

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'AGRESSIVITÉ PATHOLOGIQUE DU CHIEN

ETIOLOGY AND TREATMENT OF PATHOLOGICAL AGGRESSIVITY IN DOGS

Par Isabelle VIEIRA ⁽¹⁾
(communication présentée le 24 mai 2007)

RÉSUMÉ

L'agressivité pathologique du chien est celle qui a perdu toute capacité adaptative. On distingue, hormis les causes organiques, deux types de causes comportementales : l'agressivité d'origine relationnelle, sur la base soit d'une hiérarchie mal établie, soit d'une communication anxiogène, et l'agressivité d'origine développementale sur la base d'une socialisation déficiente et d'une incapacité pour le chien à intégrer les informations sensorielles, qui lui permettrait d'établir un seuil de tolérance émotionnelle vis-à-vis des stimulations extérieures. Les traitements renvoient aux causes et font appel à la fois aux psychotropes et aux thérapies comportementales.

Mots clés : agressivité, chien, pathologie du comportement, anxiété.

SUMMARY

Aggressivity in dogs is considered as pathological when it has lost all its adaptive capacity. In addition to organic causes, there are two types of behavioural causes: relational aggressivity due to a poorly established hierarchy or an anxiogenic environment, and developmental aggressivity due to a deficient socialisation and to an inability to ascribe an emotional value to sensory information. Treatments vary depending on the causes, and include antipsychotic agents as well behavioural therapies.

Key words: aggressivity, dog, behavioural disorder, anxiety.

(1) Docteur vétérinaire, Comportementaliste DENVF.

INTRODUCTION

L'agressivité du chien peut se manifester dans des situations variées. Elle est considérée comme pathologique lorsqu'elle a perdu sa capacité adaptative et qu'elle se manifeste de façon inadaptée par rapport au contexte déclencheur. Chaque comportement pouvant, au cours d'une séquence comportementale, se décomposer en trois phases organisées, la séquence agressive comprend une première phase de menace, une phase d'agression avec morsure, puis une phase d'arrêt. L'agressivité s'exprime sous deux formes pathologiques en fonction de l'étiologie et de l'évolution du trouble : l'agressivité réactionnelle où l'intégralité de la séquence est conservée, et l'agressivité instrumentalisée où la phase de menace, puis celle d'apaisement, disparaissent, ce qui engendre un pronostic plus sombre.

Comprendre les causes de l'agressivité permet d'envisager les traitements. Nous nous intéresserons à l'agressivité du chien envers l'homme, dont l'enjeu est essentiel. Deux grands types de causes peuvent être à l'origine d'agressivité : les troubles relationnels homme-chien que nous appellerons « dangers privés » et les troubles du développement comportemental, que nous appellerons « dangers publics ». Pour chacune de ces causes, l'étiologie et le traitement seront exposés. Les autres causes d'agressivité sont de type organique : toute maladie physique, tout trouble métabolique ou endocrinien, toute manifestation algique peuvent générer de l'agressivité. Leur traitement fait appel, alors, au traitement de la cause elle-même.

LES DANGERS PRIVÉS

Il s'agit de chiens dont l'agressivité est dirigée vers un ou plusieurs membres de la famille donc du groupe social dans lequel évolue l'animal au quotidien. Ces agressions se produisent sur des êtres familiers lors de situations relationnelles conflictuelles. Ces conflits peuvent être des conflits hiérarchiques *stricto sensu* ou, plus largement, des situations de communication pathologique.

Les troubles de la relation hiérarchique

Lorsque les propriétaires du chien ne mettent pas en place une relation hiérarchique cohérente, où le chien est relégué à un statut de dominé 24 heures sur 24, et qu'ils accordent au chien des prérogatives de dominant dans de nombreuses situations à forte fonction sociale (repas avant les maîtres, couchage dans une zone stratégique de passage, contacts à l'initiative de l'animal), le chien ne peut s'adapter à une relation où l'inadéquation entre un système canin hiérarchisé et un système humain permissif et égalitariste génère et entretient une ambivalence anxieuse. Les conséquences sont des perturbations cognitivo-émotionnelles. En effet, la représentation que le chien a du groupe social et de son propre statut en son sein, manque alors de lisibilité et d'acceptabilité. Cette affection est appelée « sociopathie ». On distingue deux stades : un stade réactionnel, et un stade instrumentalisé. Au stade réactionnel, l'animal

présente d'abord un état pré-anxieux : marquage social urinaire et fécal, vocalises et destructions dirigées vers les issues au départ des maîtres, vols d'objet, chevauchement, hyperphagie en présence du groupe, puis un état anxieux avec hypervigilance et agressivité. La triade agressive, avec association d'agressions hiérarchiques, territoriales et d'agressions par irritation, est de règle. Au stade instrumentalisé, le chien présente une hyper-agressivité secondaire avec morsure sans menace, une hypermotricité et une forte impulsivité. À ce stade, le chien est très dangereux.

