lui restituer son propre discours, sans dramatiser, sans lui rendre trop étrange le questionnement qui l'assaille, puisqu'il nous concerne tous. C'est un homme, une femme en devenir que nous avons en face de nous, désarçonné par sa soudaine responsabilité au sein d'une profession ou une première désillusion sentimentale provoquant une angoisse paroxystique et intense, diffuse et flottante, comme une crainte d'annihilation, comme si perdre, c'était aussi se perdre (d'autant plus qu'une présence maternelle rassurante n'a pas forcément pu être intériorisée). Il a peur, alors il cherche inconsciemment à régresser. A nous de lui dire qu'un homme, c'est d'abord un impuissant heureux, impuissant au sens d'insuffisant, de castré, qui ne peut pas tout, face à un réel qui le dépasse. Ayant dépassé notre propre intolérance au manque, nous présentant comme impuissants à tout soigner, tout guérir, tout résoudre, nous l'aidons à renoncer à

ses fantasmes d'omnipotence. Le "temps thérapeutique" à "La Clé" doit être un temps de suspension de toute certitude diagnostique et de tout savoir sur soi-même et les autres. Nous nous offrons parmi d'autres, avec la richesse de nos différences, comme images identificatoires éventuelles, évitant l'écueil de l'emprise totalitaire par leur diversification.

L'agressivité est un dynamisme, une force intérieure, dont l'intensité est variable dans l'équipement congénital de chacun, et qui pousse à réaliser une emprise, un pouvoir, une domination sur le monde et les autres. Défensive, elle consiste à marquer son territoire ; offensive, elle fait effraction dans le territoire de l'autre. Elle incite à avoir, à acquérir, à posséder, à bâtir un empire...

Dans ce mouvement, l'autre ne compte pas vraiment ; plus exactement, il s'agit de le réduire en esclavage, voire de l'éliminer s'il est gênant. C'est donc une force très contraire à la libido, présente elle aussi en chacun, et qui pousse... disons à une communication avec l'autre. Au fur et à mesure de l'évolution de notre vie, pulsions libidinale et agressive se combinent en un mouvement complexe vers l'autre, qui est ambivalent : nous l'aimons et nous nous en méfions. Pas d'amour sans haine et pas de haine sans amour. Nous voulons le bien de l'autre, et en même temps nous voulons le posséder. Nous nous laissons aller et acceptons son approche, et nous nous en défendons.

Les réactions d'autrui, notre désir d'être aimé par lui, notre intelligence pratique, pulsent, modulent, transforment nos expressions agressives les plus instinctives : au début de la vie, le jeune enfant explose en colères violentes, s'empare impulsivement des objets et veut les manier à sa guise, en les jetant, en les rattrapant, en les disséquant. S'il est très fâché contre sa maman, il hurle et la frappe. Petit à petit, le registre d'expression de l'agressivité devient plus subtil, plus diversifié : le langage lui sert de véhicule.

Ce sont toutes ces étapes escamotées pour lesquelles l'équipe soignante de l'Hôpital de jour encourage le patient à revisiter l'"encouragement" n'équivalant pas à susciter la distorsion voire l'éclatement du cadre : entre la démission systématique et la souplesse qui tient compte des demandes de l'autre, la marge de navigation n'est quand même pas si étroite. Et comme il s'agit d'encourager la relation symbolique parlée plutôt que la relation imaginaire, osons ici le glissement sémantique de l'agressivité commune à l'homme et à l'animal, excluant le langage, vers la haine où le symbolique prime parce que référé au langage.

Apprendre à dire "non", tout un programme, rendre

compte au patient que la "gentillesse" ce peut être de l'agressivité métabolisée, l'incapacité de se soustraire à la demande de l'autre conduisant à devenir objet de son agressivité. Après le "non", les gros mots, suivis des argumentations, des opinions personnelles, plus ou moins rigides. La colère et le comportement destructeur peuvent persister mais apparaissent aussi des comportements plus chroniques, où l'on spéculé sur une dimension agressive qui est "détournée", "indirecte", "inconsciente" ("perversion du transfert" = masochisme moral avec passivité ostentatoire, ...). L'agressivité se décline de l'inhibition ou conformisme excessifs jusqu'à l'excès de revendications, de manipulations, de volonté d'avoir tout.

