

VIOLENCE ET AGRESSIVITE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES.

A. MALCHAIR (*)

Introduction.

L'existence d'une différence entre les notions de violence et d'agressivité pose d'emblée un problème sérieux au niveau-même de la définition de ces concepts. Une telle différence peut paraître évidente a priori, il n'en est rien ; de nombreux auteurs utilisent indifféremment les deux termes dans leurs réflexions sur la violence (REVERZY et SOUBRIER, 1979, par exemple). Quant au Robert, ce dictionnaire renvoie explicitement à "violence" dans sa définition de l'agressivité. Par ailleurs, les mêmes mots sont employés dans des sens différents ou, inversement, la même signification est attribuée aux deux termes : P. BOUR (1979) parle d'une pulsion agressive inconsciente, apparemment fort proche de la violence fondamentale de BERGERET (1984) ; le premier l'oppose à l'hostilité consciente, le second à l'agressivité.

Nous pensons qu'une distinction doit être opérée, même si elle est discutable et malaisée à préciser. De manière sans doute beaucoup trop schématique, nous pourrions considérer la violence à deux niveaux : d'une part comme un instinct primitif, inné, fondamental, véritable moteur d'actions, et d'autre part comme un paramètre qualitatif de ces actions, en fonction de leur coloration de force, voire même de destruction. Ces deux aspects sont évidemment liés puisqu'une telle action violente nous ramènera à son moteur fondamental ; ainsi, les éthologistes parleront de violence dans les relations prédateur-proie, donc un cadre de survie : dans la dialectique simple du "lui ou moi" ; de même, J. BERGERET considère

.../...

(*) Assistant, Sce de Psychologie Médicale et de Psychiatrie Dynamique (Prof. D. LUMINET), U.Lg.

cet aspect archaïque de la violence fondamentale, sans amour ni haine, sans préoccupation pour le sort de l'objet, ni même pour son existence.

Quant à l'agressivité, elle se définirait plutôt comme un comportement, violent ou non, conduisant à l'éloignement ou la soumission du congénère envers qui elle s'exerce ; l'intention de destruction n'est donc pas nécessaire, car il s'agit plutôt d'une démonstration de force, mais ritualisée, diront les éthologistes (DEMARET), secondarisée selon BERGERET qui parle d'une disposition affective plus complexe, et qui ajoute à l'idée de dominer, celle de nuire à l'autre.

Ainsi, la violence renverrait à un niveau interspécifique (question de survie entre proie et prédateur) tandis que l'agressivité concernerait les problèmes de relation intraspécifique (éloignement et soumission d'un congénère). Cette distinction nous paraît utile, nous y reviendrons.

Ce préambule étant terminé, notre propos sera à présent de nous interroger sur le rapport existant entre les urgences psychiatriques et ces différents niveaux d'analyse, non pas en évoquant les manifestations propres à chaque maladie pouvant faire crise, mais plutôt en réfléchissant à ce qui réunit ces crises, donc en quelque sorte aux "facteurs non spécifiques" des urgences psychiatriques. Pour cela, nous nous placerons dans une perspective relationnelle, à savoir notre rôle dans le déclenchement de ces situations violentes ; le pronom "nous" renvoie ici à l'ensemble des intervenants, le psychiatre bien sûr, mais déjà en amont le service 900, la police, la famille, le médecin de famille, etc... ; enfin, dans la notion de "rôle dans le déclenchement", nous voulons souligner notre responsabilité dans l'induction de la violence ou dans son maintien pour poser la question centrale de notre propos : comment nous arrive-t-il de transformer un patient en crise, un patient agité, en un patient violent ?

Perspectives éthologiques et proxémique.