Les traitements comprennent : le traitement médicamenteux, le traitement phéromonal, et la thérapie comportementale. Le traitement biologique utilise plusieurs molécules. La carbamazépine, associée à l'acétate de cyprotérone, par son action thymorégulatrice et anxiolytique, permet de diminuer l'agressivité en repassant du stade 2 au stade 1 de l'affection. La fluoxétine, par son action sérotoninergique, va inhiber fortement l'agressivité sous toutes ses formes et permettre au chien de reprendre facilement une place de dominé. Le traitement phéromonal utilise la Dog Apaising Phéromone (DAP) en diffuseur à proximité du lieu de couchage où l'on veut cantonner le chien. On a observé ainsi une meilleure acceptation par le chien du changement de statut et des attitudes apaisées sur son lieu de couchage avec diminution de l'hypervigilance. Enfin la thérapie comportementale constitue le pilier du traitement : il s'agit de diminuer l'agressivité du chien en créant une structuration hiérarchique apaisante. On agit sur la gestion des repas, du lieu de couchage et des déplacements dans le territoire, et sur la gestion des contacts. Dans ces trois domaines, toute initiative est retirée au chien, une cohérence de tous les membres du groupe est mise en place, et un renforcement permanent des attitudes de soumission du chien est obligatoire. Le médicament est essentiellement utilisé pour redonner au chien une capacité adaptative, afin de lui permettre de bénéficier de la thérapie comportementale.

Les troubles de la communication

Le chien ne comprend pas le langage humain et sa richesse sémantique. La communication est sensorielle. Les canaux de communication sont olfactifs, tactiles, visuels et auditifs. La communication doit alors répondre à trois règles : lisibilité, fiabilité, acceptabilité. Dans un acte de communication, l'émetteur envoie un message au récepteur : il y a parfois distorsion entre le message émis et le message reçu. La communication, alors inefficace, devient anxieuse. L'absence de lisibilité peut provenir d'entraves extérieures (laisse, muselière), de particularités morphologiques (absence de queue, poils devant les yeux) ou d'un ton monocorde et indifférencié dans toutes les interactions. L'absence de fiabilité peut venir d'une ambivalence du message liée à une incohérence entre les divers canaux de communication : le chien ne peut se fier à un ordre du maître qui présenterait à la fois une posture de soumission et un ton menaçant. L'absence d'acceptabilité se manifeste lors d'inobservance ou de méconnaissances des règles : par exemple, la

persistance d'une menace hiérarchique de la part du maître malgré l'émission de signaux d'apaisement par le chien, est inacceptable pour ce dernier. Ces troubles de la communication peuvent provenir de trois origines : une affection comportementale du chien qui méconnaît les règles de communication intraspécifique (dysocialisation primaire, troubles de l'imprégnation) ou qui exprime une perte de repères (déréalisation), une maladie organique qui affecterait la communication sensorielle (exemple : dystrophie cornéenne), enfin un anthropomorphisme ou une incompetence des maîtres, ce qui est le plus fréquent. Dans chacun de ces cas, les conséquences sont l'émergence d'une agressivité, avec des agressions par irritation lors de toute interaction. Il s'en suit une dyssocialisation secondaire, un état anxieux avec augmentation des agressions et généralisation. Le chien devient dangereux. Le traitement fait d'abord appel à la cause. Si cette dernière est organique (troubles morphologiques ou de la réception sensorielle), il faudra adapter la relation au chien à ce handicap. Si l'affection est d'origine relationnelle, il est impératif de clarifier la relation en apprenant aux maîtres les règles de base, afin de retrouver une communication dont les caractéristiques de l'efficacité seront mises en valeur et renforcées. Cette approche comportementale peut être complétée par un traitement symptomatique de l'agressivité qui fait appel aux mêmes molécules que précédemment : carbamazépine et fluoxétine.

LES DANGERS PUBLICS

Il s'agit des troubles du développement comportemental qui ont entraîné la construction d'un équilibre émotionnel mal adapté à la vie relationnelle du chien avec ses congénères ou avec les hommes. Trois syndromes retiennent notre attention : le syndrome de privation sensorielle en particulier sous sa forme "phobie sociale", le syndrome hypersensibilité-hyperactivité, et la dyssocialisation primaire.

