

# Rôle des stratégies d'affrontement et de résolution des conflits du personnel soignant dans le cadre de la gestion de l'agressivité en psychiatrie

■ D. Venturelli, P. Agarwalla, P. Eich, B. Hiss, J. Küchenhoff

Psychotherapeutische Tagesklinik Basel

## Summary

*Venturelli D, Agarwalla P, Eich P, Hiss B, Küchenhoff J. [The role of coping strategies and conflict resolution in the management of aggressiveness in psychiatric settings.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006;157:134–42.*

**Background:** The effective management of conflicts with aggressive potential is of utmost importance, particularly in clinical settings where power relations are asymmetrical and emotional stakes are high. This is especially true for psychiatric settings where interpersonal relations are a key component in treatment. In most studies to date the risk of aggressive behaviour by patients has been the focus of attention. Most research has shown that many instances of aggressive behaviour are preceded by interactions between staff members and patients. Thus, in this study we have looked at aggressive dispositions and conflict management strategies in the therapeutic personnel of the Psychiatric University Hospital Zurich.

**Methods:** In the present study we assessed the psychiatric nursing staff of the Psychiatric University Hospital Zurich with a collection of standardised questionnaires with respect to their current living situation, their work-related cognitive and behavioural patterns (AVEM) and their disposition for aggressive behaviour (FAF). Additionally we applied the Giessen Test (GT), a standardised personality test and a questionnaire for the assessment of conflict resolution strategies (FKBS).

**Results:** The return rate was relatively low (total 40.6%, psychiatric nursing staff 42.7%) but judged to be sufficient for analysis. Our results show that staff members view themselves as markedly less aggressive than average. Further-

more, a substantially higher percentage of the staff shows a work-related pattern indicative of “self conservation” (in comparison to a German reference population), i.e. the work-related ambitions are lower than average while distancing oneself from work-related problems and inner tranquillity or serenity are markedly more pronounced (AVEM). At the same time they recur to more mature coping strategies, i.e. intellectualisation or reaction formation. We have explored the relations between these different dimensions and found that the above-mentioned more mature conflict resolution strategies are strongly associated with lower levels of aggression while projection or turning against self or others (more immature strategies) are associated with higher levels. In fact, they turn out to be the most important factors (among the assessed) in predicting the overall level of aggressive disposition

**Conclusion:** The substandard scores in both AVEM and FAF came to us partly, if not entirely, unexpectedly. An additional possibly qualitative investigation will be necessary to clarify the meaning and implications of this result. The association between the conflict resolution strategies and the level of overall aggressive disposition on the other hand seems quite straightforward. The development of these strategies within a professional framework however, and accordingly the introduction of factors that stimulate or enhance positive conflict resolution strategies in psychiatric settings will have to be explored in more detail. The implications for staff training are discussed.

**Keywords:** psychiatry; nursing; coping strategies; aggression; risk behaviour; work satisfaction

## Introduction

Le problème de la violence et de l'agressivité dans les structures psychiatriques n'a été jusqu'à présent que partiellement résolu. Il est donc nécessaire d'étudier le phénomène de façon systématique, pour minimaliser les conflits, qui portent à des situations violentes, et les conséquences de ces

Correspondance:

Prof. Dr. Joachim Küchenhoff  
Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene  
der Universitären Psychiatrischen Kliniken  
Socinstrasse 55a  
CH-4051 Basel  
e-mail: joachim.kuechenhoff@unibas.ch

actes sur le personnel et les patients. Différentes études ont été publiées à ce sujet, visant à identifier des caractéristiques des patients qui seraient associées à un comportement agressif. Leur but consiste à reconnaître des typologies de patients à (haut) risque pour mieux pouvoir prévenir ce genre d'actes [1–3]. Ces études reflètent une vision du problème qui identifie dans le patient et sa maladie la cause principale de la violence en psychiatrie.