En train de redéfinir l'agressivité ; la haine et bientôt la violence à ma façon, je semble m'éloigner de mon sujet à savoir comment le soignant lui-même est pris là-dedans. Mais au fond, défendre de la sorte mon propre territoire conceptuel, tout en respectant le droit de mes collègues à avoir le leur, sans vouloir ni m'aligner sur eux, ni les provoquer en m'opposant systématiquement à leurs idées, c'est déjà à mon sens un témoignage d'agressivité saine, constructive, dont je disais qu'il valait mieux l'encourager.

Dire "Je suis", c'est dire "je suis un être parlant, un être de et du langage", c'est dire implicitement " Je ne suis pas sans être agressif et violent".

Agressivité et violence sont constitutives de l'humain, elles en composent la texture, comme la matrice glycoprotéique qui enserre dans ses mailles les dépôts calcaires pour former finalement le tissu osseux.

ARTE a récemment diffusé "Les Bacchantes" d'Euripide, tragédie de la "crise sacrificielle", une fête qui tourne mal parce que, en dehors d'un cadre rituel, l'effacement des différences produit la réciprocité violente. Pour René Girard, le sacrifice, c'est-à-dire le meurtre d'une victime émissaire, dissimulait le sans raison de la violence, l'élément insoutenable d'une violence instinctuelle primitive, la victime est substituée et offerte à tous les membres de la société par tous les membres de la société. La violence, c'est le SACRÉ, l'ensemble des forces qui se jouent de l'homme avec une aisance d'autant plus souveraine que l'homme prétend se jouer d'elles. Pour René Girard, l'opération sacrificielle a pour but de dissiper la violence, de la contenter avec un leurre ; elle restaure l'unanimité violente fondatrice, ce qui n'est pas sans rappeler "Totem et Tabou" avec le meurtre du père de la horde primitive ; elle met fin à la dédifférenciation dionysiaque entraînant l'effondrement de l'ordre culturel, lequel n'est rien d'autre qu'un système organisé de différences ; ce sont les écarts différentiels qui donnent aux individus leur

"identité", qui leur permet de se situer les uns par rapport aux autres. Le gommage des différences produirait la réciprocité violente où la langue elle-même serait menacée.

Au sein de notre Hôpital de Jour, les activités sont conçues pour permettre à chacun de déployer l'énergie créatrice qui lui est propre ; chacun a le singulier de sa solution et les soignants ne l'ont pas ; le groupe ne vise pas à une dissolution des particularismes dans l'uniformité mais à l'émergence d'une vérité dialectique et à la restauration d'un lien social au travers de plaisir ludique et l'expression artistique de la sensibilité de chacun. Dans l'équipe soignante, les rôles des différents intervenants sont clairement définis. Il s'agit d'une cothérapie sans cloisonnement étanche entre les différentes pratiques, les échanges quotidiens entre les différents intervenants permettent d'éviter les attitudes de rivalité qui font qu'en dehors d'un cadre institutionnel surtout, certaines cothérapies tournent rapidement court. Nous évitons les clivages qui mettent toujours le malade en difficulté par l'absence de repérage de la place de chacun ou, au pire, par l'utilisation de ce clivage pour rester, à son détriment, maître du jeu. Si chacun reste dans son rôle, contrairement à ce qui peut être craint, le patient ne confond pas les places respectives de chacun, psychologue, psychiatre, ergothérapeute, infirmier ou infirmière social(e) : dans ce cas, il ne les opposera pas mais se référera à chacun deux d'une manière différente.