Dans sa théorie sur la proxémique, E. HALL (1971) nous a placés dans des "bâilles" définissant les distances relationnelles tolérables en fonction de chaque situation sociale : distances intime, personnelle, sociale, publique. Ce paramètre intervient dans le fonctionnement humain en général, et afin d'envisager la situation plus spécifique (plus conflictuelle surtout) qui est la nôtre aux urgences psychiatriques, il faut en revenir aux sources-mêmes de HALL, qui sont de nature éthologique, en fait au zoologiste HEDIGER (1950) qui a introduit entre autres les notions distance de fuite, et de distance critique. La distance de fuite est importante car elle détermine la proximité que peut atteindre un étranger avant de déclencher un changement de comportement, en l'occurrence une fuite ; nous sommes toutefois plus concernés par la distance critique, et son corollaire la réaction critique qui amène l'animal acculé à une réaction violente de survie : la proie contre-attaque brutalement et paradoxalement le prédateur. Nous nous trouvons ainsi devant une manifestation de cette violence fondamentale concernant la survie, le "lui ou moi".

Nous pensons qu'il en va de même pour le patient agité qui voit arriver le service de garde, qui se sent menacé dans son intégrité et dans sa survie, d'où le déclenchement de sa violence réactionnelle.

Ce thème n'est pas nouveau puisque RACAMIER en parlait déjà en 1957 à propos des schizophrènes : "il est évident que la peur est le moteur dynamique de la distance critique". SIVADON l'évoquait également en 1965 dans son article sur les incidences thérapeutiques de l'espace vécu.

Cette perspective explique donc l'explosion violente essentiellement en fonction de ce que le patient vit, c'est-à-dire une intrusion dans sa sphère de sécurité. Nous devrions sans doute nous

interroger aussi sur ce que le soignant vit, tout au moins sur la nature de son comportement : l'intervenant arrive dans sa "normalité", dans sa position thérapeutique (au sens large), donc en fait dans une position de dominant ; cela signifie, si l'on veut bien se rappeler la définition éthologique de l'agressivité comme comportement provoquant l'éloignement ou la soumission de l'autre, que nous arrivons dans une position "agressive", non violente donc, pour soumettre l'autre à notre loi thérapeutique. La dimension secondarisée de l'agressivité apparaît ici clairement avec ses justifications théoriques, sa verbalisation et sa ritualisation propre à chaque corps d'intervention (les gendarmes ayant un "rituel" d'action différent de celui du médecin de famille).

La question suivante peut alors être posée : le conflit violent éclate-t-il simplement du fait de l'intrusion de l'autre dans le périmètre de sécurité du malade ou bien ne résulterait-il pas de l'inadéquation entre les deux discours, plutôt entre les deux vécus non communicables ? Quelle que soit sa crise, le patient se vit comme "aliéné" (au sens étymologique d'étranger) du fait même de la crise et de l'agitation, et il ne peut que développer un comportement de violence interspécifique avec ses manifestations déchaînées de survie. Il ne peut percevoir et donc comprendre l'attitude du soignant qui, dans son rituel de dominance, aborde la situation en disposition d'agressivité intraspécifique : pour lui, il s'agit de soumettre un congénère pour le ramener à la raison et au calme ; on est loin du problème de survie !

Dans ces conditions, il apparaît combien sont inutiles les propos "restez calme, soyez raisonnable, nous sommes là pour vous aider..." que le patient ne peut entendre puisque nous ne parlons pas la même langue, puisque nous fonctionnons à un niveau différent.

Notre hypothèse est donc que la panique et la violence ne viennent pas seulement de notre pénétration dans un certain espace, mais surtout de l'inadaptation de notre discours et de notre comportement quand nous nous adressons de manière ritualisée à un "frère"

que nous voulons soumettre, alors qu'il se vit (et nous vit) comme un étranger dans une lutte pour la survie.

Reconnaissons que dans ce combat, c'est souvent le soignant qui l'emporte ! Deux situations peuvent alors se présenter, soit le patient se soumet, soit il faut le contenir.

La réaction de soumission peut aussi être abordée sous l'angle éthologique, car l'on sait que pour éviter la destruction, l'animal vaincu rompt le combat et s'offre dans la position la plus vulnérable possible, "désarmant" ainsi l'adversaire victorieux. Rappelons à ce propos deux exemples d'observation courante se rapportant à ce mécanisme phylogénétique, et qui montre que, somme toute, la violence peut (pourrait) être souvent évitée.