D'autres recherches visent à discerner des éléments indépendants du patient, qui seraient liés au développement de situations conflictuelles [1, 4]. Parmi ces éléments externes on peut citer par exemple des particularités de l'infrastructure, les conditions climatiques, la variable temporelle jour/nuit; ou certains facteurs interpersonnels, comme les relations entre les employés et les patients. Ces facteurs dépendent aussi des caractéristiques personnelles des employés (par exemple l'âge et l'expérience). Aucun de ces modèles ne peut cependant à lui seul expliquer la génération du comportement agressif de manière satisfaisante. C'est pour cette raison que ces dernières années s'est imposé un modèle multidimensionnel qui intègre à la fois des facteurs internes et externes au patient [5, 6]. Dans ce modèle, le patient est situé dans une condition d'interaction avec d'autres agents – par exemple les employés, d'autres patients ou des visiteurs – qui peuvent jouer un rôle important dans la création ou le déclenchement de la situation conflictuelle. A ce sujet il est essentiel de relever que certaines études se sont consacrées à l'avis des patients. Ces derniers prétendent qu'une mauvaise relation avec les employés constitue l'une des causes principales des épisodes conflictuels dans les structures psychiatriques [1, 5, 7]. Whittington et Wykes [8] ont d'ailleurs démontré que dans le 86% des cas le personnel psychiatrique est de quelque manière impliqué dans la genèse des conflits. Cependant les études publiées jusqu'ici ne se sont pas encore penchées de façon approfondie sur les caractéristiques des employés qui peuvent être liées à un comportement agressif, probablement car ce thème est, aujourd'hui encore, perçu comme une importante invasion de la sphère privée du personnel et reste «intouchable». L'étude d'Agarwalla et al. [9] a été menée afin de remplir cette lacune scientifique. Dans cette analyse [9] on met en évidence la corrélation entre certaines formes d'agressivité et certaines caractéristiques fixes (*traits*) des employés comme la personnalité ou l'attitude envers le travail. Cette corrélation permet d'expliquer en partie la disposition à une conduite agressive (environ 30%), mais n'atteint pas la mesure espérée. Les auteurs attribuent cette

marge au manque de lien direct entre l'agressivité du sujet et ses stratégies d'affrontement et de résolution de conflits (soit sa gestion des frustrations).

Le propos du présent article est d'approfondir cet aspect qui viendrait éclairer davantage notre compréhension de la disposition à un comportement agressif.

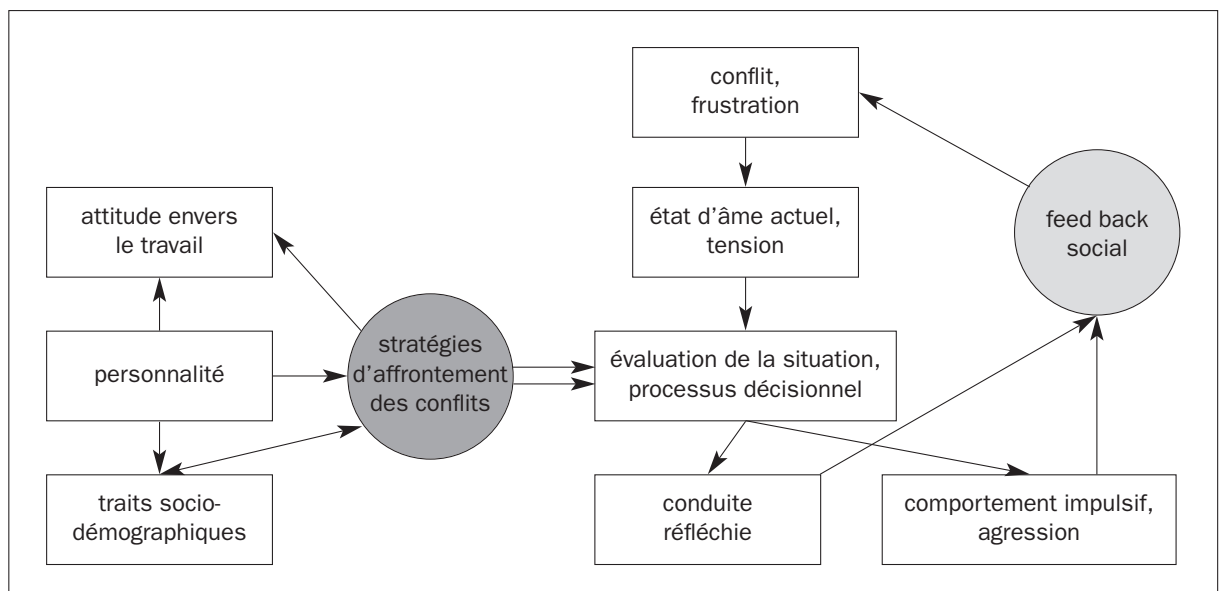
## Modèle

Pour la réalisation de notre modèle, nous nous sommes basés principalement sur le modèle général de l'agression [6]. Selon la théorie de Zillmann [10], une tension interne déjà présente dans l'individu facilite une conduite agressive vis-à-vis d'une frustration. Dans notre étude, nous avons estimé que si certains aspects de la personnalité sont très prononcés – comme la tendance au contrôle, à dominer les autres ou un état d'âme de base déprimé – l'individu peut se trouver dans une condition de tension interne plus élevée et réagir plus probablement de manière agressive (envers l'autre ou envers soi-même) dans une situation conflictuelle. D'autre part le bien-être au poste de travail est un facteur important, car dans une condition de *burn out* l'expérience professionnelle devient une source continue de frustrations qui mène à une situation de stress permanent. Nous avons aussi jugée importante la satisfaction que procure le soutien social, en considérant que ce dernier est un facteur protecteur vis-à-vis d'une attitude agressive. Enfin, les stratégies de résolution des conflits jouent un rôle fondamental en tant que lien entre des éléments constants, comme la personnalité, et le processus de la création du comportement agressif (fig. 1).