Il ne s'agit pas de tomber dans le piège d'une "bonne" ou "mauvaise" attitude face à l'agressivité et à la violence en Hôpital de Jour. Il y a des moments où tout fonctionne et d'autres où rien ne fonctionne que ce soit du côté de la compromission ou du côté de l'intransigeance. Ne sombrons pas dans le manichéisme du discours imaginaire, la violence et l'agressivité, ce n'est ni bon ni mauvais, c'est, point final. C'est, donc il faut faire avec, l'illusion serait de vouloir en faire l'économie, d'escamoter la trame constitutive de l'essence du sujet. Le problème n'est pas de savoir si nous tolérons ou interdisons (quitte à vouloir se montrer nuancés en acceptant une "certaine" agressivité et en en rejetant une autre), le problème, c'est que je suis dedans. C'est Winnicott qui, en 1947, prétendait impossible "l'analyse de psychotique si la propre haine de l'analyste n'était pas extrêmement bien dégagée et consciente", ajoutant "qu'on ne peut s'attendre à ce qu'un psychotique en analyse tolère sa haine de l'analyste, à moins que l'analyste soit capable de le haïr". Les réunions d'équipe permettent l'échange et la dédramatisation des émotions contre transférentielles parasites de l'action thérapeutique : "nous ne pouvons éviter de haïr et de craindre nos malades, mieux nous le savons, moins nous laisserons la haine et la crainte

déterminer ce que nous faisons à nos malades" (Winnicott).

Si le sujet psychotique se retrouve à l'hôpital, c'est que par non-inscription signifiante, son discours qui ne passe pas par l'Autre ne fait pas lien social. Pour Aulagnier, il doit y avoir une "violence de l'interprétation" pour l'aider à retrouver un langage conforme et adapté sinon il sera incapable d'exprimer la moindre demande et le moindre désir. Mais le concept de guérison s'étend peut-être au-delà de la réduction symptomatique à la guérison sociale. L'opération à réaliser, n'est-ce pas le passage du dire du psychotique à l'écoute de son dire. Pour cela, il ne s'agit pas de le faire taire, encore une violence de "soignant", mais de le déranger afin qu'un autre puisse consister pour lui dans la relation. Ce qui importe pour chaque intervenant, c'est la place de l'autre ; aucun ne peut isolément faire ce qu'apporte l'action conjuguée et bien comprise d'une cothérapie. Le délire, solution métaphorique à la faille de la structure, peut être une forme de stabilisation de la psychose ; encore une violence que de s'y opposer ou de l'interpréter.

Je terminerai par un mode de violence médicale beaucoup plus insidieux vis-à-vis du malade psychotique. D'une tendance réparatrice qui a présidé à la constitution de l'asile et du savoir psychiatrique au XIXème siècle, nous sommes passés à une tendance intégratrice : réintégrer, réhabiliter le psychotique dans la cité, avec un phénomène de clochardisation déjà souligné en Italie et aux Etats-Unis. La folie tend à être incluse indistinctement dans toutes les formes de l'inadaptation. Le message des idéologues des années soixante, c'est-à-dire la reconnaissance de l'altérité que constitue la psychose et non son exclusion, a bien été entendu. Mais, contrairement à ce qu'il sous-entendait, l'envers de la répression et de la ségrégation, ce n'est pas la reconnaissance de l'altérité mais son effacement. Tout cela aboutit à un brouillage des distinctions entre normalité, folie et détresse sociale. Epoque de désillusion où tous les discours et toutes les pratiques s'équivalent et où tous peuvent se combiner pour peu qu'ils apportent leur modeste contribution :

- effort de désinstitutionnalisation et d'intégration des psychotiques dans la cité (ou le marché de l'emploi ?), comme si "désaliéner" consistait simplement à "ouvrir les portes";
- soutien matériel et social ;
- pragmatisme et éclectisme thérapeutique.

Pour la réflexion clinique et théorique, il s'agirait de rompre avec tout affrontement dogmatique au profit de la coexistence pacifique des multiples approches. L'altérité de la psychose est scotomisée pour être diluée dans la masse des marginaux. Tout en conservant les trois impératifs, soins, aide et régulation des comportements, nous devrions

peut-être travailler au lieu où se nouent les trois impossibles, que sont l'enfermement qui relève d'un passé révolu, la désaliénation utopique des années soixante et la guérison médicale qui renvoie à un hypothétique futur.