Lorsque le patient est vraiment sûr d'être "vaincu", "cerné" en quelque sorte, il rompt aussi le combat, arrêtant ses imprécations et ses attitudes de défi pour, subitement, accepter nos exigences ("c'est bon, vous êtes les plus forts, enfermez-moi chez les fous...") et cela juste au moment où nous pensions que le recours à la force allait être nécessaire (peut-être est-ce ce que le patient perçoit intuitivement).

Par ailleurs, nous sommes parfois très surpris d'apprendre que dans telle situation explosive, le médecin traitant avait pu faire une injection sédatrice dans un calme et avec une aisance que la description du patient agité ne laissait nullement augurer. Ce fait n'est peut-être pas si étonnant et pourrait même être considéré comme un modèle de l'attitude adéquate ; en effet, si le médecin de famille (qualification essentielle par rapport au médecin de garde) a pu éviter la violence, c'est que sa position privilégiée lui a permis de court-circuiter les mécanismes sous-jacents de cette situation de violence, c'est-à-dire l'incommunicabilité des deux vécus en présence ; d'une part, le patient connaît le médecin et est moins tenté de le vivre comme un étranger et un ennemi (au sens inter-spécifique, rappelons-le), d'autre part le médecin lui tiendra d'emblée un discours plus adéquat, moins dominateur, et apprivoisera ainsi .../...

le malade beaucoup plus rapidement.

Dans des situations moins favorables, le même travail est théoriquement possible, mais il faudra bien sûr plus de temps pour apprivoiser un malade inconnu ; cette perspective idéale se heurte ainsi à un obstacle pratique considérable, celui du temps disponible : peut-on demander aux ambulanciers du service 900 ou à un médecin de garde, tous surchargés, de passer une demi-nuit à approcher un malade agité ? Précisons bien qu'il ne s'agit nullement ici des agitations incoercibles, de type exogène par exemple (toxicomanie en sevrage, ivresse pathologique...) qu'il convient de traiter d'une manière immédiate et drastique qui n'est pas l'objet de notre propos.

L'autre situation que nous évoquions est celle où le patient arrive préalablement "contenu". On sait que plus le malade est entravé, plus sa violence "contenue" et sa résistance seront grandes, amenant donc dans un premier temps (avant l'épuisement) l'effet inverse de celui qui est escompté. Ici aussi, outre la facile solution pharmacologique, une approche diagnostique s'impose d'emblée, car s'il est ridicule d'entraver et a fortiori de maintenir entravé un adolescent en "crise de nerfs" névrotique par exemple, il l'est beaucoup moins de contenir tel autre adolescent en crise de déstructuration abandonnique (MALCHAIR et HOUGARDY, 1985). En second lieu, il est nécessaire également, avant de relâcher le patient, de tenir compte des réalités pratiques qui nous écartent d'une attitude idéale : il faut être sûr de soi pour libérer un agité au milieu des urgences médicales ! Bien souvent, les structures architecturales ne permettent que difficilement l'écoulement cathartique de ces phénomènes violents.

Application aux tentatives de suicide.

Nous voudrions enfin proposer un exemple précis de situation violente, celle des tentatives de suicide, en l'illustrant tout d'abord par une réflexion de REVERZY et SOUBRIER (1979) : "Il faut

bien souligner l'angoisse provoquée par les gestes suicidaires et de dépression que le suicidant réalise, dans la mesure où il manipule les fantasmes de mort, de l'entourage et des doignants ; c'est d'ailleurs ce qui lui est souvent difficilement pardonné ! Ce point est fondamental et régit en grande partie les mécanismes contre-transférentiels qui vont s'exprimer également sur un mode agressif, soit déclaré ouvertement, soit larvé, mais qui ne manqueront pas d'être perçus par le suicidant : depuis le simple lavage d'estomac qui peut s'effectuer d'une manière sadique à certaines négligences du nursing post-comateux, sans compter la fonction de bouc émissaire souvent projetée sur le suicidant, qui est rendu responsable de tout ce qui ne va pas dans l'institution". Ces quelques lignes résument très précisément notre point de vue sur la question, mais il nous paraît opportun de discuter ici le terme d'agressivité employé par ces auteurs ; les suicidants semblent en effet créer des situations d'urgence où les deux niveaux de violence fondamentale et d'agressivité relationnelle s'interpénètrent, chez eux comme chez nous.