Comme nous l'avons déjà souligné, le but de la présente étude est d'analyser les traits généraux du personnel liés à un comportement agressif. Ce choix nous a porté à adopter un *design* (étude transversale par questionnaires), lequel ne permet toutefois pas de saisir la composante contextuelle du modèle qui influence le processus décisionnel. Cet élément dépend en effet directement de la situation du moment. Il demande une analyse ciblée et subite de l'état d'âme de l'employé à l'instant du conflit, ce qui n'est pas envisageable dans notre type de recherche. Aussi nous ne prétendons pas pouvoir expliquer totalement le comportement agressif uniquement sur la base des seuls paramètres retenus dans notre étude.

Les stratégies de résolution des conflits propres à chaque personne peuvent être vues comme des dérivés des mécanismes de défense, qui varient

**Figure 1** Modèle de la génération du comportement agressif.



entre des formes moins évoluées (comme la projection) et d'autres formes plus mûres (par exemple l'intellectualisation, la sublimation ou l'humour). Selon le mécanisme adopté, le conflit peut être affronté avec une attitude portant à des résultats différents en termes d'agressivité. Les stratégies de résolution des conflits sont donc déterminantes dans les processus d'évaluation de la situation et dans ceux de prise de décision qui conduisent au comportement final. Elles jouent un rôle essentiel dans la gestion des pulsions agressives d'une personne. Ces stratégies ne doivent pas être considérées comme une réponse variable aux frustrations, qui dépendrait principalement de l'état d'âme du moment et qui serait donc inconstante dans le temps. Il s'agit plutôt d'une réaction habituelle de l'individu face aux conflits, qui est fortement liée au développement de la personnalité et à l'apprentissage des comportements sociaux [11].

### Hypothèses

1. Il existe un lien significatif entre les stratégies de résolution des conflits et la prédisposition à un comportement agressif.
2. Il existe un rapport significatif entre les stratégies d'affrontement des conflits et certains traits de la personnalité.
3. Il existe un rapport significatif entre les stratégies de résolution des conflits et l'attitude envers le travail.

### Méthode

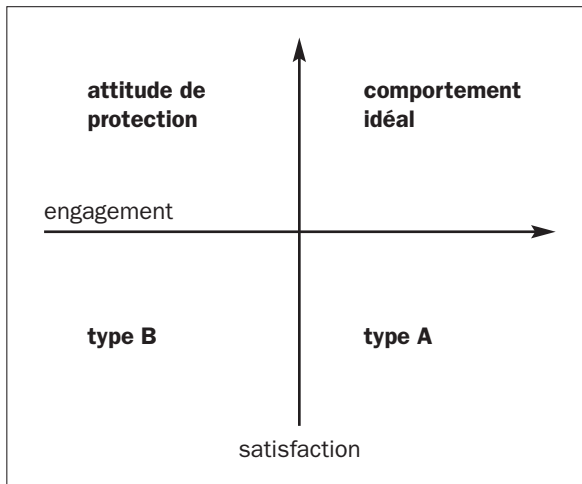
*Echantillon:* La population visée comprenait la majorité du personnel de la clinique psychiatrique de Zurich (PUK Zurich), c'est-à-dire les médecins du secteur est, tout le personnel soignant, tous les psychologues, les autres thérapeutes (physio- et ergothérapie, thérapie musicale et créative) et les travailleurs sociaux, pour un total de 480 employés. La participation à l'étude était facultative et l'anonymat des répondants garanti.

Une information de base sur le projet a été donnée au personnel en novembre 2004 et une présentation détaillée a eu lieu au mois de décembre, séparément pour chacun des différents groupes professionnels (médecins, personnel soignant, thérapeutes et travailleurs sociaux). La récolte des données s'est déroulée entre début janvier et début mars 2005, et l'analyse de celles-ci du mois de mars au mois de mai 2005.

*Instruments:* Nous avons utilisé quatre questionnaires standardisés en langue allemande ainsi qu'un questionnaire conçu par nous-mêmes pour la récolte d'informations sociodémographiques de base et d'autres données personnelles potentiellement en rapport avec un comportement agressif.