Avec les dangereuses dérives de la pensée unique, la boucle est bouclée. Il avait précédemment été question de l'effacement des différences aboutissant à la réciprocité violente et au contraire d'une agressivité constructive, d'une conflictualité salutaire originant un véritable débat d'idées face à la juxtaposition des discours et à la superposition des pratiques.

Puisse notre intervention susciter des remous puisque tel est son but. Car la cohérence des pratiques implique la confrontation passionnée des théories plutôt que l'homogénéisation stérilisante, l'indifférence (= qui ne fait pas de différence) du "tout se vaut". La passion ne serait-elle plus une valeur dans la pratique médicale ?

V - Discussion et conclusions communes

Dans notre introduction, nous rappelions combien les définitions de concepts tels que violence, agression, agressivité, etc. pouvaient se différencier en fonction du point de vue et des références théoriques de l'observateur. En conséquence, dès lors que l'on tente de tenir un discours sur agressivité et violence, il nous semble impossible d'éviter la conflictualisation entre observateurs ayant des conceptions théoriques différentes. Toutefois, le conflit et même l'agressivité n'impliquent pas nécessairement la violence.

Au contraire des personnes présentant un pattern comportemental de type C (plus susceptibles que d'autres de développer des pathologies cancéreuses et dont l'une des caractéristiques psychologiques essentielle est l'évitement des conflits), nous avons intérêt à éviter d'éviter les conflits. De quelque orientation que l'on soit, un des aspects importants du travail en psychothérapie est de faire quelque chose de constructif avec les conflits (intra-psychiques ou inter-personnels) qui émergent inévitablement lors de ce colloque singulier qu'est la séance de psychothérapie.

De son côté, le psychanalyste pourra dire : « on vient en psychanalyse pour régler ses comptes avec ses parents » (au sens symbolique s'entend) tandis que, d'un autre côté, le thérapeute d'orientation cognitivo-comportementale proposera aux patients des stratégies d'entraînement aux habiletés sociales et à l'affirmation de soi. Dans les deux cas, il s'agit d'un travail concernant la gestion des conflits (passés, présents ou à venir). Quant à l'approche

systémique, chacun sait qu'elle « tourne », encore plus que les autres démarches thérapeutiques, autour du conflit.

Dans sa réflexion psychanalytique, le médecin évoque l'idée que son rôle de thérapeute au sein de l'hôpital de jour n'est pas d'étouffer ni même d'atténuer l'agressivité à l'aide d'éventuelles camisoles chimiques. Au contraire, il s'agirait plutôt d'en encourager l'expression tout en respectant les tabous universels du meurtre et de l'inceste. C'est précisément pour vérifier la congruence entre ce qui est dit et ce qui se fait concrètement que nous avons trouvé utile de mettre en « confrontation » deux démarches aussi différentes que la réflexion psychanalytique et la recherche inférentielle basée sur un système belge de quantification de la symptomatologie.

Même si la combinaison de nos deux approches peut sembler « disparate », il est tout de même intéressant de constater que la démarche dite « scientifique » (et chère au thérapeute d'orientation cognitive) confirme l'hypothèse qui avait initié la réflexion psychanalytique. En effet, il n'y a pas moins de symptômes agressifs (sauf pour l'auto-agressivité) à la sortie de l'hôpital qu'à l'entrée. Le but de l'hôpital de jour n'est donc pas de fabriquer des agneaux mais plutôt de faciliter la mise en mots (comme l'on dirait en psychanalyse) et le partage social d'émotions (comme on dit en thérapie cognitivo-comportementale) jusque là peu ou mal « exprimées » (or on sait que ce qui ne s'exprime pas s'imprime), verbalisées ou « métabolisées ».