Indiscutablement, on peut parler d'agressivité sadique dans le lavage gastrique, mais en outre l'entourage n'est-il pas "violent" dans la dénégation, dans la disqualification du sens et du contenu du message projeté par le suicidant (et cela d'autant plus peut-être quand la T.S. est bénigne et dès lors entraîne une importante charge d'ironie destructrice).

Ne nous situons-nous pas là dans la dialectique du "lui ou moi" de la survie, comme si accepter le suicidant, ^{me} ~~n'est~~ pas le considérer comme un étranger (d'une autre "espèce"), était hautement dangereux. Qui sait, si nous sommes de la même nature, nous accomplirons peut-être un jour le même geste, idée insupportable justifiant le rejet violent.

Du point de vue du suicidant, on retrouve également une manipulation pathologique de cette dialectique "lui ou moi" : "je me détruis pour ne pas détruire l'autre", mais aussi "je me détruis en victime de l'autre, mais alors en le rendant responsable, je le

détruis aussi". Sans doute glissons-nous ici d'un registre à l'autre, et nous retrouvons à nouveau le problème de l'agressivité élaborée, érotisée et destinée à nuire à l'objet (BERGERET, 1984).

Ainsi, il en va de la tentative de suicide comme d'autres formes d'explosion psychopathologique qui peuvent se concevoir comme un appel à être entendu, à être réintégré dans un groupe dont l'individu se sent exclu ; si cet appel prend parfois une forme excessive, excessivement violente même, c'est que cette personne n'a peut-être pas d'autre choix, que se pose à lui la question de la survie, à lui qui vit aliéné, étranger à un groupe dont il doit forcer l'entrée via ces comportements de violence archaïque, vestige de ces temps anciens où la lutte à mort était le prix de la survie.

Remerciements.

L'auteur tient à remercier le Dr. A. DEMARET dont la grande compétence en matière d'éthologie lui a été précieuse dans la rédaction de cet article.

Résumé.

Après avoir rappelé les difficultés sémantiques relatives aux termes de violence et d'agressivité, l'auteur utilise les notions de violence interspécifique et d'agressivité intraspécifique dans une perspective éthologique et proxémique qui peut expliquer le déclenchement de comportements violents aux urgences psychiatriques. Patient et soignant y tiennent en effet un discours incompatible ; pour l'un, il s'agit de soumettre un "congénère" à sa loi thérapeutique, pour l'autre qui se vit comme "étranger" exclu du groupe, il n'y a de solution que dans la lutte pour la survie au prix de la violence si nécessaire.

Mots-clés : Violence - agressivité - urgences psychiatriques.

Abstratt.

The author recall first the semantic difficulties related to the use of the words violence and agressivity, and he suggest the notions of interspecific violence and intraspecific aggressivity, in an ethological and proxemic point of view which may explain the onset of violent behaviours in the psychiatric emergency care unit. Patient and phyncian don't talk the same language ; the latter has only to subdue a "congener" to his therapeutic law, but the former consider himself as "alien", excluded from the group ; for him, there is no other solution than "struggle for life" even if violence is necessary.

Key-words : Violence - aggressivity - psychiatric emergencies.

BIBLIOGRAPHIE.

BERGERET J. - La violence fondamentale. Dunod, Paris, 1984.

BOUR P. - Pulsion agressive et hostilité consciente. Annales médico-psychol., vol. 137, n° 8, 820-825, 1979.

DEMARET A. - L'agressivité chez les animaux et chez l'homme.

HALL E.T. - La dimension cachée. Seuil, Paris, 1971.

HEDIGER H. - Wild animals in captivity. Butterworths Scientific Publications, London, 1950.

MALCHAIR A., HOUGARDY G. - Réflexion sur le syndrome d'abandon. Psychologie Médicale, 1985 (sous presse).

RACAMIER P.C. - Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. Evolution psychiatrique, XXII, 1, 47-91, 1957.

REVERZY J.F., SOUBRIER J.P. - La violence instituée. Annales médico-psychologiques, vol. 137, n° 8, 763-769, 1979.

SIVADON P. - L'espace vécu, incidences thérapeutiques. Evolution psychiatrique, XXX, 3, 477-499, 1965.