Le questionnaire pour l'évaluation des facteurs d'agressivité (FAF) [12] se compose de 77 items qui forment cinq domaines d'agressivité: (1) agressivité spontanée, (2) agressivité réactive, (3) irritabilité (avec les qualités de rage et de colère), (4) agressivité envers soi-même (auto-agressivité) et (5) agressivité réprimée. Les trois premiers domaines peuvent être additionnés et constituent la valeur «somme d'agressivité». Le questionnaire

**Figure 2** Quatre types de comportements possibles par rapport au travail, résultants de la combinaison de deux dimensions secondaires du AVEM (engagement et satisfaction).



contient aussi une échelle de contrôle qui mesure la tendance à répondre de façon sincère/ouverte, sans être influencés par les attentes sociales. La cohérence interne des échelles varie entre  $r = 0,61$  et  $r = 0,79$  et il existe une validation à travers une analyse factorielle.

Le questionnaire sur les stratégies d'affrontement des conflits (FKBS) [11] compte 100 items, qui peuvent être regroupés en cinq catégories: cinq différentes manières de se rapporter aux conflits. Celles-ci sont représentées comme réactions internes «A» (sentiments, pensées) et comme formes possibles de comportement «B» face à des événements frustrants. Les cinq catégories traitent de la gestion des pulsions agressives qui naissent de ces frustrations et qui peuvent être (1) dirigées contre soi-même (TAS, *turning against self*), (2) dirigées contre un objet extérieur animé ou pas (TAO, *turning against object*), ou (3) neutralisées avec des mécanismes d'intellectualisation, de rationalisation ou de minimalisation (INT). Les pulsions agressives peuvent aussi être (4) projetées sur le déclencheur de la frustration (PRO) ou, au contraire, être transformées en (5) intentions bien-

veillantes chez celui-ci (REV, *reverse* ou réaction). La cohérence interne (alpha de Cronbach) des échelles se situe entre  $\alpha = 0,78$  et  $\alpha = 0,90$ . La réliabilité du test après 8 semaines varie entre  $r = 0,71$  et  $r = 0,84$ .

Le test de la personnalité de Giessen (GT) [13] se compose de 40 items formulés de façon bipolaire, qui composent six échelles: (1) résonance sociale, (2) dominance, (3) contrôle, (4) état d'âme de base, (5) perméabilité et (6) puissance sociale. La réliabilité des six échelles du test après six semaines se situe entre  $r = 0,65$  et  $r = 0,76$ . Une étude avec 235 personnes névrotiques a révélé une cohérence interne des échelles de  $r = 0,86$ .

Le questionnaire sur la perception du travail et le comportement au travail (AVEM) [14] compte 66 items, qui forment onze dimensions à travers une analyse factorielle: (1) l'importance subjective accordée au travail, (2) l'ambition professionnelle, (3) le dévouement au travail, (4) la tendance au perfectionnisme, (5) la capacité de se distancier des problèmes, (6) la tendance à la résignation face aux échecs, (7) l'affrontement offensif des problèmes, (8) le calme et l'équilibre intérieur, (9) le sentiment de succès dans le travail, (10) la joie de vivre et (11) la perception de support social. On peut synthétiser ces dimensions en trois catégories secondaires: l'engagement au travail (1 à 5), la capacité d'endurance (6 à 8) et les émotions (9 à 11), qui portent à leur tour à la formation de quatre types de comportements possibles par rapport au travail: un comportement idéal, une attitude de protection et deux groupes à risque de *burn out* A et B (fig. 2). La cohérence interne du test (alpha de Cronbach) varie entre  $\alpha = 0,78$  et  $\alpha = 0,87$ ; tandis que la réliabilité du test après trois mois se situe entre  $r = 0,69$  et  $r = 0,82$ .

## Résultats

Le taux de réponse se situe à 40,6% avec de grosses variations pour les différentes catégories professionnelles (tab. 1).

**Tableau 1** Taux de réponse par catégorie professionnelle.

catégorie professionnelle	réponses par catégorie	pourcent par catégorie
médecins	2/38	5,2%
personnel soignant	141/330	42,7%
thérapeutes et travailleurs sociaux	50/112	44,6%
total	193/480	40,2%
non rempli	2/480	0,4%
total	195/480	<b>40,6%</b>

**Tableau 2** Résultats du questionnaire pour l'évaluation des facteurs d'agressivité (FAF) et comparaison avec une population de référence avec un moyen de 50. S'il n'y a pas d'autres indications, les valeurs des tableaux suivants sont toujours des valeurs T.