Le syndrome de privation sensorielle

L'individu se construit grâce à ses expériences, pendant une phase sensible de son développement. Même s'il est capable d'apprendre et de s'adapter à tout moment de sa vie, le chien mémorise de façon maximale pendant sa phase de socialisation, qui s'étale de l'âge de trois semaines à l'âge de trois à quatre mois. Ses capacités sensorielles et motrices, à cette période, lui permettent d'intégrer les stimulations de l'environnement et d'acquiescer tous les paramètres comportementaux de son développement : il se forge ainsi une base de données, mise en mémoire, qui lui permettra d'établir son homéostasie sensorielle, c'est-à-dire un seuil de tolérance émotionnelle aux diverses stimulations rencontrées par la suite. La découverte du milieu environnant, qu'il soit physique ou social, constitue un remarquable champ d'apprentissage. Le chiot apprend à gérer progressivement toutes les situations auxquelles il est soumis, à s'y habituer et à diminuer son niveau de vigilance. En l'absence d'un enrichissement précoce du milieu, le chiot développe, à l'inverse, selon un processus pathologique de sensibilisation, une hyper-

vigilance et des attitudes de peur pouvant s'exprimer par de l'agressivité. Il lui devient progressivement impossible d'explorer toute nouvelle source de stimulation qui va générer une réaction de peur intense et continuelle, perdant ainsi son caractère adaptatif. Le mécanisme de la sensibilisation se met en place dès lors qu'une ou plusieurs des quatre conditions d'apparition sont réunies : stimulus inconnu présenté initialement avec une forte intensité, impossibilité de se soustraire à son contact (situation dite « fermée »), fréquence de contact faible ou irrégulière et premier contact tardif (après l'âge de trois mois). On observe des agressions par peur, des agressions par irritation et des agressions territoriales. Il est observé une forte tendance à l'anticipation et à la généralisation avec une simplification et une indigence du répertoire comportemental qui en résulte. Les conséquences sont une modification de l'état réactionnel vers une hyperréactivité. Toute réponse agressive avec perte des auto-contrôles se trouve être suffisamment violemment ressentie par le stimulus phobogène dont la fuite provoque le renforcement de cette réponse. Cette maladie comportementale comporte trois stades : un stade phobique (où l'on peut nommer et lister les objets de la peur, comme la phobie sociale), un stade anxieux avec anxiété intermittente pouvant évoluer vers une hyperagressivité secondaire ou vers une anxiété permanente et enfin, un troisième stade dépressif. Les bases du traitement sont pharmacologiques, phéromonales, et comportementales. Les médicaments utilisés visent à diminuer les agressions par peur et par irritation : il s'agit de la carbamazépine et la fluoxétine. Le traitement phéromonal par le biais de la DAP (collier ou diffuseur) vise à diminuer l'anxiété et à créer l'apaisement en redonnant au chien une capacité exploratoire. Enfin la thérapie comportementale utilise des techniques de désensibilisation par habituation (présentation progressive du stimulus phobogène de faible intensité avec une forte fréquence) des techniques de contre-conditionnement (utilisation de l'inhibition réciproque de deux émotions opposées comme la joie et la peur), des techniques de flux d'information (en créant un système maître-chien autour d'une séquence d'obéissance performante qui inhibe la réaction non contrôlée de peur), et la suppression des renforcements pour créer les conditions de l'extinction (caresses quand le chien tremble, pour le rassurer). Cette thérapie est longue, et la dangerosité du chien passe aussi par une gestion du risque, au regard du pronostic toujours incertain.

Le syndrome hypersensibilité-hyperactivité

Il s'agit d'un syndrome complexe dont l'origine remonte à la phase de socialisation dans ses premières semaines, au cours de laquelle le chiot apprend au contact de sa mère ou de tout autre adulte régulateur, à contrôler ses réponses motrices, et à construire des séquences comportementales structurées et régulées. À deux mois, il doit avoir acquis le contrôle de sa mâchoire et une inhibition à la morsure. En l'absence d'adulte, comme c'est le cas lors de séparation précoce (avant deux mois) d'avec la mère (souvent le cas des chiots d'importation), le chien ne connaît pas d'arbitrage de ses comportements. Un déficit dans la mise en place de réseaux neuronaux inhibiteurs pourrait géné-