Notre étude statistique met aussi en évidence l'influence particulièrement modeste de données anamnétiques telles que le sexe, le style de vie (seul ou en famille), la scolarité et la source de revenus sur les symptômes agressifs (ou sur les difficultés relationnelles) perçus par le thérapeute en début d'hospitalisation.

Les quelques différences observées se comprennent aisément : ainsi il est relativement aisé d'imaginer que des allocataires sociaux puissent ressentir un peu plus de méfiance et de sentiments de persécution que d'autres patients. Quant à la plus grande proportion (statistiquement significative) d'agressivité envers les objets chez les patients de scolarité primaire, elle porte sur un nombre de cas tellement faible que l'on doit se montrer très prudents dans l'interprétation de ce résultat. Tout ceci peut clore provisoirement le chapitre de la recherche d'éventuels paramètres anamnétiques qui permettrait de « prédire » la symptomatologie agressive des patients.

Quant à l'attitude (éventuellement agressive) des soignants, à l'instar de ce qui est souhaité au travers

de la réflexion psychanalytique, notre étude statistique semble indiquer que la présence de symptômes hétéro-agressifs est associée à moins de psychotropes (sauf les neuroleptiques en cas d'agressivité envers objets).

D'une manière générale, on ne considère donc pas l'agressivité comme un symptôme-problème qui justifierait une médication massive. Au contraire, ici encore, il semble y avoir une bonne cohérence entre ce qu'on dit qu'on veut faire (dans la réflexion psychanalytique) et ce qu'on fait en réalité au vu de la quantification chère aux cognitivistes (n'oublions pas que BECK fut psychanalyste avant de devenir cognitiviste).

Au total, il semble donc bien que nos deux démarches puissent s'avérer complémentaires en dépit du fait que, pendant de longues années elles ont été « violemment » opposées puisqu'il y avait rupture du dialogue. Il fut un temps, pas si lointain, où, dans certaines institutions, les « comportementalisés » (comme on les appelait) étaient diabolisés tandis que dans l'institution d'en face, c'était exactement le contraire. Cette époque n'est certes pas encore complètement révolue mais de plus en plus d'institutions semblent sortir de ce clivage typique d'un fonctionnement schizo-paranoïde (M. KLEIN, 1967).

Notre « double démarche » n'est qu'une illustration parmi des tas d'autres d'une complémentarité possible entre des approches apparemment « ennemies ». Il existe bien d'autres exemples, notamment au travers de certaines situations cliniques.

Ainsi, dans notre réflexion psychanalytique, nous disions : « Apprendre à dire non, tout un programme ». Force est de constater qu'à LA CLE et au travers des diverses activités de groupe, le travail de l'équipe contribue probablement au développement de certaines habiletés sociales et ce, même si (par manque de temps), « le cognitiviste » du service n'est pas directement impliqué dans des prises en charge visant à améliorer l'assertivité des patients.

Au terme de ce travail, nous formulons donc le souhait d'avoir à la fois contribué au début de l'estompement de la « violence » (rupture du dialogue) inter-écoles tout en stimulant, de manière peut-être provocante, une discussion constructive, même si « agressive ». Même si d'aucuns peuvent se sentir provoqués ou agacés par une démarche qui n'est pas la leur, nous avons tenté de montrer que, comme l'aurait bien dit Lapalisse, le dialogue ne peut émerger que d'une écoute réciproque.

Cette dernière nécessite de cesser de fuir le dialogue en se barricadant derrière « casquettes », « uni-formes » et autres « étiquettes dogmatiques » mais tout en gardant son identité propre et, partant, sa rigueur spécifique, son style cognitif, ses références théoriques et sa manière d'envisager l'intervention clinique.

La discussion entre thérapeutes d'orientations différentes peut et doit être animée, voire quelquefois chargée d'agressivité puisqu'on ne peut pas être d'accord sur tout ni avec tout le monde. Néanmoins, couper court à la discussion, c'est rompre la possibilité du dialogue et donc c'est faire violence aux autres et à soi-même. En conséquence c'est faire violence à nos patients qui ont tendance à chercher de nouveaux repères et donc, éventuellement, des « modèles de comportement » (modeling, apprentissage social).