échelle	valable	non rempli	moyen	médian	déviati on standard	p
agressivité spontanée	134,00	7,00	43,47	43,00	8,71	0,000
agressivité réactive	134,00	7,00	39,56	39,00	9,21	0,000
irritabilité	134,00	7,00	45,10	46,00	8,44	0,000
auto-agressivité	134,00	7,00	43,45	42,00	9,62	0,000
agressivité réprimée	130,00	11,00	41,42	41,50	8,27	0,000
échelle de contrôle	133,00	8,00	48,71	48,00	8,68	0,090
somme d'agressivité	133,00	8,00	41,21	41,00	8,82	0,000

**Tableau 3** Comparaison entre une population de référence et celle de la clinique psychiatrique de Zurich pour les quatre types de comportement du AVEM.

	A	B	idéal	protection	total	population
nombre (n)	9	16	24	91	140	personnel soignant de la clinique psychiatrique de Zurich
pourcent	6,4%	11,4%	17,1%	<b>65,0%</b>	100,0%	
pourcent	22%	27%	25%	26%	100,0%	personnel soignant allemand

Pour notre analyse nous avons considéré uniquement le personnel soignant qui comprend les infirmiers et les aide-infirmiers. Ce choix est dû au fait que ce groupe professionnel numériquement important représente le 72% (141/195) des réponses récoltées dans notre étude et constitue notamment la catégorie d'employés, qui la plupart du temps est en contact direct avec les patients. Infirmiers et aide-infirmiers sont donc davantage exposés à des situations conflictuelles avec ceux-ci et doivent se confronter plus souvent avec leurs propres pulsions agressives. La représentativité du personnel soignant est garantie en ce qui concerne le sexe ( $\chi^2 = 0,001$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,981$ ), et les groupes d'âge ( $\chi^2 = 20,503$ ;  $df = 20$ ;  $p = 0,427$ ). Le nombre (n) inférieur à 141 dans les tableaux suivants s'explique par le fait que certains participants n'ont pas répondu de manière complète aux cinq différents questionnaires.

En termes d'agressivité le personnel soignant se situe au-dessous des valeurs moyennes de la popu-

lation de référence dans toutes les échelles du FAF, en particulier pour l'agressivité réactive (tab. 2). Les valeurs de l'échelle de contrôle sont par contre dans la norme et supportent la validité des réponses.

Le questionnaire sur la perception du travail et le comportement au travail (AVEM) révèle un grand nombre d'employés ayant une attitude de protection (tab. 3). Les valeurs basses de l'échelle (1): importance subjective accordée au travail, et de l'échelle (4): tendance au perfectionnisme reflètent cette attitude. De même les valeurs hautes de l'échelle (5): capacité à se distancier des problèmes et de l'échelle (8): calme et équilibre intérieur la caractérisent.

En ce qui concerne le test de la personnalité de Giessen les valeurs rencontrées ne diffèrent pas de manière significative de la norme, sauf en ce qui concerne l'état d'âme de base (qui tend à l'hypomanie) et la résonance sociale.

En analysant les réponses au questionnaire des stratégies de résolution des conflits (FKBS), nous avons constaté la formation de deux groupes (*clusters*) d'individus pour la dimension «comportement» (B) (tab. 4): un groupe (1) qui a des valeurs moyennes hautes dans les stratégies «plus mûres», aussi bien d'intellectualisation (INT) que de réaction (REV), et un autre groupe (2) avec des valeurs moyennes hautes (mais cependant pas très élevées) dans les stratégies «moins évoluées» comme la projection (PRO), le comportement agressif contre une personne / un objet (TAO), ou contre soi-même (TAS).

**Tableau 4** Composition des deux groupes (*clusters*) du FKBS (valeurs moyennes).

	groupe	
	(1) (n = 58)	(2) (n = 59)
intellectualisation (INTB)	57,38	49,49
réaction (REVB)	57,14	47,58
projection (PROB)	40,22	53,83
turning against object (TAOB)	40,84	54,44
turning against self (TASB)	42,33	54,29

**Tableau 5** A double entrée entre les quatre types de comportements possibles du AVEM et les deux groupes du FKBS.

type		groupe		total
		(1)	(2)	
burn out (A + B)	n	8	12	20
	%	11,5%	<b>25,5%</b>	17,2%
idéal	n	15	6	21
	%	21,7%	12,8%	18,1%
protection	n	46	29	75
	%	66,7%	61,7%	64,7%
total	n	69	47	116
	%	100%	100%	100%

L'importance de ces deux groupes se reflète aussi dans l'analyse des corrélations entre ce questionnaire et les autres: la direction des corrélations est en effet toujours diamétralement opposée pour les stratégies des deux groupes.