rer l'absence d'autocontrôle. Le chiot devient vite très impulsif et dévastateur. L'absence de filtrage sensitif permet l'émergence d'une hypersensibilité et l'absence de signal d'arrêt, celle d'une hyperactivité. Celle-ci se traduit par une hyperkinésie, une instabilité motrice, une absence de satiété alimentaire et une exploration orale hypertrophiée (destructions et ingestions d'objets), enfin une importante hyposomnie dans les cas les plus sévères. Devant les difficultés rencontrées par les maîtres dans toutes les situations d'apprentissage, le trouble évolue naturellement vers un état anxieux en raison de l'altération de toute forme de communication positive. Il s'en suit une hyperagressivité secondaire avec instrumentalisation des agressions. Une comorbidité avec la sociopathie est fréquemment rencontrée. Le traitement est pharmacologique et comportemental. Le premier, long et aléatoire, fait appel à la sélégiline, la fluoxétine et la carbamazépine. Les résultats dépendent beaucoup de l'âge du sujet, au moment de sa prise en charge. Avant la puberté, le traitement comportemental permet souvent de maîtriser correctement la situation à condition d'appliquer une insertion hiérarchique précoce (on évite ainsi l'association avec une sociopathie). Il utilise la structuration par le jeu et un apprentissage du self-contrôle par conditionnement. Après la puberté, les résultats sont plus aléatoires. La taille du chien et le passage au statut d'adulte constituent des facteurs aggravants et une perte de chance qui limitent la probabilité de succès.

La dyssocialisation primaire

Il s'agit du plus grave des troubles du développement entraînant de l'agressivité. Dès l'âge de trois semaines, le chiot, par le biais des activités de jeu au sein de la fratrie, apprend le langage intraspécifique, tous les codes de communication entre congénères. Il apprend en particulier la signification des toutes les pos-

tures ayant une fonction sociale (dominance, soumission). En l'absence de fratrie et en isolement social, aucun de ces apprentissages fondamentaux et indispensables pour toute vie sociale ne peut se mettre en place. On assiste, chez le chien, à une incapacité à organiser un comportement social hiérarchisé. Aucune soumission n'est possible, non pas parce que le chien s'estime dominant, mais parce qu'il ne connaît pas la notion de soumission. Toute interaction est alors vouée au conflit. On observe une absence de comportement d'apaisement, une absence de fuite ou d'immobilisation, une absence d'autocontrôle et d'inhibition à la morsure, une intolérance à toute contrainte ou frustration, des agressions violentes toujours instrumentalisées, et des combats entre chiens allant jusqu'à la mise à mort. Ces chiots sont repérés et construits ainsi parfois volontairement : c'est le vivier des chiens utilisés comme arme ou dans les combats de chiens. Le pronostic est toujours sombre. La dangerosité reste latente même après contrôle par un traitement médicamenteux de longue durée. Aussi ces chiens sont souvent voués à l'euthanasie.

CONCLUSION

L'agressivité pathologique du chien renvoie à de multiples causes. Qu'il s'agisse de troubles du développement et de la construction du sujet ou de troubles relationnels, un diagnostic fonctionnel d'état pathologique, phobie, anxiété ou dysthymie doit être posé avec précision. Il est essentiel de typer les agressions en distinguant les agressions hiérarchiques, les agressions par irritation, les agressions par peur et les agressions territoriales. Pour chaque type, il existe plusieurs causes possibles et plusieurs stades. Ainsi, ce n'est qu'à la faveur d'une analyse complète de la séquence d'agression, qu'un traitement adapté pourra être proposé.

BIBLIOGRAPHIE

- Bourdin, M. (1996). Les phobies chez le chien : approche pharmacologique. *L'action vétérinaire* n°1366.
- Bourdin, M. (1997). Chimiothérapie de l'anxiété. *L'Action vétérinaire* n° 1395.
- Changeux, P. (1983). *L'homme neuronal*. Librairie Arthème Fayard, Paris, 419 pages.
- Cottraux, J. (1998). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Masson, Paris.
- Dehasse, J. (1990). L'ontogenèse des comportements. *PMCAC*. 25 (3) : 245 – 253.
- Dehasse, J. (2002). *Le chien agressif*. Éditions Publibook, Paris.
- Giffroy, J.-M. (1988). L'éthogramme social du chien. *PMCAC*. 23 (1) : 63 – 71.
- Guyot, Y. (1988). Communication et autorité dans les situations de dressage. *PMCAC*. 23 (3) : 165 – 175.
- Pageat, P. (1997). La communication chimique dans l'univers des carnivores domestiques, *Le Point vétérinaire* 28 (181) : 1055 – 1063.
- Pageat, P. (1997). Les dysthymies. *Le Point vétérinaire* 28 (187) : 2007 – 2011.
- Pageat, P. (1998). *Pathologie du comportement du chien*. Collection médecine vétérinaire, Éditions Le Point Vétérinaire, Maisons Alfort, France.
- Vieira, I. (1999). Le chiot : troubles du développement et de l'acquisition des conduites sociales. *Bull. Acad. Vét. France* 72 : 353 – 360.
- Vieira, I. (2002). La hiérarchie chez le chien. *Le Nouveau Praticien Vétérinaire*, n°7, pp 157 – 158.
- Vieira, I. (2003). Comportement, comment éviter les troubles en élevage chez le chiot et le chaton? *Hors Série, Néonatalogie et Pédiatrie du chien et du chat*, pp 451-455.