Les gens qui sont hospitalisés dans nos services ont

tôt fait de dépister des éventuelles dissensions entre membres d'une équipe et, tant que l'on peut en parler, cela ne pose guère de problème. Par contre, dès l'instant où nos patients perçoivent une cassure nette dans le dialogue au sein même d'une équipe, ils sont les premiers à en souffrir...

En fait, avec nos démarches soi-disant inconciliables, nous ne faisons rien d'autre que d'illustrer la vieille et toujours nécessaire complémentarité entre les études phénoménologiques (et ici d'inspiration psychanalytique) de cas uniques (puisque chaque cas est unique) et les études dites « scientifiques » (puisque'elles font usage de méthodes issues de disciplines « scientifiques » telles les mathématiques). Après tout, dans notre discipline, au carrefour de la médecine et de la psychologie, ne somme-nous pas aussi au croisement de la science et de « l'art de guérir »?

Bibliographie :

1. AULAGNIER, P. : "La violence de l'interprétation", Paris, P.U.F, 1975.
2. BERTRAND J., LISIN P.: A propos d'une expérience d'hôpital de jour en Belgique. Acta Psych. Belg., 1973, Vol. 73, n°1, 53-65.
3. BERTRAND J.: Spécificité et originalité de l'hôpital de jour, ou le temps passé pour un temps futur. Information psychiatrique, Vol. 61, N°6, Juillet 1985, 770-780.
4. DOLTO, F. : "La difficulté de vivre", Paris, Le livre de poche, 1980.
5. Mini DSM IV : Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par JD GUELFY et al., Masson Paris, 1996.
6. FAIRBANKS JM., PINE DS., TANCER NK, DUMMIT ES-3rd, KENTGEN LM. MARTIN J.,ASCHE BK., KLEIN RG. : Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents. J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. 1997; 7(1):17-29
7. FREUD, S. : "Essais de psychanalyse", Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981.
8. FREUD, S. : "Malaise dans la civilisation", Paris, P.U.F, 3^{ème} éd., 1976.
9. FREUD, S. : "Totem et Tabou", Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1980.
10. GIRARD R. : "La violence et le sacré", Paris, Collection Pluriel, Grasset, 1972.
11. KLEIN M. : Essais de psychanalyse. Payot, Paris, 1967.
12. KIROUAC G. : Les émotions, Presses de l'université du Québec, 1995.
13. LACAN, J. : "Ecrits", Paris, Seuil, 1966.
14. LACAN, J. : "Le Séminaire, les Psychoses", Paris, Seuil, 1981.
15. LAPLANCHE J et PONTALIS JB. : Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris, 1971.
16. LEYENS J. Ph. : Psychologie sociale. Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1979.
17. MANNONI, O. : "La Crise d'Adolescence", Denedt, 1984.
18. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT. : Résumé Psychiatrique Minimum; Manuel. Bruxelles, 1996.
19. RIME B et PHILLIPPOT P.: Les émotions. Cours de troisième cycle en psychothérapie, Louvain la Neuve (UCL), 1996.
20. THINES G. et LEMPEREUR A. : Dictionnaire général des sciences humaines. Editions Universitaires, Paris, 1975.

21. TRIFFAUX J.M., HALKIN S., BERTRAND J. :
Le médecin de famille et l'hôpital de jour :
complémentarité de soins.
Revue médicale de Liège, XLIX, 3-94, pp 133-140.

22. VAN RILLAER J. : L'agressivité humaine.
Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1975.

23. WAUTHY J. et MORMONT C. : Contribution
à l'expertise de patients introduisant des demandes
de pension pour motif de dépression.
XXIII^e Congrès international de droit et santé
mentale (communication orale), Paris, 1998.

24. WINNICOTT, DW.: De la pédiatrie à la
psychanalyse. Paris, Petite Bibliothèque Payot,
1962.