Il existe des corrélations entre les stratégies de résolution des conflits et l'agressivité, en particulier avec la valeur «somme d'agressivité» (qui se compose des trois échelles suivantes: agressivité spontanée, agressivité réactive et irritabilité). Celle-ci est corrélée de façon marquée avec TAO et de manière moins marquée avec PRO et TAS. Les corrélations sont aussi importantes mais opposées avec INT et REV. L'auto-agressivité est corrélée de manière moins forte mais significative avec TAS et avec TAO (A). Les corrélations entre les stratégies de résolution des conflits et les aspects de la personnalité mises en évidence dans le test de Giessen se focalisent surtout sur l'échelle correspondant à l'affectivité. Un état d'âme de base déprimé est fortement lié avec un mode d'affrontement des conflits qui dirige l'agressivité contre soi-même (TAS), mais aussi (de manière moins intense) avec TAO et (encore moins) avec PRO. Pour ce qui est de l'attitude au travail, les stratégies moins mûres sont corrélées avec des caractéristiques propres à une condition de *burn out*, c'est-à-dire avec la tendance à vite se résigner face aux

échecs (TAS en particulier), avec l'incapacité à se distancier des problèmes, et de façon encore plus marquée avec l'absence de calme et d'équilibre intérieur. Le tableau à double entrée (tab. 5) nous montre que le groupe (2) possédant les stratégies moins mûres est lié de manière plus forte avec un état de *burn out*. Il n'y a par contre pas de différences significatives par rapport à l'attitude de protection envers le travail, très haute (>60%) dans les deux groupes.

Nous avons élaboré un modèle de régression linéaire pour détecter les paramètres qui sont responsables pour la plus grande partie de la variation de la dimension «somme d'agressivité» (tab. 6). Dans la création de la régression, nous avons inclus tous les paramètres saisis par les questionnaires, qui ont dans notre modèle du comportement un lien potentiel avec une conduite agressive. Concrètement nous avons introduit:

- La dimension «comportement» (B) des stratégies d'affrontement des conflits du FKBS,
- les facteurs auto-agressivité et agressivité réprimée du FAF,
- les dimensions dominance, contrôle et état d'âme de base du test de la personnalité GT,
- les échelles du AVEM liées avec un risque de *burn out* (la capacité de se distancier des problèmes, la tendance à la résignation face aux échecs et le calme et l'équilibre intérieur) et
- les données sociodémographiques de base comme le sexe et l'âge.

Le modèle de régression linéaire a établi que parmi tous les facteurs analysés, ceux qui expliquent la plus grande partie (40,1%) de la variabilité de la valeur «somme d'agressivité» sont: (1) une haute valeur dans la stratégie d'affrontement des conflits qui dirige l'agressivité née d'une frustration vers l'extérieur (TAO), (2) une haute valeur pour la composante auto-agressivité de base et (3) une valeur basse dans la stratégie qui cherche à neutraliser les pulsions agressives avec des mécanismes d'intellectualisation, de rationalisation ou de minimalisation (INT).

**Tableau 6** Variables indépendantes considérées dans le modèle de la régression linéaire, pas final (3<sup>e</sup>). Variable dépendante: somme d'agressivité (FAF).

	coefficients									
	non standardisées		standardisées							
	B	ES	B	T	p	R <sup>2</sup>	ΔF	df1	df2	Δp(F)
constante	28,221	6,807		4,146	0,000					
turning against object	0,276	0,074	0,303	3,712	0,000	0,211	28,836	1	108	0,000
auto-agressivité	0,320	0,069	0,352	4,627	0,000	0,331	19,288	1	107	0,000
intellectualisation	-0,269	0,077	-0,283	-3,506	0,001	<b>0,401</b>	12,294	1	106	0,001

## Discussion

Dès le début de notre enquête, nous étions conscients du fait que l'étude d'Agarwalla et al. [9] avait été considérée avec suspicion par un certain nombre d'employés qui avaient exprimé des critiques sur le caractère privé des questions. Ces employés avaient émis des craintes à propos de l'anonymat, raison pour laquelle nous avons reçu un taux de réponse relativement bas (36%). Nous avions espéré augmenter ce taux en travaillant avec des questionnaires non codés, et donc perçus davantage comme anonymes. Par ailleurs nous comptons sur le fait que le personnel de la clinique psychiatrique de Zurich allait nous percevoir comme externes à l'institution et qu'il allait montrer moins de méfiance envers notre étude. Nous considérons ainsi le taux de réponse de 40,6% (42,7% chez le personnel soignant, tab. 1) comme faible, mais toutefois satisfaisant dans le cadre d'une étude qui touche un thème tabou comme celui d'une disposition à un comportement agressif de la part du personnel. Dans ce genre d'étude, on rencontre généralement une difficulté substantielle à obtenir des informations. Le faible taux de réponse de la part des médecins (2/38) peut s'expliquer d'une part par l'ampleur des questionnaires (temps de compilation: environ une heure). D'autre part les médecins se sentent peut-être moins touchés par le thème de la gestion de la violence, car ils passent moins de temps en contact direct avec les patients que le personnel soignant.

Comme nous l'avons remarqué, les employés de notre collectif se décrivent comme peu agressifs par rapport à la population de référence (tab. 2). Bien que le taux de réponse ne soit pas très élevé et oblige à une certaine prudence, un résultat similaire dans la recherche précédente [9] semble confirmer une agressivité réduite chez le personnel soignant de ces deux institutions psychiatriques. On peut supposer qu'une population en soi peu agressive ait fait le choix d'exercer cette profession, ou que le fait d'être souvent confronté à des situations violentes au travail, puisse changer la perception que le personnel peut avoir de l'agressivité chez l'autre. Une action de l'autre serait perçue comme agressive et provoquerait une réaction agressive du professionnel à un seuil substantiellement plus élevé. Il se peut bien sûr qu'un personnel particulièrement peu agressif ait participé à ces deux études et l'échantillon ne soit donc pas représentatif.

Notre hypothèse sur le rôle déterminant des stratégies d'affrontement et de résolution des conflits dans la compréhension du comportement agressif est confirmée par les corrélations entre ces

stratégies et d'autres aspects testés dans les autres questionnaires. C'est particulièrement les cas pour la valeur «somme d'agressivité» du questionnaire des facteurs d'agressivité (FAF) et pour le comportement à risque de *burn out* du questionnaire sur la perception du travail et le comportement au travail (AVEM). Les corrélations entre le questionnaire sur les stratégies de résolution des conflits (FKBS) et le test de la personnalité de Giessen (GT) se concentrent uniquement sur l'échelle de l'état d'âme de base. Ceci peut être expliqué par le fait que cette dimension est celle qui se rapporte le plus directement avec l'affectivité et contient des concepts plus proches du thème de l'agressivité que les autres dimensions du questionnaire GT. La formulation de certains items de cette échelle montre en effet des analogies avec celle des items de TAS. Ce cas n'est pas attesté pour les autres dimensions du questionnaire qui testent des aspects plus généraux de la personnalité et n'ont pas un lien direct avec l'agressivité de base d'une personne.

De même notre hypothèse principale est supportée par le résultat de la régression linéaire (tab. 6). En effet, dans la construction du modèle, les stratégies de résolution des conflits se sont montrées bien plus solides que les paramètres des autres questionnaires. Concernant le résultat, deux des trois variables de la régression sont représentées par des stratégies du FKBS (TAO et INT). Ce fait confirme le rôle central de ces stratégies dans la génération de l'agressivité comme le présente notre modèle (fig. 1). *Turning against object* est la stratégie qui présente la plus grande analogie avec le concept de «somme d'agressivité». Cette analogie se reflète aussi dans la formulation des items qui s'avère similaire pour les deux échelles mesurant toutes deux l'agressivité dirigée vers l'extérieur. L'intellectualisation représente par contre la tentative d'annulation des pulsions agressives de l'individu et empêche ainsi d'éprouver le besoin de décharger cette agressivité dans une direction. Les stratégies du FKBS s'occupent donc directement de la gestion de l'agressivité et se rapportent à une action, à une activité de la personne. Les traits de la personnalité et les typologies de comportement au travail sont au contraire des concepts plus statiques qui décrivent davantage des structures cognitives, c'est pourquoi aucun d'eux n'apparaît dans le modèle. Les données sociodémographiques ne figurent pas non plus dans le modèle de régression linéaire, probablement simplement pour le fait que les autres facteurs sont plus déterminants pour expliquer la variabilité de la valeur «somme d'agressivité». Nous considérons le résultat de la régression linéaire, qui explique 40,1% de la variabilité de la valeur «somme d'agressivité», comme

satisfaisant. L'analyse d'un comportement humain est notoirement complexe et se compose d'un grand nombre de facteurs différents qui ne peuvent tous être déchiffrés et examinés. Il faut encore souligner que notre étude n'a pas inclus la composante contextuelle du modèle de la génération du comportement agressif et ne peut donc expliquer le 100% de sa variabilité.

La présente étude et celle qui l'a précédée [9] ont été développées afin de saisir les caractéristiques liées avec une disposition agressive chez le personnel. L'objectif consiste à thématiser cet aspect dans les cours de formation des employés. Les résultats de cette étude soulignent l'importance d'une prise de conscience, et invitent à ne plus considérer tabou le fait d'en parler. Ne pas vouloir affronter ce sujet serait une erreur. Notre devoir est de rendre les employés attentifs aux facteurs qui conduisent à une augmentation du propre potentiel agressif, mais aussi de mettre en évidence les attitudes protectrices identifiées et les proposer comme ressources possibles pour le personnel.

Bien que profondément ancrées dans la personnalité, les stratégies de résolution des conflits peuvent sans aucun doute se prêter à un travail d'analyse, de transformation et d'amélioration. Une réelle modification des stratégies de comportement d'un sujet ne peut évidemment pas advenir uniquement dans le cadre d'un cours de formation du personnel, mais il serait souhaitable que ce genre de processus ait lieu par exemple dans le domaine des supervisions ou des discussions de groupe. Il serait également important de prendre conscience de la manière avec laquelle le sujet se confronte à une frustration directement après un épisode conflictuel, dans la phase appelée de *débriefing*. De cette façon la confrontation directe entre l'évènement provocateur et son propre comportement pourrait encourager un changement effectif des stratégies qu'il met en œuvre.

Notre étude ne prétend pas répondre à toutes les questions. On ne s'explique notamment pas le haut pourcentage (65%) d'une attitude de protection vis-à-vis du travail chez le personnel soignant de la clinique psychiatrique de Zurich, pourcentage qui se situe au 25% environ chez les collègues des hôpitaux allemands.

## Conclusion

Le personnel soignant de notre étude (n = 141) se représente en général comme peu agressif. Il est cependant important de détecter les facteurs les plus importants qui expliquent son agressivité, pour pouvoir adopter des mesures préventives et

minimaliser ultérieurement le potentiel conflictuel des employés. L'analyse conduite a démontré l'importance fondamentale des stratégies d'affrontement et de résolution des conflits dans la compréhension du comportement agressif. Il s'est révélé que la présence de certaines stratégies «moins mûres» (*turning against self, turning against object* et *projection*) est corrélée à une disposition agressive de l'individu – qui se manifeste surtout vers l'extérieur – à un état d'âme de base déprimé et à une condition de *burn out* au travail. Le rôle central des stratégies de résolution des conflits est enfin corroboré par un modèle de régression linéaire, qui identifie deux de ces stratégies (*turning against object* et intellectualisation) comme facteurs déterminants pour expliquer l'agressivité d'une personne. A la lumière de ces résultats nous pouvons proposer qu'il serait souhaitable de donner une place plus importante à la prise de conscience et à l'analyse de ces stratégies dans le cadre de la prévention et de la gestion de la violence dans les institutions psychiatriques.

## Références

- 1 Richter D, Berger K. Patientenübergriffe auf Mitarbeiter; eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt* 2001;72:693-9.
- 2 Grube M. Aggressivität bei psychiatrischen Patienten. Einflussmöglichkeiten durch ein Selbstschutztraining. *Nervenarzt* 2001;72:867-71.
- 3 Finzel M, Schmidmeier R, Fric M, Widauer M, Laux G. Aggressionen psychiatrischer Patienten – Erste Ergebnisse einer standardisierten Dokumentation des BZK Gabersee. *Psychiatr Prax* 2003;30:196-9.
- 4 Whittington R, Wykes T. Violence in psychiatric hospitals: are certain staff prone to being assaulted? *J Adv Nurs* 1994;19:219-25.
- 5 Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9:325-37.
- 6 Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Annu Rev Psychol* 2002;53:27-51.
- 7 Sheridan M, Henrion R, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:776-80.
- 8 Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *Br J Clin Psychol* 1996;35:11-20.
- 9 Agarwalla P, Eich P, Hiss B, Küchenhoff J. Die andere Seite der Medaille: Wie nehmen Pflegende Aggressivität im psychiatrischen beruflichen Alltag wahr? Eine empirische Untersuchung an den Psychiatrischen Universitätskliniken Basel und Zürich. *Nervenarzt* 2006 (submitted).
- 10 Zillmann D. Arousal and aggression. In: Geen RG, Donnerstein EI, editors. *Aggression: Theoretical and Empirical Reviews*. Vol. 1: Theoretical and methodological issues. New York: Academic Press; 1983. p. 75-101.



- 
- 11 Hentschel U, Kiessling M, Wiemers M. Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien. Göttingen: Beltz Test GmbH; 1998.
- 
- 12 Hampel R, Selg H. Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Göttingen: Hogrefe; 1998.
- 
- 13 Beckmann D, Brähler E, Richter HE. Der Giessen-Test. 4. Auflage. Bern: Huber; 1990.
- 
- 14 Schaarschmidt U, Fischer A. Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt: Sweets & Zeitlinger; 1996.